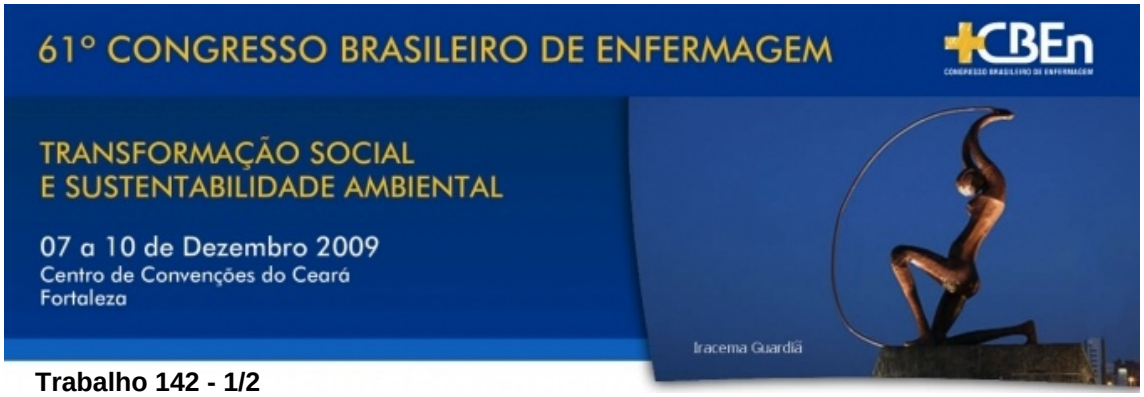


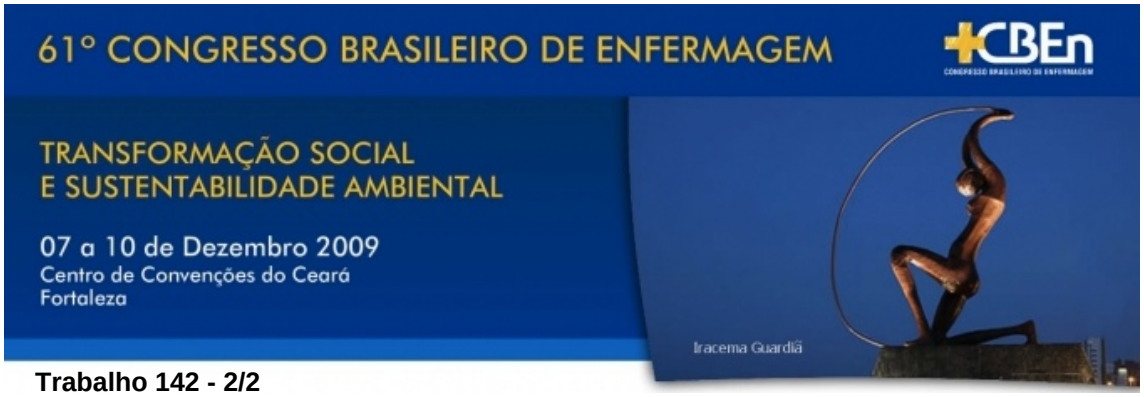
Trabalho 142 - 1/2

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS DIVERSAS ÁREAS NO ÂMBITO INTRA E EXTRA-HOSPITALAR: INFLUÊNCIA DA GLOBALIZAÇÃO

LAGO, F. W. N.[1] ; SILVA, E. P. V.[2] ; VIEIRA, T. A. [3]

A Enfermagem vem despontando como uma profissão que oferece grande possibilidade de crescimento no mercado de trabalho, com o incremento de várias áreas de atuação, sem a perda da valorização do conhecimento holístico. Este estudo, na perspectiva de retratar a história do trabalho do enfermeiro, tem como princípios fundamentais: características do fenômeno globalização e seus efeitos, evolução do trabalho do enfermeiro através do tempo e, principalmente, como a enfermagem vem passando por uma série de transformações, tendo como direção a modalidade funcional, o trabalho em equipe e a divisão técnica do trabalho, mostrando como o fenômeno da especialização vem ocorrendo desde algum tempo na área (WALADARES & VIANA, 2006). Tem-se como objetivo deste estudo identificar as diversas áreas de atuação do enfermeiro. A metodologia utilizada foi um resgate bibliográfico de natureza qualitativa e caráter descritivo, elaborada a partir do aprofundamento da leitura do conteúdo já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e do material disponibilizado na Internet. O estudo tem relevante significado, tendo em vista seu enfoque, quanto ao trabalho no mundo, na saúde e na enfermagem, onde a globalização exige do trabalhador um conhecimento com ampla dimensão e domínio de múltiplas funções, onde existe a flexibilização dos conhecimentos frente à realidade vivenciada, operando com o máximo entendimento da situação e tendo capacidade rápida de resolução de situações consideradas problemáticas.

Flavia Waleska Nechio Lago. Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). flaviawaleska@gmail.com Telefones: 21 3403-7209, 8867-1009.
[2] Elaine Patrícia Vincler da Silva. Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). elainevincler@yahoo.com.br Telefones: 21 3155-5408, 8663-0754
[3] Tatiane de Abreu Vieira. Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). tatimolino@hotmail.com Telefones: 21 7866-0666, 7866-0667



Trabalho 142 - 2/2

Os enfermeiros vêm conquistando espaço e se firmando nas diversas áreas de atuação (assistência, ensino e pesquisa), principalmente naquelas onde existe o investimento em sua capacitação profissional, aumentando os seus conhecimentos e buscando a especialização para aproveitar as chances que surgem no mercado de trabalho. A partir do exposto, pode-se constatar que num futuro bem próximo, o enfermeiro que não se especializar poderá estar perdendo suas chances no mercado de trabalho, isto porque, a cada dia, a área de saúde vem apresentando avanços tecnológicos que necessitam ser acompanhados por todos os profissionais. Dessa forma, é importante que o enfermeiro busque o aperfeiçoamento prezando por uma enfermagem humanizada e qualificada, sem indubitavelmente perderem entendimento que por essência na enfermagem, seja qual for o seu âmbito de atuação. O ser humano é um todo singular e indivisível, como tal deve ser cuidado e respeitado.

Descritores: Enfermagem; Capacitação profissional; Saúde.

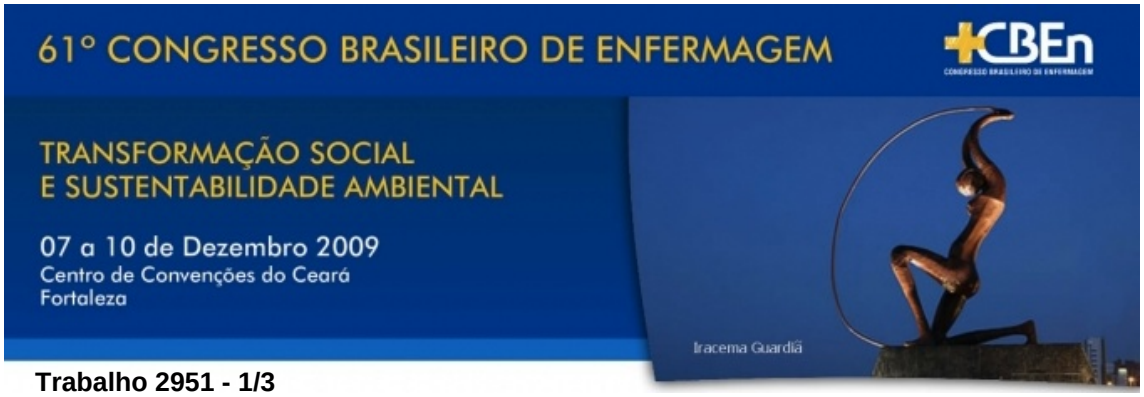
Referências

WALADARES, G.V; VIANA, L. O. **A Globalização, as formas de organização do trabalho e a enfermagem.** Publ. Téc. Cient., v.1, n. 2, p. 119-125, jul./set. 2006.

ALFARO, L.R. **Aplicação do processo de enfermagem**: um guia passo a passo. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2002.

TAVARES, L; VALENTE, G. **A Formação Profissional e o Enfrentamento do Novo:** A Experiência do Enfermeiro em Setores Especializados. Brasília. Ver. Brasileira de Enfermagem, v. 54, nº 04, p. 578-588, out./dez., 2007.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Tratado Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.



Trabalho 2951 - 1/3

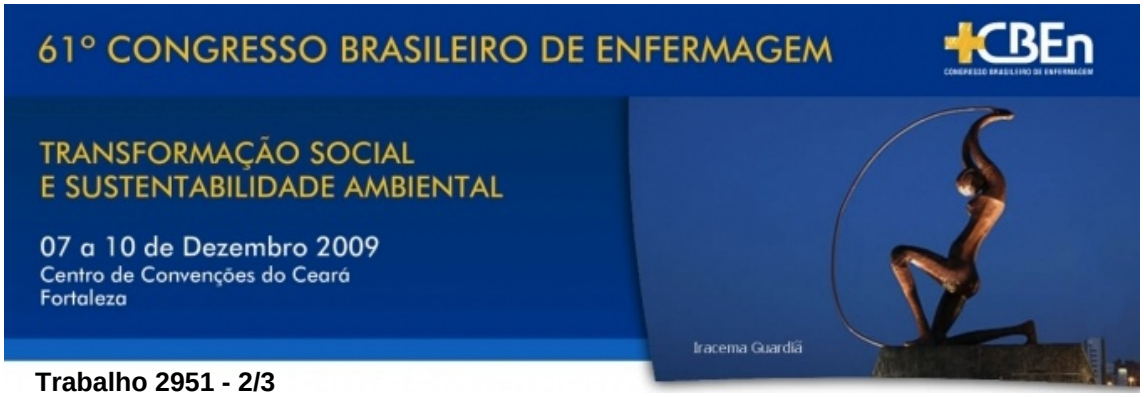
ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIA NO MUNICÍPIO DE CUITÉ – PB

De Assis Felipe Artur Gomes*
Santana Aydwlha Moniq Barbosa*
Lira Priscyla Rocha de Brito*
Saraiva Alynne Mendonça**

INTRODUÇÃO: O campo de trabalho do profissional enfermeiro é diversificado, podendo este atuar em vários setores que vai do hospitalar ao comunitário. É importante ressaltar que cada campo de atuação tem suas peculiaridades que requer destes profissionais habilidades específicas. Dessa forma é importante conhecer a atuação e a representação dos profissionais nas Unidades de Saúde da Família (USF) para poder averiguar suas experiências, dificuldades e conhecimentos. A partir da problemática suscitada esta pesquisa tem por objetivo traçar o perfil dos enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família no município de Cuité – PB. METODOLOGIA: Foi aplicado um questionário aos enfermeiros, que trabalham na zona urbana e na zona rural do município, com questões voltadas para o âmbito profissional. A pesquisa respeitou a Resolução 196/96. RESULTADOS: Cuité possui 8 USF, sendo 5 na zona urbana e 3 na zona rural. No estudo pudemos constatar que a faixa etária dos profissionais entrevistados varia entre 22 a 39 anos de idade, tendo como prevalência profissionais do sexo feminino, o que nos remete que apesar dos homens estarem mais presentes nos cursos de enfermagem, este ainda prevalece como um curso feminino. Entre os entrevistados, 75% (6) se graduaram em instituição privada de ensino, fato relacionado a proliferação das faculdades privadas, e possui ou estão concluindo especialização na área objeto do trabalho.O tempo de formação varia de 7 meses à 6 anos. Três dos enfermeiros entrevistados estão atuando em seu primeiro trabalho. No entanto 87,5% (7) trabalham a pouco tempo na cidade, pois foram contratados por concurso público realizado no ano

*Alunos do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-PB.
e-mail:euartur01@hotmail.com

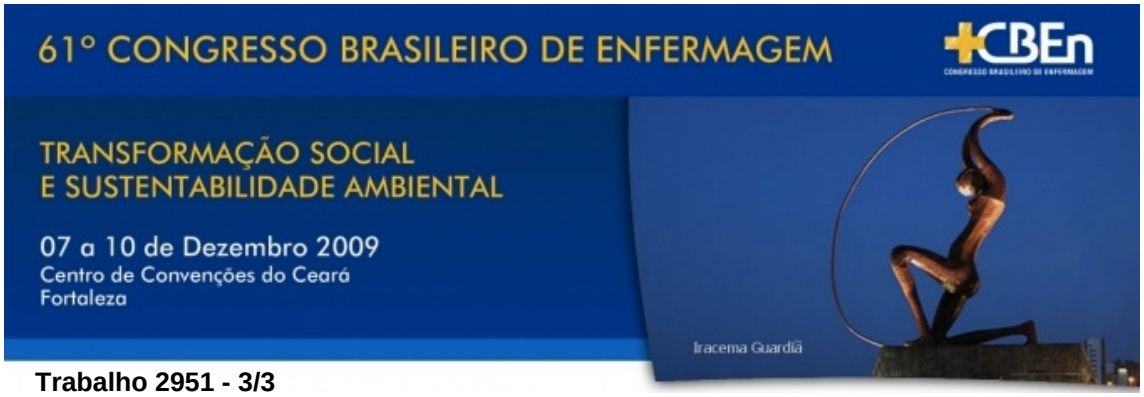
**Professora Msc. do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-PB



anterior e relatam trabalhar os 5 dias semanais, embora em alguns turnos já se tenha percebido a ausência deste profissional, principalmente nas sextas-feiras à tarde. Com relação a atualização profissional, todos os entrevistados referem participar apenas uma vez ao ano de eventos na área e 37,5% (3) relatam não possuírem trabalhos publicados, o que constatamos que com o vínculo empregatício alguns profissionais tendem a se acomodar ou encontram dificuldades de serem liberados para a participação de eventos. Dentre os entrevistados, 50% (4) referiram ter capacitação em Sala de Vacina, onde eles adquirem segurança para realizar tal procedimento e 37,5% (3) relataram ter feito a capacitação do AIDPI(Atenção Integral a Doenças Prevalentes na Infância). Com relação a satisfação com o trabalho todos os entrevistados se mostraram satisfeitos, porém referem algumas dificuldades relacionadas à transporte, falta de insumos e materiais, aumento da demanda. Outro fato importante citado pelos entrevistados foi sobre a prescrição de medicamentos onde 100% (8) prescrevem de acordo com a resolução 271/2002 do COFEN embora 12,5% (1) refere a insegurança na prescrição e a solicitação de exames também é feita por 100% (8) porém 25% (2) solicitam exames que não são da competência do enfermeiro, como os citados: mamografia, TGO, TGP, TSH, FSH, T3 e T4, que são considerados exames específicos podendo serem solicitados apenas pelo médico.CONSIDERAÇÕES: Dentre os resultados atingidos destacamos um fato já observado entre profissionais da Equipe de Saúde da Família, o não cumprimento da carga horária de 40 horas exigida pela estratégia, e a dificuldade que esses profissionais têm em continuar a produzir trabalhos científicos ou participar de eventos, seja por acomodação ou por questões organizacionais e políticas ainda existentes na ESF. A capacitação em alguns cursos provenientes do próprio Ministério da Saúde é comum a minoria dos entrevistados.As dificuldades relacionadas ao trabalho citadas pelos profissionais, apontam ainda uma fragilidade no desenvolvimento da estratégia. Outro fato importante a ser considerado relatado durante as entrevista foi a execução de algumas atividades que estão fora do campo de atuação do enfermeiro como a solicitação de exames

*Alunos do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-PB.
e-mail:euartur01@hotmail.com

**Professora Msc. do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-PB

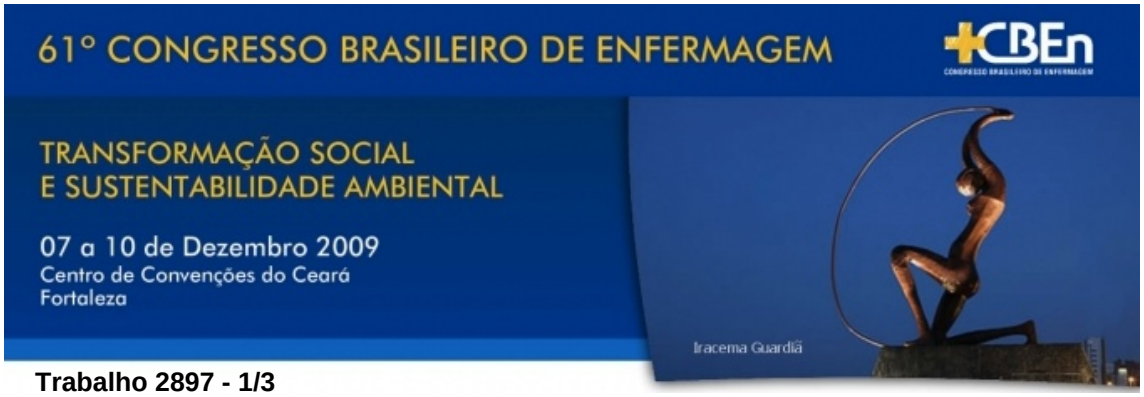


específicos e a insegurança na prescrição de alguns medicamentos, o que leva à refletir sobre o conhecimento dos profissionais acerca das leis que regem o exercício profissional e a falta de capacitação e/ou fragilidade das instituições de ensino em formar profissionais mais seguros e que atuem dentro do âmbito legal.BIBLIOGRAFIA: BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família.** Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/ dab/atencaobasica.php > Acesso em 25 de Março de 2009; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem.** Disponível em: http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/333/319 > Acesso em 25 de Março de 2009.

Descritores: enfermeiro, atuação,saúde da família.

*Alunos do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-PB. e-mail:euartur01@hotmail.com

**Professora Msc. do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-PB

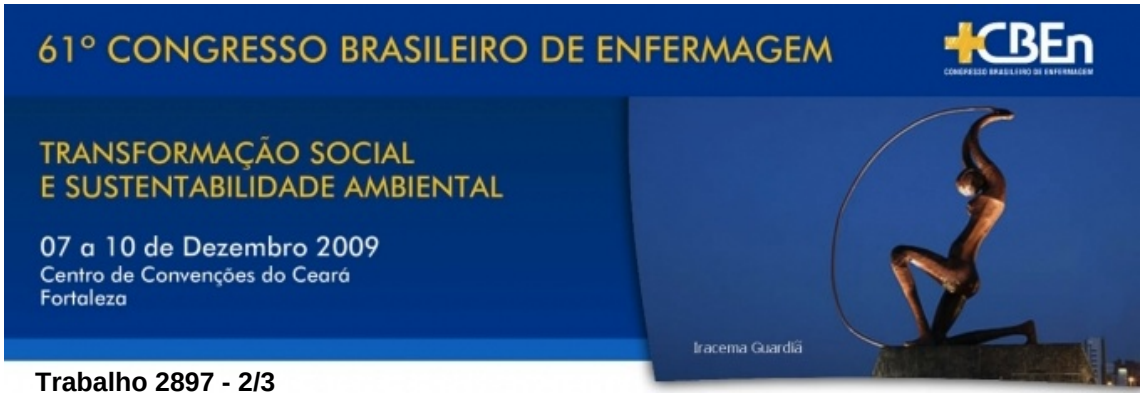


Trabalho 2897 - 1/3

AUDITORIA DE ENFERMAGEM: INSTRUMENTO PARA UMA AMBIÊNCIA DE QUALIDADE.

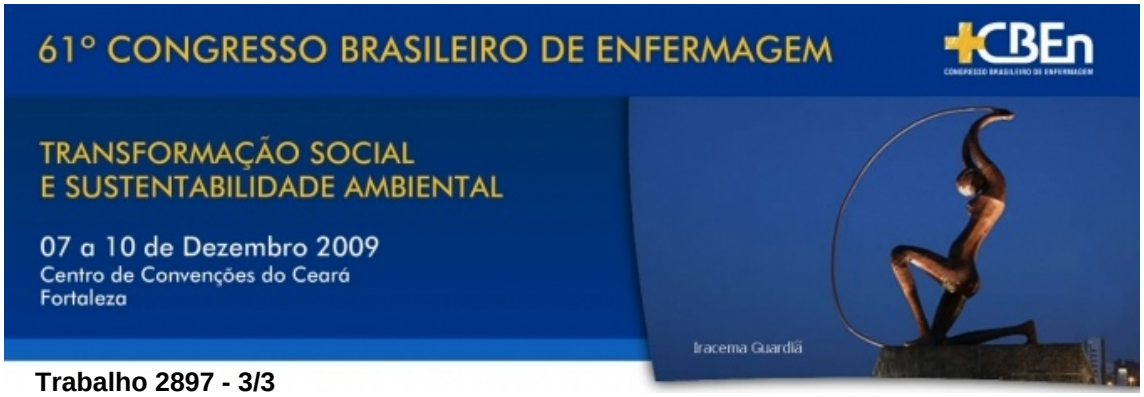
MOURA, Alessandra Ferrer Di[1]
LIMA, Flávia Regina Furtado[2]

INTRODUÇÃO: A prática baseada em evidências, ou seja, a execução do trabalho baseado em contextos sólidos, evidentes, fundamentados, pesquisados e experimentados, que permitem uma forma sistematizada de trabalho, é o caminho para o avanço e desenvolvimento. A Enfermagem faz parte deste processo como integrante da área de saúde, e para que melhore a cada dia a qualidade na assistência prestada, deve acompanhar o desenvolvimento científico, atualizando seus conceitos e melhorando seu desempenho. A auditoria trata da avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada ao cliente (MOTTA, 2004). Conforme Marquis (2002), as auditorias utilizadas com maior freqüência no controle de qualidade incluem verificações de resultado, processo e estrutura. As de resultado descrevem que os resultados demonstram com precisão a qualidade do atendimento prestado, as de processo são empregadas para a mensuração do processo de cuidados ou a maneira como o cuidado foi prestado, e as auditorias de estrutura, monitora a estrutura ou o local em que se dá o cuidado ao paciente, acreditam na existência de uma relação entre cuidado qualificado e estrutura adequada. O despertar do olhar para a auditoria da qualidade do serviço emergiu durante a prática da disciplina de administração em enfermagem quando sentimos a necessidade de estudar as condutas sistemáticas que um enfermeiro auditor deva seguir para conhecer o seu cenário de trabalho e promover eficiência e eficácia no cotidiano de sua prática. Este trabalho é relevante porque salienta a importância de uma avaliação continua da estrutura e dos processos, para que, haja melhoria nos resultados do atendimento e satisfação ao usuário. Diante destas inquietações nos questionamos acerca da qualidade da estrutura, dos aspectos técnicos- científicos da assistência de enfermagem e das relações no ambiente de trabalho, para a busca de uma qualidade de serviço. **OBJETIVO:** Identificar a contribuição da auditoria para a qualidade dos serviços e da assistência em enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se



de uma pesquisa descritiva, realizada no período de Outubro a Novembro de 2008 em uma Unidade Básica de Saúde da Família - UBASF na cidade de Fortaleza-CE, tendo como instrumento de coleta de dados a observação participante realizada por alunos do curso de graduação em Enfermagem na disciplina Administração em Enfermagem. Na análise dos dados utilizamos a metodologia da problematização, avaliando no contexto da realidade, os pontos que precisam melhorar e os pontos positivos. Em todo o decorrer da pesquisa foram respeitados os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Código de Ética em Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos. **RESULTADOS:** Na análise dos dados pudemos identificar déficits relacionados ao processo do cuidar e da estrutura. Alguns pontos foram ressaltados, como a sobrecarga de trabalho, gerando conflitos interpessoais; a deficiência de conhecimentos técnico-científicos por parte de alguns profissionais de enfermagem, o que pode acarretar em uma má assistência ao cliente, aspectos de biossegurança não atendendo as normas reguladoras da NR, falta de medidas de proteção à saúde do trabalhador, no ambiente de trabalho e estrutura física inadequada em alguns setores, propiciando um ambiente frustrante aos clientes internos e externos da Unidade. Destaca-se, entretanto, em outros setores da Unidade a estrutura física, bem limpa, ventilada e com a grande parte dos recursos materiais necessários existentes para uma boa qualidade da assistência, e profissionais capacitados. **CONCLUSÕES:** Concluímos que uma auditória freqüente e sistemática pode contribuir para os enfermeiros refletir sobre sua prática, visualizando os aspectos assistências mais frágeis e propor medidas de melhorias, como também conhecer os aspectos que envolvem o ambiente no qual está inserido, e as situações que envolvem as diversas questões do trabalho, para atingir resultados positivos em busca da qualidade da assistência e do serviço.

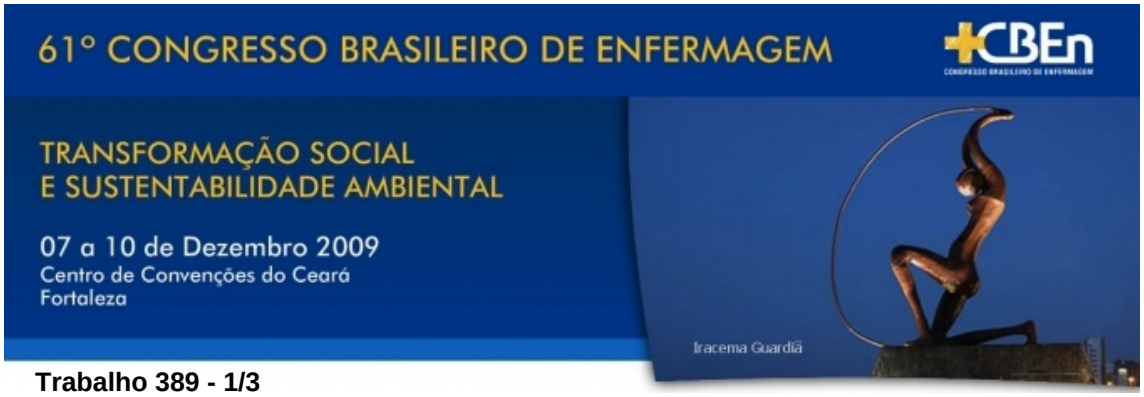
BIBLIOGRAFIA: CAMPOS, A.C.S.; PEDROSA, J.A.; RODRIGUES, M.G.; ARAÚJO, I.M.A.; LIMA, F.R.F. Auditoria em enfermagem: ênfase na qualidade da assistência. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, ano 9, n. 51, p. 23-27, 2009. MARQUIS, B.L. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação, 2ª ed. (2002). MILLS, C.A. A Auditoria da qualidade (1994). MOTTA, A.L.C. Auditoria de enfermagem nos



hospitais e operadoras de planos de saúde, 2ª ed. (2004). **DESCRITORES:** Enfermagem; Auditoria; Qualidade; Ambiência.

---

[1] Aluna do 9º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Bolsista do Programa Aluno Voluntário de Iniciação Cientifica – PAVIC/UNIFOR. Integrante do grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida do binômio mãe e filho -UNIFOR/CNPq. alezinha_fdm@yahoo.com.br
[2] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.-, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva (UNIFOR/CNPq).



AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE UM PRONTO SOCORRO SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS*

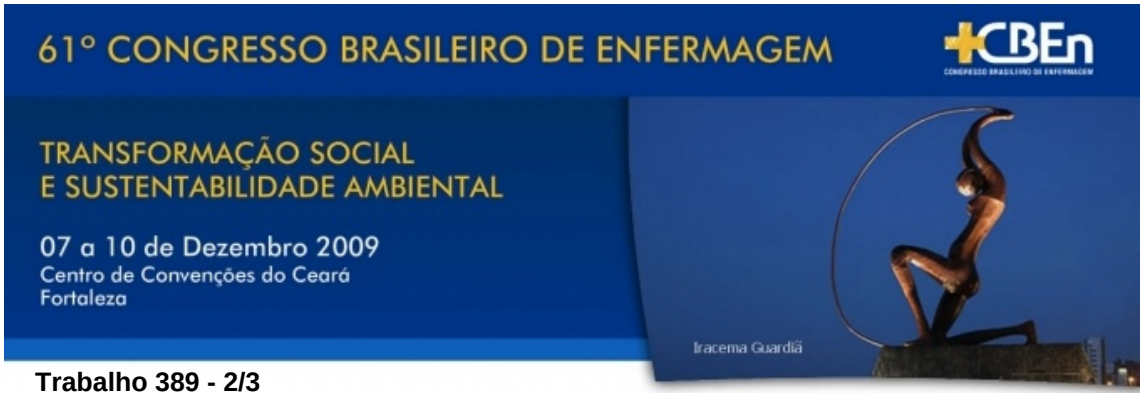
Matsuda, Laura Misue [1]
Inoue, Kelly Cristina [2]

O conceito Qualidade, muito utilizado nos dias de hoje, não tem uma definição precisa e de consenso entre os estudiosos do tema, por englobar dimensões e perspectivas diferentes. Na área da saúde, são apontados obstáculos que dificultam a definição desse conceito, mas, apesar disso, um aspecto que certamente contribui para a obtenção da qualidade ou para o direcionamento da atuação profissional, é o bem-estar do cliente que só pode ser viabilizada se este participar do processo de atenção à sua saúde. Estudos de avaliação relacionados ao atendimento podem ser realizados nas instituições hospitalares principalmente com vistas às ações futuras de melhoria da qualidade do cuidado, ou também à otimização dos processos para redução de custos. Nesse contexto, o usuário (cliente externo) e os trabalhadores (clientes internos) têm especial valor e devem ser considerados como parceiros indispensáveis. Ao pensar em qualidade no ambiente hospitalar, o Pronto Socorro (PS), definido como o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato, se destaca pela complexidade que lhe é peculiar. Como objetivos deste estudo, estabeleceu-se: Avaliar a qualidade do atendimento do PS de um hospital ensino e, levantar sugestões de melhorias. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, desenvolvido em um hospital-ensino da região Sul do Brasil. O Projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, sob o Parecer n.º 029/2007. Participaram os usuários/clientes/pacientes que estiveram internados no PS por, no mínimo 48 horas e que no momento da coleta de dados se encontravam no Ambulatório, para realização de consulta de retorno. Os dados foram coletados uma vez por semana em horários aleatórios, durante o período

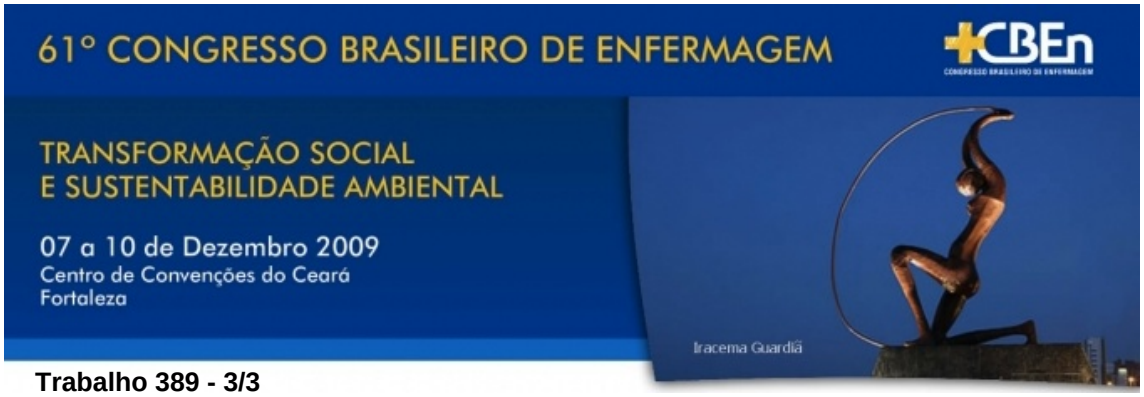
[1]* Estudo resultante do Projeto de Iniciação Científica – PIBIC, "Avaliação da Qualidade dos Serviços de um Hospital Universitário sob a Ótica dos Usuários do Pronto Socorro".

[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento da Universidade Estadual de Maringá. Maringá-PR, Brasil. E-mail: lmmatsuda@uem.br

[2] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Intensivista do Hospital Universitário de Maringá. Professora Assistente da Faculdade Ingá – UNINGÁ. Maringá-PR, Brasil



de setembro a dezembro de 2007, por meio de entrevista. Para tanto, utilizou-se um questionário estruturado em que parte dos dados foi tratada com base nas categorias **estrutura** e **processo**, utilizadas em processos de avaliação em saúde. Quanto aos resultados, no que se refere aos dados de caracterização da amostra, dos 51 sujeitos que participaram da pesquisa, 19 (37%) eram do sexo masculino e 32 (63%) do sexo feminino, cuja faixa etária de maior frequência se inseriu entre 40 e 49 anos (27%), seguida daqueles com 60 anos ou mais (26%). Sobre a característica econômica e de escolaridade, 47 (92%) recebiam entre 1 e 3 salários mínimos, mais da metade (51%) tinha apenas o Ensino Fundamental e 9 (18%) não sabiam ler e escrever. No que se refere à parte específica, na categoria **estrutura**, obteve-se que para 45 (88%) entrevistados a estrutura da Recepção era adequada; para 37 (73%) havia muito barulho na enfermaria; e, 29 (57%) afirmaram que havia excesso de iluminação nesse ambiente. Os dois últimos dados, possivelmente ocorreram devido à frequência e à urgência dos atendimentos no setor e também pelo grande número de pessoas que circulam no local. Dentre as principais críticas apontadas pelos clientes, em relação à **estrutura**, destacam-se a falta de espaço físico e o número reduzido de funcionários. Na categoria **processo**, 11 (22%) sujeitos relataram que nenhum funcionário do hospital os acompanhou até o quarto/enfermaria e 21 (42%) relataram que nenhuma informação foi fornecida pela equipe de saúde no momento da internação. Quando às orientações acerca da rotina do setor, 33 (65%) referiram ter recebido informações a respeito. Já com relação à manutenção da privacidade, 30 (59%) afirmaram que a equipe atuou de maneira satisfatória visto que, na realização de procedimentos como: banho, exames, coleta de urina e sangue, os profissionais respeitavam a sua privacidade. Com relação à avaliação do atendimento da equipe médica, percebeu-se que a comunicação foi o fator que mais se destacou de maneira negativa, pois 6 (12%) verbalizaram dificuldades em encontrar o médico para conversar e 5 (10%) disseram que os mesmos não forneciam informações detalhadas sobre suas doenças e tratamento. No tocante à avaliação do processo de atendimento da enfermagem, a comunicação também mereceu destaque visto que, 17 (34%) clientes apontaram que a enfermagem não forneceu informações detalhadas sobre os medicamentos que lhes eram administrados, 8 (16%) mencionaram que



a enfermeira-chefe do setor não realizava visitas em todos os plantões e 34 (67%) disseram que nenhum funcionário de enfermagem os acompanharam até à portaria. Apesar disso, quase a totalidade, 50 (98%), afirmou que a enfermagem atuava de maneira segura e organizada. Dentre as principais sugestões para melhorar a qualidade do atendimento no PS destacaram-se: necessidade de aumento do espaço e da estrutura física (21 citações); contratação de mais funcionários (10 citações) e rapidez no atendimento (6 citações). Concluiu-se que no serviço investigado, para a melhoria da qualidade do atendimento são necessárias adequações na **estrutura**, relacionadas à necessidade de maior número de trabalhadores; falta de espaço físico, redução de ruídos, dentre outros. Já na categoria **processo** de atendimento, é preciso melhorar, principalmente, a comunicação entre a equipe de saúde e o cliente e também, os aspectos relacionados à sua segurança.

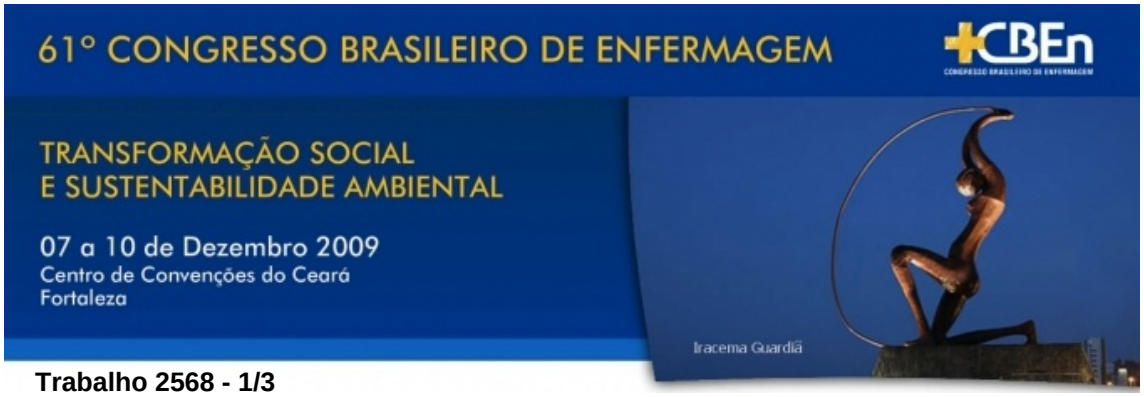
Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Serviços de Saúde; Pacientes Internados; Serviços Hospitalares.

a) DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to it assessment. Chicago: Health Administration Press, 1980.

b) GOUVÊA, M. A.; KUYA, J. Qualidade de atendimento do sistema hospitalar – o caso de alguns hospitais da cidade de São Paulo. In: IV Seminários em Administração – SEMEAD. São Paulo, 1999.

c) MATSUDA, L. M.; ARREGUY-SENNA, C.; ÉVORA, Y. D. M.; CARVALHO, E. C. Satisfação dos usuários de uma instituição de saúde: em evidência a comunicação da equipe de enfermagem durante o processo de punção venosa periférica. In: 7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. Ribeirão Preto, 2000.

d) SELEGHIM, M. R.; TEIXEIRA, J. A.; MATSUDA, L. M. Avaliação da qualidade dos serviços de um hospital universitário sob a ótica dos usuários do Pronto Socorro. In: XVII Encontro Anual de Iniciação Científica – EAIC, 2008, Foz do Iguaçu. XVII EAIC - Encontro Anual de Iniciação Científica. Foz do Iguaçu: UNIOESTE, 2008.



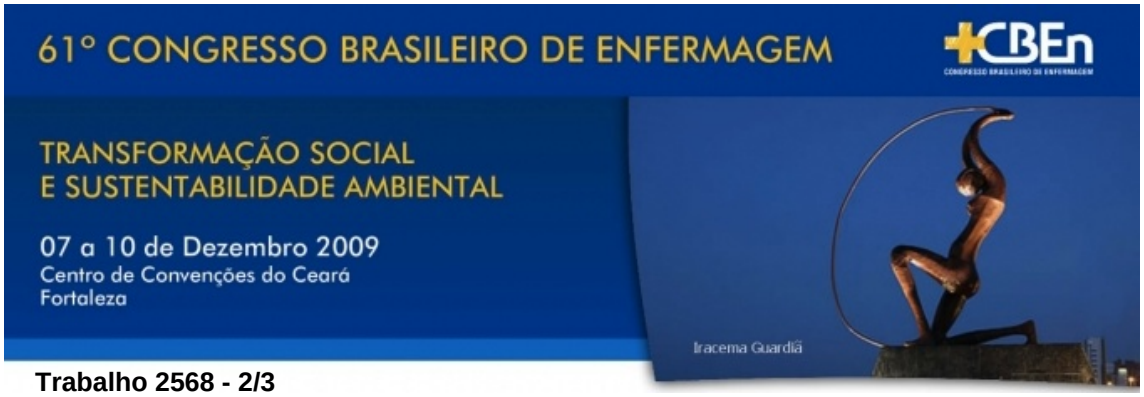
Trabalho 2568 - 1/3

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE INFECÇÃO HOSPITALAR DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM DOS HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE ARCOS E REGIÃO.

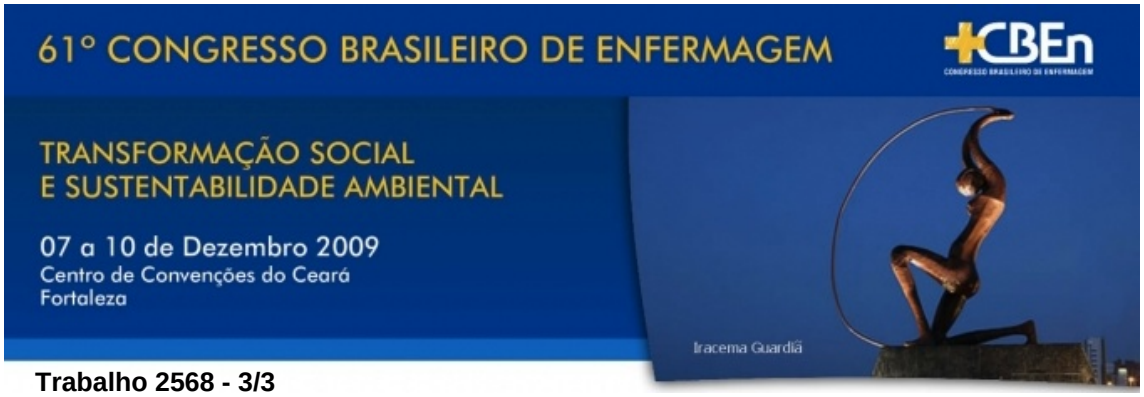
BARBOSA, M.M.[1]
MOURA, I.[1]
BORGES, L.[1]
PIMENTEL, M.[1]
GARBACCIO, J.L.[2]
REGIS, W.C.B.[3]

Entende-se por Infecção Hospitalar (IH) qualquer contaminação adquirida por um paciente após dar “entrada” em um hospital – e que se manifesta durante o período em que estiver internado – ou após alta – quando a infecção puder ser relacionada com a hospitalização (procedimentos), ou seja, “é uma infecção causada pela flora bacteriana do paciente, que se desequilibra pelo estado de saúde, cujo mecanismo de defesa fica debilitado, adquirindo-se após hospitalização ou realização de procedimento ambulatorial” (OMS, 1948). Entre os fatores que causam ou agravam o aparecimento da infecção nosocomial, estão: condição clínica do paciente, vigilância epidemiológica inadequada, uso indiscriminado de antimicrobianos, utilização excessiva de procedimentos invasivos, métodos de proteção anti-infecciosos ineficazes ou inexistentes. A IH constitui-se em um dos grandes problemas enfrentados pelos profissionais de saúde e pacientes, pois, é uma causa relevante de morbimortalidade, ocasionando sérios danos de ordem social e econômica, acarretando problemas jurídicos, o que a torna um problema de saúde pública. Daí a necessidade da implantação de uma comissão de controle dentro das instituições hospitalares, firmada pela Portaria MS nº. 930/1992, em que determina a implantação de Programa de Controle de Infecção Hospitalar para todos os hospitais do país, através da CCIH e SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar). Porém,

[1] Estudantes do 6º período de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - Arcos.
[2] Professora Mestra Orientadora da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - Arcos.
[3] Professor Doutor Orientador da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - Arcos.
wregis@pucminas.br



devido a inobservância de princípios básicos e do não cumprimento da lei ocorrem conseqüências drásticas. Com a relevância, o papel do enfermeiro preconizado pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) “é de responsabilidade do enfermeiro a prevenção e controle da infecção hospitalar”. Os alunos do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, visando o bem-estar e cuidado da comunidade na busca pela promoção, prevenção e recuperação da saúde dos clientes da cidade de Arcos e região, desenvolveram um projeto de capacitação em IH para os profissionais de saúde, visto que um dos fatores principais que contribuem para o aumento do índice de IH é a “má” absorção das informações referentes ao controle de infecção hospitalar por parte dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Foi aplicado um questionário, contendo questões fechadas, a técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalham em hospitais próximos ao município de Arcos, no intuito de obter informações que possam ser relevantes na compreensão e solução dos objetivos apresentados. Após a aplicação do questionário foi ministrada uma palestra educativa abordando o tema infecção hospitalar, que teve como propósito demonstrar aos profissionais de saúde como pequenas mudanças na rotina de trabalho podem melhorar a qualidade do atendimento tanto para os pacientes quanto para os profissionais, além de contribuir com a instituição referente à diminuição dos custos. E após a realização desta, novamente foi aplicado o mesmo questionário, no intuito de verificar se os mesmos conseguiram absorver as informações que lhes foram passadas pelos pesquisadores. Durante o desenvolvimento da palestra foi constatado que um dos maiores agravantes que contribuem para IH é a não utilização de técnicas corretas de procedimento padrão, e o mais relevante é a lavagem das mãos de forma inadequada, o que pode ocasionar um alto risco para a saúde do paciente. Analisando os dois questionários aplicados, percebeu-se uma melhor assimilação dos profissionais após ministrada a palestra, em que o índice de acertos foi 76,9%, enquanto a percentagem de acertos antes da palestra foi de apenas 68,5%. O número de respostas erradas sobre o tema Infecção Hospitalar antes da palestra foi de 31,4% e após o término da mesma foi de apenas 23,05%. Percebeu-se que através de um simples questionário a necessidade de mudança. Conclui-se que é imprescindível a realização de palestras que abordem a conscientização,



consultoria e auditoria em IH, para que aconteça uma mudança de postura em relação às práticas hospitalares que propiciam o surgimento desse tipo de infecção, minimizando o sofrimento do paciente e melhorando a qualidade da assistência de Enfermagem nas instituições hospitalares do município de Arcos e região.

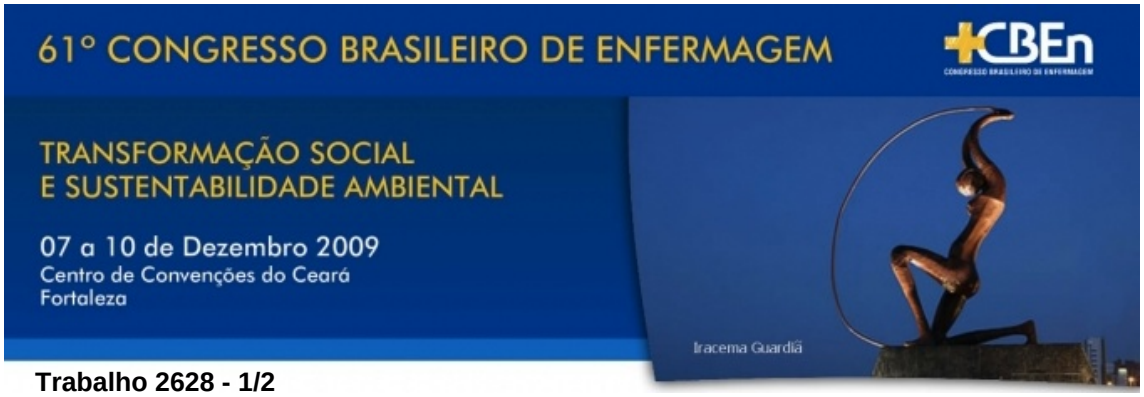
Descritores: Infecção Hospitalar; Prevenção; Assistência de Enfermagem.

Referências Bibliográficas

Pereira, Milca Severino et al. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. *Texto contexto - enferm.*, Jun 2005, vol.14, no.2, p.250-257. ISSN 0104-0707

Moura, Maria Eliete Batista et al. Infecção hospitalar no olhar de enfermeiros portugueses: representações sociais. *Texto contexto - enferm.*, Dez 2008, vol.17, no.4, p.743-749. ISSN 0104-0707

CAMARGOS, Renato. Infecção Hospitalar: Epidemia e Controle. Ed. Médica e Científica. 1997.



Trabalho 2628 - 1/2

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DOS ENFERMEIROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUANTO À TUBERULOSE E SEU DIAGNÓSTICO EM RECIFE-PE: UM ESTUDO TRANSVERSAL

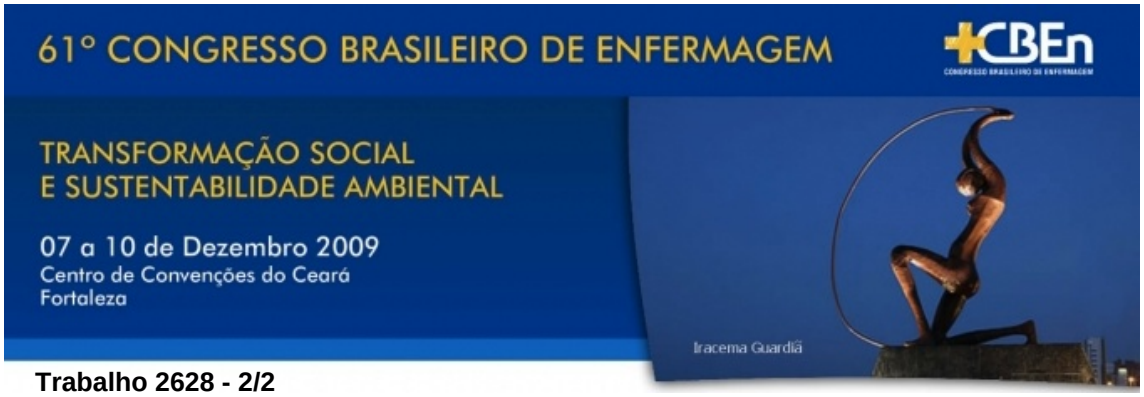
Duarte, Hebe Janayna Mota Vidal [1]
Germano, Eliane Mendes [2]
Brito, Keyla Quirino de [3]
França, Wilson Cézar de Lemos [4]
Sá, Ranusse roriz de [5]
Júnior, Valter José Peixoto da Silva [6]

Resumo

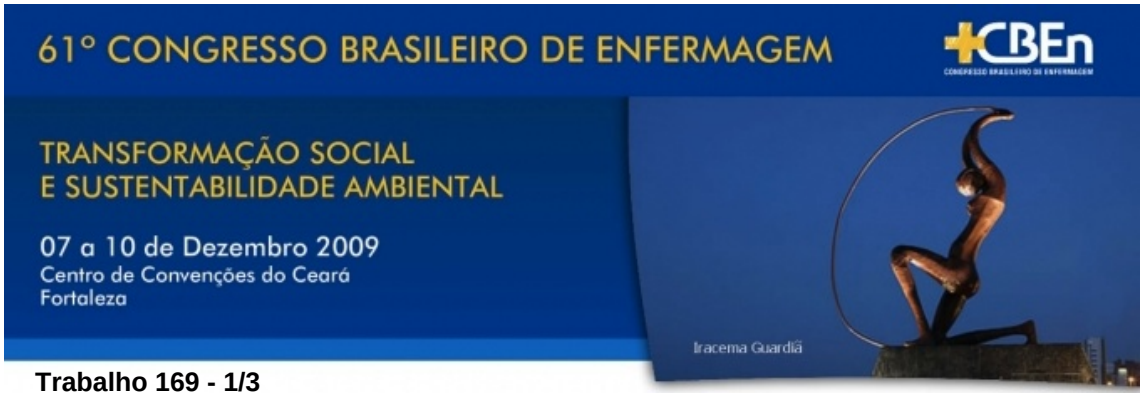
Introdução: A tuberculose é considerada um problema importante para a saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 8 a 9 milhões de casos novos ocorram por ano, e uma média de 3 milhões de óbitos pela doença. **Objetivo**: esta pesquisa tem como objetivo avaliar a adesão ao protocolo de diagnóstico da tuberculose de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil (MS), evidenciando seu conhecimento, atitude e prática. **Metodologia**: Realizou-se um estudo transversal, com caráter quantitativo do tipo inquérito comunitário com formulário padrão, pré-codificado. A coleta foi realizada de fevereiro a junho de 2009 com 14 enfermeiros que exercem suas atividades nas Equipes de Saúde da Família (ESF) mantidas pela Prefeitura da Cidade do Recife (PCR). **Resultados**: Os resultados mostram que 79% dos enfermeiros apresentaram adequado conhecimento sobre a doença e o diagnóstico, 71% apresentaram atitudes condizentes com o esperado e 61% praticam adequadamente o protocolo proposto pelo Ministério da Saúde. **Conclusão:** de acordo com os resultados percebe-se que mesmo com um adequado conhecimento, as práticas dos profissionais podem apresentar-se de forma indesejável, em decorrência principalmente de pouca experiência profissional.

Palavras-chave: *atitude e prática, conhecimento, diagnóstico, tuberculose.*

[1] Enfermeira , especialista em PSF, Professora substituta da UFPE;
[2] Enfermeira, mestre em saúde da criança, Coordenadora adjunta de enfermagem, professora da Escola Pernambucana de Saúde, IMIP;
[3] Aluno de graduação da Escola Pernambucana de Enfermagem;
[4] Aluno de graduação da Escola Pernambucana de Enfermagem;
[5] Aluno de graduação da Escola Pernambucana de Enfermagem;
[6] Aluno de graduação da Escola Pernambucana de Enfermagem; valterjunior.jr@hotmail.com.



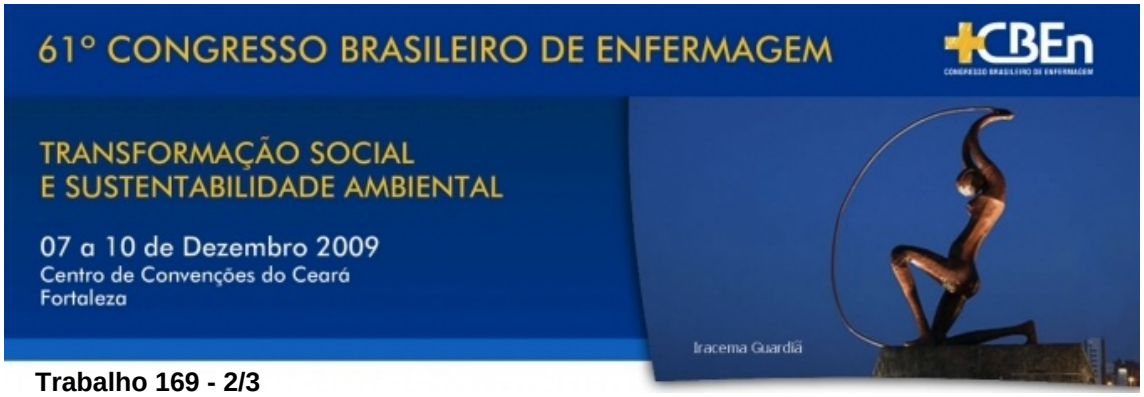
Trabalho 2628 - 2/2



AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL DE FORTALEZA-CE NO PERÍODO DE 2006 A 2008

Santos Filho, Luciano Almeida dos [1]
Feijão, Alexsandra Rodrigues [2]
Lima, Maria Aparecida de[3]
Guimarães, Danielle Maria Rebouças[4]
Melo, Fabiana Stela de Oliveira[5]

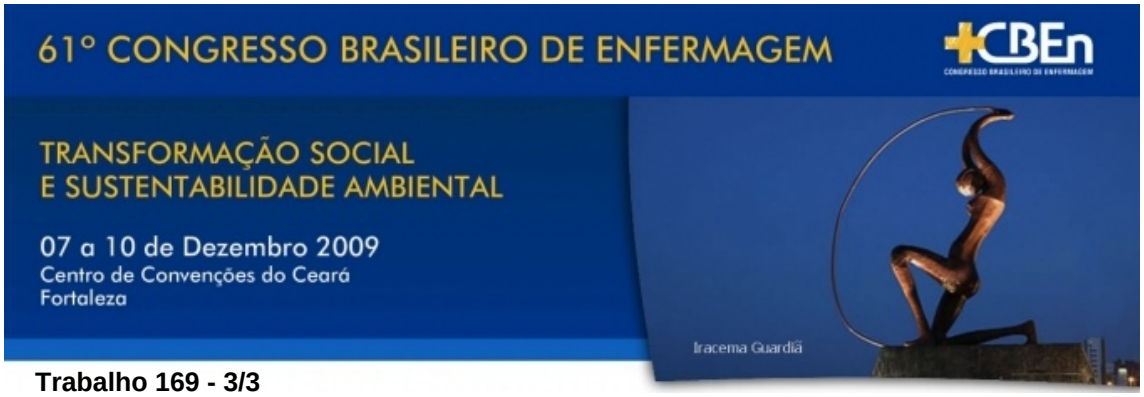
Introdução: Atualmente, uma das preocupações, em âmbito mundial, reporta-se à geração contínua de resíduos, especialmente, considerando os riscos que os mesmos oferecem ao meio ambiente e a saúde pública. Assim, a capacidade de gerar tecnologia e de transformá-la em seu próprio benefício tem favorecido gerações, e as discussões sobre esse avanço científico e tecnológico vêm ganhando força, considerando o volume de problemas a que a população tem sido exposta por conseqüência desse desenvolvimento. Em relação aos serviços de saúde, o desenvolvimento tecnológico acelerado tem culminado na produção de rejeitos cada vez mais complexos do ponto de vista de seu gerenciamento. Neste sentido, a inquietação em adquirir conhecimentos sobre o processamento e destino de resíduos nos serviços de saúde, subsidiou a decisão de pesquisar o manejo e gerenciamento dos resíduos de um hospital. **Objetivos:** Avaliar os indicadores de resíduos do setor de higienização de um hospital em Fortaleza-CE no período de 2006 a 2008. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo-quantitativo de caráter retrospectivo, considerando que se propõe descrever o processo e destino de resíduos de um hospital de Fortaleza-CE. Foram analisados retrospectivamente dados de 2006 a 2008, quanto ao controle diário de peso de resíduos no final de cada dia. Tais resíduos são divididos em infectantes e comuns (conforme a resolução 306 da ANVISA), coletado de cada unidade do hospital pesquisado, sob o controle periódico (diariamente) do setor de higienização. **Resultados:** A quantidade de resíduos sólidos gerados no hospital foi analisada nos seus respectivos anos de 2006, 2007 e 2008. Quanto aos resíduos comuns foram produzidos em 2006 315.871.000 Kg; em 2007 327.062. 000 Kg; e em 2008 323.972.000 Kg. Em relação aos resíduos infectantes em 2006 o hospital gerou 206.089.000 Kg; já em 2007 houve uma redução para 179.956.000 Kg e em 2008 constou de 207.134.000 Kg. De todos os resíduos produzidos, 60,9% foram considerados comuns e acondicionados em



saco preto; 38,9% eram resíduos infectantes e acondicionados em saco branco. Vale ressaltar que, no geral, 75% dos resíduos gerados nos serviços de saúde são resíduos comuns e somente 25% são infectantes. Isso significa dizer que o hospital estudado apresenta segregação de resíduos produzidos semelhante à apontada na literatura. Consequentemente, pelos dados obtidos, o custo não se encontra alto para tratamento (incineração) dos mesmos. Este levantamento foi efetuado e analisado com base na classificação dos Resíduos em Serviços de Saúde (RSS) para orientação e definição de procedimentos e equipamentos necessários para o seu correto manejo, esta classificação é feita por categoria de resíduos, em função dos riscos potenciais à saúde pública e ao meio ambiente. Ao verificar os tipos de resíduos e das quantidades em que são gerados, a análise foi baseada de acordo com protocolos da instituição e a segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, armazenamento externo, tratamento e destino final de acordo com o plano de gerenciamento de resíduos. Com este fundamento, observou-se que o manejo correto dos resíduos teve início desde a origem mediante a uma classificação e segregação como parte do conceito de minimização de resíduos infectantes e comuns, como forma de prevenir contaminações intra-hospitalares e no meio ambiente, bem como de reduzir custos. **Conclusões:** Diante do exposto, ficou clara a necessidade da adequação de instituições de saúde para seguir as normas corretas de manejo de resíduos de acordo com a instituição pesquisada. Notou-se que o manejo adequado de resíduos de serviços de saúde é resultado de um conjunto de ações normativas e de conscientização dos profissionais de saúde, sob critérios ambientais, de saúde e econômicos. Portanto, deve-se assegurar a melhoria contínua das condições de segurança, higiene e saúde ocupacional de todas às pessoas envolvidas com o manejo dos resíduos nos serviços de saúde, para que o trabalhador se sinta motivado e interessado em contribuir para a implementação do plano de gerenciamento de resíduos da instituição.

Referências Bibliográficas:

ERDTMANN, B. K. Gerenciamento dos resíduos de serviço de saúde: biossegurança e o controle das infecções hospitalares. **Texto e Contexto.** UFSC. v. 13, nº especial. P. 86-93, 2004.



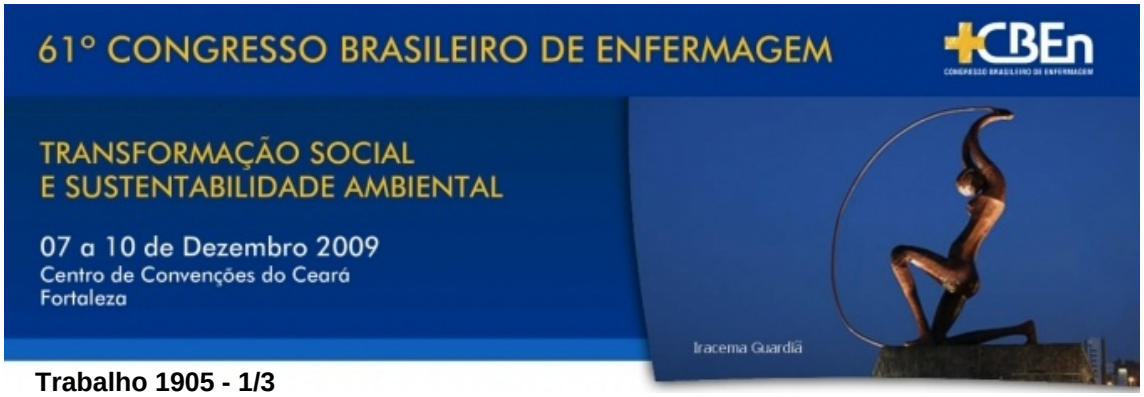
FERRAREZE, M. V. G. ET al. Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde: Avaliação de um Centro de Terapia Intensiva. **REME – Rev. Min. Enf**.; 9 (2): 133-139, abr/jun, 2005.

LEPPEL, M.; BAASCH, S. Modelo de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde para Pequenos Geradores. **Dissertação.** Florianópolis/SC, 2003.

Descritores: Resíduos de Serviços de Saúde. Indicadores. Enfermagem.

---

[1]Discente de Enfermagem do 7º semestre da Faculdade Metropolitana de Fortaleza – FAMETRO e Bolsista de Iniciação Científica. End. Av. Bezerra de Menezes, 785. Ap. 204. CEP: 60325-003, Bairro: São Gerardo. Fortaleza-CE. E-mail: luciano.filho10@hotmail.com
[2]Doutoranda em Enfermagem pela UFC. Enfermeira do Hospital São José de Doenças Infecciosas e Docente da FAMETRO.
[3]Enfermeira. Gerente do Setor de Higienização do Hospital de Messejana – HM e Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgico.
[4]Discente de Enfermagem do 7º semestre da Faculdade Metropolitana de Fortaleza – FAMETRO.
[5]Discente de Enfermagem do 8º semestre da Faculdade Metropolitana de Fortaleza – FAMETRO.



Trabalho 1905 - 1/3

AVALIAÇÃO MICROBIOLÓGICA DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS À VENTILAÇÃO MECÂNICA.

FRANÇA PAULA, Bernardo[1]
HONÓRIO, Rose Brandão[2]
VOGAS, Cristian Cremonez[3]
MELO, Jaqueline Travassos[4]
BEZERRA, Frank Silva[5]
NAGATO, Akinori Cardozo[6]

INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares constituem hoje um grave problema de saúde pública no país [1]. O advento da microbiologia tornou possível aprofundar o conhecimento sobre os agentes causadores das infecções e permitiu a elaboração de estratégias preventivas e terapêuticas mais eficazes. Entretanto, a introdução da ventilação mecânica aumentou a incidência, nas unidades de terapia intensiva, de infecção do trato respiratório, levando a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) [2-3].

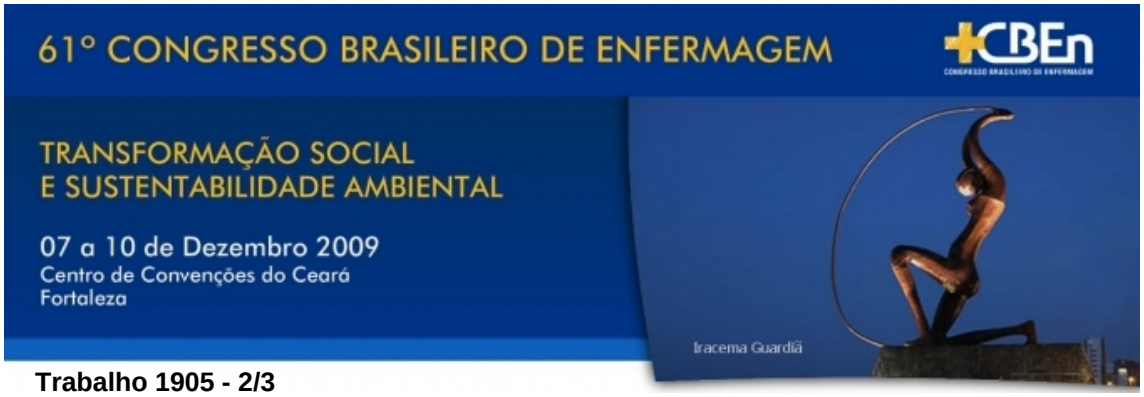
OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo foram identificar os tipos de microrganismos presentes no lavado broncoalveolar dos pacientes submetidos à ventilação mecânica e verificar a sensibilidade e resistência dos microrganismos à antibioticoterapia.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário Sul Fluminense (HUSF) e foi aprovado pelo comitê de ética da instituição. Foram analisados 988 prontuários do acervo de prontuários da UTI-

[1] Monitor do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Universitários Sul Fluminense (HUSF),Graduando do 8° período do curso de Enfermagem da Universidade Severino Sombra (USS)– Vassouras/RJ. bdefrancapaula@yahoo.com.br
[2] Enfermeira. Mestre em enfermagem – UniRio. Consultora em Serviço de controle de Infecção Hospitalar - HUSF
[3] Médico. Especialista em terapia intensiva. Médico Rotina na Unidade de Terapia Intensiva do HUSF
[4] Farmacêutica-Bioquímica. Especialista em Análises Clínicas, Ações Institucionais e Saúde Coletiva. Responsável pelo setor de Microbiologia do HUSF
[5] Fisioterapeuta. Mestre em Morfologia - Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Coordenador do curso de Fisioterapia – USS
[6] Fisioterapeuta. Mestre em Biologia experimental – UERJ. Docente da USS

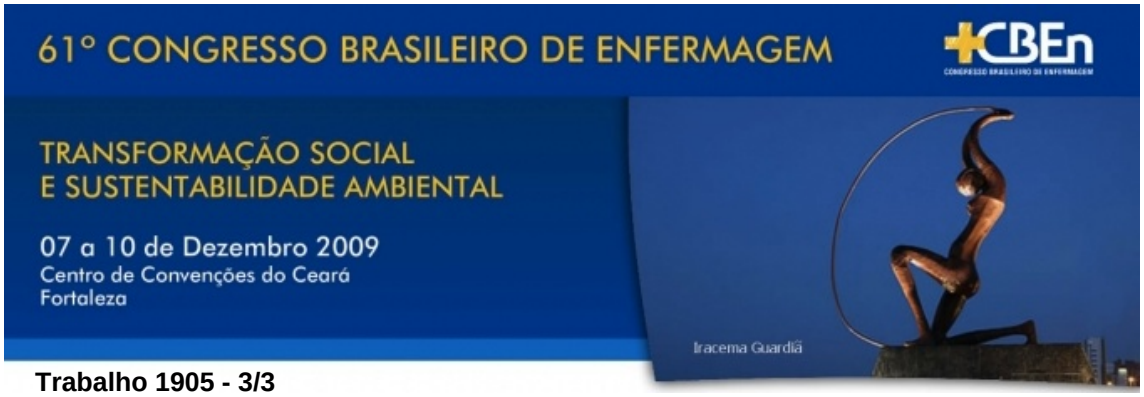


HUSF, onde apenas 19 (06 do sexo feminino e 13 do sexo masculino) apresentavam registro sobre o desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), e, portanto, foram incluídos no estudo. Os prontuários incluídos nas análises foram organizados segundo seus respectivos números de registro no HUSF, e em seguida foram coletados dados referentes: ao diagnóstico de internação, sexo, tempo de internação na UTI, tempo (em dias) de ventilação mecânica, presença ou ausência de doenças associadas**,** antibióticos utilizados e tempo de antibioticoterapia. Foi considerado PAVM os pacientes que desenvolveram pneumonia após 48-72 horas da intubação endotraqueal e instituição da ventilação mecânica invasiva (VMI). Para a determinação diagnóstica de PAVM foram utilizados os critérios do *Clinical Pulmonary Infection Score* (CPIS, Escore Clínico de Infecção Pulmonar) [2], A cultura do aspirado traqueal foi considerada positiva (+) quando a unidade formadora de colônia (UFC) foi ≥ 10^6/ml sem antibioticoterapia; ou ≥10^5/ml com antibioticoterapia. A cultura e a bacterioscopia foram realizadas no Laboratório de Microbiologia do HUSF, semeadas nos meios de cultura em Ágar Sangue (para bactérias em geral) e Ágar Mc Conkey (para bastonetes Gram Negativos).

RESULTADOS

As doenças mais prevalentes foram Traumatismo Crânio Encefálico (06) 31,5%, Acidente Vascular Encefálico (04) 21%, Insuficiência Respiratória (04) 21%, Politraumatismo (03) 15,7% e outras (02) 10,8%. Foram isolados 27 microrganismos no estudo, classificados em dois grupos de acordo com a coloração Gram sendo (11) 40,74% Gram positivas e (16) 59,25% Gram negativas. O microrganismos de maior prevalência foi *Acinetobacter sp.* aparecendo em (10) 52,63% das infecções, seguida de *Staphylococcus aureus* (09) 47,36%. Dos 19 episódios de PAVM (12) 63,1% foram causados por apenas

[1] Monitor do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Universitários Sul Fluminense (HUSF),Graduando do 8° período do curso de Enfermagem da Universidade Severino Sombra (USS)– Vassouras/RJ. bdefrancapaula@yahoo.com.br
[2] Enfermeira. Mestre em enfermagem – UniRio. Consultora em Serviço de controle de Infecção Hospitalar - HUSF
[3] Médico. Especialista em terapia intensiva. Médico Rotina na Unidade de Terapia Intensiva do HUSF
[4] Farmacêutica-Bioquímica. Especialista em Análises Clínicas, Ações Institucionais e Saúde Coletiva. Responsável pelo setor de Microbiologia do HUSF
[5] Fisioterapeuta. Mestre em Morfologia - Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Coordenador do curso de Fisioterapia – USS
[6] Fisioterapeuta. Mestre em Biologia experimental – UERJ. Docente da USS



01 microorganismo, (06) 31,5% por 02 microrganismos e (01) 5,2% por 03 microrganismos.

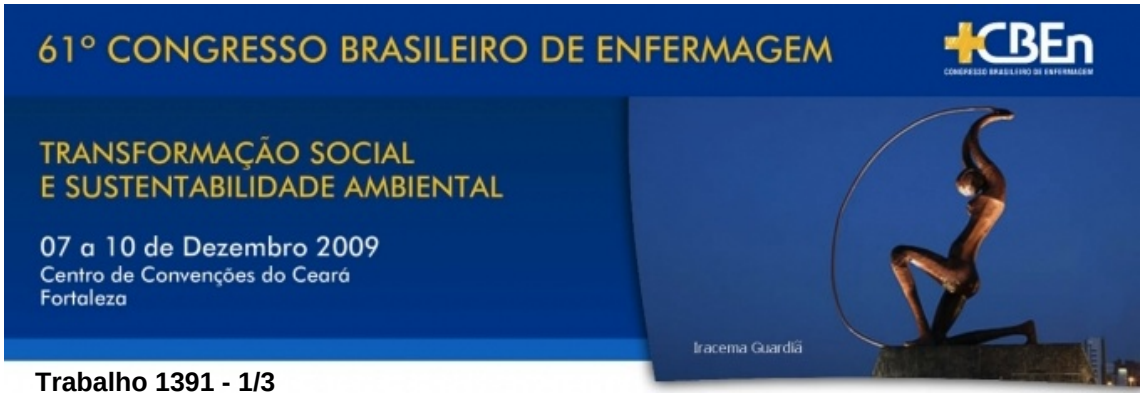
CONLUSÕES

No presente estudo foram identificados 27 tipos de microrganismos presentes no lavado broncoalveolar dos pacientes submetidos à ventilação mecânica sendo que 01 foi sensível e 26 resistentes quando submetidos ao Teste de Sensibilidade ao Antibiograma.

BIBLIOGRAFIA

1. Pereira Gomes, J.C., et al., *Impact of BAL in the management of pneumonia with treatment failure: positivity of BAL culture under antibiotic therapy.* Chest, 2000. 118(6): p. 1739-46.
2. *[Brazilian guidelines for treatment of hospital acquired pneumonia and ventilator associated pneumonia- 2007].* J Bras Pneumol, 2007. 33 Suppl 1: p. S1-30.
3 TEIXEIRA, Paulo José Zimermann et al. *Pneumonia associada à ventilação mecânica: impacto da multirresistência bacteriana na morbidade e mortalidade*. J. bras. pneumol. [online]. 2004, vol.30, n.6, pp. 540-548.

[1] Monitor do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Universitários Sul Fluminense (HUSF),Graduando do 8° período do curso de Enfermagem da Universidade Severino Sombra (USS)– Vassouras/RJ. bdefrancapaula@yahoo.com.br
[2] Enfermeira. Mestre em enfermagem – UniRio. Consultora em Serviço de controle de Infecção Hospitalar - HUSF
[3] Médico. Especialista em terapia intensiva. Médico Rotina na Unidade de Terapia Intensiva do HUSF
[4] Farmacêutica-Bioquímica. Especialista em Análises Clínicas, Ações Institucionais e Saúde Coletiva. Responsável pelo setor de Microbiologia do HUSF
[5] Fisioterapeuta. Mestre em Morfologia - Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Coordenador do curso de Fisioterapia – USS
[6] Fisioterapeuta. Mestre em Biologia experimental – UERJ. Docente da USS



Trabalho 1391 - 1/3

AVÓS E NETOS NO SÉCULO XXI: AUTORIDADE, AFETO E MEDO

Paula, Flávia Viana de[1]

Silva, Maria Josefina da[2]

Mota, Fernanda Rochelly do Nascimento[3]

Marques, Marilia Braga[4]

Oliveira, Edmara Teixeira[5]

Introdução: Em 1980 existiam cerca de 16 idosos para cada 100 crianças, 20 anos depois essa relação praticamente dobra, passando para quase 30 idosos por cada 100 crianças. Assim, embora a fecundidade ainda seja a principal componente da dinâmica demográfica brasileira, em relação à população idosa é a longevidade que vem progressivamente definindo seus traços de evolução (IBGE, 2002). A família de hoje se caracteriza mais do que nunca pela diversidade de arranjos, constituindo “famílias”; por sua vez, podemos falar de “velhices”, uma vez que esta fase da vida é vivida de forma bastante peculiar, de acordo com as características pessoais, familiares e culturais que influenciam o idoso (SANTOS, 2008). As flexibilizações das configurações familiares são frutos do aumento da expectativa de vida, do poder decisório dos idosos, da situação sócio-econômica e das modificações das relações familiares. Nas novas estruturas familiares, menores e mais maleáveis, os mais velhos, que eram as figuras centrais no modelo de família patriarcal passaram a exercer papéis periféricos. Se, por um lado, os idosos ganharam mais autonomia e independência, por outro, houve um afastamento entre os

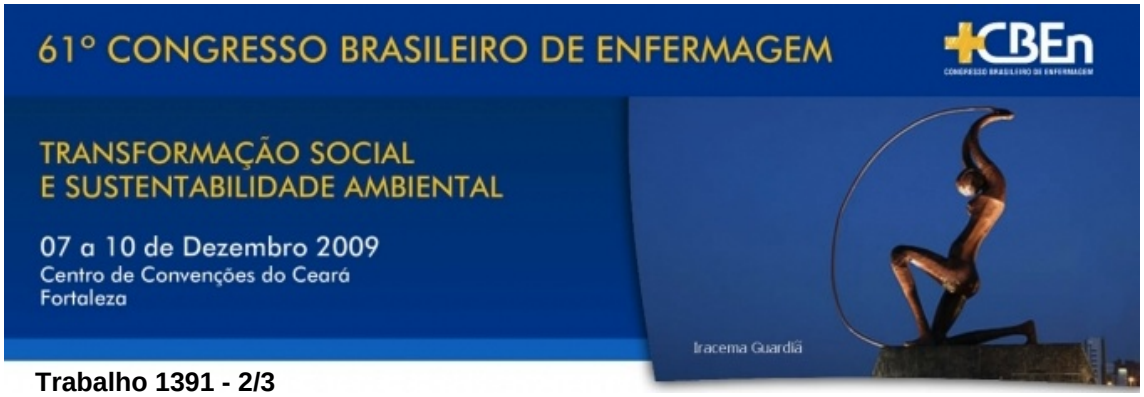
[1]Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Ceará-UFC.

[2]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do departamento de Enfermagem da Universidade Federal da Ceará-UFC.

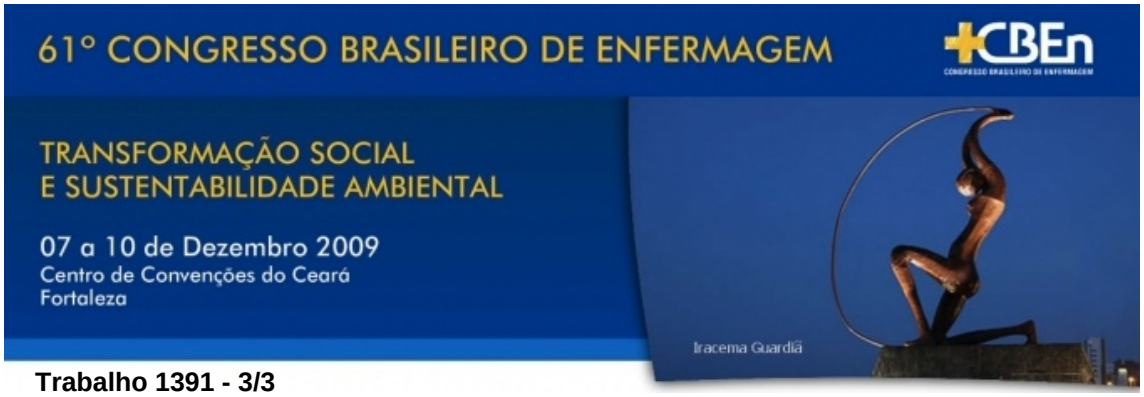
[3] Aluna de Graduação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará-UFC. Bolsista de Iniciação Cientifica.

[4]Enfermeira. Mestranda do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará-UFC. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

5 Aluna de Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará-UFC. Bolsista de Iniciação Cientifica.

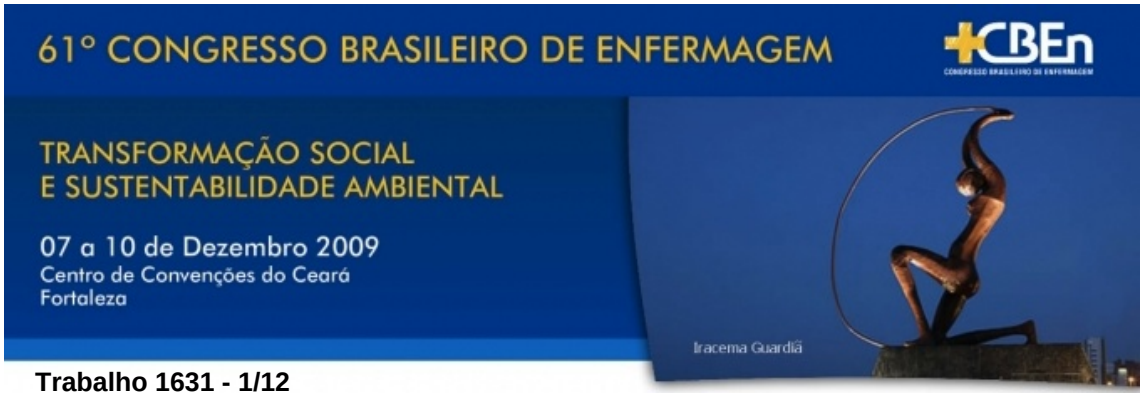


grupos (LIMA, 2008). A família não é uma estrutura homogênea e estável, mas uma organização relacional complexa e dinâmica. A confusão de papéis e valores provoca a instabilidade dos laços e o fracasso na transmissão de conhecimento. Objetivo: Conhecer os discursos dos idosos quanto às relações intergeracionais quando criança e hoje; e identificar as mudanças percebidas das relações intergeracionais pelo idoso no contexto da família atual e de seus antecedentes. Metodologia: Foi utilizado o paradigma qualitativo e o instrumento de coleta de dados foi uma entrevista. Este estudo foi realizado na cidade de Fortaleza, em três unidades da área da Secretaria Executiva Regional III. A amostra foi composta por idosos em número de quatro em cada unidade totalizando doze. Dentre as técnicas qualitativas para organização dos dados, optou-se pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, extraído de depoimentos em diferentes fontes de dados sob a forma de um ou vários discursos - síntese que visa expressar o pensamento de uma coletividade, emitindo um discurso único encadeado sobre determinada temática (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará conforme recomendação da Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério de Saúde, sendo aceito e tendo como número do COMEPE: 719/08. Resultados: A idade dos entrevistados variou de 63 a 85 anos, e a idade média foi de 74,5 anos. Dentre os indivíduos estudados, 11 eram do sexo feminino e apenas 1 do sexo masculino. Em relação à escolaridade, apenas um idoso concluiu o ensino médio, enquanto seis possuíam o fundamental incompleto e cinco se consideraram analfabetos (sabiam somente assinar o nome). Quanto ao estado civil, três eram casados, seis viúvos e três desquitados. Quando indagados sobre vida em sociedade, três dos idosos moravam com o cônjuge, oito moravam com filhos (as) e/ou genros ou noras e um vivia somente com um neto. Três questões foram analisadas qualitativamente. A partir das respostas obtidas nas entrevistas, originaram-se 16 idéias centrais. *Conhecendo o antigo relacionamento intergeracional entre avós e netos*: idoso refere bom relacionamento com seus avós; não havia convivência entre avós e netos; relação de autoridade, respeito e medo; e interferência dos avós na



criação dos netos. *Conhecendo o atual relacionamento intergeracional entre avós e netos*: respeito; qualidade da relação; não existência de autoridade e obediência; e existência de autoridade e obediência. *Percepção de mudanças nessa relação familiar - avós e netos*: mudança de realidade; autoridade e violência; liberdade; não percepção de mudança; e obediência. Conclusões: Este estudo mostra grandes mudanças na relação intergeracional entre avós e netos no último século. A autoridade de avós para com netos antes existente deu lugar a conflitos e falta de respeito. Havia um bom relacionamento, com regras claras, mas atualmente há uma série de conflitos entre eles. A autoridade hoje é confundida com simples troca de favores e um bom convívio. O relacionamento hoje envolve muita carência por parte das crianças/jovens por estarem distantes dos pais, enquanto estes muito trabalham; e também por parte dos idosos aposentados em sua maioria. Idosos culpam a péssima criação dada pelos pais e a educação escolar dada aos netos pelas mudanças ocorridas no relacionamento. Segundo eles, o olhar que antes dizia muito quando necessário impor regras, hoje não diz muito sobre o que se deve fazer. Bibliografia: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Rio de Janeiro, 2002. SANTOS, I. E.; DIAS, C. M. S. B. Homem idoso: vivência de papéis desempenhados ao longo do ciclo vital da família. Aletheia, v. 27, n. 1, p. 98, jan./jun. 2008. Disponível em:< http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/aletheia/n27/n27a08.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2008. LIMA, C. R. Programas Intergeracionais: um estudo sobre as atividades que aproximam as diversas gerações. Campinas, SP: Editora Alínea, 2008. (Coleção velhice e sociedade). LEFÉVRE, F., LEFÉVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. 2. ed. Caxias do Sul, RS: Editora Educs, 2005.

Descritores: Idoso; família; poder; relação entre gerações.



Trabalho 1631 - 1/12

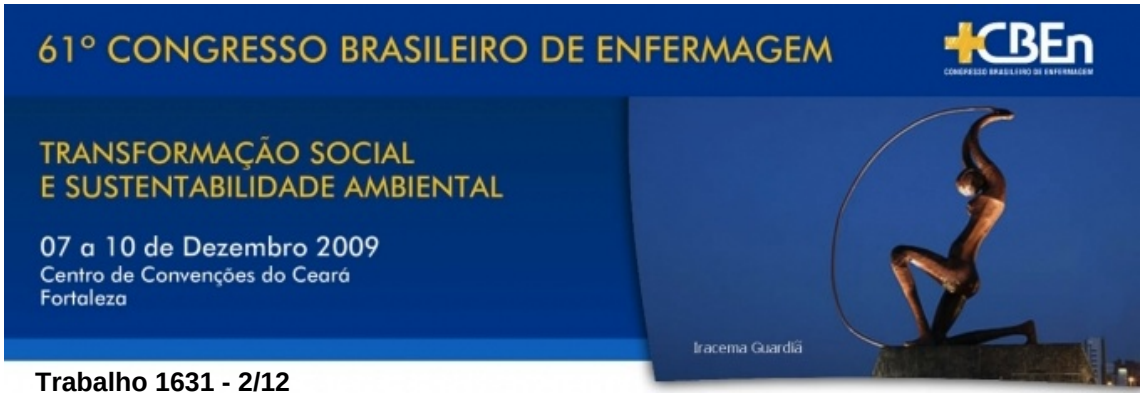
BIOÉTICA EM ENFERMAGEM: uma revisão integrativa da literatura

SAUTHIER, Marta[1]

SEIXAS, Ana Paula Ribeiro[2]

O compromisso ético dos profissionais de enfermagem, especialmente, ao cuidado humano, deve pautar-se na bioética, como prática de ações permeadas por uma postura crítica e reflexiva, em que pesem a dignidade humana. Neste pensamento, construímos a seguinte questão norteadora: Qual o pensamento que vem sendo construído em relação às dimensões bioéticas sobre o cuidado de enfermagem ao cliente e a dignidade humana? Como **objeto,** constituímos: a bioética em enfermagem e o compromisso dos enfermeiros com a dignidade humana. **Os objetivos** foram: Levantar as publicações recentes sobre bioética em enfermagem; reconhecer os problemas bioéticos emergentes na área e caracterizar o compromisso dos profissionais de enfermagem com os desafios da bioética na enfermagem atual **Metodologia**: Utilizamos a revisão integrativa da literatura, desenvolvida na obtenção, interpretação e integração dos resultados nessa prática. Assim, as etapas seguidas foram: 1.Identificação do tema e seleção da questão norteadora; 2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3.Definições das informações extraídas dos estudos selecionados e categorização; 4.Realizamos a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5.Interpretamos os resultados e 6. Apresentamos a revisão e síntese do conhecimento. Os **resultados analisados** mostram que há deficiência de produção sobre o tema nos últimos dez anos em língua portuguesa, no Brasil. E ainda, traz a tona os problemas políticos sociais e econômicos que interferem nas estratégias de cuidado, o que contribui para riscos e erros, comprometendo a ética do cuidado. **Considerações finais**: Os dilemas no âmbito das ciências da vida podem influenciar o comportamento do enfermeiro e equipe, especialmente associados aos seus valores, crenças e conhecimentos. A enfermagem deve ter bem firme a coerência e conhecimento sobre as implicações éticas na busca do desenvolvimento tecnocientífico, enfatizando a legislação vigente 196/96.

[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto I da EEAN/UFRJ. Coordenadora do PCI VII. Docente da disciplina Ética Profissional.
[2] Enfermeira. Especialista em Enfermagem. Docente SENAC/Petrópolis. anaseixasenf@gmail.com.



Palavras-chave: Bioética em Enfermagem. Dignidade Humana. Direitos Humanos

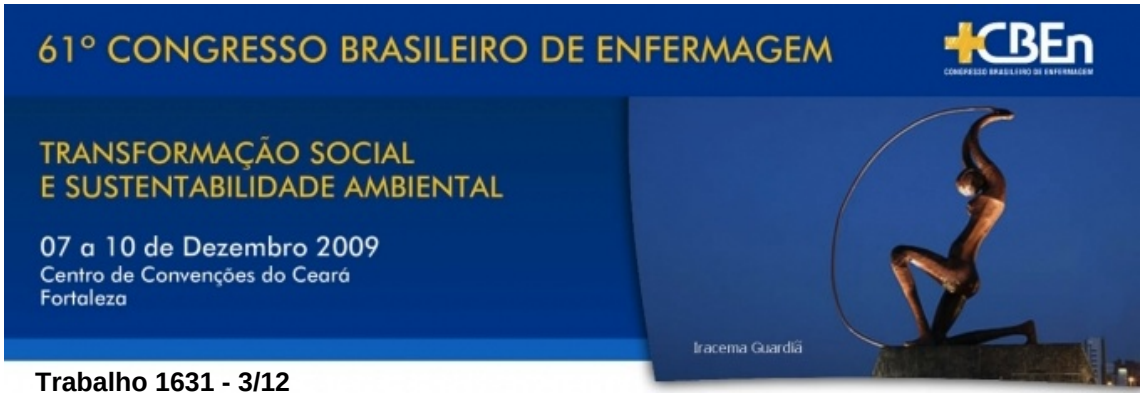
1. INTRODUÇÃO

A bioética, um neologismo que ganhou poder com Potter em 1971 [(1)], se originou a partir de questões sobre os limites das pesquisas e ou experimentos com seres humanos. Atualmente abarca as questões limítrofes vida /morte, dignidade dos seres humanos, vida no planeta, conduta e pesquisa com animais, direitos individuais e coletivos, sendo mais ampla do que as dimensões éticas no enfoque dos atos humanos.

O compromisso ético dos profissionais de enfermagem, em especial, no que tange ao seu objeto, que é o cuidado humano, deve pautar-se na bioética, como prática de ações permeadas por uma postura crítica e reflexiva, em que pese a dignidade humana, direitos e a própria vida do planeta, de forma interdisciplinar, transcultural, dialógica e plural, sedimentada pelos princípios da bioética: justiça, autonomia, beneficiência e não-maleficiência.

Os enfoques dos problemas éticos estão em permanentemente discussão, não há um recorte temporal entre eles, os dados temporais referem-se ao emergirem novas questões. Assim, o estudo dos problemas em bioética, antes dos anos 90 e após os anos 90, se dá de forma didática e permanente. Temos como pressuposto que os dilemas no âmbito das ciências da vida podem influenciar o comportamento do enfermeiro e equipe, especialmente associados aos seus valores, crenças e conhecimentos. Assim, associamos a conduta ética do cuidado com qualidade e competência com a prevenção de riscos ao cliente, sendo necessário o diálogo multidisciplinar e decisões que envolvem os direitos dos clientes, em que o consentimento livre e esclarecido e os princípios bioéticos devem ser seguidos.

Neste pensamento, construímos a seguinte questão norteadora: Qual o pensamento que vem sendo construído em relação às dimensões bioéticas sobre o cuidado de enfermagem ao cliente e a dignidade humana? Como **objeto,** constituímos: a bioética em enfermagem e o compromisso dos enfermeiros com a dignidade humana. **Os objetivos** foram: Levantar as publicações recentes sobre



bioética em enfermagem, nos últimos dez anos, por considerarmos esse espaço temporal como característico de publicações atuais na área da enfermagem; reconhecer os problemas bioéticos emergentes na área da enfermagem e caracterizar o compromisso dos profissionais de enfermagem com os desafios da bioética na enfermagem atual, a partir das publicações na área.

Olhar a enfermagem em uma ótica de dimensão subjetiva é atitude ética, em que pesem as relações humanas, face às decisões que envolvam direitos e dignidade humana. Os debates devem ser pluralistas, aplicando os princípios bioéticos, salvaguardando os interesses do sujeito em detrimento dos interesses da ciência.

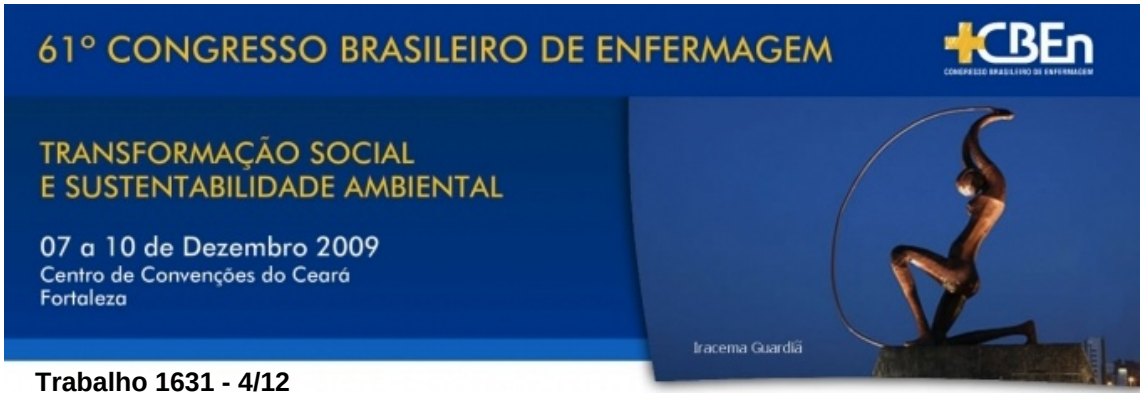
Esta pesquisa torna-se imprescindível aos profissionais de enfermagem que pretendam uma assistência ética, com uma visão progressista, com problematização das questões relacionadas à vida e à saúde, bem como, às inter-relações no ambiente do cuidado, contribuindo para terminar com as atitudes que mantenham o cliente passivo frente às decisões sobre sua saúde.

Além disso, a falta de espaços ou momentos de reflexão sobre as responsabilidades ético-legais, que envolvem o cuidado em enfermagem e os problemas oriundos das condições dessa prática assistencial, reclama pela atitude de levantamentos desses problemas, dimensão ampla e publicação como proposta de ampliar essas responsabilidades com a vida e a saúde dos clientes e profissionais em relação.

Compreendemos ainda que os aspectos que interferem na prática dos enfermeiros também atingem os clientes, o que ratifica a necessidade de identificação desses problemas e busca de soluções para o resgate da autonomia e direitos que envolvem essa relação.

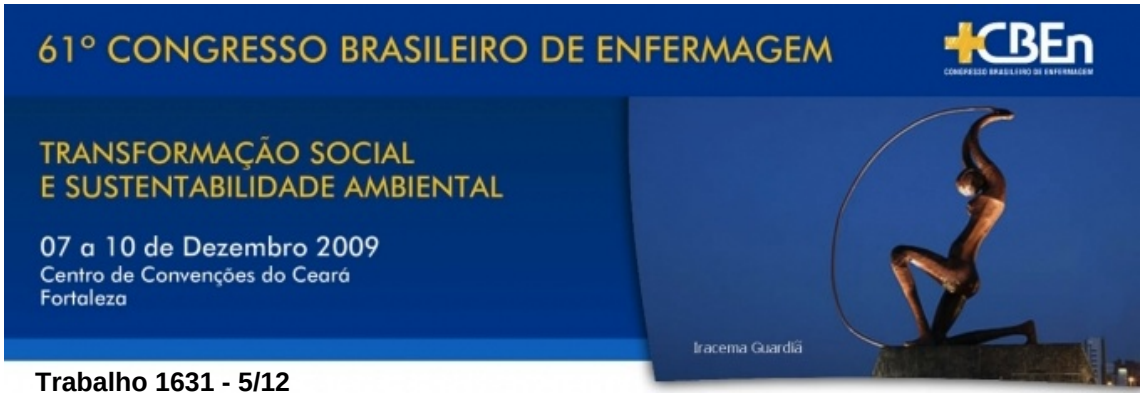
Se considerarmos a Bioética como uma ponte entre ciências e as humanidades [(1)], e ainda, se a compreendermos como propõe a OMS [(2)] (2001) "...uso criativo do diálogo para formular, articular e, na medida do possível, resolver os dilemas que são propostos pela investigação sobre a vida, a saúde e o meio ambiente", estaremos mais próximos do cuidado ético relacionado à vida e à saúde.

2. METODOLOGIA



Utilizamos a revisão integrativa da literatura, que, além de possibilitar a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, permitem a constatação de lacunas que precisam ser preenchidas [3]. Embora este método de pesquisa englobe vários estudos, também permite sua síntese, possibilitando conclusões gerais. A maior importância desse método é a contribuição aos profissionais, que buscam a compreensão ou atualização sobre um determinado tema. Por reconhecermos que os estudos baseados em evidências associam resultados oriundos de pesquisas na prática clínica (para resolução de problemas), sendo pilar para esse método, o enfermeiro, que realiza a pesquisa integrativa, deve se desenvolver na obtenção, interpretação e integração dos resultados nessa prática. Assim, as etapas seguidas foram: 1.Identificação do tema e seleção da questão norteadora, supracitados; 2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostragem ou busca na literatura, onde selecionamos apenas os artigos publicados na BVS, pois contêm publicações de todas as fontes, como LILACS, SCIELLO, IBECS, MEDLINE, entre outros e publicações em língua portuguesa nos últimos dez anos, o que refinou a pesquisa, resultando em 34 artigos que serviram como fonte de consulta, sendo vinte e três (23) sobre Bioética em enfermagem; um (1) sobre dignidade humana na área e dez (10) sobre direitos humanos em enfermagem. 3. As definições das informações extraídas dos estudos selecionados e categorização foram: autonomia e direitos dos clientes – questões limítrofes vida-morte – formação problematizadora – pesquisa com seres humanos – bioética com interface no cuidado de enfermagem e humanização e bioética e política de saúde. 4. Como quarta etapa, realizamos a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. 5. Na quinta etapa, interpretamos os resultados e na sexta e última etapa, apresentamos a revisão e síntese do conhecimento, seguindo os critérios metodológicos exigidos para este tipo de pesquisa.

Os dados literários foram selecionados, codificados entre parênteses com o nome da revista em que os artigos encontravam-se publicados e ano. Após esse passo, categorizamos os dados utilizando: 3.1 Questões limítrofes sobre a vida e a morte; 3.2 Autonomia e responsabilidade dos seres em relação e seus direitos; 3.3 Formação profissional; 3.4 Humanização e modelos de cuidado e 3.5 Pesquisa com seres humanos.



3. RESULTADOS ANALISADOS

De forma geral, a busca literária mostrou que há deficiência de produção sobre o tema nos últimos dez anos em língua portuguesa, no Brasil. E ainda, traz a tona os problemas políticos sociais e econômicos que interferem nas estratégias de cuidado, contribuindo para riscos e erros, comprometendo a ética do cuidado. Os estudos em bioética apontam mais para as questões limítrofes vida/morte, do que para as questões da sustentabilidade ou ambiente do cuidado. Os temas abordados com maior profundidade referem-se à humanização no cuidado de enfermagem, em que a dimensão do cuidado encontra princípios e valores humanos como transversais, e ainda, apresenta os maiores desafios da bioética na enfermagem atual como sendo a busca de equilíbrio entre aspectos técnico-operativos e ético-morais; a busca de autonomia e responsabilidade dos seres em inter-relação, integrando princípios e competências técnicas, respeitando a dignidade humana.

3.1 Questões limítrofes sobre a vida e a morte

Dentre os artigos que envolvem a temática, levantamos as que se seguem:

“Morte cerebral como presente para a vida.” (Texto e Contexto)

“A distanásia geradora de dilemas éticos em UTI.” (Acta Paulista)

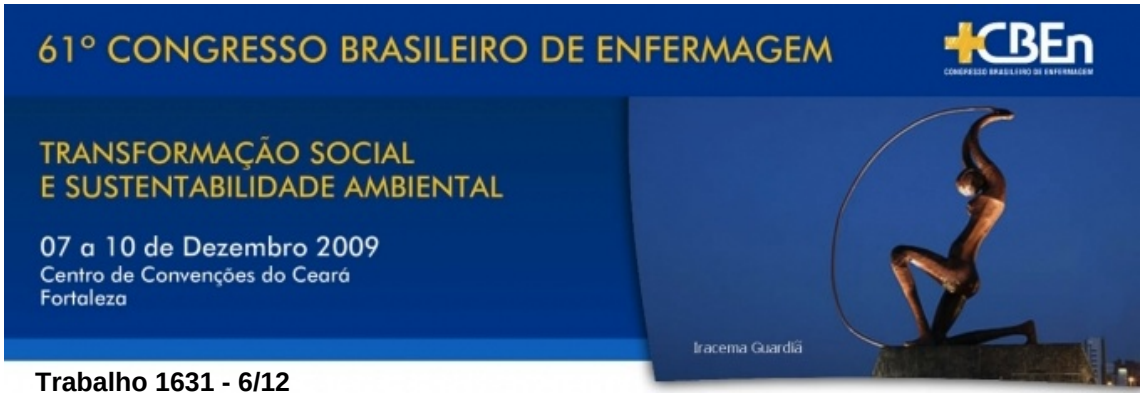
“Agir do enfermeiro em bloco cirúrgico.” (Ver. Baiana)

“Problemas atuais de bioética.” (Loyola)

Esses artigos trazem um enfoque da participação de clientes e profissionais em relação aos posicionamentos, atuações e decisões sobre os dilemas que envolvem a morte e o aproveitamento de órgãos para a manutenção da vida através de transplantes. Conseqüentemente, abordam de forma pluralista e multidisciplinar essas práticas culturais contemporâneas.

O papel do enfermeiro transcende a atuação técnica no cuidado do órgão transplantado, incidindo na captação, informação, acompanhamento e elucidação dessas práticas, para as quais nem todos nós profissionais, estamos preparados.

Essas práticas culturais contemporâneas levantam uma série de questões que nos reportam a atitudes, crenças, mitos e interferência do desenvolvimento



científico nessas questões culturais que sofrem transformação interferindo nas sociedades, leis e culturas.(4)

Portanto, os profissionais, que atuam como captadores e que cuidam de clientes e familiares, seja na doação ou recebimento de órgãos, devem estar preparados para tais questões, garantindo a autonomia dos clientes e seus direitos, com uma atuação transcultural e problematizadora. (5)

3.2 Autonomia e responsabilidade dos seres em relação e seus direitos

"Autonomia da criança hospitalizada frente aos procedimentos." (Texto e Contexto)

"Direitos do cliente como questão ética." (Rev. Bras. Enferm.)

"Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado." (Mundo Saúde)

"O sentido de ser humano: base reflexiva para o cuidado de enfermagem." (Rev. Enferm. UERJ)

"Autonomia do doente institucionalizado na percepção de enfermeiras..." (São Paulo-Tese)

"Autonomia do paciente: o vivencial de alunos de graduação."

"Participação da mulher com câncer na escolha do seu tratamento." (Rev. Lat Amer Enfermagem)

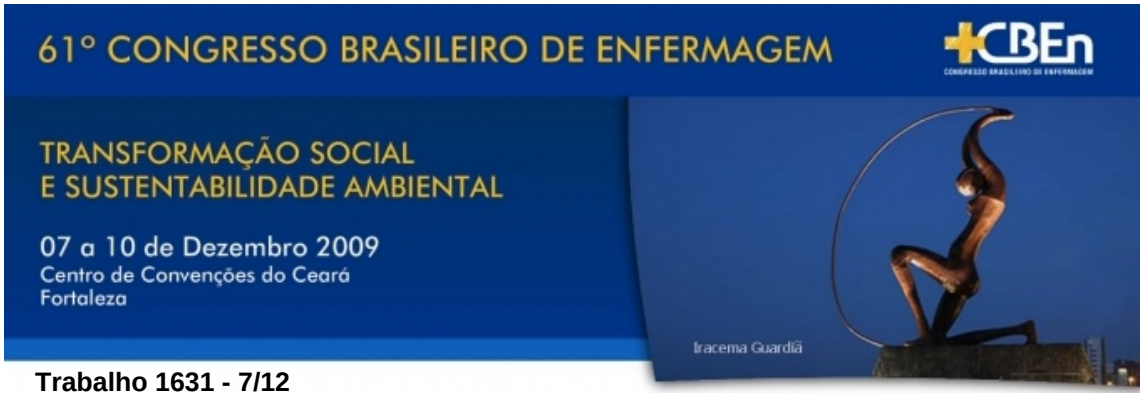
"Autonomia do paciente no processo terapêutico com valor para a saúde."

"A querela dos direitos: loucos, doentes mentais..." (Paidéia – RP)

Os artigos abordam as questões que envolvem a vida no que tange aos direitos e autonomia dos clientes frente ao tratamento que recebem.

Nesse sentido, fazer valer tais direitos requer profissionais conscientes desses direitos e preparados para informar os clientes, oferecendo a eles respostas às suas questões, especialmente, contribuindo para que possam optar com conhecimento sobre seu estado de saúde, cuidados de enfermagem e tratamentos de enfermagem que serão oferecidos.

Os artigos trazem à luz dos principais problemas que interferem na autonomia, como a capacidade de decidir com conhecimento e segurança, visto que, por vezes, os profissionais apresentam informações que se contrapõem, seja por falta de atualização, seja por seguirem diferentes correntes ou opiniões. Ou seja, falta de uniformização e normalização das informações.



Os fatores impeditivos para autonomia são: cuidado paternalista, maternalista; sobrecarga de trabalho; tempo e condições materiais; responsabilidade não só da enfermagem, mas da instituição de saúde organizada pela administração; falta de informação de médicos e enfermeiras; importância menor dada à comunicação. (6)

A informação e o diálogo “funcionam para evidenciar interesse, respeito, aceitação, definir diferenças, e nem tanto para expressar idéias ou informações” no cotidiano da saúde. (6)

Só existe uma relação que vincula enfermeiro e cliente, que contribui na ética do cuidado com interface da bioética e da enfermagem que é o ideal de cuidado: “atividades de relacionamentos, de perceber e responder às necessidades, de tomar conta do mundo, buscando a manutenção da teia de conexão de um modo que ninguém seja deixado sozinho.” (7)

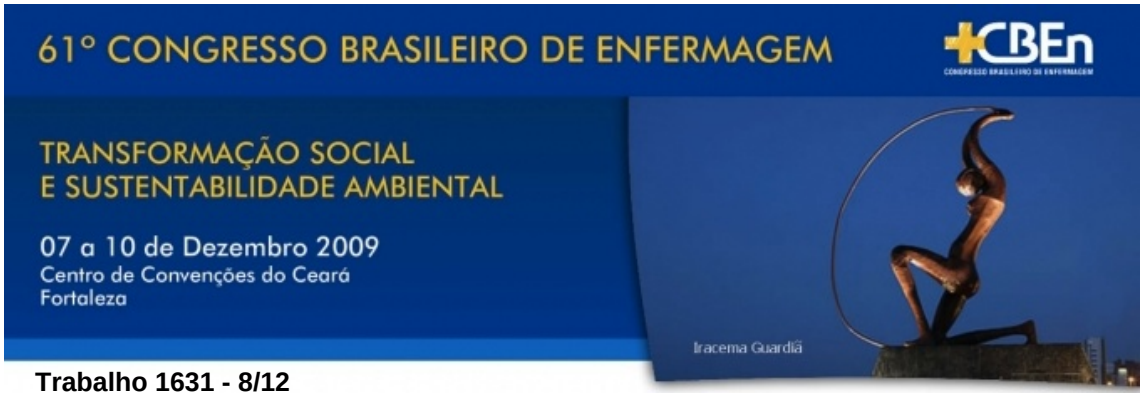
Há nessas palavras a assertiva da interconexão e interdependência humana. Apenas uma artigo atual enfoca a auto-avaliação dos enfermeiros sobre sua prática com enfoque sobre os direitos dos clientes, ou seja, com interface da bioética sobre o cuidado:

“A percepção das enfermeiras acerca da sua atuação ante os direitos dos clientes.” (Rev. Esc. Enf. USP)

Nesse estudo, os autores evidenciaram que o melhor desempenho das enfermeiras estava em preservar a individualidade do cliente, sendo que a autonomia e identificação pessoal do cliente ficaram em um nível intermediário, sendo a informação para a tomada de decisão, o construto que apresentou menos desempenho dessas profissionais.

Ratificado está que há necessidade de fornecer condições e empreender esforços para garantir aos enfermeiros e motivá-los para atuação mais eficaz efetiva no que tange às informações aos clientes. Como vimos, essa é a base para a decisão.

Compreendemos, assim, que a bioética serve de meio para integrar o cuidado técnico e ético, em que pesem competências do saber/fazer e que se traduz na informação efetiva, eficaz e eficiente, como responsabilização percebida por nós dos enfermeiros com a autonomia e direitos dos clientes.



3.3 Formação profissional

Os artigos atuais enfocam a formação reflexiva e problematizadora como campo rico para o cuidado com a transversalidade bioética, especialmente, com enfoque da Filosofia:

"A contribuição da área de filosofia, ética e bioética na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP." (Brazilian Journal Nursing)

"Educação em Bioética: desafios para a formação crítico-criativa dos profissionais de Enfermagem." (Mundo Saúde)

"Diretrizes curriculares para o ensino da Ética na graduação em enfermagem."

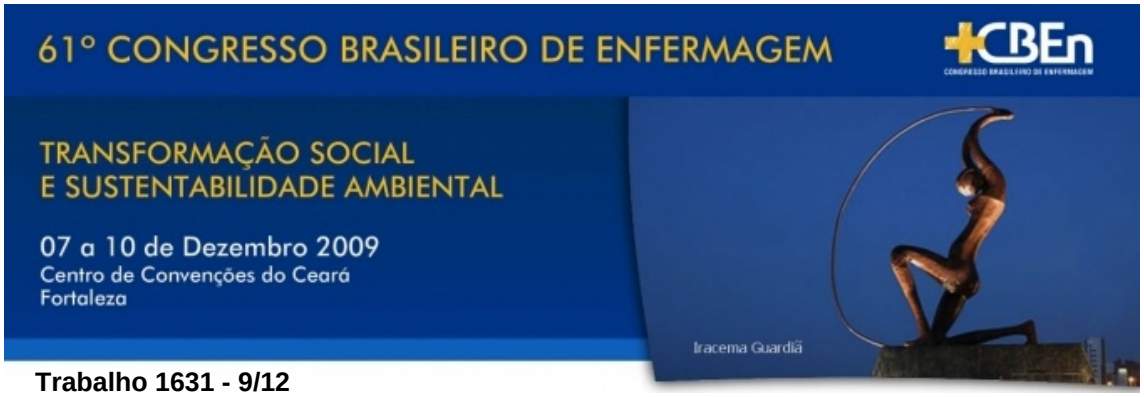
"Ética em enfermagem: um ensaio com enfoque deontológico para uma aprendizagem baseada na pedagogia da problematização."

A pedagogia da problematização dá importância ao desenvolvimento da capacidade de observação da realidade imediata, buscando soluções originais e criativas. Cabe lembrar aqui a existência de diferenças individuais entre as pessoas e a diferença entre os esquemas de assimilação em que cada uma possa estar. Compete aos educadores atentarem para o fato de que é importante se certificarem de que ao se encerrar a discussão de um assunto, todos tenham tido a possibilidade do entendimento global do mesmo. [8]

3.4 Humanização e modelos de cuidado

Há produção maior por autores como FERREIRA (2005) [9]; CASSATE & CORREA (2005) [10] e LUNARDI (2006) [11], entre outros autores, que empreendem esforços no sentido de estudar o cuidado com enfoque na ética e bioética.

Tais autores explicitam a inserção das questões sobre humanização como projeto político a partir dos anos 90 e também explicam que o cuidado na atualidade é caracterizado pela globalização; afeta a forma de olharmos o mundo e como ele se apresenta. Especialmente com a redefinição de papéis, família, sexualidade, interações e as relações de trabalho. Além disso, expõem que o cuidador é essencial ao cuidado do outro, estando atrelado à dignidade humana e solidariedade. Outro enfoque importante nesses estudos é o de que o novo



paradigma holístico mostra que a cura está atrelada ao cuidado, mas o cuidado existe independente da cura.

> *"Há a necessidade de que o enfermeiro reavalie seu cuidado, de maneira a perceber que os princípios bioéticos devem reger sua prática sempre, de forma a auxiliar no respeito ao paciente e no cuidado humanizado de Enfermagem, fazendo com que o cuidado não se torne apenas a aplicação de técnicas de Enfermagem, mas sim, uma prática complexa que considera que aquele a quem se presta este cuidado é um Ser digno, com necessidades não apenas biológicas, mas psicológicas, sociais e espirituais." (R ev Bras Enferm)*

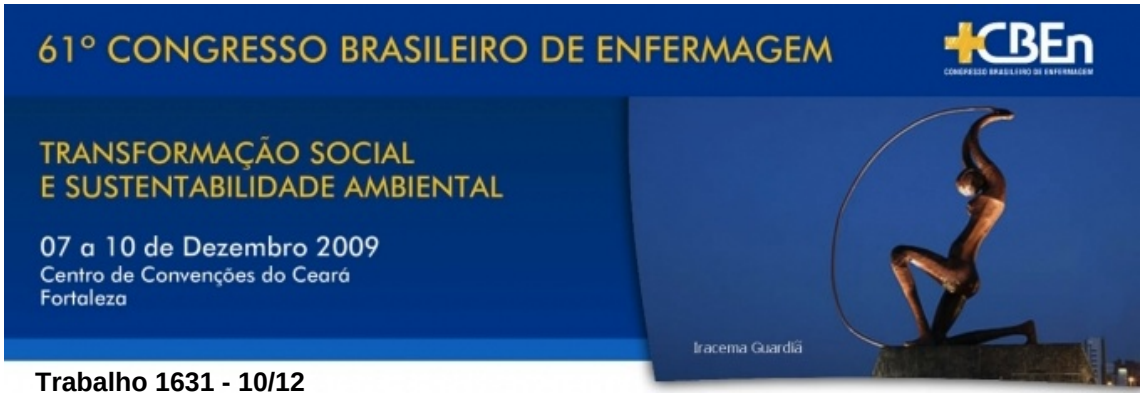
Todas essas percepções sobre o cuidado encontram viés na ética e na bioética, em que pese a transversalidade no cuidado.

Os artigos em estudo explicitam que os sujeitos do cuidado trazem uma bagagem de experiências e vivências, as quais devam ser consideradas, como atitude ética, visando à promoção à saúde e prevenção de doenças na busca do restabelecimento do ser humano.

Trazem em seu bojo que é a relação de ajuda do tipo sujeito pressupõe os seres em relação como pessoas com a mesma dignidade pessoal, mesmo com funções diferentes; que o cuidado exige diálogo e informações para a tomada de decisão, pois o sujeito necessita aprender a escolher e a responsabilizar-se por suas escolhas, tendo poder de decisão sobre si.

Assim, o cuidado pode ser praticado apenas interpessoalmente, a partir de modelos pautados na interação cliente/profissional com qualidade, visando a interação terapêutica efetiva, percebendo o cliente como único na sua subjetividade e formas de expressividade. Nesse pensamento aponta Modelos de Cuidado, a saber: restauradores e reabilitadores; que resgatam a integridade pessoal dos sujeitos; integradores do meio e expressivo.[9]

3.5 Pesquisa com seres humanos



"A enfermagem e as questões éticas envolvendo a pesquisa com crianças e adolescentes." (Esc. Anna Nery Rev. Enferm / 2002)

"Vulnerabilidade e riscos em pesquisa com entrevistas" (Nursing, SP, 2007)

Os artigos em enfermagem abordam a ética em pesquisa no que tange às determinações da Resolução CNS 196/96, que determina critérios para pesquisas com seres humanos exigindo: a construção do Consentimento Livre e Esclarecido de forma clara, contendo informações sobre todos os aspectos da pesquisa, desde seu objeto, objetivos, até a garantia de anonimato dos depoentes, bem como, garantindo a eles o livre arbítrio quanto à permanência ou não como integrante/depoente da pesquisa.

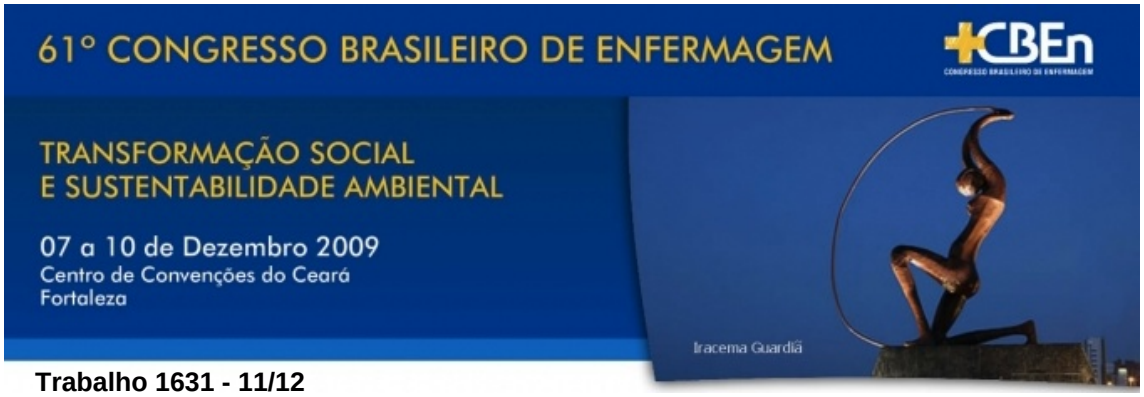
Igualmente, exigindo a submissão do estudo a um Comitê de Ética em Pesquisa e autorização da instituição estudada. Essas exigências, conforme os artigos são essenciais para garantir a conduta ética dos pesquisadores, entretanto há necessidade de implementar esforços em manter os depoentes menos vulneráveis e mais instruídos ou informados sobre os objetivos dos estudos, que nem sempre ficam claros nos textos redigidos.

E, ainda, abordam a questão do livre arbítrio e da necessidade de tratamento como questões que se cruzam, se contrapõem muitas vezes mascarando sintomas, o que interfere nos resultados dos estudos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dilemas no âmbito das ciências da vida podem influenciar o comportamento do enfermeiro e equipe, especialmente associados aos seus valores, crenças e conhecimentos. Assim, associamos a conduta ética do cuidado com qualidade e competência com a prevenção de riscos ao cliente, sendo necessário o diálogo multidisciplinar e decisões que envolvam os direitos dos clientes, em que o consentimento livre e esclarecido e os princípios bioéticos devem ser seguidos.

A perspectiva da enfermagem em uma ótica de dimensão subjetiva é atitude ética em que pesem as relações humanas, apresentadas em face às decisões que envolvam direitos e dignidade humana. Há necessidade de enfoque tanto nas relações entre os sujeitos, quanto com o meio ambiente e social observando a transparência nas tomadas de decisões no devido



compartilhamento do conhecimento, aplicando os princípios bioéticos, salvaguardando os interesses do sujeito em detrimento dos interesses da ciência.

Compreendemos que a enfermagem deve ter bem firme a coerência e conhecimento sobre as implicações éticas na busca do desenvolvimento tecnocientífico da área, envidando esforços para promover a formação e educação em bioética, enfatizando a legislação vigente 196/96. Especialmente, todo ato em enfermagem deverá ser pautado nos direitos humanos, às liberdades fundamentais e à dignidade humana, inserindo nos artigos publicados estudos sobre a formação acadêmica para proporcionar evidências da dinâmica problematizadora, transcultural, favorecendo a aprendizagem, questionamentos, novas hipóteses e possibilidades.

5. REFERÊNCIAS

1 Potter VR. Bioethics. Bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971:2.

2 OMS (2001)

3 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

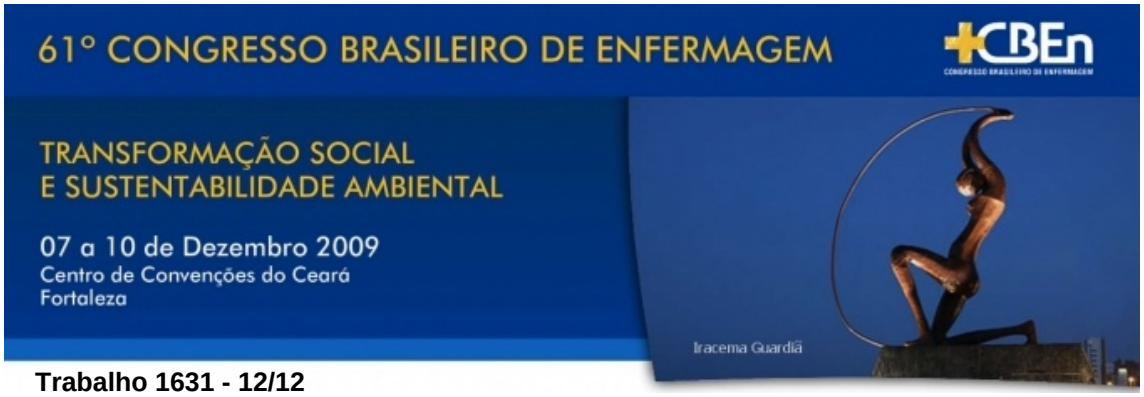
4 Pessini, L; Barchifontaine, C. de P. de. Problemas atuais de Bioética. 3º Ed. São Paulo: Edições Loyola.2001.

5 Santos LR; Beneri RL, Lunardi VL.Questões éticas no trabalho da equipe de saúde: o (des) respeito aos direitos do cliente. *Rev Gaucha Enferm*. 2005; 26 (3): 403-13.

6 Zoboli ELCP, Sartorio NA. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. O Mundo Saúde 2006;30(3):382-97.

7 Gilligan C. In a different voice: psychological theory and women's development. 31st reimpr. Cambridge: Harvard University; 1998.

8. Bordenave, J. E.D. - "La transferencia de Tecnologia Apropriada ao Pequeño Agricultor" Revista Interamericana de Educação de Adultos-vol. 3,no 1-2,1980-PRDE-OEA

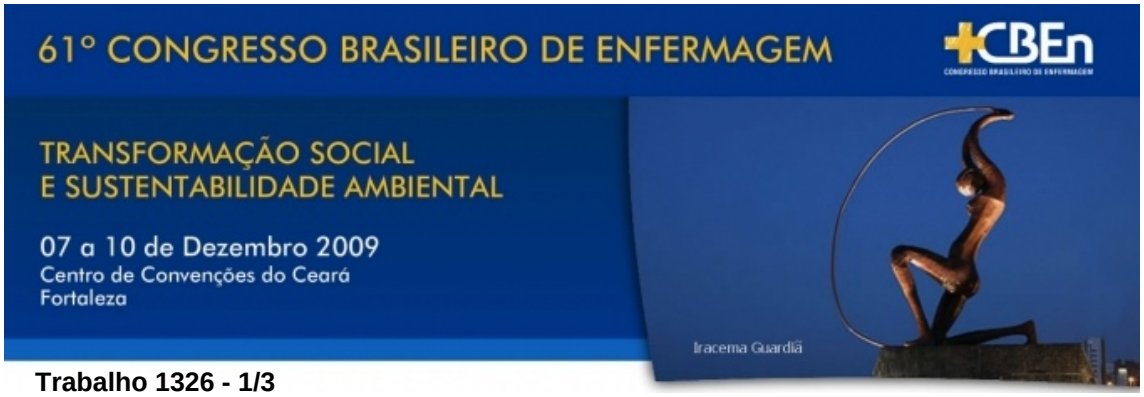


9 Ferreira, M.A; Castro, E. S; Mendes, P. W.; A integração no cuidado: uma questão na enfermagem fundamental. *Esc. Anna Nery. Rev.de Enfermagem*. A.9, n.1, p. 39-45, abr,2005.

10 Casate, J. C.; Corrêa, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem, *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, v.13, n.1, p.105-111, jan-fev, 2005.

11. Bakes, D. S.; Lunardi, V. L.; Lunardi Filho, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ótica. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, v,14, n.1, p. 132-135, jan-fev, 2006.

12. Barbosa I. A; Silva M J P . Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário *Rev. bras. enferm.* vol.60 no.5 Brasília Sept./Oct. 2007



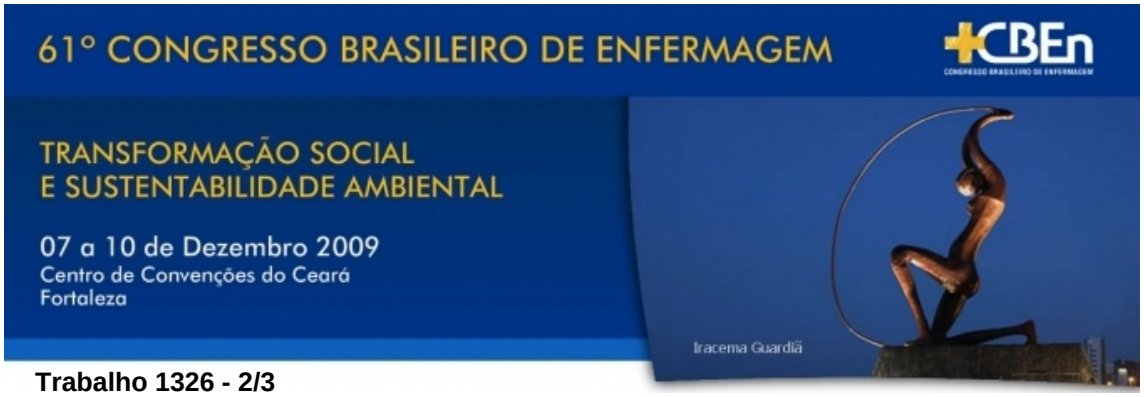
Trabalho 1326 - 1/3

BIOSSEGURANÇA E ENFERMAGEM: AS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS NAS BASES DE DADOS DA BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE

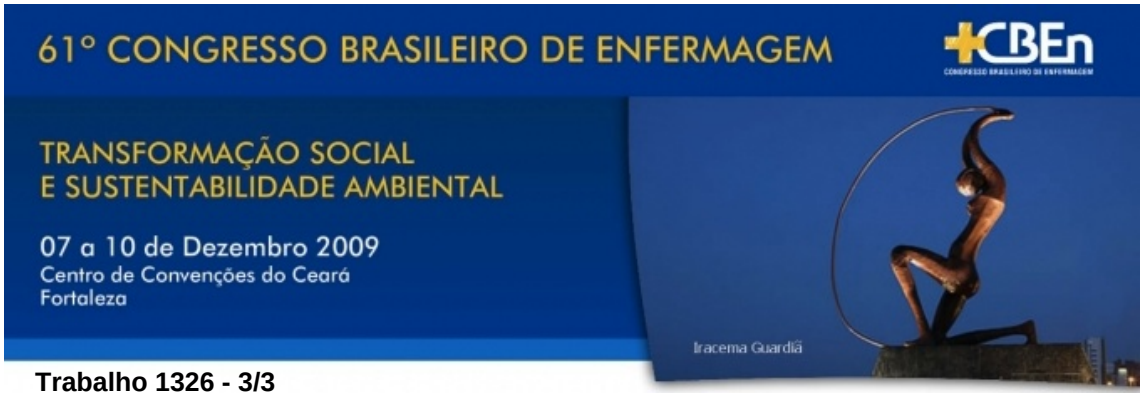
CARDOSO, Maria Manuela Vila Nova[1]
RASCHE, Alexandra Schmitt[2]
DIAS, Maria Angela Moreira[3]
SILVA, Priscila Antonio[4]
MAGALHÃES, Nilmar Alves Cavalcante[5]
BARBOSA, Magda Vieira[6]

INTRODUÇÃO: A biossegurança, entendida como um conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços(1), designa um campo de conhecimento e um conjunto de práticas e ações técnicas, com preocupações sociais e ambientais, destinados a conhecer e controlar os riscos que o trabalho pode oferecer ao ambiente e à vida(2). Para a segurança dos trabalhadores da área da saúde a adoção de normas de biossegurança no trabalho é condição fundamental, pois estão sempre expostos a uma diversidade de riscos, especialmente os biológicos. No que concerne à enfermagem, essa exposição é muito mais preocupante, pois a equipe de enfermagem é a maior força de trabalho na área da saúde desenvolvendo cuidados que envolvem o contato direto com a clientela. Contudo, a adoção das medidas de biossegurança nas atividades profissionais tem sido um desafio para a enfermagem. Um estudo sobre os condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções, por exemplo, concluiu que deve ser trabalhada a desconstrução da percepção de invulnerabilidade a infecções no exercício profissional da enfermagem para que o comodismo e as práticas de risco sejam

[1] Professora Adjunto e Chefe do Departamento de Metodologia da Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN/UFRJ. Doutora em Enfermagem. Membro da Diretoria da ABEn-RJ. manuela.ufrj@gmail.com
[2] Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Metodologia da Enfermagem da EEAN/UFRJ.
[3] Mestranda da EEAN/UFRJ. Especialista em Hemoterapia/Hematologia. Enfermeira do Serviço de Educação Continuada do HSE. Professora do Núcleo da Escola Técnica em Saúde Isabel dos Santos no HSE.
[4] Discente de Graduação da EEAN/UFRJ.
[5] Enfermeira e Mestranda da EEAN/UFRJ.
[6] Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Severino Sombra – Vassouras, RJ. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Enfermeira do Hospital Universitário Sul Fluminense.



substituídos por comportamentos que resultem em assistência de qualidade ao usuário e na maior proteção possível ao trabalhador da saúde[3]. Com essa preocupação, resolvemos investigar o que a enfermagem tem produzido cientificamente nessa área. Assim, este estudo tem como **objetivo** caracterizar a produção científica sobre biossegurança e enfermagem que consta na Biblioteca Virtual em Saúde - BVS. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que concentrou-se na análise das produções que constam em todos os índices das bases de dados SCIELO - Scientific Electronic Library Online e LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS nos últimos 10 anos, entre 1999 e 2008. Os dados foram coletados em julho de 2009, por meio de busca ativa, utilizando os descritores “Biossegurança” e “Enfermagem”. **RESULTADOS:** Foram encontrados 19 (dezenove) publicações científicas, sendo 13 (68,4%) artigos e 6 (31,6%) teses, 18 (94,7%) em idioma português e 1 (5,3%) em inglês. A grande maioria (14 – 73,7%) foi publicada nos últimos cinco anos, sendo 4 (21%) publicadas em 2008, outras 4 (21%) publicadas em 2007, 2 (10,6%) publicadas em 2006, 1 (5,3%) em 2005 e 3 (15,8%) em 2004. Os assuntos mais abordados nas produções analisadas foram Agentes Biológicos (9), e Riscos e/ou Exposição Ocupacionais (9), Saúde do Trabalhador (5) e Equipe de Enfermagem (5). Há três (3) estudos sobre Unidades de Terapia Intensiva, considerado como ambiente de grande demanda de cuidados diretos à clientela. No que concerne ao conteúdo, 10 (53,6%) produções tratam da adoção de medidas de biossegurança ou conhecimento de profissionais sobre biossegurança, 8 (42,1%) produções tratam da exposição dos profissionais ou alunos a riscos biológicos e 1 (14,3%) trata-se de um estudo bibliográfico de levantamento da produção científica em enfermagem sobre ensino de biossegurança. Há variados e cumulativos riscos de agravo à saúde, como por exemplo substâncias químicas, radiação, calor, frio, agentes infecciosos, estresse, ergonômicos, dentre outros. Contudo, as produções analisadas se detêm à discussão de Riscos e Exposição a Agentes Biológicos. Um dado muito relevante é que 16 (84,1%) produções são da área da Enfermagem, 2 (10,6%) são da Medicina e 1 (5,3%) são da Odontologia. Um outro dado interessante é que, destas três produções de outras áreas da saúde, duas (2) utilizaram estudantes de enfermagem como grupo amostral no estudo. Nesse contexto, a Enfermagem



é a profissão da área da saúde que mais tem se preocupado em produzir e divulgar conhecimentos sobre a temática biossegurança em saúde nos últimos dez anos, demonstrando interesse técnico e científico para minimizar os riscos que o trabalho pode oferecer ao ambiente e à vida dos trabalhadores. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**: A análise demonstra o que tem-se produzido, no campo da enfermagem, sobre os assuntos biossegurança e enfermagem, estando todas as produções relacionadas ao risco biológico e à adoção de medidas de biossegurança para minimizá-lo. Isso possivelmente ocorre, pois os acidentes de trabalho envolvendo sangue e outros fluidos potencialmente contaminados por patógenos, são entendidos como casos de emergência na área da saúde. Por outro lado, os profissionais de enfermagem estão cada vez mais empenhados em produzir estudos para favorecer a conscientização da equipe sobre a necessidade de adoção de medidas profiláticas. Nesse sentido, não devem ser medidos esforços para divulgar os resultados desses estudos e implementar ações educativas permanentes, que familiarizem os profissionais de enfermagem e os demais profissionais da área da saúde com normas básicas de biossegurança, de forma a conscientizá-los da necessidade de empregá-las.

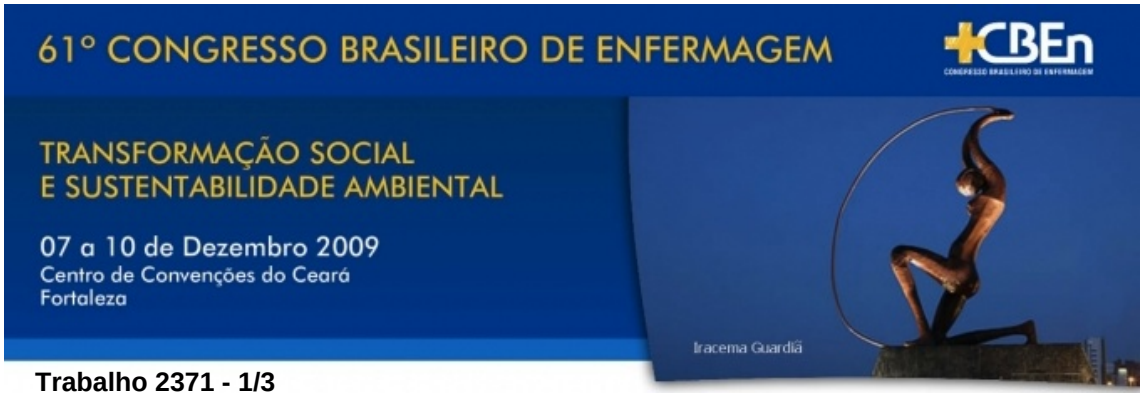
DESCRITORES: Ambiente de Instituições de Saúde. Riscos Ocupacionais. Trabalho. Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

1. Hinrichsen SL. Lei de Biossegurança Nacional: alguns aspectos importantes. In: Biosseguranca e controle de infecções: risco sanitário hospitalar. Rio de Janeiro (RJ): MEDSI; 2004.

2. Almeida ABS, Albuquerque MBM. Biossegurança: um enfoque histórico através da história oral. Hist. Cienc. Saúde Manguinhos 2000; 7(1): 171-83.

3. Gir E *et al*. Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções. Rev. esc. enferm. *USP* [online]. 2004, 38(3): 245-253.



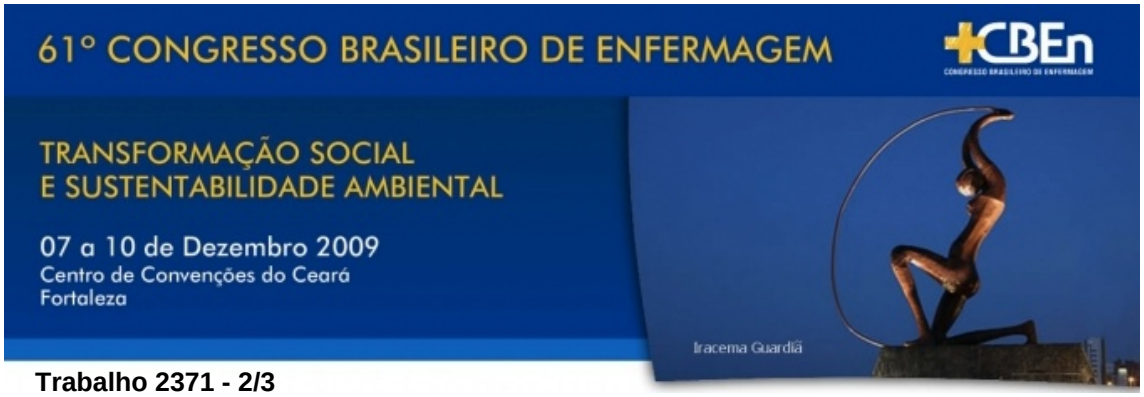
Trabalho 2371 - 1/3

BIOSSEGURANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO DE CASO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE JIJOCA DE JERICOACOARA - CEARÁ.

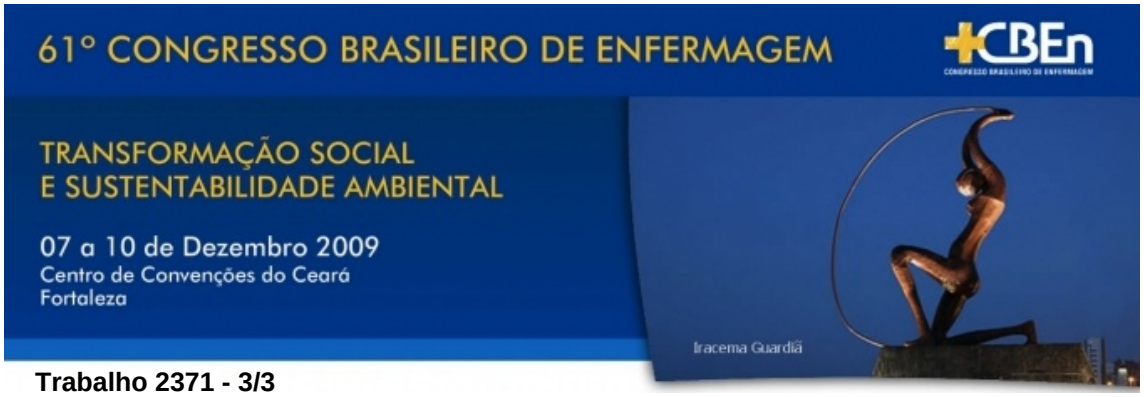
ALMEIDA, Maria Tereza Oliveira de [1]
SOARES, Bertulinalda Araújo [2]

A área de gestão na atenção primária é competência primordial do enfermeiro de saúde da família, bem como dos demais gestores, seja coordenadores ou secretário de saúde. No nível das unidades básicas de saúde deve haver a preocupação não somente com a programação da demanda ou rotinas e protocolos clínicos como também com normas e rotinas que contemplem a biossegurança. Além destas, a estrutura física da unidade de saúde deve permitir aos seus funcionários e população assistida um ambiente salutar para realização de suas atividades, reduzindo e/ou eliminando riscos ocupacionais de qualquer natureza. A metodologia do Projeto de Qualidade (PROQUALI), implantada no estado do Ceará a partir de 1996, tem como objetivo a melhoria contínua dos processos e procedimentos na assistência à saúde. Nasce de uma parceira entre as Secretarias de Saúde dos estados do Ceará e Bahia e entidades internacionais de apoio à saúde. Pressupõe o enfoque na necessidade do cliente e dos trabalhadores de saúde, verificando três vertentes, quais sejam: 1) gerenciamento das unidades; 2) aprendizagem contínua, considerando-se fatores como comunicação e capacitação como forma de motivação profissional e 3) necessidades do cliente a quem é oferecido o serviço. Dentro do segundo enfoque, e se considerando a capacidade técnica, o método propõe a aplicação de instrumentos de auto-avaliação, com critérios mínimos de qualidade a serem alcançados. Mediante a aplicação de tais instrumentos de avaliação se mede o desempenho atual, verificando as lacunas a partir das quais deverá, posteriormente, ser delineadas intervenções para saná-las e/ou reduzi-las. Assim, o presente estudo, teve como base a utilização do instrumento da melhoria de

[1] Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Coordenadora de Controle, Auditoria Regulação e Avaliação, Secretaria Municipal de Saúde de Jijoca de Jericoacoara - Ceará. mariaterezaenf@hotmail.com
[2]Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Enfermeira de Família, Secretaria Municipal de Saúde de Jijoca de Jericoacoara - Ceará.



qualidade do desempenho direcionado à biossegurança de determinada unidade básica de saúde do município de Jijoca de Jericoacoara, estado do Ceará. Constituiu um estudo de caso, descritivo, realizado no mês de julho de 2009, utilizando-se observação sistemática (três visitas) e entrevista semi-estruturada ao gerente da unidade em questão e responsável técnico municipal pelo destino de resíduos. A unidade em questão comporta atividades assistenciais de duas equipes de saúde da família, sendo constituída de dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, dois consultórios odontológicos, uma recepção, um serviço de guarda de prontuários, uma sala de procedimentos ambulatoriais, uma farmácia, uma sala de reunião, uma copa/área de serviço, uma sala para realização de aplicação de vacinas, uma vez que a mesma não possui dimensões adequadas para possui geladeira de imunobiológicos, sendo os mesmos transportados a cada turno da secretaria municipal de saúde para referida unidade. Os resultados obtidos dizem respeito aos 13 critérios observados constantes no instrumento, que podem ser agrupados da seguinte forma: abastecimento de água, limpeza e coleta de resíduos da unidade, proteção individual e proteção coletiva. É importante mencionar que aspectos como eliminação de resíduos de imunobiológicos e esterilização, fazendo parte da proteção coletiva, são realizadas de forma centralizada, garantindo assim, maior controle e eficácia das ações. O abastecimento de água é adequado, com presença de água em todos pontos necessários, contudo o controle de registro da análise da qualidade da água é deficiente bem como a inexistência de rotina escrita de limpeza da caixa de água, apesar de ser realizado, de acordo com informações da gerência da unidade. Observou-se bom estado de limpeza de toda unidade, bem como rotina implantada para realização de limpeza, terminal e concorrente, conforme mapa de risco da unidade, diferenciando áreas como consultórios odontológicos e recepção, conforme exposição a diversos riscos ocupacionais. Entretanto, e apesar de se possuir coleta adequada para perfuro-cortantes, não há distinção, quanto a cor dos sacos de lixo, do lixo biológico e do lixo simples, como também não há local de armazenamento na unidade deste tipo de lixo antes de sua origem final, que é o aterro sanitário. Quanto a proteção individual, o processamento das máscaras de aerossol se dá um forma correta, respeitando a diluição da solução utilizada e o tempo de imersão. Os profissionais



de uma forma geral utilizam equipamentos de proteção individual, com ênfase somente sob a necessidade de instituir uniforme para profissionais de serviços gerais (com calçados fechados) e o uso de óculos para os profissionais que realizam coleta de citologia oncótica. Os antissépticos são utilizados e acondicionados de uma forma adequada. Assim, e tendo em vista o percentual dos critérios atingidos e considerados como mínimos, verificamos a adequação às exigências presentes no instrumento em torno de 70%. Dos critérios não atingidos, metade deles diz respeito à adoção de uma política municipal de destino de resíduos, com a compra de um incinerador, e capacitação constante dos profissionais que atuam na área, bem como compra de sacos de cores distintas, e construção de locais de acondicionamento do lixo biológico em cada unidade básica de saúde. Espera-se que a realização do presente estudo colabore com a reflexão das práticas atuais acerca de biossegurança na atenção primária e posterior adequação das mesmas.

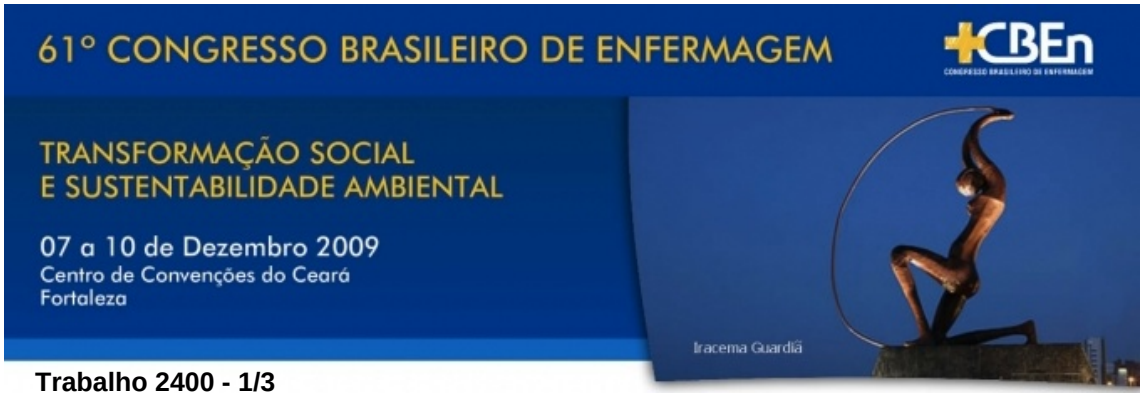
Descritores: Biossegurança, Enfermagem.

Scheidt, KLS, Rosa, LRS, Lima, EFA. As Ações de Biossegurança Implementadas pelas Comissões de Controle de Infecções Hospitalares. Rev enferm UERJ 2006;14(3),372-7.

Correa, CF, Donato, M. Biossegurança em uma unidade de terapia intensiva : a percepção da equipe de enfermagem. Esc Anna Nery 2007;11(2): 197-204.

Andrade AC, Sanna MC. Ensino de Biossegurança na Graduação de Enfermagem: uma revisão da literatura. Rev Bras Enferm 2007 set-out; 60(5): 569-72.

Moura ERF, Leitão GCM. Importância do marco referencial e dos conceitos para um projeto de qualidade em saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2000;2(2)



Trabalho 2400 - 1/3

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE OS IDOSOS QUE VIVEM NA COMUNIDADE

Freitas, Cibele Peroni [1]
Souza, Clarisse Machado de [2]
Gratão, Aline Cristina Martins [3]
Rosset, Idiane [4]
Haas, Vanderlei José [5]
Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani [6]

INTRODUÇÃO: O vertiginoso crescimento da população de idosos é mundialmente notável, principalmente nos países em desenvolvimento, com conseqüências tanto para a sociedade quanto para o indivíduo(1). Surgem as doenças crônicas que podem acarretar, para o idoso, a perda parcial ou total da independência e da autonomia(2). A depressão é considerada o problema mental mais freqüente e uma condição com significante impacto negativo na qualidade de vida dos idosos(3). No Brasil a prevalência de sintomas depressivos entre os idosos que vivem na comunidade varia de 22 a 35%, de acordo com o perfil sócio-econômico(4,5). **OBJETIVO:** Identificar e relacionar os perfis demográfico, sócio-econômico e problemas de saúde com os sintomas depressivos dos idosos com 65 anos ou mais que vivem na comunidade de Ribeirão Preto/SP. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo epidemiológico seccional. Foram entrevistados idosos a partir de 65 anos de idade, residentes na área urbana do

[1] Enfermeira, mestranda e bolsista CNPq do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da EERP/USP (e-mail: cibele.freitas@usp.br)

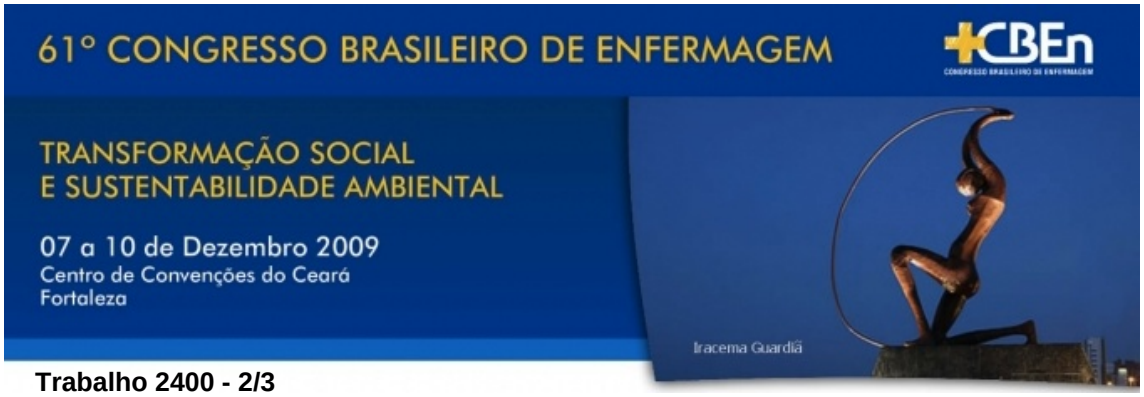
[2] Enfermeira

[3] Enfermeira, doutoranda pelo programa de Pós-Graduação da Enfermagem Fundamental da EERP/USP

[4] Enfermeira, doutoranda pelo programa de Pós-Graduação Interunidades da EERP/USP

[5] Físico, Doutor em Ciências pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras - USP

[6] Professora Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP - USP



município de Ribeirão Preto, recrutados por meio de amostragem probabilística com dois estágios. Os dados foram coletados aplicando-se um questionário contendo: Identificação; Perfil sócio-econômico, de saúde e Escala Geriátrica de Depressão (EGD)/ versão reduzida, validada no Brasil. O ponto de corte foi: GDS ≤ 5, normal; GDS ≥6, provável depressão. Os dados foram duplamente digitados no programa EXCEL e analisados no programa SPSS *for Windows*, versão 15.0.

RESULTADOS: Foram entrevistados 515 idosos, sendo a prevalência global de depressão igual a 21,2%. Dois modelos de regressão logística múltipla foram elaborados. No primeiro foram consideradas as variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade e o número de morbidades auto-referidas. Nessa análise, verificou-se que o estado civil (RCP = 2,34; p = 0,002) e o número de morbidades auto-referidas (RCP = 1, 18; p < 0,001), foram os únicos preditores estatisticamente significativos, ajustando-se para as demais variáveis citadas. Em seguida, removendo-se o número de morbidades e substituindo-o pelas morbidades de interesse, as variáveis preditoras estatisticamente significativas e associadas ao diagnóstico de depressão foram: o estado civil e morbidades como a história prévia de depressão, incontinência urinária e obesidade. **CONCLUSÃO:** A prevalência de sintomas depressivos significativos em idosos na comunidade estudada foi de 21,2% (superior a vários estudos nacionais e internacionais). Sexo feminino, viver só, baixa escolaridade/classe socioeconômica, idade ≥ 80 anos, além de algumas comorbidades específicas são fatores que devem alertar os profissionais de saúde para a possibilidade de diagnosticar a depressão em idosos, principalmente na atenção básica.

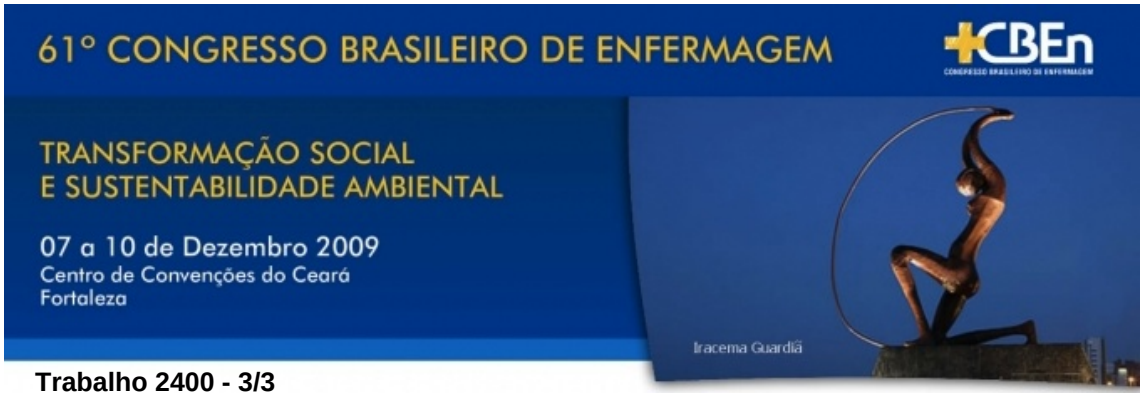
Palavras chave: idoso, depressão, comunidade, comorbidades.

REFERÊNCIAS:

1- Camarano AA, et al. Idosos Brasileiros: Indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da Republica, Subsecretaria de Direitos Humanos; 2005.

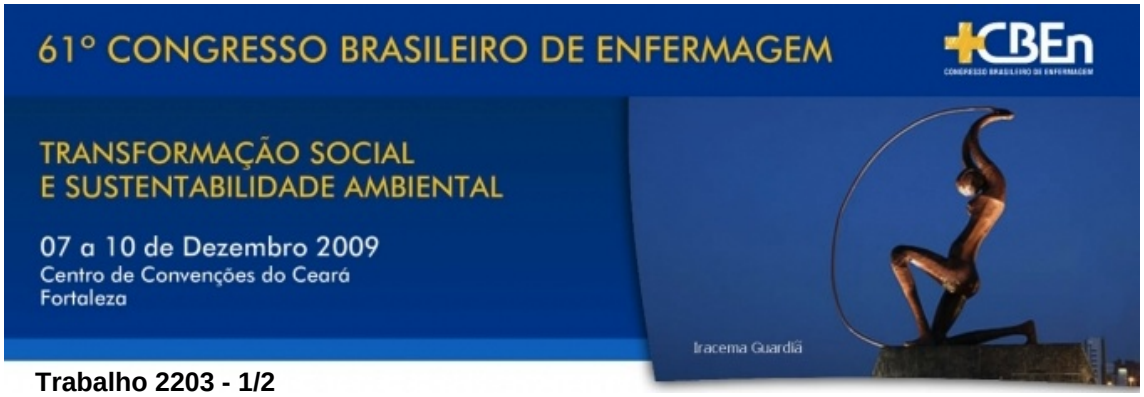
2- Gordilho A, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI; 2000. p. 92.

3- Organização Mundial da Saúde. Depression. Genebra: Organização Mundial da Saúde. OMS 2007.



4- Veras RP, Murphy E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. Int J Geriatr Psychiatry 1994; 9: 285-95.

5- Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. J Brás Psiquiatr 2006; 55(1): 26-33.



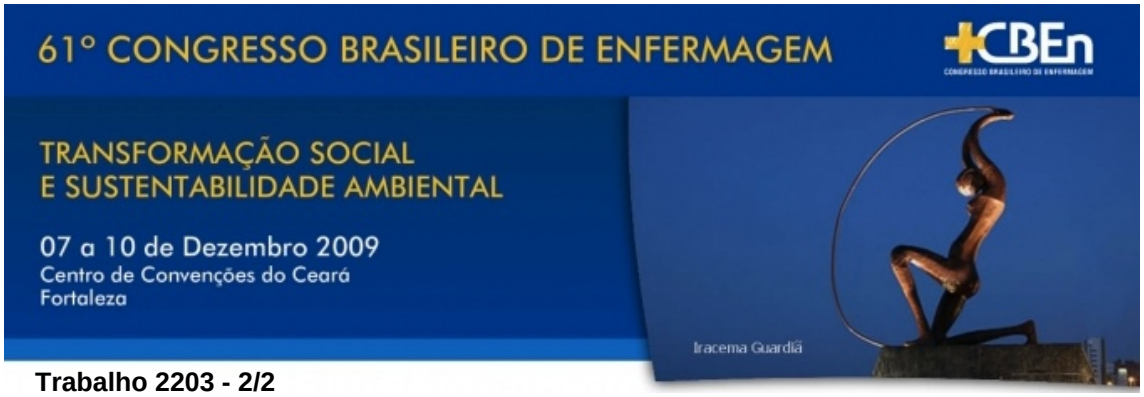
Trabalho 2203 - 1/2

CARACTERIZAÇÃO DOS PERFIS DE LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS COORDENADORES DE UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Paulo Rogério Guerreiro Gomes Júnior([1])
Jorge Wilker Bezerra Clares [(2)]
Marcelo Costa Fernandes [(3)]
Fernanda Pimenta Hoffmann ([4])
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão [(5)]

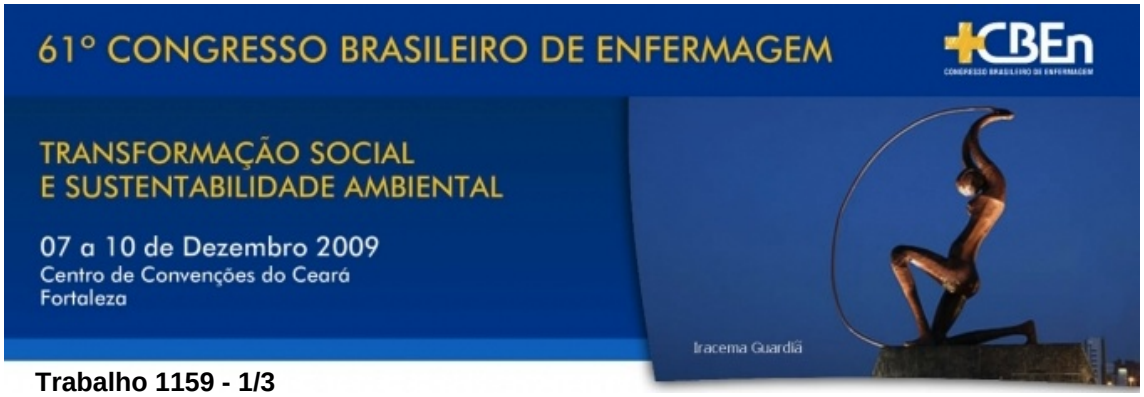
INTRODUÇÃO: A enfermagem é uma profissão ascendente e apesar de ter em sua história marcas de empirismo e subserviência tem lutado por um reconhecimento e valorização na sociedade. A postura de liderança do enfermeiro tem sido cada vez mais alicerçada à medida que este profissional tem alcançado, com ousadia e competência, uma posição de liderança. A coordenação dos postos de saúde, nas redes básicas do município de Fortaleza tem em sua maioria enfermeiros, ao contrário de tempos atrás, onde todas as chefias se centralizavam no médico. Para se conhecer como os profissionais dessas unidades avaliam a gerência desses coordenadores, realizou-se um estudo buscando trabalhar com a teoria sobre os estilos, que analisa o tipo de liderança de acordo com as características do modo de administrar do líder, e com a teoria do Grid gerencial, que propõe uma análise de liderança que envolve duas dimensões: a orientação para produção e orientação para pessoas. **OBJETIVO:** O presente estudo tem como propósito caracterizar os estilos de liderança de enfermeiros coordenadores de unidades básicas de saúde (UBS) circunscritas nos territórios supervisionados pelas Secretarias Executivas Regionais IV e V do município de Fortaleza - CE. **METODOLOGIA:** Para alcance dos objetivos, o estudo delimitou uma amostra de cinco coordenadores e 20 (vinte) profissionais da área da saúde (enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas e dentistas). Para obtenção dos dados lançamos mão de formulários e do método da observação e como técnica de registro dos dados se trabalhou com o diário de campo. Os dados foram agrupados em tabelas e analisados com base na literatura. Quanto às questões éticas, foram seguidas as diretrizes e normas reguladoras em pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução

1 (") Acadêmico de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará – UECE. (paulo_rjr@hotmail.com)
2 (2) Acadêmico de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará – UECE.
3 (3) Interno de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará – UECE.
(4) Acadêmica de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP.
4 (5) Enfermeira Assessora de Enfermagem do Hospital Monte Klinikum. Mestre em Políticas Públicas de Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Coordenadora e Professora assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará – UECE.



Trabalho 2203 - 2/2

196/96, do Conselho Nacional de Saúde. **RESULTADOS:** Ao trabalharmos com a teoria do Grid gerencial, pretendíamos verificar os estilos de liderança, ou seja, a orientação dos coordenadores para produção e/ou pessoas; observamos que a maioria das UBS tinha predominância para a orientação voltada mais para as tarefas do que para as pessoas (estilo 9.1). Muitos dos conflitos gerenciais iniciam-se a partir deste ponto: suprir os objetivos da instituição ou dos funcionários. Verificamos também que o perfil autoritário da teoria sobre os estilos, é bastante presente na gerência destas unidades do estudo, em seguida o democrático e depois o liberal. A maioria dos auxiliares de enfermagem confirma o perfil autoritário do seu coordenador, afirmando alguns, que somente assim é possível obter o melhor para o posto, mostrando com isto a idéia de que o autoritarismo não é tão ruim assim e que infelizmente as pessoas só trabalham sendo cobradas. **CONCLUSÃO:** Vimos procurando enfocar, no decurso deste estudo, a questão da caracterização dos estilos de liderança, conforme a teoria dos estilos e a teoria do Grid gerencial, concluindo que a maioria dos entrevistados acredita que o seu líder tem predominância de estilo voltado mais para a produção do que para as pessoas. Não queremos com este estudo estipular o melhor estilo, mas conhecer os estilos da maioria dos coordenadores para saber se estão adequados à instituição, liderados e comunidade, pois sabemos que a eficiência destes coordenadores influenciará na história desses sujeitos e da profissão de enfermagem. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** BLAKE, R.R.; MOUTON, J.S. **O Grid Gerencial III**. São Paulo: Pioneira, 1997. CASTRO, C.B. **Dimensões da liderança: um estudo de características individuais e profissionais do enfermeiro na instituição hospitalar**. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. HIGA, E.F.R.; TREVIZAN, M.A. Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. **Rev latino-am Enfermagem**. v.13, n.1, p. 59-64, 2005. TREVIZAN, M.A. **Liderança do enfermeiro: o ideal e o real no contexto hospitalar**. São Paulo: Sarvier, 1993. **DESCRITORES**: Liderança, Enfermagem, Equipe de Enfermagem.

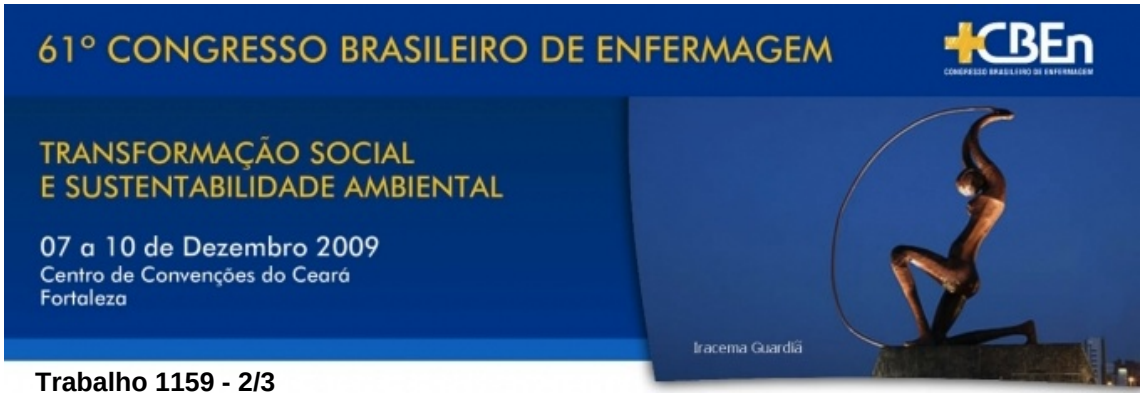


Trabalho 1159 - 1/3

CARACTERIZANDO DA SEPSE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA[1]

FREITAS, Mirna Cristina da Silva[2]
FARIAS, Glaucea Maciel de[3]
GURGEL, Allyne Karlla da Cunha[4]
ROCHA, Karolina de Moura Manso[5]
GOMES, Ilana Barros[6]
DANTAS, Rodrigo Assis Neves[7]

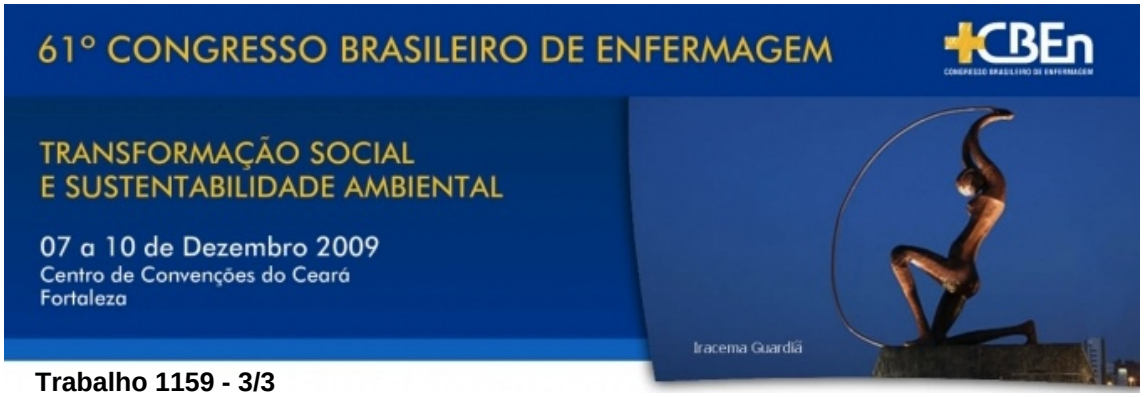
INTRODUÇÃO: as doenças infecciosas são continuamente estudadas, por serem as causas mais freqüentes de hospitalização e morte. A faixa etária de 60 anos, juntamente com o processo infeccioso, aumenta a morbidade e mortalidade desses pacientes, quando comparado com indivíduos mais jovens (VILLAS BÔAS; RUIZ, 2004). Pra tratar os pacientes com agravos à saúde que necessitavam de cuidados intensivos foram criadas as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (AMORIM; SILVÉRIO, 2003). Porém, nesse ambiente, tornou-se comum os casos de infecções graves como a sepse considerada um problema de saúde pública devido ao crescente número de casos, alta mortalidade e custo elevado de tratamento. **OBJETIVOS:** caracterizar, segundo a literatura pesquisada, os pacientes que adquiriram sepse em Unidade de Terapia Intensiva; identificar a fonte principal de sepse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva e a contribuição da equipe de saúde no surgimento e prevenção desse agravo. **METODOLOGIA:** trata-se de um estudo bibliográfico cuja busca foi realizada na BVS, especificamente nas bases de dados: BDENF, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCielo) e Domínio Público, no período de 2005 a abril de 2009, utilizando os descritores: “Sepse” e “Unidades de Terapia Intensiva”, segundo a classificação dos descritores em ciências da saúde (DECS). **RESULTADOS:** foi observada na maioria dos artigos uma média de 65 anos de idade entre os pacientes que desenvolveram sepse em UTI e a predominância do sexo masculino. Esses são dados preocupantes, pois podem acarretar repercussões desastrosas, uma vez que alterações próprias da senescência diminuem as



reservas orgânicas fisiológicas, consequentemente, esses indivíduos estarão mais fragilizados (MACHADO et al., 2009). A susceptibilidade do trato respiratório foi evidenciada por todos os autores como principal foco inicial da sepse, seguido pelo trato urinário em pacientes submetidos ao cateterismo vesical de demora. Estes dados vêm mostrar a ocorrência das IH como fator agravante do estado desses pacientes ao desencadear a sepse. Esta é considerada uma das maiores responsáveis pelo aumento do tempo de permanência, e pelo maior risco de mortalidade dos pacientes internados em UTI. No tocante a contribuição das equipes de saúde observa-se que em vários estudos destacam como sendo de grande relevância a lavagem das mãos antes e após o contato com cada paciente, a vigilância permanente das cepas bacterianas hospitalares, além de instalar uma política racional para o uso de antimicrobianos garantindo a indicação correta de procedimentos invasivos e sua manipulação evitando exposição desnecessária do paciente a infecções como forma de minimizar a resistência dessas cepas no ambiente hospitalar. **CONCLUSÕES:** a análise dos textos pesquisados na literatura mostra o reflexo do aumento da expectativa de vida da população, uma vez que se observou prevalência da terceira idade, a importância da questão da IH como problema de saúde pública, uma vez que implica sobre o profissional a responsabilidade de adotar medidas de prevenção e controle de agravos como a sepse, que por sua vez tem estado relacionada aos patógenos hospitalares e a medidas invasivas de cuidado e suporte de vida, bem como a necessidade de ações educativas como prevenção desse agravo, seja no tocante a resistência bacteriana, ao cuidado prestado ou a indicação correta de antimicrobianos e técnicas invasivas.

REFERÊNCIAS:

AMORIM, R. C., SILVÉRIO, I. P. S. Perspectiva do paciente na UTI na admissão e alta. Revista Paulista de Enfermagem, v. 22, n. 2, p. 209-212, 2003. 10.



MACHADO, Roberta de Lima, et al. Análise exploratória dos fatores relacionados ao prognóstico em idosos com sepse grave e choque séptico. Rev. Bras. Ter. Intensiva, v. 21, n. 1, p. 9-17, 2009.

VILLAS BÔAS, P. J. F., RUIZ, T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. Rev. Saúde Púb., v. 38, n. 3, p. 372-378, 2004.

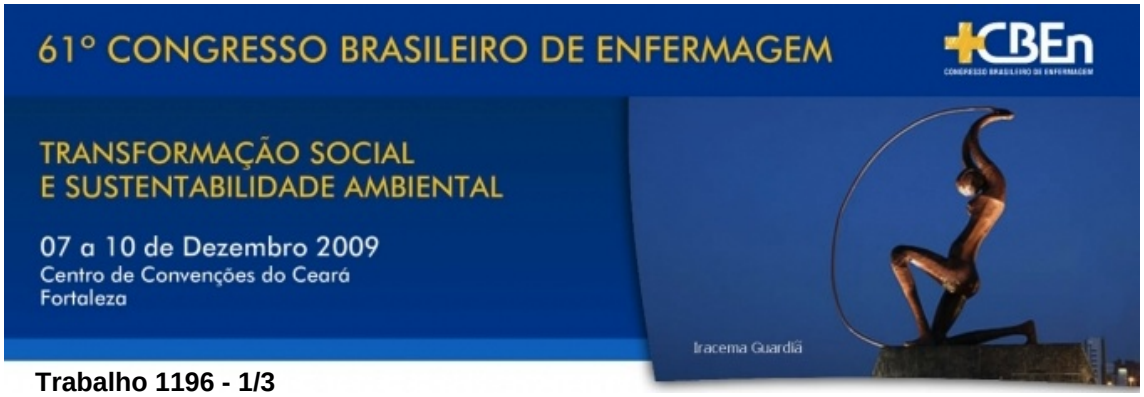
PALAVRAS-CHAVES: Unidades de Terapia intensiva; Infecção Hospitalar Enfermagem; Sepse.

EIXO 4: INTERFACE POLÍTICA E AMBIENTAL, POLÍTICAS DE SAÚDE, CUIDADO DE ENFERMAGEM

3. Saúde, ambiente, trabalho e biossegurança na Enfermagem.

---

1. Trabalho vinculado a Base de Enfermagem Clínica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
2. Enfermeiranda . Bolsista de Iniciação Científica (PROPESq) da UFRN.
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Professor Associado dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFRN.
4. Acadêmica do 6º período de Enfermagem. Bolsista Voluntário de Iniciação Científica da UFRN.
5.Enfermeiranda .Bolsista de Iniciação Científica (PIBIq) da UFRN.
6.Acadêmica do 3º Período de Enfermagem. Bolsista Voluntária de Iniciação Científica da UFRN.
7. Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem.

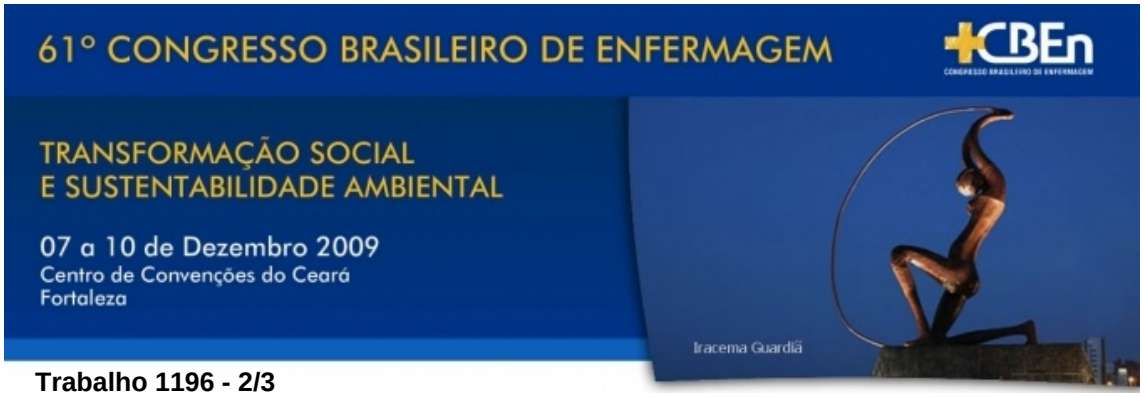


Trabalho 1196 - 1/3

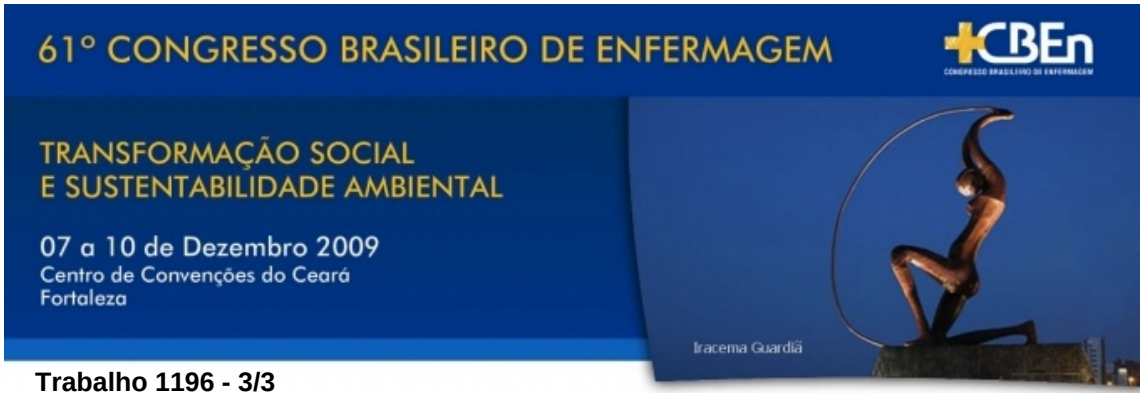
COMPROMETIMENTO DA SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM AMBIENTES HOSPITALARES: UM RESGATE LITERÁRIO

LIMA, S. A.[1]
SOUZA, M. R. R.[2]

Falar em saúde implica sempre inicialmente falar em doença, pois o conceito de saúde evoluiu ao longo da história da humanidade com os conhecimentos adquiridos sobre as doenças. A necessidade de conhecer os processos de adoecimento dos seres humanos faz parte da luta pela sobrevivência do homem na Terra. A relação entre o ambiente e o padrão de saúde de trabalhadores define um campo de conhecimento referido como "Saúde Ambiental" ou "Saúde e Ambiente". Segundo a Organização Mundial da Saúde esta relação incorpora todos os elementos e fatores que potencialmente afetam a saúde, que vão desde a exposição a fatores específicos como substâncias químicas, elementos biológicos ou situações que interferem no estado psíquico do indivíduo. A Enfermagem, portanto incluí-se dentre estes fatores, por estar prestando seu serviço, em particular nos hospitais, localidades onde proporciona aos seus trabalhadores as piores condições de trabalho se comparados aos demais serviços. A força de trabalho da Enfermagem nas instituições de saúde, em principal nos hospitais, apresenta elevados percentuais, sendo responsável pelo maior número de ações desenvolvidas com a clientela enquanto produtividade do trabalho. Neste sentido, os trabalhadores de Enfermagem estão à mercê de riscos provenientes de condições precárias de trabalho, tais como longas jornadas, trabalho em turnos desgastantes (vespertinos e noturnos, domingos e feriados), multiplicidade de funções, repetitividade e monotonia, intensividade e ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos, posições incômodas, separação do trabalho intelectual e manual, controle das chefias, os quais podem desencadear acidentes e doenças. No Brasil, os estudos que enfocam a relação saúde-trabalho de enfermagem nas instituições hospitalares, começaram a ser realizados na década de 70 e foram incrementados a partir da década de 80. Estes estudos demonstram que a saúde do trabalhador de enfermagem é comprometida. Este comprometimento, em parte, pode ser detectado através da elevada incidência de acidentes de trabalho e doenças profissionais. Como freqüentemente as doenças originadas no trabalho são percebidas em estágios avançados, até porque muitas delas, em suas fases iniciais, apresentam sintomas comuns a outras patologias, torna-se difícil, sob essa ótica, identificar os processos que as geraram, bem mais amplos que a mera exposição a um agente exclusivo. A constatação de doenças nos exames adimensionais pode chegar a impedir o recrutamento de profissionais cuja saúde já esteja comprometida. Muitos são os profissionais que adquirem patologias em seus trabalhos, portanto os profissionais de saúde são enumerados como a categoria de alto risco, pois os acidentes no ambiente de trabalho desta categoria são bastante freqüentes. Assim as preocupações com os riscos em principal os biológicos adquiridos pelos profissionais de Enfermagem surgiram, somente, a partir da epidemia da HIV/AIDS nos anos 80, onde foram estabelecidas normas para as questões de



segurança no ambiente do trabalho. A equipe de enfermagem é uma das principais categorias ocupacionais sujeita à exposição por material biológico. Esse número elevado de exposições relaciona-se ao fato dos trabalhadores da saúde ter contato direto na assistência aos pacientes e também ao tipo e à freqüência de procedimentos realizados. No Brasil, os trabalhadores de enfermagem, através de uma concepção idealizada da profissão, submetem-se aos riscos ocupacionais, sofrem acidentes do trabalho e adoecem, não só atribuindo esses problemas às condições insalubres e aos riscos oriundos do trabalho. Em estudos realizados para verificar o conhecimento dos trabalhadores de saúde hospitalar no desenvolvimento de suas atividades, constatou-se que eles são conhecedores dos riscos de forma genérica e que esse conhecimento não se transforma numa ação segura de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, apontando para a necessidade de uma ação que venha modificar essa situação. A adoção das medidas de biossegurança nas atividades profissionais é considerada um desafio para a enfermagem, pois todos aceitam teoricamente as normas de biossegurança, no entanto, elas ainda não permeiam a prática diária com a mesma intensidade. O Objetivo do presente trabalho é apontar os problemas de saúde que frequentemente acometem os profissionais de Enfermagem, devido o ambiente de trabalho. Foi feita uma busca computadorizada de artigos utilizando os sistemas Medline, Scielo e Lilacs, cobrindo o período de 1970 a 2008, utilizando-se como palavras-chave “Saúde do Trabalhador”, “Ambiente de Trabalho”, “Doenças ocupacionais”, “Acidentes” e “ Enfermagem”. Outros artigos completos ou resumos de congressos citados nas publicações encontradas e considerados relevantes ao tema também foram consultados e incluídos. Para que grande parte das intercorrências relacionadas a saúde do trabalhador sejam evitados, há a necessidade de, não só, promover periodicamente treinamento em serviço com o objetivo de diminuir a sua freqüência, mas também permitir que os trabalhadores consigam entender a organização de trabalho em que estão inseridos, podendo trabalhar com segurança e encontrando soluções para sua prática diária. Outra forma de se otimizar a saúde do trabalhador se faz com parcerias entre instituições de ensino e assistenciais no sentido de promover ações efetivas de proteção à saúde do trabalhador, privilegiando a biossegurança, respaldada pelo senso de responsabilidade como um atributo individual e não como uma prática imposta, sempre divulgando informações sobre o resultado da adoção das precauções e melhoria da disponibilidade de recursos materiais e humanos. Para se obter maiores resultados e uma melhoria na assistência da saúde aos profissionais de Enfermagem, a existência na concentração de esforços e recursos para mudanças no ambiente de trabalho, implementação de programas de prevenção e conscientização de práticas seguras e o fornecimento, de forma contínua e uniforme, dos dispositivos de segurança para todos os trabalhadores, é uma forma de se obter resultados de excelência no que dispunha da qualidade de saúde desta categoria. Promover e reforçar práticas seguras de trabalho e proporcionar ambientes livres de riscos, em acordo com as obrigatoriedades das legislações municipais, estaduais e federais. A responsabilidade pelas questões de segurança está necessariamente atrelada aos funcionários. Cada um deles deve seguir as práticas de segurança no trabalho, através do uso de regras e regulamentos anunciados pelo programa de segurança do hospital.



DESCRITORES

Doenças profissionais

Enfermagem do Trabalho

Recursos Humanos em Enfermagem

REFERÊNCIAS

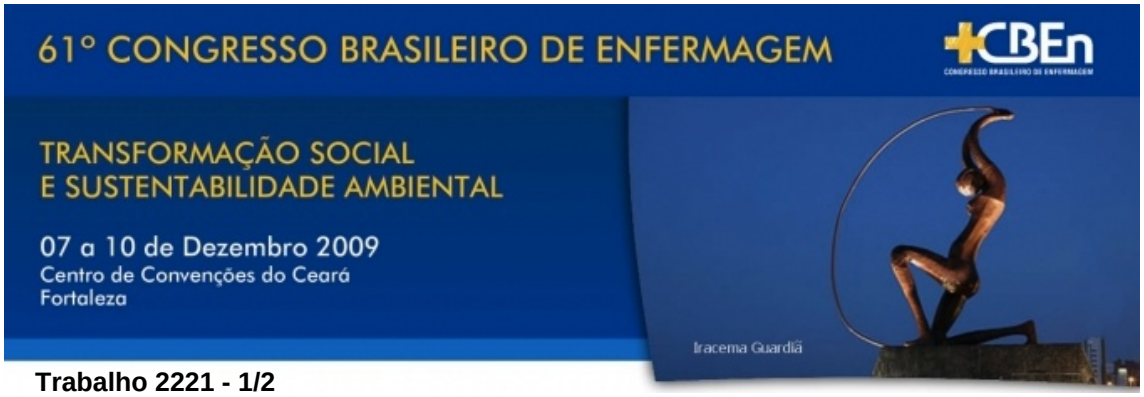
Elucir G, Renata FT, Maria ACO, Lucia YIN, Sueli IC. Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções. Rev Esc Enferm USP 2004; 38(3):245-53.

Nishide VM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2004 Abr [citado 2009 Jul 12] ; 12(2): 204-211.

Marziale MHP. Estudo da fadiga mental de enfermeiras atuantes em instituição hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes. [dissertação] Ribeirão Preto (SP):Faculdade de Filosofia de Ciências e Letras da USP; 1990.
Nishide VM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2004 Abr [citado 2009 Jul 12] ; 12(2): 204-211. Disponível em:

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Representação no Brasil da OPAS/OMS.*Doenças Relacionadas ao trabalho*: manual de procedimentos para serviços de saúde.Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p.

[1] Shirley Antas de Lima. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIPÊ. shirleylimaa @hotmail.com
[2] Milca Rodrigues do Rego Souza. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIPÊ

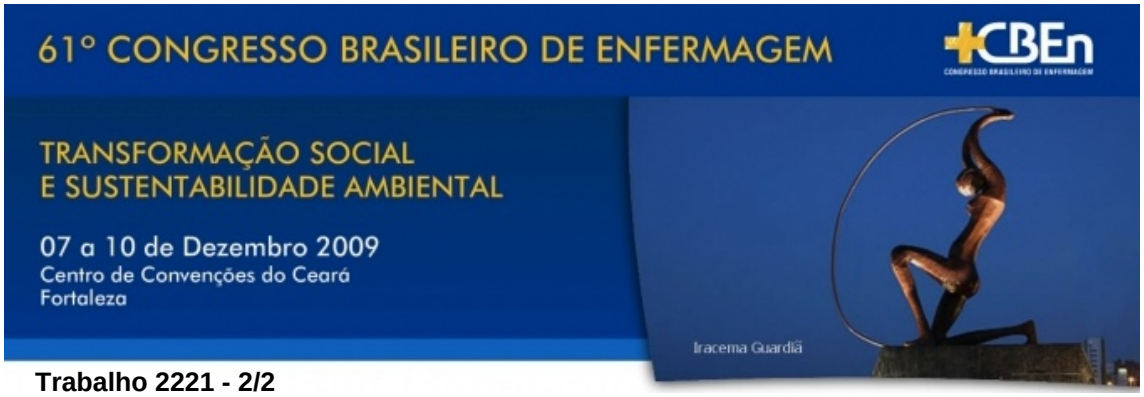


Trabalho 2221 - 1/2

CONCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DE UMA UNIDADE HOSPITALAR A CERCA DO PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM SAÚDE – PGRSS

MATOS FILHO, Silvio Arcanjo.[1]
MORAES, Roberta Laíse Gomes Leite.[2]
OLIVEIRA, Juliana da Silva.[3]

O gerenciamento de resíduos sólidos em saúde consiste em um conjunto de procedimentos planejados e implementados, a partir de bases cientificas e técnicas, normativas e legais. Tem o objetivo de minimizar a geração de resíduos e proporcionar aos mesmos um manejo seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente. O PGRSS está regulamentado na RDC Anvisa n° 306/04, abrange todos os geradores de resíduos de serviços de saúde, definindo as etapas de planejamento (manejo, segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta e transporte externos, disposição final), dos recursos físicos, materiais e de capacitação dos indivíduos envolvidos no manejo desses resíduos. Este trabalho teve como objetivo geral conhecer a concepção dos trabalhadores de saúde de uma unidade hospitalar a cerca do PGRSS, e como objetivos específicos: identificar os riscos relacionados ao lixo hospitalar que estão expostos os trabalhadores de saúde e averiguar o conhecimento dos trabalhadores de saúde a cerca das medidas que devem ser adotadas para a prevenção dos riscos relacionados ao lixo hospitalar. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, descritiva, realizada no Hospital Geral Prado Valadares – HGPV, na cidade de Jequié, Bahia, no primeiro semestre de 2009, tendo como sujeitos da pesquisa 20 funcionários da referida instituição, utilizando-se como instrumento de coleta de dados um formulário contendo questões relativas à identificação dos informantes, bem como a respeito do conhecimento sobre o PGRSS. A análise dos resultados foi realizada através da interpretação simples dos dados Os resultados obtidos, no tocante à identificação dos informantes mostram que 35% pertenciam ao grupo de trabalhadores de serviços gerais, 25% eram enfermeiros e 15% técnicos de enfermagem. Em relação ao tempo de serviço no hospital, 65% dos



trabalhadores exercem a função há menos de 5 anos e 30% deles trabalham há mais de 10 anos, com predominância de atuação nas unidades de emergência como Pronto Socorro, UTI, Centro Cirúrgico e Maternidade. Constatou-se que 80% dos trabalhadores relataram conhecer os riscos biológicos a que estão expostos, relacionados aos resíduos hospitalares, citando principalmente o contato com secreções e fluídos corporais e 40% deles, referiram os acidentes com pérfuro-cortantes como maior preocupação e apenas cinco deles citaram os riscos químicos, mecânicos, radiológicos. Em relação ás medidas de prevenção para os riscos ocupacionais, os trabalhadores identificaram o uso dos EPI's (95%), armazenamento e uso de recipientes adequados (40%) como as principais. A maioria dos informantes apontou o aterro sanitário municipal como o principal destino final dos resíduos, embora desconheçam o PGRSS da unidade onde trabalham, visto que o mesmo se encontra em fase de implementação. Conclui-se que os trabalhadores conhecem os riscos a que estão expostos, sabem como se prevenir, mas desconhecem em detalhes como se processa o destino final dos resíduos e principalmente as etapas do PGRSS. Diante disso, o estudo aponta a necessidade de maior divulgação interna sobre a implementação do plano e sua importância para o meio ambiente, utilizando para este fim as reuniões técnicas, distribuição de folders, meios eletrônicos, dentre outros.

Palavras- Chaves: Resíduos de Saúde, Trabalhadores de Saúde, Conhecimento.

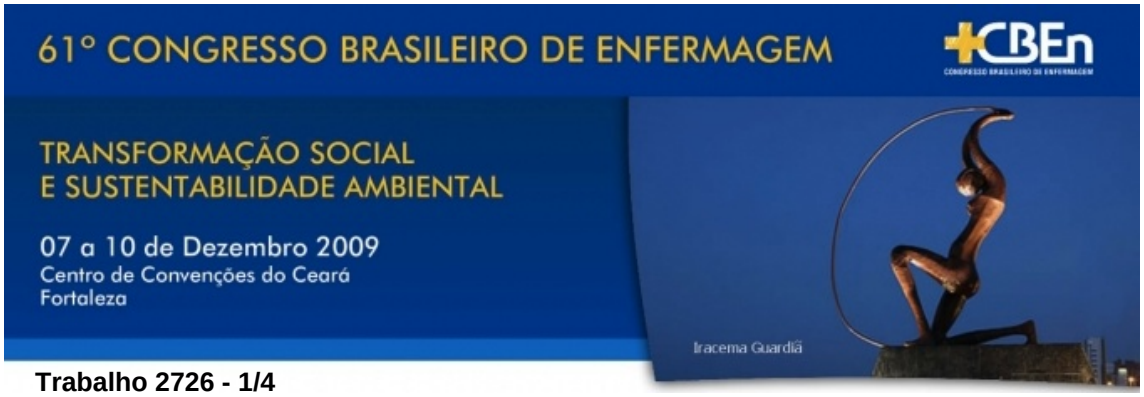
Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 306, de 07 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Secretária Estadual de Saúde. Superintendência de Vigilância Sanitária e Ambiental. Gerencia de Desenvolvimento Técnico em Serviços e Ambiente. Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Góias: 2004.

[1] Enfermeiro Mestre em Enfermagem, Professor Adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB/ Diretor Administrativo do Hospital Geral Prado Valadares – HGPV. (arcanjofilho@terra.com.br)
[2] Enfermeira Especialista em Saúde Pública. Coordenadora da CCIH, do Hospital Geral Prado Valadares de Jequié, Bahia/Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
[3] Enfermeira. Coordenadora da Higienização e Lavanderia, do Hospital Geral Prado Valadares de Jequié, Bahia.



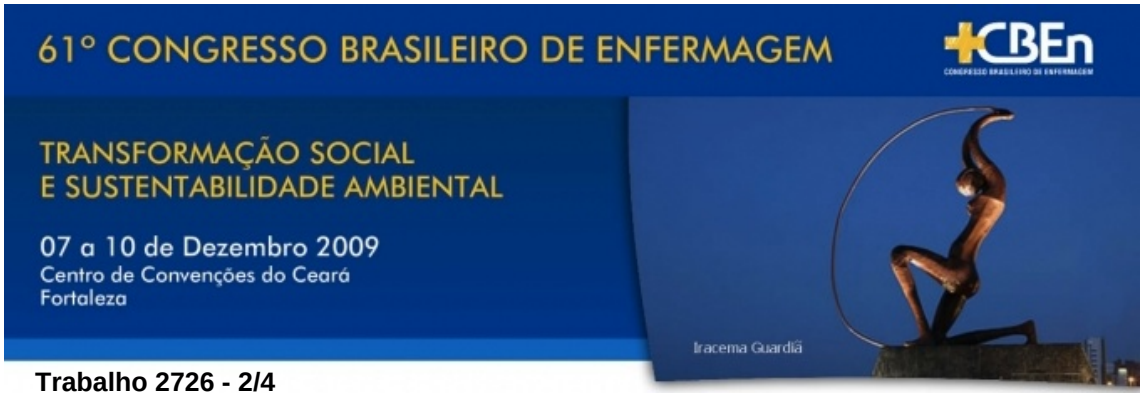
Trabalho 2726 - 1/4

CONCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS INTENSIVISTAS SOBRE SEU TRABALHO: UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS*

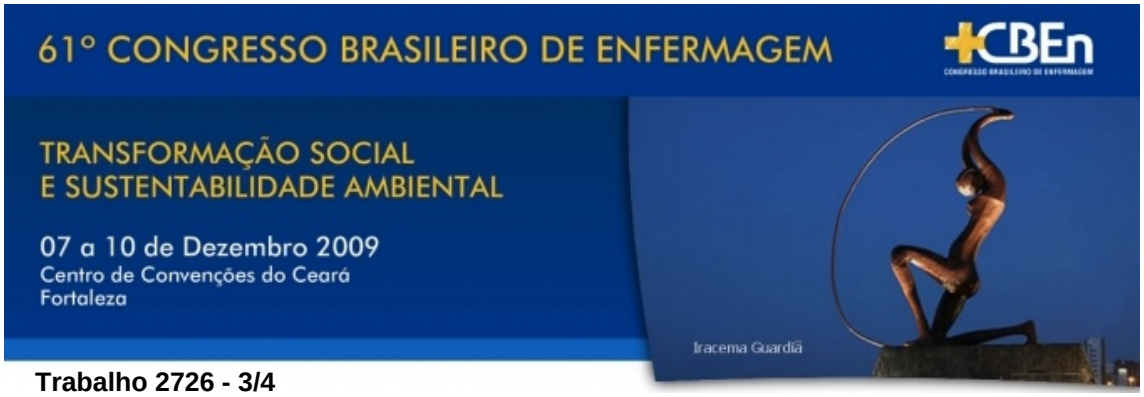
SILVA, Iranete Almeida Sousa[1]
CRUZ, Enêde Andrade da[2]

RESUMO: O trabalho da enfermeira intensivista constitui-se de assistência integral a pacientes críticos com risco iminente de vida que necessitam de intervenções complexas, especializadas e diversificadas. Esta complexidade pode ser compreendida com base na teoria das representações sociais (RS) de Moscovici (1978, p.26), pois, esta "é uma modalidade de conhecimento que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos". Jodelet (2001) ressalta que as RS elaboradas e partilhadas por determinado grupo social ou parcialmente, por parte dele, constroem as idéias dominantes expressas, pelo grupo ou sociedade que concretizam suas ações e atitudes. Concepção entendida como, o ato de conceber um objeto de forma simbólica, por meio das percepções de enfermeiras sobre o seu trabalho, como fenômenos representacionais elaborados individualmente, porem compartilhados em seu ambiente de trabalho, através da comunicação e interação sociais. É, portanto, um conhecimento construído no cotidiano dos sujeitos, orientando-lhes a forma de agir, interpretar e pensar a realidade percebida, pois, cada elemento de um grupo traz consigo as idéias que a ele pertencem (BONFIM; ALMEIDA,1992). Nesse sentido, as idéias dominantes expressas, pelo grupo concretizam suas ações e atitudes. Portanto, objetiva-se analisar as concepções de enfermeiras atuantes em unidade de tratamento intensivo (UTI), sobre o seu trabalho. Atuação entendida como o desenvolvimento das atividades relacionadas às necessidades assistenciais, administrativas e com a família. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado em cinco UTI's, de dois hospitais de grande porte, um público e outro filantrópico, prestadores de serviço

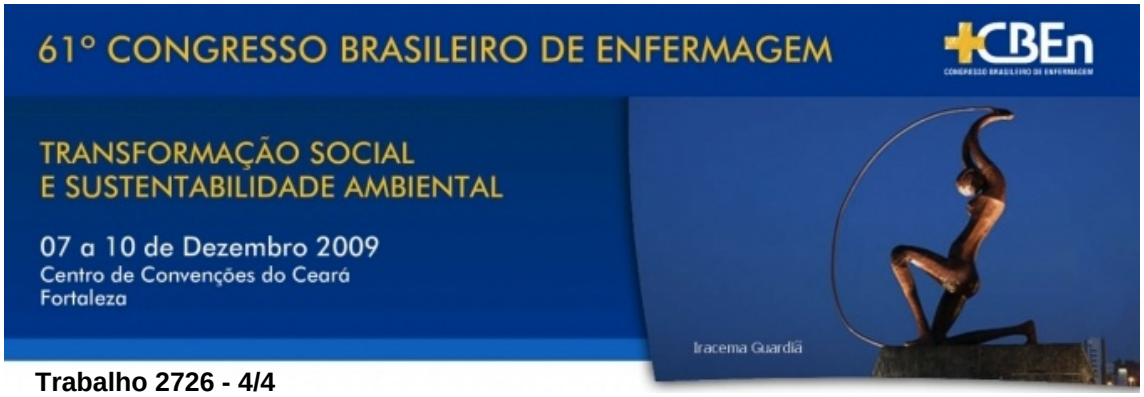
[1] - Enfermeira. Mestra em enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Alunda Especial do programa de pós-graduação-doutorado da EEUFBA. Enfermeira do Complexo Universitário Prof. Edgard Santos. Docente da graduação da Faculdade São Camilo-Bahia e Faculdade Adventista da Bahia. iranetealmeida@hotmail.com Fone (71) 88938884- 32451239.
[2] - Enfermeira. Doutora em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Programa de Pós-Graduação. Membro do grupo de pesquisa em administração em enfermagem (GEPASE) e coordenadora do NUPESCC. E-mail: enedeeac@ig.com.br Fone (71) 32356178 – 88356178.



aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo o último também, prestador de serviço à rede privada de Salvador-Ba. Os dados foram obtidos, através roteiro de entrevista semi-estruturado, com 24 enfermeiras, após anuência dessas, seguindo as recomendações da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Os resultados, dessa categoria atingiram 407 (27,43%) do total de 1484 unidades de análises sobre o trabalho da enfermeira em UTI ressaltando o Trabalho Estressante, como principal indicador na concepção das informantes com 20,49%, das unidades relativas às atividades e condições estressoras de trabalho, ambiente, repetição de atividades, relacionamento, dinâmica e finalidade do trabalho, vinculadas às atividades assistenciais, administrativas e metafóricas, respectivamente, com 5%; 1,35% e 0,47% das unidades temáticas. As concepções do trabalho estressante decorrem da complexidade das atividades, experiências que geram tensão, medo ou ameaça e desgaste físico relacionados ao contexto da UTI que segundo Jesuíno, (2000) compreende aspectos psicoemocionais resultantes, das interações, com ambiente, tarefas específicas, organização, culturas e generalidades. Decorre também, do tipo de clientela e das reações à estrutura, à organização e ao contexto. Essas reações podem ser transformadas em atitudes advindas das características da unidade por ser um setor fechado, com ruídos associados às relações interpessoais contínuas. Estas podem estar associadas aos aspectos cognitivos e psicoemocionais, como o desgaste físico decorrente do lidar com a vida e a morte. Esses significados, integrantes do ambiente da UTI, onde os valores surgem e passam pelo julgamento de cada profissional é construído sob a influência do contexto e da imagem mental, através da interação e comunicação social produzindo conceitos que norteiam o fazer dessa trabalhadora. Na concepção das informantes o trabalho na UTI acaba por influenciar suas vidas que são expressas nas falas relativas às atividades estressoras: *"Trabalhar com o paciente grave mexe com o emocional da pessoa" "é uma sobrecarga de atividades" "temos que desempenhar muitas coisas e gera estresse, fadiga, corremos muito" "é complexo em termos práticos, emocionais e psicossociais" "é lidar com a vida e com a morte" "morte é o que não falta".* Também, exemplificadas nas falas referentes às condições de trabalho estressoras relativas ao ambiente, a repetição de atividades, ao relacionamento,



a dinâmica e finalidades do trabalho assim, exemplificadas: "*[...] o ambiente é estressante, [...] temos monitores, respiradores que alarmam constantemente" "[...] estar aqui preso 6, 12 horas sem ver o sol é estressante". "Muitas coisas são rotineiras" "é um pouco mecanizado" "nos tornamos superficiais" [...] a dinâmica da unidade me faz esquecer o lado emocional do paciente" "é um corre-corre"" brigamos com o relógio o tempo todo". "[...] o trabalho depende do entrosamento da equipe" "é interativo", "[...] tem seus altos e baixos entre os membros da equipe" "nosso objetivo é o bem estar do paciente" "lidamos com a família estressada que quer saber".* Essa enfermeira, como integrante da equipe pode estar submetida, não só a esses, como, aos aspectos de liderança, na condução dos processos administrativos da assistência e nesse sentido revelam que pode haver dificuldades nas relações hegemônicas, ainda existentes, que demandam habilidades para o alcance e manutenção de relações interpessoais desejáveis. Nesse ambiente de interações, as RS se propagam se fortalecem, determinam condutas e dão identidades aos grupos sociais (JODELET, 2003). Vinculado a essa concepção, predominantemente estressante incluímos a assistência direta que é a execução de atividades especificas junto ao paciente e família considerando toda dimensionalidade do ser humano na UTI percebendo as limitações, preferências, respeito, crenças e valores dos pacientes. A essas proposições deve-se contemplar a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano chegando à transcendência. Assim, estar próximo ao paciente, família, o toque, um sorriso ou um simples gesto, são ações que tornam o trabalho estressante. Também, as atividades administrativas estão vinculadas ao trabalho estressante por entendermos que estas são inerentes ao fazer da enfermeira e estão permeada de fatores estressores, como a responsabilidade de gerir a unidade preocupando-se com o ambiente físico, a provisão de materiais e organização dessas. Concluímos que a compreensão dos significados construídos e elaborados, no ambiente cotidiano, através da percepção das profissionais da UTI, que a concepção do trabalho é representada pelas atividades e condições estressoras vinculadas aos aspectos do trabalho assistencial, administrativo e metafórico. Essas representações apontam a necessidade de intervenções político-administrativas, que reduzam o estresse, no sentido de garantir um ambiente favorável ao paciente e à equipe de trabalho.



Esse conjunto de atividades complexas de trabalho despende tempo, gera estresse e pode afastar o profissional da assistência direta e dessa forma é necessário repensar a desconstrução dessa possibilidade de afastamento.

Palavras-chaves: Enfermagem. Unidade de Tratamento Intensivo. Representações Sociais.

REFERÊNCIAS:

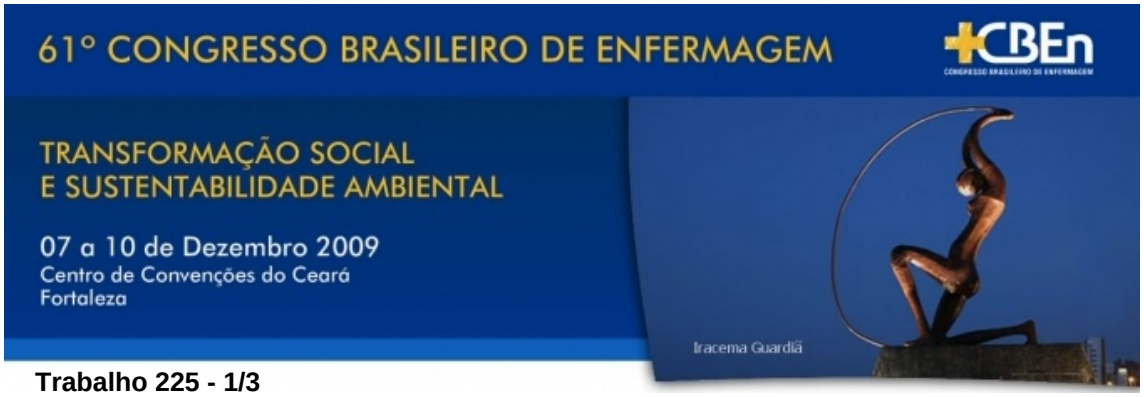
ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, ROCHA, Semiramis Melani Melo**. O trabalho de enfermagem. São Paulo**: Ed. Cortez,1997.

BONFIM, Zulmira Áurea Cruz; ALMEIDA, Sandra Francesca C. de Almeida. Representação Social: conceituação, dimensão e funções. **Revista de Psicologia,** Fortaleza, v.10, p.89, 1992.

JESUÍNO, Jorge Correia. Estruturas e processos de grupo. In: VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedita. (coord) **Psicologia Social**. 4 ed. Lisboa: Serviço de Educação Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.p 293-331.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise(org). **Representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed UERJ; 2001.p. 31-61. Capítulo 1.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da Psicanálise**. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

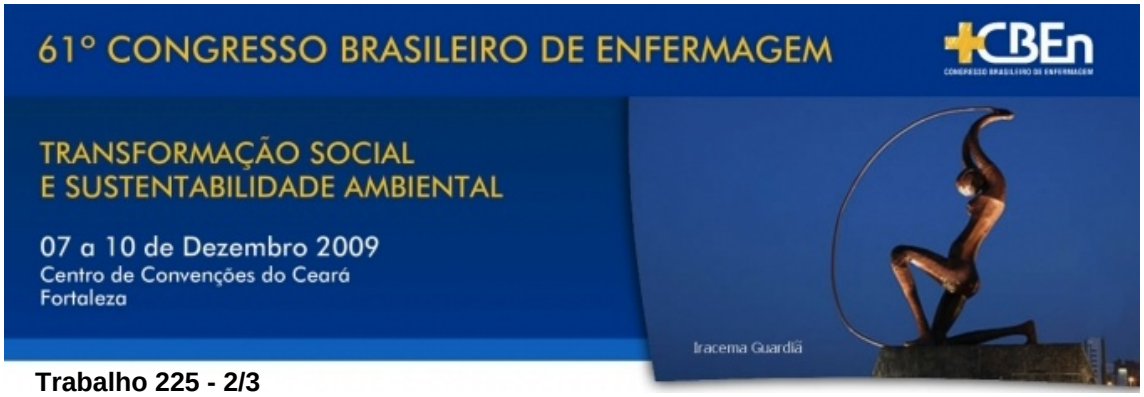


CONCEPÇÕES DE SAÚDE EM DIFERENTES ETAPAS DO CICLO DE VIDA

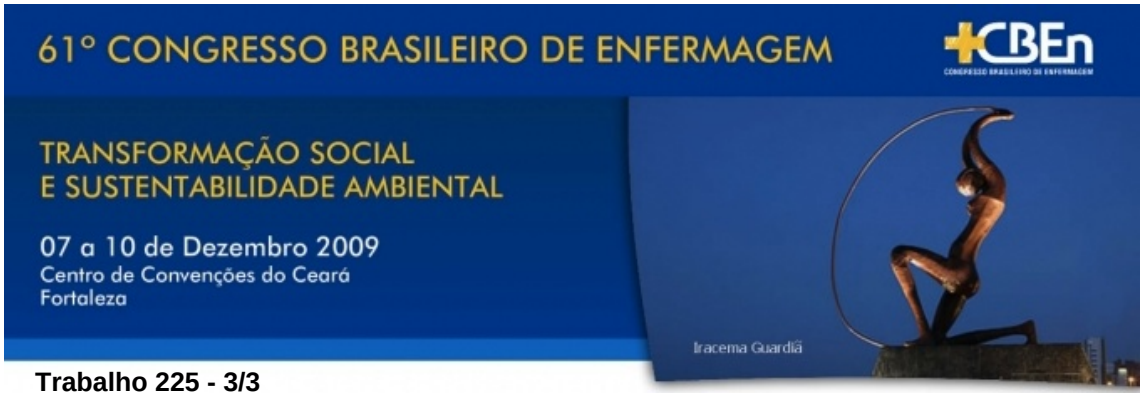
Nogueira, Paula Sacha Frota [1]
Araújo. Maria Fátima Maciel[2]
Marques, Marilia Braga[3]
Silva, Maria Josefina da[2]

Introdução: a saúde é um bem valioso por si mesmo. Não se deseja saúde com instrumentalidade para a vida, mas um bem em si. Da mesma forma, saúde é entendida de forma subjetiva. Ela pode ser bem-estar, corpo perfeito, paz, ter Deus no coração. Pode estar relacionada à materialidade bem como à espiritualidade, ao que se julga bom ou adequado para si e os outros. Assim, saúde tem múltiplas concepções desde a utópica definição da OMS até a concepção vulgar, que orienta o indivíduo a se perceber doente ou sadio. Saúde tem um caráter oculto (GADAMER, 2006). A materialidade do binômio saúde-doença se dá por meio desta última. O Ser saudável é invisível, só é manifestado quando adoece. Nas diferentes etapas do ciclo vital as tarefas evolutivas (BALTES, SILVERBERG,1995) são específicas e, em conseqüência, o que é ou não relevante para o sujeito também varia de acordo com o momento vivido. A saúde, como bem desejado, vai estar relacionada com a capacidade de atuar no cotidiano, que tem especificidades em cada uma destas etapas. **Objetivo**: conhecer as concepções de saúde em diferentes etapas do ciclo vital. **Metodologia**: estudo descritivo, transversal, cuja população participante foram: crianças (51), adolescentes (51), adultos (74) e idosos (41), independente de suas características pessoais, entrevistados por alunos da disciplina Processo saúde-doença, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, na própria residência do participante durante o mês de abril de 2009, com duração média de 20 minutos. Os dados foram organizados em tabelas e categorias de acordo com as faixas etárias. **Resultados**: Perfil dos entrevistados: as crianças entrevistadas tinham como características idade média de 9,4 anos, 51% do sexo feminino, 49% cursando o ensino fundamental, renda familiar em torno de 3,4 salários Mínimos (SM). Os adolescentes tinham idade média de 17,3 anos; 55% do sexo

[1] Enfermeira. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. sachanogueira@yahoo.com.br
[2] Enfermeira. Profa Doutora do Departamento de Enfermagem da UFC.
[3] Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC

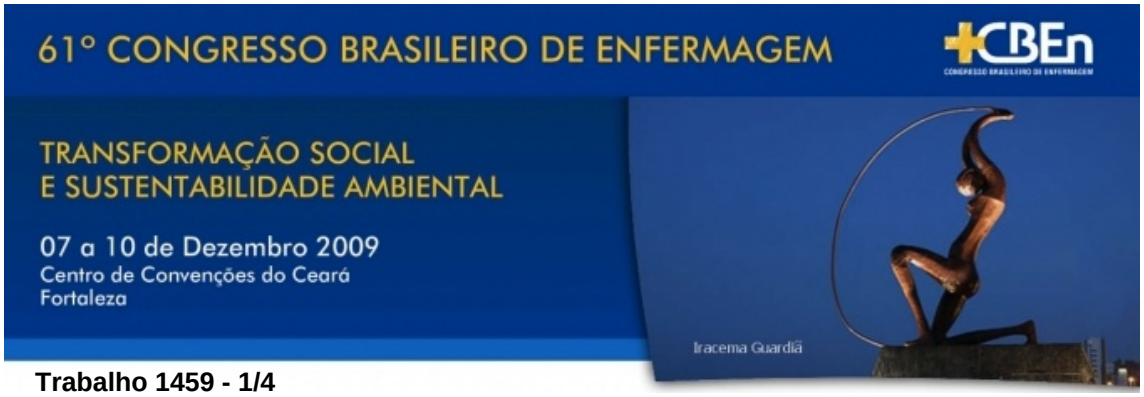


feminino; 45% com o ensino médio concluído e renda familiar média de 5 SM. Os adultos apresentaram idade média de 38,5 anos, 59,9% do sexo feminino; renda familiar em torno de 5,2 SM e 28,5% concluiu o ensino médio. Os idosos apresentaram idade média de 70 anos, 70% do sexo feminino; 14,5 % deles com ensino fundamental incompleto e o mesmo percentual com nível médio completo, a média salarial foi de 4,1 SM. Concepções de saúde: as concepções de que seja saúde para as crianças entrevistadas, estão relacionadas ao seu viver concreto, que é brincar, ir para a escola, ir às atividades como balé, jogar vídeo-game. Associam não necessidade de "tomar remédios" e não ter febre. Apreende-se uma concepção concreta e sensorial da saúde. Os adolescentes compreendem saúde como a possibilidade de fazer esporte, corpo perfeito, bem-estar pessoal, poder passear e festejar com os amigos. O foco, portanto, está na viabilidade de satisfação dos valores centrais desta fase da vida: corpo perfeito, prazer e descobertas. Os adultos expressam para uma concepção mais instrumental: a palavra chave é disposição – para o trabalho, acordar cedo, fazer exercícios, atividades diárias. Também incluem na concepção a não preocupação com dinheiro, emprego, família, o que não foi foco de nenhum dos dois grupos anteriores. Os idosos entrevistados demonstram uma visão mais ampliada de saúde, onde se inclui a vida longa, paz consigo mesmo, dignidade de vida, proximidade com Deus. As preocupações materiais também emergem dos discursos: ter dinheiro poder pagar suas contas. Por fim, as preocupações físicas como não sentir dor, poderem continuar com autonomia para as atividades de vida diárias. **Discussão**: as crianças participantes expressam concepções de saúde, assim como a doença, a partir do referencial da experiência pessoal ("não estar doente, nem machucado", das influências da família ("ser curada quando fica doente"), da escola ("estudar", "ir para a escola"); dos meios de comunicação (tomar vitaminas") (HELMAN,2003). Os adolescentes associam saúde aos padrões de beleza (corpo perfeito)., de autonomia (passear, festejar) já que esta fase se caracteriza pela busca da autoconfiança, auto-identidade e autonomia ainda que necessitem e preservem os laços relacionais e familiares ("estar com as pessoas que ama"). Nos dois grupo analisados, o foco está no *self* ((BALTES, SILVERBERG,1995). O adulto tem uma concepção diferente, quando a saúde passa a ter função instrumental. Ela é a viabilização de poder trabalhar", viver o cotidiano,



acordar cedo, fazer exercícios, não ter preocupação. Esta concepção se aproxima da visão empírica de saúde, qual seja, o silêncio dos órgãos (ALBUQUERQUE, OLIVEIRA, 2005). Por fim, o idoso é o que mais se aproxima da saúde como concepção ampliada. A Carta de Ottawa (BRASIL, 2002) . coloca os pré-requisitos para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, conceitos presentes nos discursos dos idosos quando expressão o que pensam saúde. **Conclusão**: a necessidade de perceber a saúde a partir de outros referenciais que não o biológico se mostra necessário para uma intervenção em saúde adequada. A abordagem deve se dá a partir do referencial significativo para cada sujeito do cuidado, inclusive, como vimos, as diferentes etapas do ciclo vital, onde a concepção de saúde está diretamente vinculada às tarefas evolutivas daquele fase. Bibliografia: BRASIL. As cartas de promoção da saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. ALBUQUERQUE, CMS; OLIVEIRA, CPF. Saúde-doença. Significações e perspectivas em mudanças. Disponível em http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm. Acesso em 19 de março de 2005. HELMAN, CG. Cultura, saúde& doença. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. BALTHES, MM; SILVERBERG, S. A dinâmica dependência-autonomia no curso da vida. In. Néri, AL (org). Psicologia do envelhecimento. Campinas: Papirus, 1995. p. 73-110.

Palavras-chave: conhecimento, atitudes e práticas de saúde; ciclo de vida; processo saúde-doença.



Trabalho 1459 - 1/4

CONDUTA ADOTADA NO MANUSEIO DOS RESIDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO, ETICA E COMPROMISSO.

AGUIAR, **Giovanni de Albuquerque**[1]
LIRA, Luiza Luana de Araujo[2]
BEZERRA, Juliana da Fonseca[3]
ALMEIDA, Diva Teixeira de[4]
MACEDO, Adriana Maria Bento[5]

DESCRITORES: Manuseio dos resíduos, Serviço de saúde, Educação, Ética e Compromisso.

Introdução: A Resolução CONAMA no 358/05 trata do gerenciamento sob o prisma da preservação dos recursos naturais e do meio ambiente. Promove a competência aos órgãos ambientais estaduais e municipais para estabelecerem critérios para o licenciamento ambiental dos sistemas de tratamento e destinação final dos Resíduos de Serviço de Saúde - RSS. (BRASIL, 2006). Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna, no seu livro *"Notes on nursing", escrito* em 1859, apresenta uma série de observações sobre a importância do ambiente adequado à prevenção de enfermidades, ao tratamento de doentes, e ainda em relação à sua recuperação. Destaca a relevância do arejamento e do aquecimento do ar interior, a ausência de ruídos, a iluminação, a higiene do piso, parede, mobiliário, roupas e objetos (NIGHTINGALE, 1989). Os riscos de Infecção Hospitalar (IH) estão presentes no ambiente hospitalar, e para se alcançar um controle de infecções, há necessidade da construção de conhecimentos dos profissionais da área da saúde, incluindo o enfermeiro, para administrar este ambiente (CARDOSO, 2004). Objetivo: O estudo teve como objetivo, fazer uma

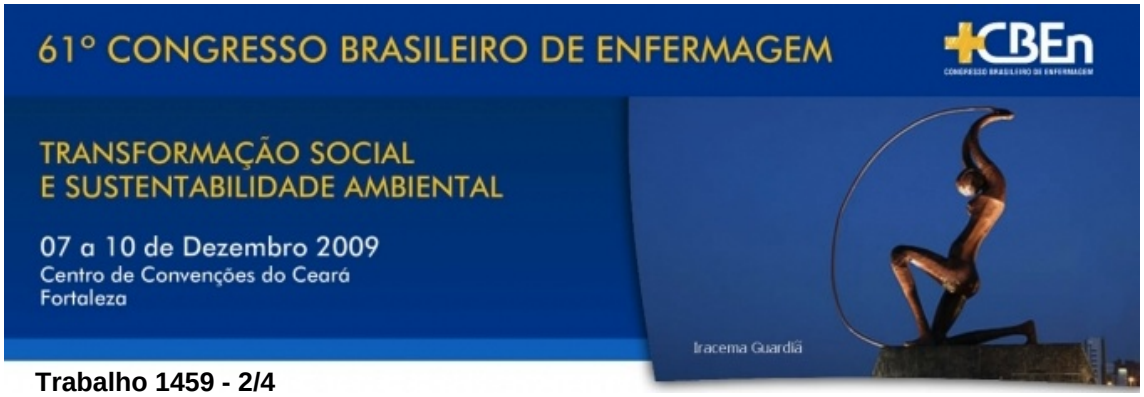
[1] Acadêmico do 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR, giovanni_aguiar@yahoo.com.br

[2] Acadêmica do 8º Semestre de Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

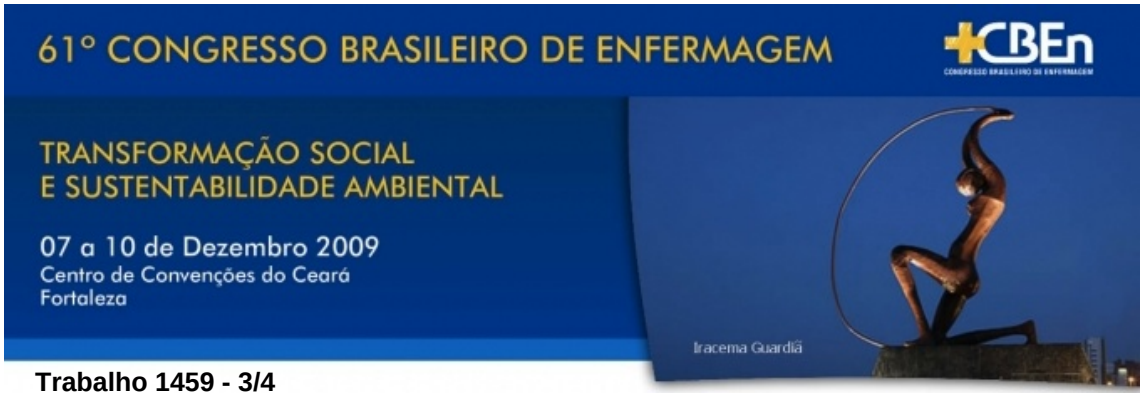
[3] Acadêmica do 6° semestre de graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Participante do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida do Binômio Mãe-Filho. Bolsista pelo Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica (PAVIC/UNIFOR). Participante do Programa de Monitoria Voluntária (PROMOV) - Disciplina de Semiologia e Semiotécnica.

[4] Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UFC, Docente do Curso de Enfermagem da UNIFOR, Enfermeira do Hospital Dr. Carlos A. S. Gomes. SUS/CE.

[5] Enfermeira, Mestre em Saúde pública pela UFC, Docente do curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza.



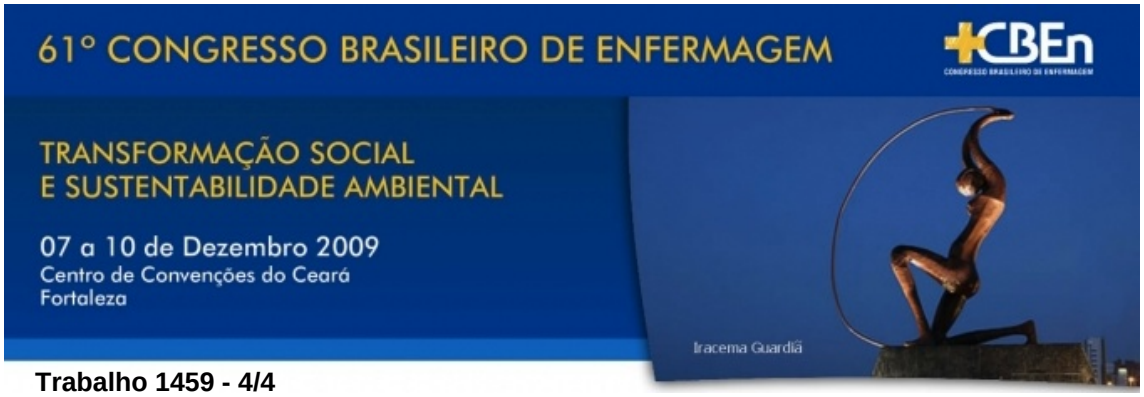
reflexão sobre a conduta adotada no manuseio dos resíduos sólidos de saúde. Metodologia: Trata-se de um estudo bibliográfico. Tal pesquisa iniciou-se com leituras de periódicos, livros e textos da internet, pertinentes ao tema escrito no período de maio á julho de 2009. Resultados: Um estudo realizado em 1999, estimou que mais de cinco milhões de pessoas morrem por ano, no mundo inteiro, devido a enfermidades relacionadas com resíduos (FERREIRA, 2001). Existem muitas formas de transmissão de infecção no ambiente hospitalar, mas sem nenhuma dúvida, o lixo hospitalar séptico em todas as suas fases do seu processamento gerencial, constitui uma fonte importante desses tipos de infecções. O manual do Ministério da Saúde (1989), em relação ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, relata que a manipulação destes, deve ser dividida em quatro partes, assim distribuída: 1 – Quanto à triagem e acondicionamento: a separação dos resíduos deve ser realizada no local onde o mesmo foi produzido, sob a responsabilidade de um técnico do setor, observando-se para isto a identificação deste resíduo quanto à natureza e a unidade de origem, como também o tratamento prévio, quando necessário. O acondicionamento deve adequar-se aos diferentes tipos de resíduos e recomendam-se a utilização de embalagens plásticas especificada pela Norma Básica Regulamentadora (NBR) 9190 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT); 2 - Quanto à coleta e transporte: os resíduos dos serviços de saúde devem ser coletados da fonte que os produziu em intervalos regulares, em horários, preferencialmente, de menor movimento. Esta coleta, basicamente, constitui-se na retirada do lixo, previamente fechado, de cada setor, e transportado até o local de armazenamento final dentro da unidade; 3 – Quanto à apresentação à coleta pública: o local designado para o armazenamento interno final dos resíduos, deve ser planejado com a finalidade de facilitar o acesso dos carros de transporte interno e dos veículos de coleta pública; 4 – Quanto ao pessoal que executa o processo de trabalho de limpeza, coleta e transporte dos resíduos: devem receber treinamento adequado, atenção médica e equipamentos de proteção individual (ABNT, 1993). A disposição dos RSS, juntamente com os resíduos comuns, também trás graves conseqüências para os excluídos sociais. Para Garcia (2004), um incidente de grande repercussão ocorrido em abril de 1994, no lixão de aguazinha, em Olinda, onde mãe e filho haviam se alimentado



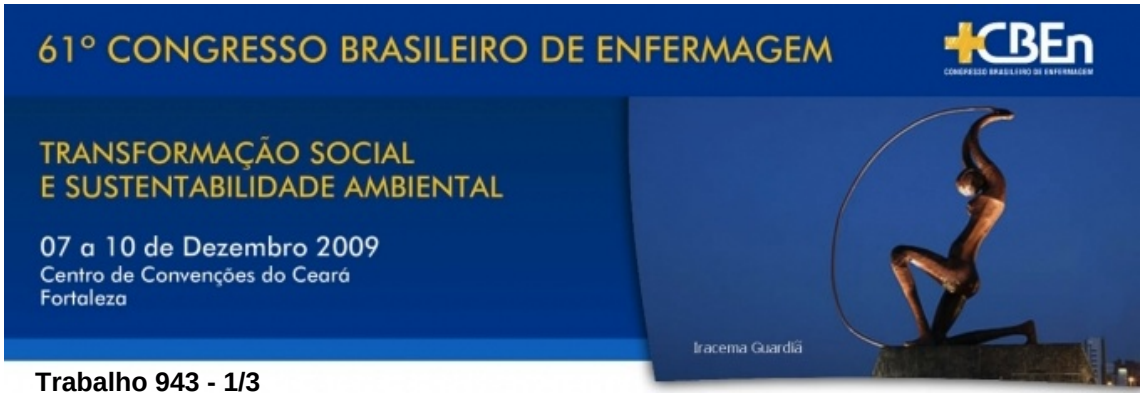
com uma mama amputada encontrada entre os resíduos e o acidente com Césio 137 em Goiânia são apenas alguns exemplos entre muitos que evidenciam o mau gerenciamento dos RSS. A NBR 12809 (ABNT, 1993), relativa ao manuseio de resíduos de saúde, objetiva fixar procedimentos exigidos para garantir as condições de higiene e segurança no processamento interno de resíduos infectantes, tanto nos considerados especiais, quanto nos comuns, existentes nas unidades de saúde. Esta NBR regulamenta todos os procedimentos com os resíduos de serviços de saúde, desde a geração e segregação, passando pelo manuseio e acondicionamento. A NBR 12810 (ABNT, 1993), referente à coleta de resíduos de serviços de saúde, tem como finalidade determinar os procedimentos obrigatórios para a realização da coleta interna e externa dos resíduos de unidades de saúde, satisfazendo as condições de higiene e segurança. Conclusão: Ao fazer uma reflexão sobre a conduta adotada no manuseio dos RSS, mostrei aqui a importância da integração dos setores público e privado de forma geral, para adotarem medidas efetivas no que diz respeito à coleta, armazenamento e descarte de lixo comum, biológico, químico e radioativo. Os profissionais dentre eles o enfermeiro devem ser conscientes de que os resíduos gerados por suas atividades podem levar á riscos ao meio ambiente e á saúde da população que eventualmente possam entrar em contato com os mesmos.

Referencias:

1. ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR – 12810:** Coleta de resíduas de serviços de saúde: procedimentos. São Paulo, 1993d.
2. BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. **Resolução CONAMA nº. 358, de 29 de abril de 2005.** Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em:http://www.mma.gov.br/port/conama/res/res05/res35805.pdf. Acessado em 05 de jun 2009.
3. FERREIRA, J. A.;Anjos, L. A. **Aspectos de saúde coletiva e ocupacional associados á gestão dos resíduos sólidos municipais**. Cad Saúde Pública 2001; 17:689-96.



4. GARCIA, L. P.;ZENETTI-RAMOS, B.G**. gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde: uma questão de biossegurança.** CAD Saúde Publica 2004, 20 (3):744-52.
5. NIGHTINGALE F. **Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é.** Trad. de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989.

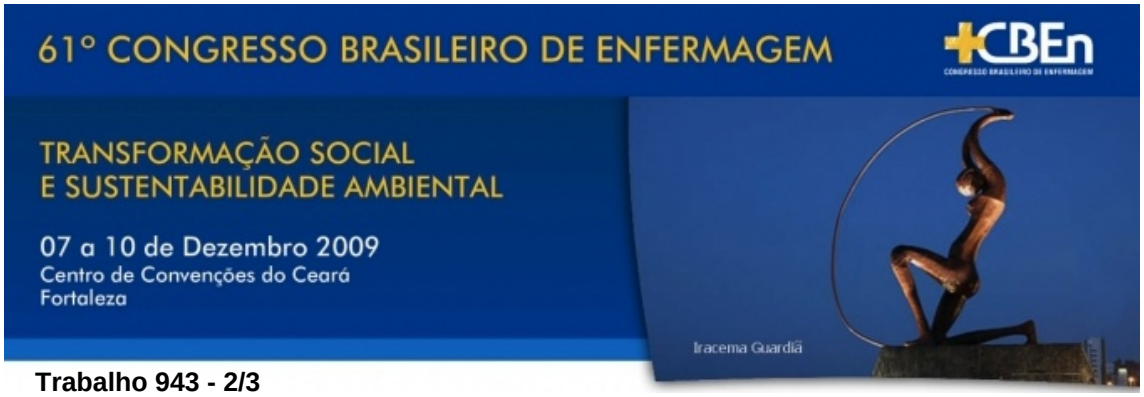


CONDUTAS ADOTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, NO AMBIENTE HOSPITALAR, APÓS ACIDENTES OCUPACIONAIS.

Pesquisa concluída PIBIC/UFPI

(OLIVEIRA, F.B.M. [1]; MOURA, M.E.B. [2]; LIMA, L.M. [3]; NUNES, B. M.V.T. [4]; BELEZA, C. M. F. [5]; RODRIGUES, I.D.C.V. [6])

Introdução: Os profissionais direta ou indiretamente envolvidos com cuidado de pacientes hospitalizados estão expostos a inúmeros riscos ocupacionais. É recomendada a utilização das precauções padrão na assistência a todos os pacientes, independente do estado presumível de infecção, no manuseio de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação, nas situações em que haja riscos de contatos com: sangue, com líquidos corpóreos, secreções e excreções, exceto o suor, sem considerar ou não a presença de sangue visível e pele com solução de continuidade e mucosas. **Objetivos:** Descreveu-se as condutas adotadas pelos profissionais de Enfermagem que sofreram acidentes ocupacionais com material perfurocortante e analisou-se a relação da conduta com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde – MS, considerando que a maioria dos profissionais desconhecem a conduta correta. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada com profissionais da Enfermagem (técnicos) da Unidade de Terapia Intensiva - UTI Geral e UTI - PS (Pronto Socorro) do Hospital Getúlio Vargas em Teresina, Piauí, no período de março a abril 2009. A produção de dados foi realizada através de uma entrevista semi-estruturada, com o uso do gravador. **Resultados:** apenas 8 profissionais se adequaram á pesquisa, sendo 2 Enfermeiros, 2 técnicos e 4 auxiliares de enfermagem. Apenas 12,5 % estão de acordo com as medidas adotadas pelo MS, ou seja, 1 técnico de Enfermagem. Dos 9 acidentes ocupacionais, 1 foi por estilhaço de tubos de ensaio (11,11 %), 7 por agulha (77,78%) e um por dente (11,11%).**Conclusão:** Todo profissional de saúde que sofrer uma exposição com material contaminado com sangue ou secreção deve procurar imediatamente o serviço de saúde ocupacional ou a comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) para orientação sobre vacinação e quimioprofilaxia, se necessário, pois o caso deve ser tratado como emergência médica. Luvas estéreis e



não-estéreis, óculos de proteção, máscaras, aventais (procedimentos) devem estar disponíveis em todas as áreas clínicas dos hospitais para reduzir o índice de acidentes ocupacionais no ambiente do cuidar da Enfermagem.

Descritores: Infecção Hospitalar, Terapia Intensiva, Materiais Perfurocortantes

Referências:

1. BRASIL, **Recomendações para Atendimento e Acompanhamento de Exposição Ocupacional a Material Biológico: HIV e Hepatites B e C**, Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930**. Dispõe sobre controle de prevenções de infecções hospitalares. Diário Oficial da União 1992 27 agosto.

3. BRASIL, **Lei n. 8.213 de 24 de Julho de 1991**. Atualizada até janeiro de 2008. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 14 ago. 1991.

4. GARNER, J.S, Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for isolation precautions in hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol 1996; 17(5):53-80.

1.Acadêmico do curso de Enfermagem da UFPI 4º Período. Bolsista do Programa de Iniciação Científica PIBIC/ CNPq. Teresina, Piauí, Brasil.(braz_cm@hotmail.com) cel.: (86) 9934 4848; (86) 3252 1109 .

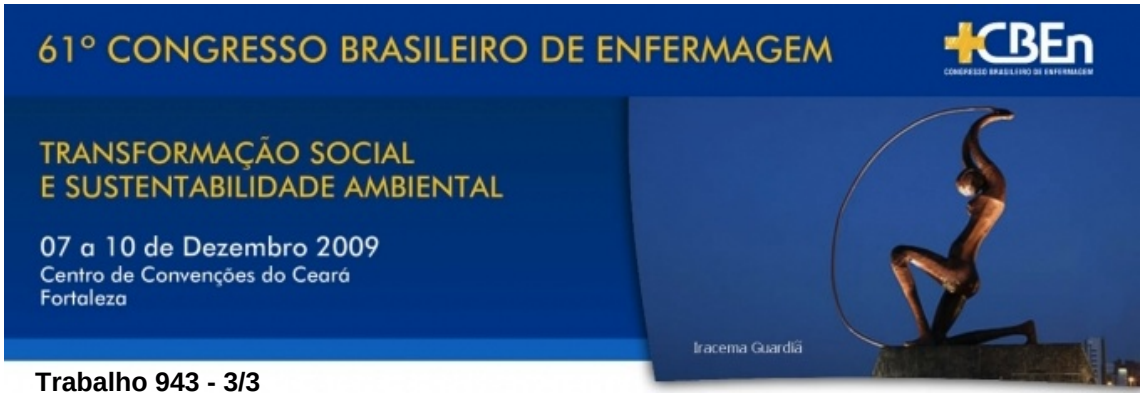
2.Orientadora, Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da Graduação e do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Coordenadora de Pesquisa e Pós-Graduação da Faculdade NOVAFAPI. Piauí, Brasil.

3. Colaboradora PIBIC/UFPI - Acadêmica do curso de Enfermagem da UFPI, 4º Período.

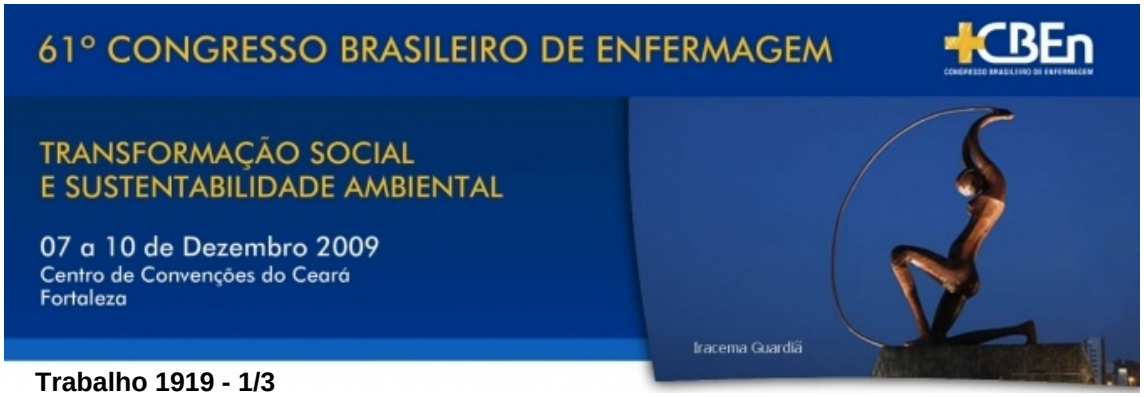
4. Co-orientador da pesquisa PIBIC/UFPI.

5.Colaboradora PIBIC/UFPI - Acadêmica do curso de Enfermagem da UFPI 4º Período

6.Colaboradora PIBIC/UFPI - Acadêmica do curso de Enfermagem da UFPI 4º Período



Trabalho 943 - 3/3

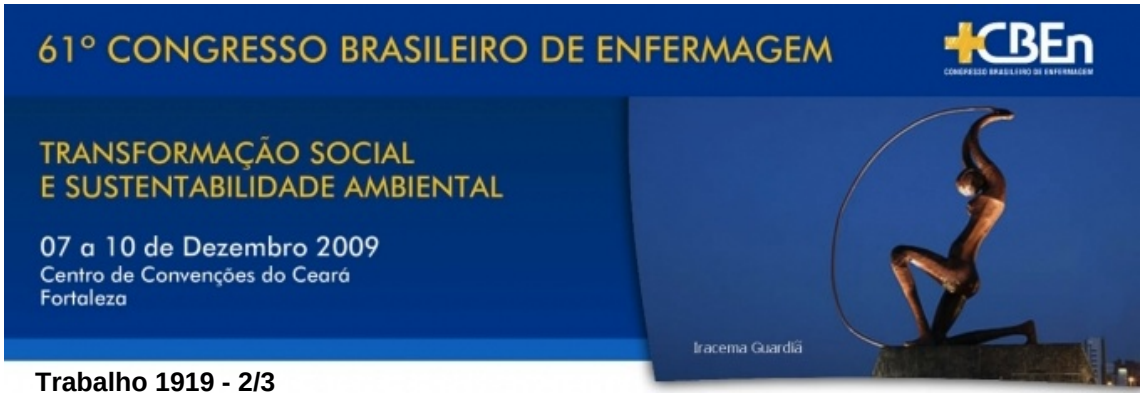


CONHECIMENTO DAS ENFERMEIRAS FRENTE À INFECÇÃO HOSPITALAR

BATISTA, Odinéa Maria Amorim [1]
MOURA, Maria Eliete Batista[2]

O enfrentamento da problemática das infecções hospitalares (IH), sua prevenção, tratamento e controle representam desafios as autoridades governamentais, instituições e profissionais de saúde, por constituir hoje grave problema de saúde pública, e estarem entre as principais causas de morbidade e letalidade, pois influenciam o aumento do tempo de hospitalização e conseqüentemente elevados custos adicionais para o tratamento do paciente. O controle dessas infecções deve ser prioritário e seguir programas elaborados pela Comissão de Controle de IH, que, no entanto, necessita da participação das enfermeiras e de toda a equipe de saúde, independente da situação hierárquica nos serviços de saúde, bem como visitantes, acompanhantes e do próprio paciente. Essas ações práticas das enfermeiras para o controle das IH, cotidianamente concretizadas no ambiente de trabalho, são construídas e reconstruídas nas relações estabelecidas entre essas profissionais. Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa. O estudo objetivou: apreender as Representações Sociais das IH e analisar como essas representações influenciam nas práticas das enfermeiras de um hospital público de ensino. Os sujeitos foram 22 enfermeiras, procedeu-se a coleta dos dados no período de março a junho de 2008, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPI, CAAE nº. 0020.045.000-08 e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes. Utilizou-se como métodos a entrevista semi-estruturada e observação participante. A linha teórica que conduziu a base do estudo foi a Teoria das Representações Sociais por ter um caráter multidisciplinar e por favorecer o desvelar de cognições e representações das enfermeiras que

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Humanas e Tecnológica do Piauí – NOVAFAPI. E-mail: oenf@uol.com.br. Rua Venezuela, 2870, Cidade Nova. CEP – 64.017-560. Teresina-PI. Telefones: (86)-3229-9086; 9982-6009
[2] Enfermeira. Profª. Dra. Adjunta do Departamento de Enfermagem (Graduação e Pós-Graduação) da UFPI. Coordenadora da Pós-Graduação e Pesquisa-NOVAFAPI.
Retirado da dissertação intitulada: Representações Sociais da Infecção Hospitalar Elaboradas por Enfermeiras, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da UFPI, em novembro de 2008.



não envolva somente questões de cunho técnico científico, mais também aspectos referentes à organização e criação do saber permeado por crenças e valores. No intuito de obter a compreensão do objeto em estudo com seus procedimentos teóricos e metodológicos, utilizou-se para análise das informações o *software* ALCESTE (Analyse dês Lexèmes Cooccurrents dans lês Enoncés d' un Texte) na versão 4.8. Assim, realizou-se, numa seqüência lógica, a análise dos dados, que permitiram inferir sobre a organização das idéias elaboradas pelos sujeitos, originando, assim, a categoria discursiva que correspondeu ao Conhecimento das enfermeiras frente à IH, cujos vocábulos dessa classe permitiram a inferência de que os conteúdos sócio-cognitivos presentes nos discursos das enfermeiras enquanto informação, manifestações e explicações, mostram a busca dessas profissionais em se incluírem no sistema de organização no seu ambiente de trabalho, onde elas procuram o que lhes é pertinente e compartilham o conhecimento socialmente construído através de suas histórias, suas ideologias e cultura presentes no grupo de pertença, e elaborado de maneira particular nas suas relações com o mundo. As enfermeiras manifestaram também sentimentos de impotência diante da prevenção e controle das IH no ambiente de trabalho, porque se sentem inseguras para intervir diante de situações que não dependem da sua vontade.

Palavras-Chave: Enfermagem. Infecção Hospitalar. Psicologia Social. Prevenção.

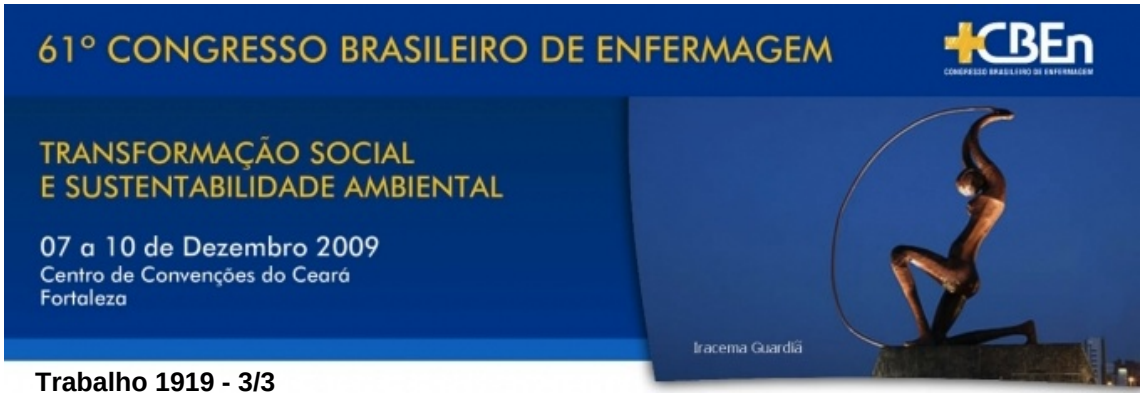
Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Curso medidas de prevenção e controle da resistência microbiana e programa de uso racional de antimicrobianos em serviços de saúde**. São Paulo: Brasil/Printed in Brazil (apostila), 2008.

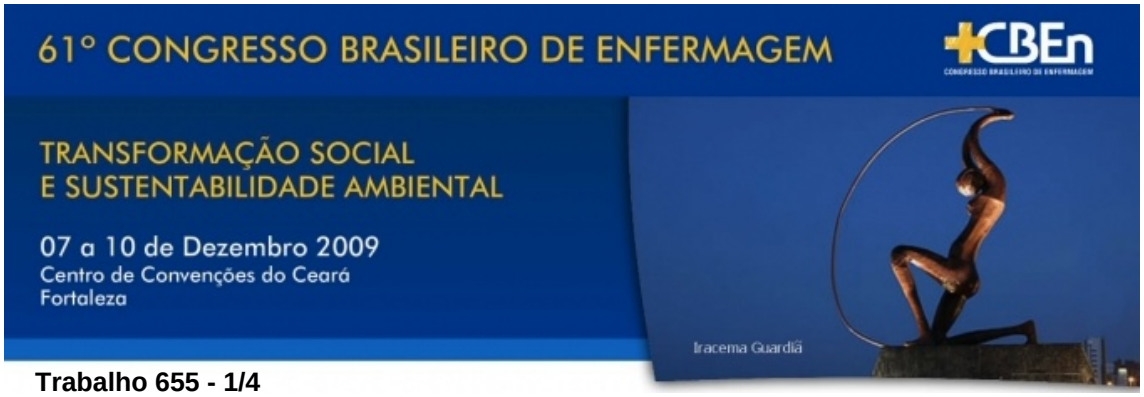
_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Segurança e Saúde no Trabalho em Serviço de Saúde** (Norma Regulamentadora nº 32). Rio de Janeiro, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. Dispõe sobre a obrigatoriedade de um programa de controle de infecção hospitalar no país. **Diário Oficial**. Brasília (DF), 1998.

FERNANDES, A. T.; FERNANDES, M. O. V.; RIBEIRO, N. F. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.



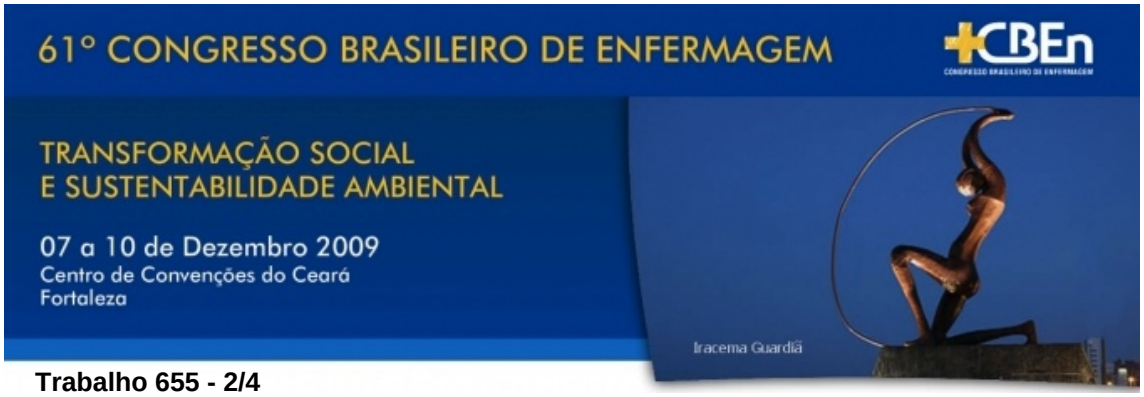
MOSCOVICI, S. A relatividade tem 100 anos. In: Moreira, A.S.P.; Camargo, B. V. (Orgs.). **Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais**. João Pessoa: Universitária, 2007. p. 21- 43.



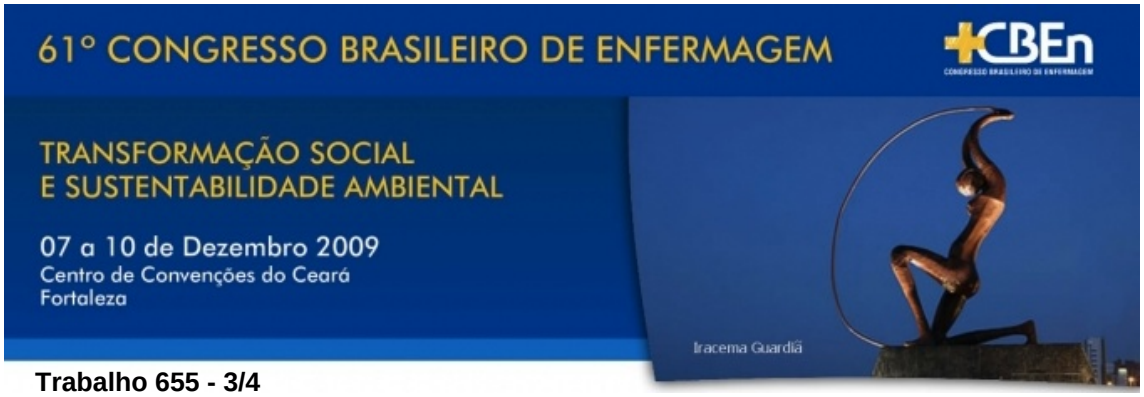
CONSCIÊNCIA ECOLÓGICA: A ENFERMAGEM NO MANEJO DOS RESÍDUOS DE SAÚDE.

SAMAMEGO, Thaís Santos[1]
COSTA, Jonatha Pereira[2]
SILVEIRA, Ralph Leonard Brito da[3]

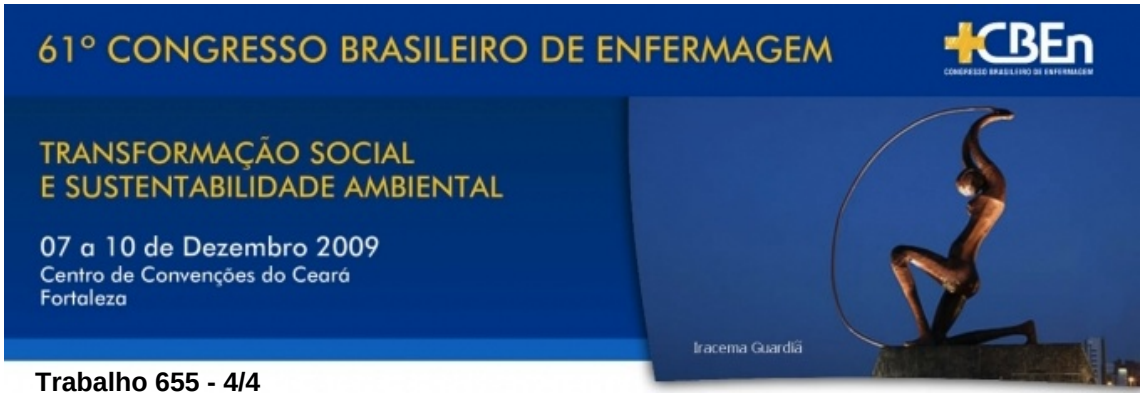
[1]Enfermeira, Especialista em Docência do Ensino Superior pela Universidade Cândido Mendes, Chefe de Enfermagem da UBS Jardim Sumaré (Secretaria Municipal de Saúde de SJM).
E mail:thaissamamego@ig.com.br
[2] Enfermeiro, Especialista em Docência do Ensino Superior pela Universidade Cândido Mendes, Plantonista do CTI Hospital Quinta D'or.
[3] Biólogo, Virologista pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Docente da Unidade Educacional Gama e Souza.



Introdução: O presente trabalho trata de um tema que assume um relevo importante nas últimas décadas que é a consciência ecológica e a Enfermagem na gestão dos resíduos de saúde. O meio ambiente está intimamente ligado ao processo saúde-doença, visto que não é incomum vermos indivíduos e comunidades inteiras sofrerem os reflexos por conta dos prejuízos causados ao meio ambiente. Diante da realidade de saúde e meio ambiente vividas pela população mundial, a enfermagem se vê na obrigatoriedade de desenvolver subsídios não só no combate às doenças, mas também na preservação do meio ambiente como fator determinante social de saúde. **Objetivo:** Apontar os impactos ambientais decorrentes do manejo incorreto dos resíduos de saúde e Orientar a equipe multidisciplinar quanto ao manejo correto dos resíduos de saúde. **Metodologia:** Metodologicamente trata-se de um estudo qualitativo onde a coleta de dados se deu na forma pesquisa bibliográfica. Segundo Minayo (2003) “Pesquisa qualitativa trata-se de uma atividade da ciência que visa a construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado e não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. De acordo com Lakatos (1990) “Pesquisa bibliográfica abrange fontes secundárias, ou seja, toda bibliografia tornada pública desde publicações avulsas até meios de comunicação. Tal procedimento almeja colocar o pesquisador em contato direto com todo material produzido sobre determinado assunto”. Após a coleta dos dados os mesmos foram analisados e registrados de acordo com sua disposição nos objetivos citados anteriormente e triangulados entre si. **Resultados:** Os resultados indicam que a saúde e o meio ambiente são áreas interligadas, não sendo possível prevenir e proteger a saúde individual e coletiva sem cuidar do meio ambiente, saúde pressupõe um meio ambiente saudável. Ao longo de muitas décadas o Brasil tem passado por um inconveniente mundial que é a degradação do meio ambiente e seus recursos naturais, gerando preocupação nas autoridades políticas e alarde das instituições que trabalham em prol do meio ambiente, todo esse aparato que tem sido incentivado hoje em dia ainda apresenta-se bastante prematuro no tocante ao destino do lixo produzido pela população, por empresas e indústrias. Quando pensamos em resíduos e no modo como este é administrado não levamos em



consideração um fator importante que é a divisão desses resíduos por tipos, o que vai influenciar totalmente no destino e na forma como esse resíduo será administrado. O manejo incorreto dos resíduos de saúde tem trazido conseqüências negativas para o individuo, a comunidade e afetando o meio ambiente. Segundo Garcia & Zanetti-Ramos (2004) costuma-se considerar como resíduo de saúde todo material proveniente de hospitais e clinicas de grande porte e deixamos de lado outros locais que também produzem esse tipo de material que são os consultórios odontológicos, casas de repouso para idosos, instituições de ensinos de saúde, hemocentros, laboratórios, enfim, uma gama de locais que por ter sua visibilidade menor acabam não sendo vistos como produtores de resíduos de saúde. De acordo com dados estatísticos 74% dos municípios brasileiros depositam os resíduos de saúde a céu aberto, 57% separam os dejetos nos hospitais e somente 14% destes municípios tratam adequadamente os resíduos de saúde. Segundo (Souza *apud* Segura–Munoz 2002), os resíduos de serviço de saúde, tornam-se evidenciados, pois embora representem uma pequena parcela de resíduos totais, ocupam uma posição de extrema importância pela capacidade que possuem de infectar e contaminar o meio ambiente e a saúde humana, uma vez que compreendem, dentre outros resíduos radioativos, químicos nocivos e microbiológicos patogênicos. Cabe ao Enfermeiro implementar as medidas de gerenciamento dos resíduos de saúde em sua unidade, além de sanar dúvidas fornecendo as devidas orientações, visando proteger a saúde dos trabalhadores envolvidos no manuseio desses resíduos, da comunidade em geral e do meio ambiente. Minimizar a produção e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro de forma eficiente é primordial para se conseguir redução desses resíduos, o passo principal é evitar o desperdício de materiais, pois uma vez que se reduz o gasto desnecessário desses materiais diminui-se a quantidade de resíduo a ser gerenciado bem como a redução de gastos financeiros para a instituição. Por isso é necessário treinar a equipe de saúde quanto à segregação desses materiais, salientando a necessidade do uso do descarpack e utilizando o mesmo para materiais perfuro-cortantes, incluindo ampolas e frascos de medicações, orientar os auxiliares de serviços gerais e à equipe quanto ao uso de sacos com cores e estampas corretas para cada tipo de material, pois no dia a dia a equipe acaba esquecendo



da necessidade de tais ações. Somente adotando tais medidas de caráter permanente teremos resultados positivos nesta prática de consciência ecológica. **Conclusão:** Diante do exposto podemos concluir que os resíduos em especial os resíduos de saúde devem ser vistos de forma diferenciada, pois estes tem grande potencial de afetar o homem e a natureza, causando danos irreparáveis, como a mutação de animais aquáticos, bactérias que vivem na natureza tornam-se resistentes à certos antibióticos, sem contar a poluição do solo e da água pelos medicamentos e produtos utilizados nas instituições de saúde de modo geral. Dessa forma entendemos que o trabalho da enfermagem nos dias de hoje transcende os hospitais e clinicas, este se estende à comunidade e a tudo que está inserido no seu contexto, atuando como agente multiplicador do conhecimento o enfermeiro, será capaz alcançar alguns objetivos, com metas realistas ajudará a comunidade na qual está implementando seu trabalho, colaborando enormemente com a natureza, que hoje tem sido o foco do trabalho de diversos profissionais e deste arcabouço não se isenta a enfermagem.

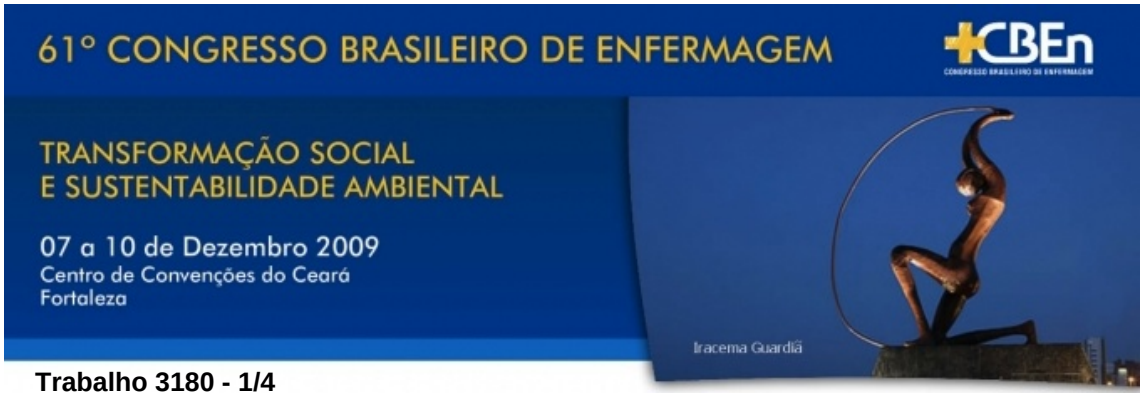
Bibliografia:

1. MINAYO, M.C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

2. LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 1990.

3. GARCIA, Leila Posenato; ZANETTI-RAMOS, Betina Giehl. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, June 2004 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 June 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2004000300011

Descritores: Enfermagem- Meio Ambiente-Resíduos



CONSULTA DE ENFERMAGEM: UM MEDIADOR NA CONQUISTA DA CONFIABILIDADE ENTRE ENFERMEIRO E ADOLESCENTE RESULTANDO NUMA ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE.

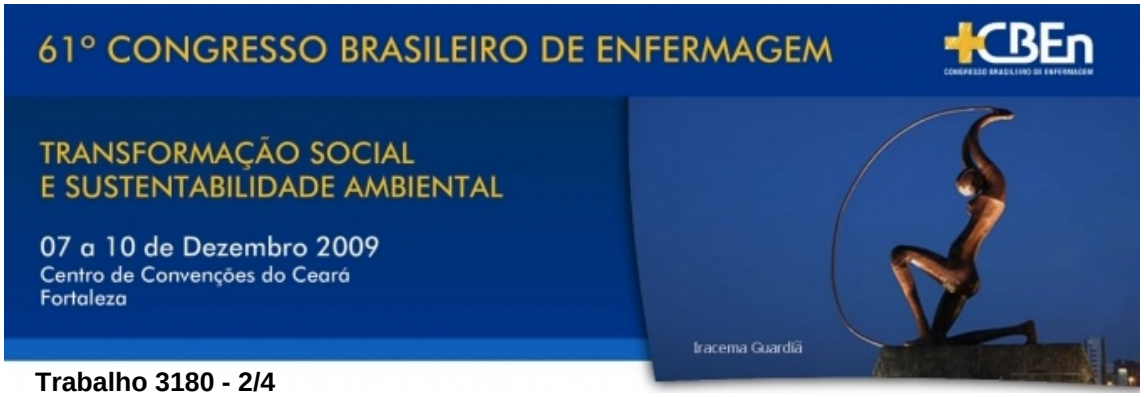
Silva. Regina Maria Araújo da,[*]
Amorim. Rosângela,[**]

Universidade Estácio de Sá- UNESA/Campus Rebouças
Curso de Enfermagem/Disciplina: Saúde da Criança e do Adolescente.

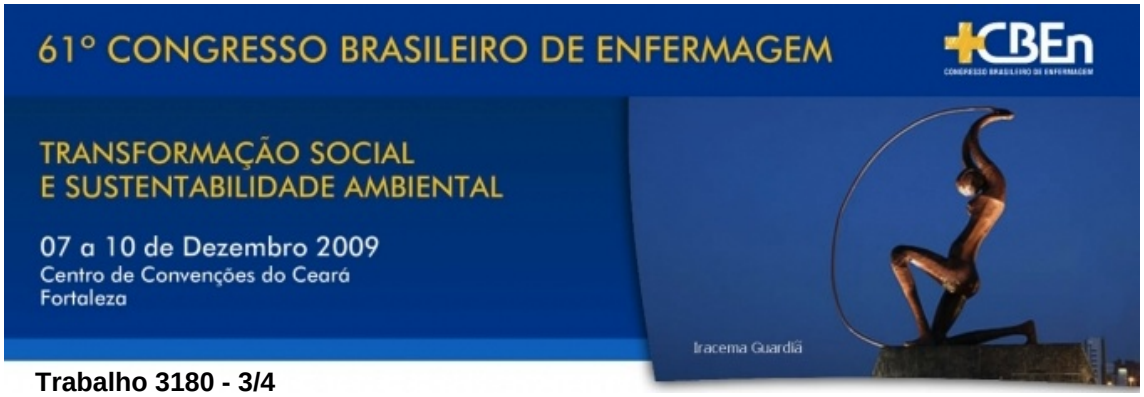
RESUMO

Neste artigo falaremos sobre uma questão complexa na consulta de enfermagem, que envolve a habilidade de comunicação do enfermeiro com o adolescente, onde se deve praticar incessantemente a escuta, devendo saber o tempo certo de falar e como falar com eles. A preocupação com a saúde do adolescente é recente, verificando-se uma escassez de pesquisas e materiais que possibilitem orientar os acadêmicos,enfermeiros, e demais profissionais da área nesse seguimento. Mesmo com todos os programas direcionados ao adolescente, sabe-se que são poucos os hebiatras, "profissionais da área da saúde qualificados que requer uma desenvoltura diferenciada na assistência desse público".MONTICELLI-RAMOS[1] confirmam quando diz que são recentes, com pouco mais de 30 anos, tanto as pesquisas como a própria assistência especializado no Brasil com programas direcionado ao adolescente . O **tema** proposto neste artigo é a consulta de enfermagem como um mediador na conquista da confiabilidade entre o enfermeiro e o adolescente, resultando numa assistência de qualidade. A confiança do adolescente é difícil de se conquistar, haja visto que, seu estado físico e mental esta em transformação e surgem questionamentos variados.Muitas vezes a procura ao serviço de saúde com sintomas

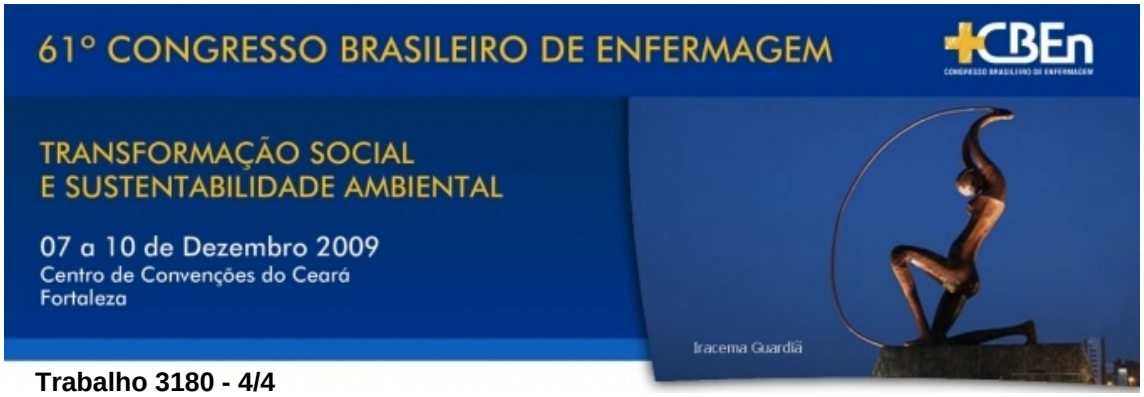
[*]Graduanda em Enfermagem UNESA.Regina_a_s@hotmail.com
[**]Mestre em Enfermagem.....



comuns, geralmente esconde o real motivo de sua presença na consulta daquela unidade. Sem uma comunicação facilitadora, a interação do enfermeiro com o adolescente torna-se deficitária, implicando na passagem e recebimento de informações importantes sobre diversos aspectos de sua saúde, afetando assim no planejamento das ações a que esse profissional se propõe.Dessa forma o que nos chamou a atenção e justifica nossa pesquisa é se na consulta de enfermagem seria o momento ideal para conquistar a confiança desse adolescente?E mais, de que maneira o enfermeiro conquistaria essa confiabilidade? Quando ocorre a comunicação terapêutica pelo enfermeiro, o estabelecimento de segurança é notória e geradora de confiança, ajudando no pronto-restabelecimento do paciente, conforme menciona BERTONE-RIBEIRO-GUIMARÃES[2]. E também devido a carência de estudos sobre o tema, a pesquisa é relevante para o aprimoramento cientifico para os acadêmicos,enfermeiro e demais profissionais do setor de enfermagem e da saúde, além de servir como um meio de consulta para atualização dos conhecimentos acerca do assunto tornando claro a necessidade da implantação da sistematização da assistência , principalmente a consulta de enfermagem. Sendo assim, temos como **objetivo apontar a consulta de enfermagem como mediadora na conquista da confiabilidade entre o enfermeiro e o adolescente**.A metodologia utilizada foi uma revisão de literatura,descritiva com abordagem qualitativa. Para Gil[3] “a pesquisa descritiva têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”.O material foi coletado entre outubro de 2008 e julho de 2009, em pesquisas já publicadas, livros e por meio ferramentas eletrônicas.Para se atingir a meta traçada, utilizamos no levantamento de dados, os seguintes descritores: Comunicação terapêutica enfermagem, relacionamento interpessoal enfermeiro/paciente/adolescente, consulta de enfermagem adolescente e confiança enfermeiro/adolescente no período de 1998 a 2009. Após o levantamento das publicações,, foi notório a insuficiência de periódicos relacionados ao tema antigos ou recentes.Foram achado 642 publicações, das quais a maioria era antiga ou estrangeira e dessas, apenas 21 atendiam parcialmente as características pretendidas.Foi observado que esses descritores, focavam as questões de transtornos mentais, clientes com doenças crônicas,



tuberculose e hanseníase, gestantes e até mesmo crianças para que nesse atendimento , a adesão ao tratamento pretendido fosse alcançado. A consulta de enfermagem direcionada ao adolescente não foi obtido nenhum resultado, onde o objetivo fosse a confiança e atenção desse cliente. A assistência de enfermagem ao cliente adolescente deve ser sistematizada, de visando a obtenção de paramentos para planejar sua ações, alem de assegurar sigilo dos fatos ocorridos na consulta de enfermagem. SILVA-NOVAIS-LUNA-ARAÚJO[4] informam o processo de enfermagem deve ser aplicado e que é na consulta de enfermagem que vai se obter dados para captar as necessidades através de uma visão holística,o plano e de cuidados e seus respectivos esclarecimento, além de assegurar e explicitar sigilo no atendimento. As autoridades governamentais estão se empenhando com uma variedade de programa com o enfoque nesse cliente, mas ainda é deficitário tanto enfermeiros com outros profissionais da área de saúde qualificados.Ainda de acordo com MONTICELLI-RAMOS[1] o enfermeiro tem responsabilidades em torno da saúde do adolescente, com desenvolvimento de ações, qualificação profissional que devem estar sempre em concordância com o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), e ainda estar atualizado com o cotidiano de seu público alvo.



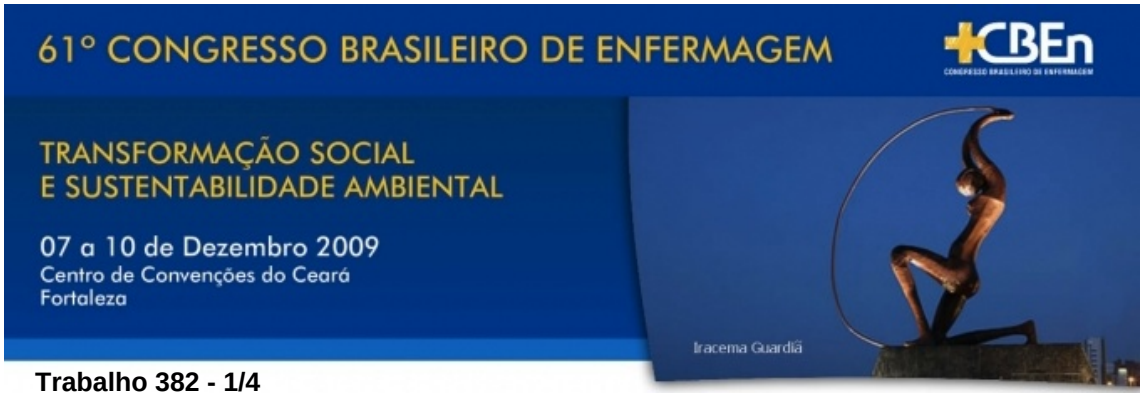
Referências:

1- Bertone.TB; Ribeiro.APS; Guimarães.J.Considerações Sobre o Relacionamento Interpessoal Enfermeiro-Paciente. Revista Fafibe On Line – n.3- ago.2007 ISSN 1808-6993

2- Gil. AC. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

3- Corrêa ACP. A Enfermagem e a Saúde do Adolescente. Ferreira MA, Lisboa MTL, Almeida-Filho AJ, Gomes MLB. Inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro: uma questão de cidadania. In: Ramos FRS, Monticelli M, Nitschke RG, organizadores. Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília (DF): ABEn/Governo Federal; 2000. p. 65-70.

4- Araújo EC, Luna DO,Novais DCS, Silva SL. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Adolescente: Consulta de Enfermagem. Rev. Enf. UFPE On Line 2007; 1(1):1–11.



Trabalho 382 - 1/4

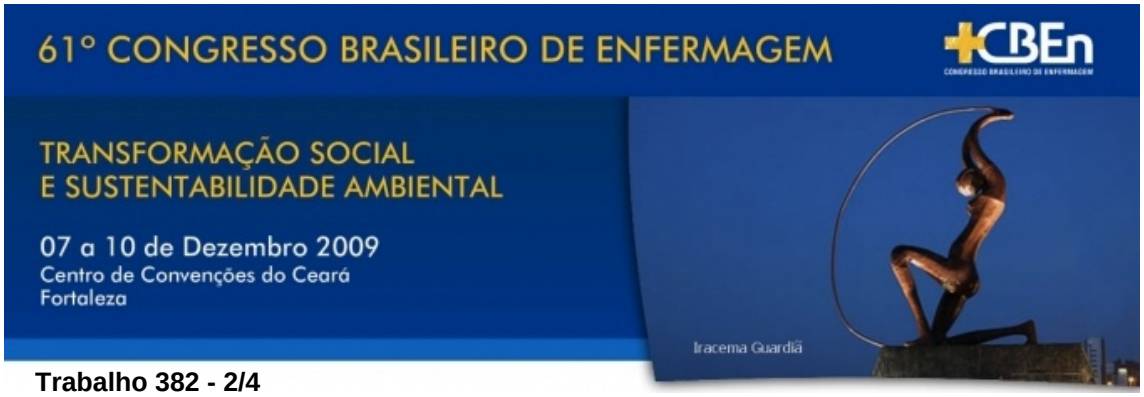
CONTEXTUALIZANDO A I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL

OLIVEIRA, ADRIELLY CAROLINE[1]
RODRIGUES, ANA PAULA BRITO [2]
SOUSA, BRUNA RAVENA BEZERRA DE [3]
MORAIS, CLÁUDIA GLACIENE TEIXEIRA SILVA [4]
FARIAS, DANIEL COELHO [5]

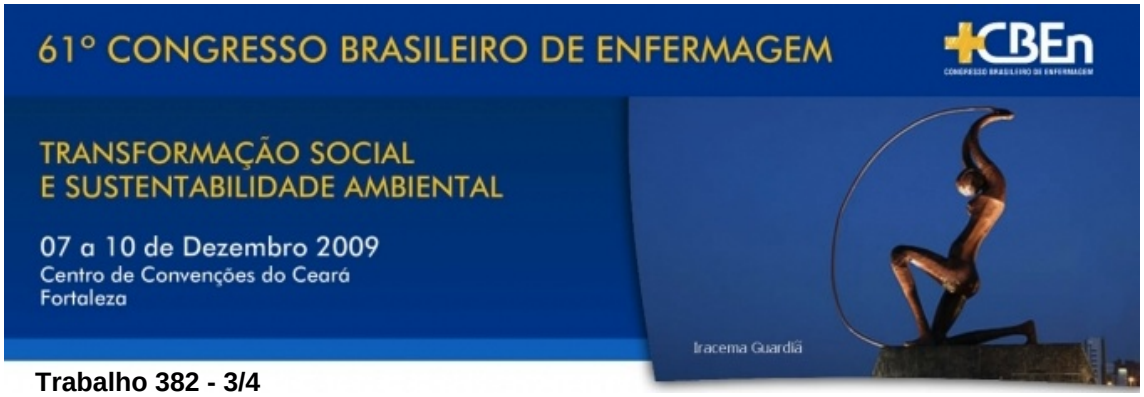
A forma como o ser humano tem se apropriado e dominado os recursos naturais por diversas necessidades e/ou razões, tem acarretado atualmente inúmeros conflitos ou problemas de extrema urgência comuns a toda humanidade, sejam eles relacionados aos aspectos sociais, culturais e de saúde, pois se entende que o meio ambiente não está apenas centrado nos aspectos biológicos, mas que sofrem e reagem as intervenções da sociedade na mesma proporção a que foram intervindas. A degradação progressiva dos ecossistemas, a contaminação crescente da atmosfera, solo e água, bem como o aquecimento global são exemplos dos impactos das atividades humanas sobre o ambiente e esses problemas são exacerbados em situações locais em que se acumulam fontes de riscos advindas de processos produtivos passados ou presentes, como a disposição inadequada de resíduos industriais, a contaminação de mananciais de água e as péssimas condições de trabalho e moradia, entre outros fatores. O presente estudo relata os achados de uma revisão bibliográfica a qual objetivou levantar documentos oficiais sobre a 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental (CNSA) para discutir a importância da Vigilância Ambiental em saúde na consolidação do SUS, bem como contextualizar o processo de organização e descrever o conteúdo temático proposto pela mesma. O material selecionado para o estudo foi classificado em três categorias, consideradas como eixo norteador da pesquisa: 1-Vigilância Ambiental em saúde e a consolidação do SUS; 2-

[13] Graduanda de Enfermagem da Faculdade Novafapi. E-mail: brunaravena18@hotmail.com
[1,2,5] Graduandos de Enfermagem da Faculdade Novafapi

[4] Enfermeira; Mestre em Vigilância em Saúde; Docente da Faculdade Novafapi; Coordenadora da Regional de Saúde Centro-Norte, da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI.
[2]

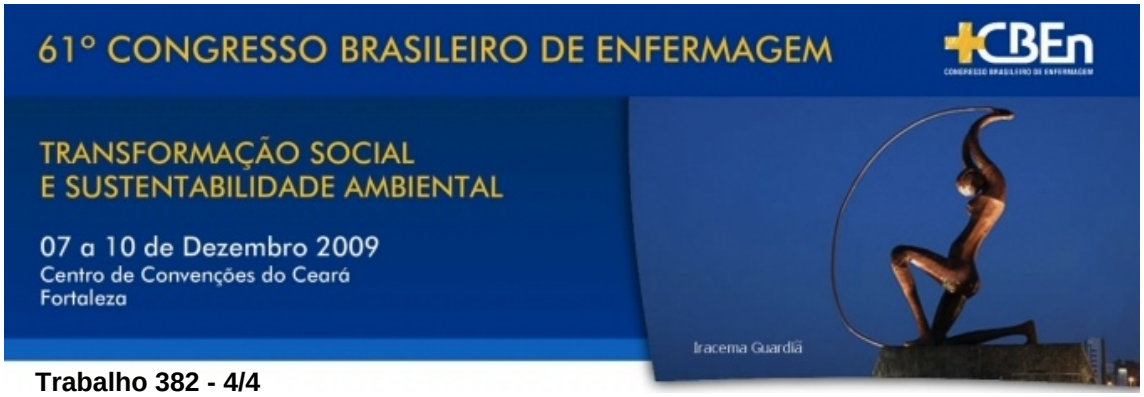


Contextualização do processo de organização da I CNSA e 3-Conteúdo temático proposto pela I CNSA. É necessário inicialmente conceituar Conferência que surge como uma das formas de participação popular na definição de políticas públicas, pois a Constituição Federal (CF) de 1988 ao determinar por meio do Artigo 1º Parágrafo Único que "Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente" possibilitou, democraticamente, a participação direta da sociedade nos processos decisórios através de instrumentos jurídicos e políticos[1]. Para adequar a atuação do SUS sobre as várias dimensões do processo saúde doença, especialmente do ponto de vista da sua determinação social, a Vigilância da Saúde facilita o desenvolvimento de novas propostas de operacionalização dos sistemas de saúde, de forma a se respeitar uma visão que se pretende mais totalizadora[2]. No que diz respeito a Vigilância em Saúde Ambiental, esta é definida como o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana e tem como finalidade identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde, seguindo os princípios e diretrizes do SUS buscando a universalidade de atenção e promoção da saúde de todos os grupos populacionais expostos [3]. Isto posto, o Presidente da República, por meio do Decreto Presidencial de 14 de maio de 2009 (Art. 1º), convocou a 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental, atendendo às deliberações das Conferências Nacionais de Saúde (13ª), Cidades (3ª) e Meio Ambiente (3ª), com o lema "Saúde e Ambiente: vamos cuidar da gente!" e com o tema "A saúde ambiental na cidade, no campo e na floresta: construindo cidadania, qualidade de vida e territórios sustentáveis". A referida Conferência tem como objetivo geral "definir diretrizes para políticas públicas integradas no campo da saúde ambiental, a partir da atuação transversal e intersetorial dos vários atores envolvidos com o tema" [4]. Esta terá ainda abrangência nacional e levará em conta os aspectos regionais e territoriais, por meio das etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal e Nacional que serão realizadas até 30 de agosto de 2009; 30 de outubro de 2009 e 15 a 18 de dezembro de 2009, respectivamente. Essas



etapas são fundamentais para o alcance dos objetivos a que se propõe a Conferência Nacional, pois possibilitará análises, formulações e proposições a partir de seus territórios, considerando as características e peculiaridades das populações e os possíveis cenários de desenvolvimento, sejam eles na cidade, no campo ou na floresta. Com o intuito de facilitar uma análise ampla das grandes mudanças que o meio ambiente vem sofrendo de uma forma mais profunda e específica e buscar soluções a longo e curto prazo para as questões ambientais a 1ª CNSA será norteada por três eixos temáticos sendo que o primeiro - Desenvolvimento e Sustentabilidade Sócio-ambiental no campo, na cidade e na floresta designa obter um mapeamento dos grupos populacionais e dos ambientes vulneráveis considerando as suas situações de risco particulares; o segundo - Trabalho, Ambiente e Saúde: desafios dos processos de produção e consumo nos territórios procurará identificar nos diferentes territórios, os processos que geram ou contribuem para tais vulnerabilidades socioambientais e as iniciativas do Estado e a sociedade no seu enfrentamento, e o terceiro- Democracia, Educação, Saúde e Ambiente: políticas para a construção de territórios sustentáveis buscará identificar estratégias para a superação das vulnerabilidades encontradas nas etapas anteriores[5] . A 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental constitui-se em espaço de cidadania e controle social. Pensar em saúde ambiental num contexto de sustentabilidade implica em extrapolar os limites do setor saúde. Faz-se necessário estreitar as relações com setores diversos ligados, não só ao poder público, mas a sociedade civil como um todo. A vigilância ambiental em saúde é um conceito em construção e visa detectar e gerenciar os fatores de risco do meio ambiente que possuem relação com agravos e/ou danos à saúde. A construção de uma Política Nacional de Saúde Ambiental que direcione todos os esforços, num contexto multidisciplinar e intersetorial, para melhoria da qualidade de vida das pessoas, permitirá a estruturação dessa área da vigilância em saúde nos níveis municipal, estadual e nacional.

Descritores: Saúde Ambiental, Conferência e Políticas Públicas.



REFERÊNCIAS

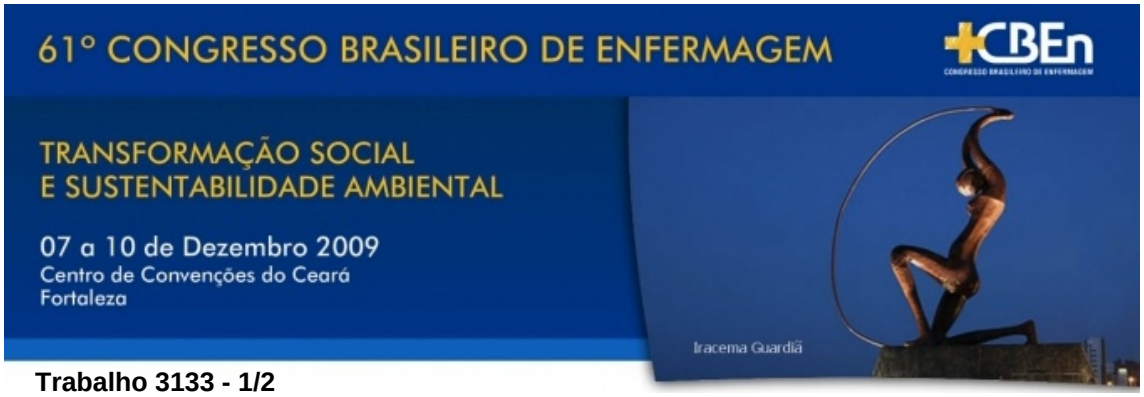
[1]SILVA, G. M. da. **Pequena contribuição, sobre o significado das conferências.** Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/participacao_parceria/conferencias/2007/o_que_sao_as_conferencias.pdf>>. Acesso em: 07 Ago 2009.

[2] CAMPOS, C. E. A. **Vigilância da Saúde no Espaço de Práticas do PSF**. Disponível em: <http://www.apmfc.org.br/App_Files/Artigos/vigilancia_saude.pdf>>. Acesso em 02 Ago 2009.

[3] BRASIL, Ministério da Saúde. **Modelo de atuação para a vigilância em saúde ambiental relacionada aos acidentes com produtos perigosos**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Modelo_atuacao_vigiapp.pdf>> Acesso em: 4 Ago 2009.

[4] BRASIL, Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. seção 1, n. 91. 15 de maio de 2009. Disponível em: <http://189.28.128.179:8080/cnsa/documentos-1/legislacao/decreto-presidencial-1a-cnsa-1/view>>. Acesso: 4 agosto 2009.

[5] BRASIL, Ministério da Saúde. **1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental**. Disponível em: <http://189.28.128.179:8080/cnsa/documentos-1/texto-orientador/texto-orientador/view>>. Acesso: 2 Ago 2009.



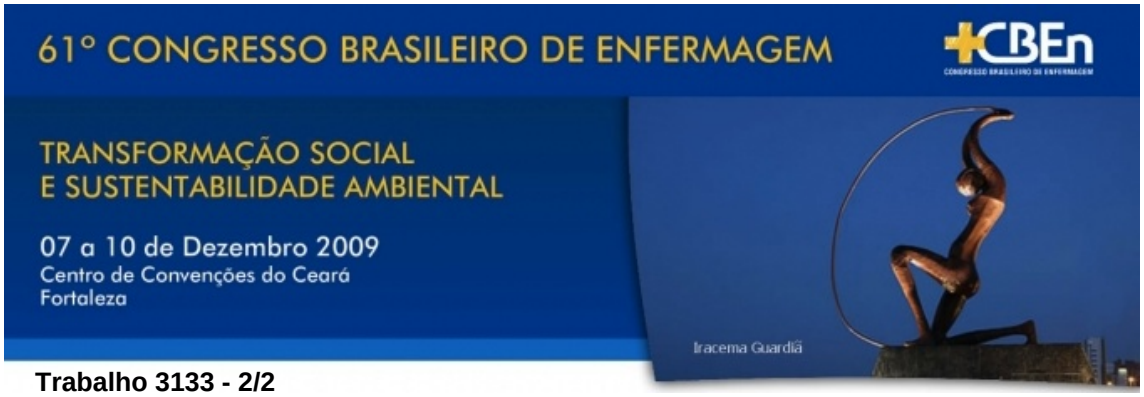
Trabalho 3133 - 1/2

CONTROLE E REDUÇÃO DE RESÍDUOS HOSPITALARES EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA – PB.

Cabral, Rômulo Wanderley de Lima[1]
França, Jael Rúbia Figuêiredo de Sá[2]
Medeiros, Ana Lúcia[3]
Santana, Jancelice dos Santos[4]
Sousa, Alana Tamar Oliveira[5]

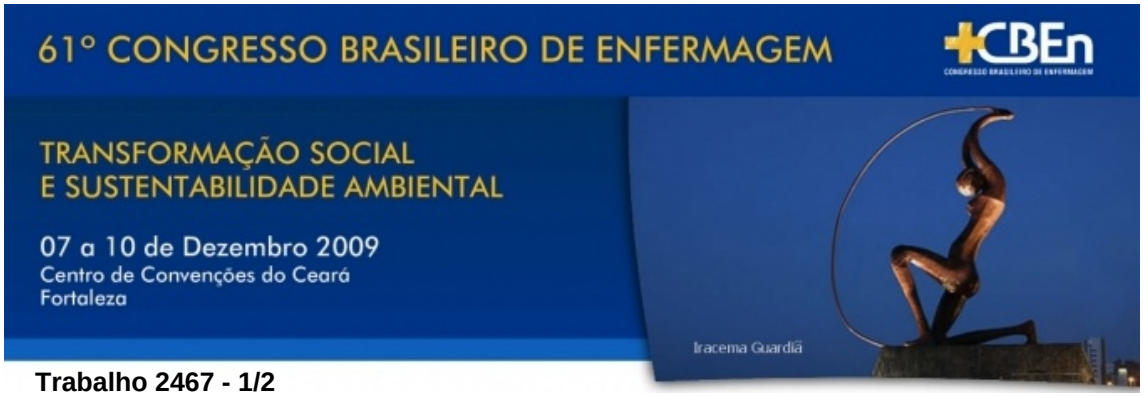
A principal finalidade dos estabelecimentos de saúde é um atendimento de qualidade ao paciente. Para que esta meta seja alcançada no processo de atendimento, diferentes materiais são utilizados, gerando resíduos que precisam de um tratamento adequado, pois se constituem em fontes importantes de contaminação para o ambiente e para a população. Em decorrência da heterogeneidade dos resíduos de serviços de saúde, vários instrumentos têm sido criados para auxiliar sua classificação e, conseqüentemente, seu gerenciamento adequado. As resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA RDC n. 306/2004) e do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA n. 358/2005) separam os resíduos em grupos. Essa classificação é importante para o correto gerenciamento, desde o manuseio até a destinação final. Apesar da regulamentação dos mecanismos de controle desses materiais nos estabelecimentos de saúde, a prática cotidiana tem demonstrado que muitos serviços ainda não adotam essa conduta e nem utilizam estratégias para a redução na geração desses produtos. Na maternidade onde o estudo foi realizado percebemos que os procedimentos específicos de acondicionamento, armazenamento, coleta, transporte e disposição final não respeitavam as normas legais. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo propor estratégias para a redução da geração de resíduos através da implantação de um eficiente e adequado gerenciamento de resíduos sólidos, atendendo a legislação específica e satisfazendo as necessidades da organização. Trata-se de um estudo

[1] Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública. Professor de Saúde da Mulher da Faculdade Santa Emília de Rodat – FASER. E-mail: romulopits@gmail.com.
[2] Enfermeira. Especialista em Educação Multiprofissional na Área da Saúde. Mestranda em Enfermagem da UFPB.
[3] Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher e Saúde da Família. Mestranda em Enfermagem da UFPB.
[4] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Enfermagem da UFPB.
[5] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da UFPB.



exploratório e participativo, onde utilizou-se oficinas como método de treinamento e capacitação de pessoal que contribuiu para o desenvolvimento de uma consciência crítica acerca do processo de gerenciamento dos resíduos hospitalares. Os sujeitos que participaram das oficinas foram 10 auxiliares de serviços gerais, 22 auxiliares e técnicos de enfermagem, 09 enfermeiras e 02 nutricionistas de uma instituição de saúde de referência na área materno-infantil da cidade de João Pessoa (PB). Durante as oficinas os sujeitos demonstraram ter um razoável nível de informação teórica sobre os cuidados com esses produtos, porém os conhecimentos práticos para o gerenciamento adequado e para sua redução foram muito incipientes. Nesse processo de treinamento foram discutidas e implementadas estratégias adequadas para minimizar a produção e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do ambiente. Além das questões primordiais relativas à informação e ao treinamento, outras modificações importantes foram sugeridas como a padronização de procedimentos que é de extrema relevância em um sistema de trabalho por turnos, porque evita o surgimento de dúvidas e erros na continuidade do atendimento por outro funcionário como, também, a implementação de programas de educação permanente, baseada em abordagens metodológicas construtivistas, visando à prática eficaz no manejo e segregação desses produtos.

Descritores: Resíduos sólidos. Gerenciamento de resíduos. Consciência ambiental.



Trabalho 2467 - 1/2

CRENÇAS, CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE TRABALHADORES DA SAÚDE

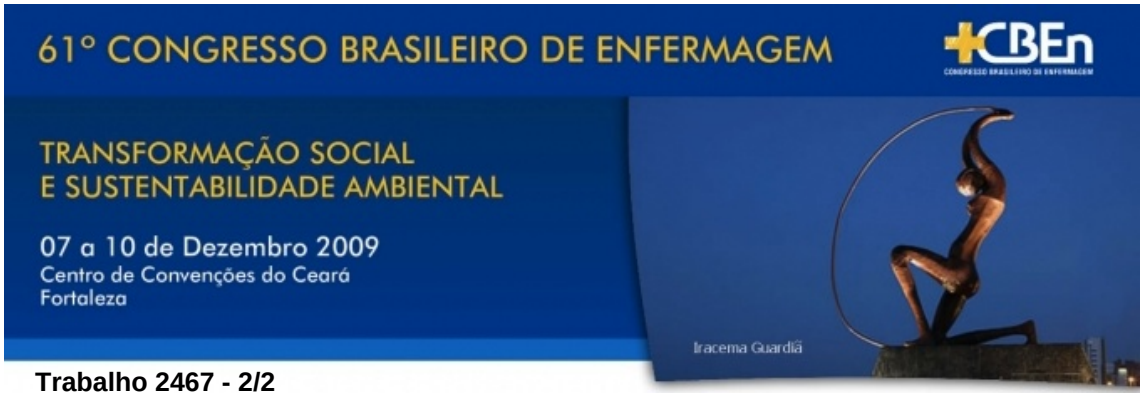
SILVA, Ana Laura Rocha[1]
PEREIRA, Lúcia Helena Coelho[2]
PENNA, Cláudia Maria de Mattos[3]

Estudo de caso qualitativo que teve por objetivo compreender as práticas de saúde, crenças e conhecimentos de usuários e trabalhadores de saúde acerca de ser saudável e adoecer. Parte-se do pressuposto que os comportamentos das pessoas são influenciados pelas relações sócio-culturais que estabelecem em seu viver cotidiano e, conseqüentemente, seu processo de ser saudável ou de adoecimento. Assim o foco deste estudo recai sobre as relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores de saúde. Questiona-se: quais são as crenças, significados e símbolos construídos pelos usuários e trabalhadores sobre a saúde e o adoecimento? Quais são as práticas de saúde que estabelecem entre eles? Busca-se compreender como os sujeitos interagem entre si e com o espaço onde estão inseridos, isto é, descrever os significados que as pessoas atribuem ao que vivenciam. Assim, pretendeu-se estudar o micro espaço, não em detrimento às macro estruturas, mas buscar compreendê-las pelo ponto de vista dos profissionais de saúde que as vivenciam. Entender a vida cotidiana onde o homem se situa, construindo suas experiências, vivenciando suas preocupações e angústias, sua saúde e sua doença, em uma relação face a face com o outro, neste espaço-tempo, tempo presente culturalmente determinado. Porque é nesse presente que o homem nasce, cresce, aprende e ensina, trabalha e mantém relações sociais, é saudável e adoece, cuida e é cuidado, envelhece e morre. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista a partir de um roteiro semi-estruturado acerca de ser saudável e adoecer e o cuidado estabelecido, com profissionais de saúde dos municípios de

[1]Aluna de graduação do 7º periodo de Enfermagem da UFMG. Bolsista Pibic/CNPq. e-mail:analaurarsilva@hotmail.com

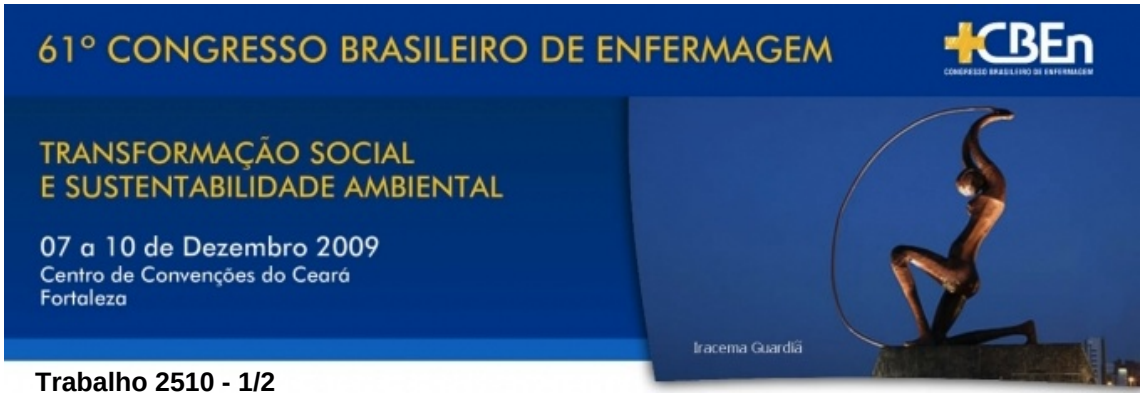
[2]Aluna de graduação do 6º semestre de Enfermagem da UFMG. Bolsista FAPEMIG.

[3]Enfermeira. Docente Adjunto IV – Escola de Enfermagem UFMG. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Pós-doutorado em Ciências Sociais.
Projeto financiado pela FAPEMIG – Edital Universal 2007.



Diamantina, Datas e Gouveia, que integram as Equipes de Saúde da Família. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo e organizados em cinco categorias de análise: concepção de saúde, concepção de doença, conhecimento cultural e crenças sobre saúde e doença, formação profissional versus crenças familiares e cuidado em saúde. Conclui-se que as concepções de saúde e doença dos profissionais, apesar da formação acadêmica possuem dimensões subjetivas; no cuidado cotidiano em saúde mantêm suas crenças, costumes e práticas em relação à saúde e doença apreendidas no espaço familiar, quando ainda não eram profissionais e que estas influenciam suas atividades diárias. Há, nos municípios estudados, uma aceitação das crenças e culturas populares por parte dos profissionais o que influencia na manutenção e uma convivência entre a prática profissional aprendida na academia e a prática popular no cuidado à saúde e ao adoecimento da população atendida.

Descritores: cultura; costumes; processo saúde-doença



Trabalho 2510 - 1/2

CRENÇAS, CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

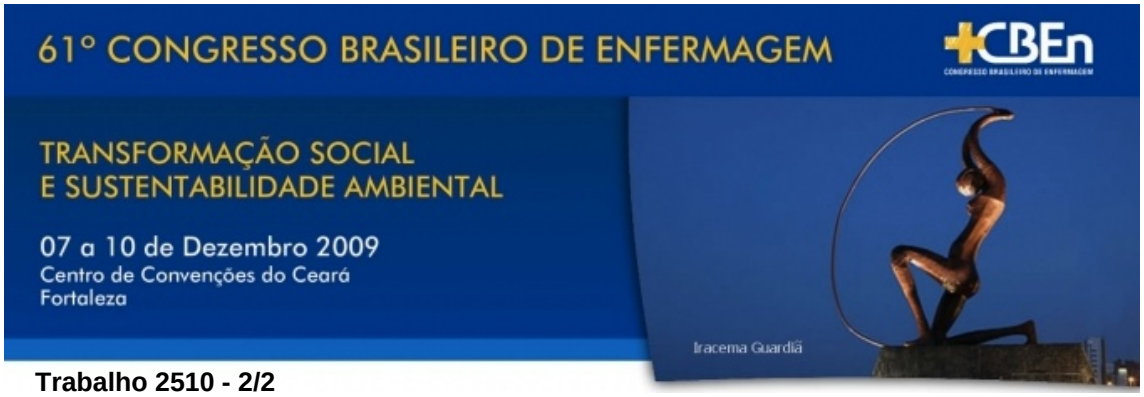
PEREIRA, Lúcia Helena Coelho[1]
SILVA, Ana Laura Rocha[2]
PENNA, Cláudia Maria de Mattos[3]

Estudo de caso qualitativo que teve por objetivo compreender as práticas de saúde, crenças e conhecimentos de usuários de saúde acerca de ser saudável e adoecer. Parte-se do pressuposto que os comportamentos das pessoas são influenciados pelas relações sócio-culturais que estabelecem em seu viver cotidiano e, conseqüentemente, seu processo de ser saudável ou de adoecimento. Assim, o foco desse estudo recai sob sobre as relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores de saúde. Questiona-se: quais são as crenças, significados e símbolos construídos pelos usuários e trabalhadores sobre a saúde e o adoecimento? Quais são as práticas de saúde que estabelecem entre eles? Busca-se compreender como os sujeitos interagem entre si e com o espaço onde estão inseridos, isto é, descrever os significados que as pessoas atribuem ao que vivenciam. Assim, pretendeu-se estudar o micro espaço, não em detrimento às macro estruturas, mas buscar compreendê-las pelo ponto de vista dos usuários dos programas de saúde que as vivenciam. Entender a vida cotidiana onde o homem se situa, construindo suas experiências, vivenciando suas preocupações e angústias, sua saúde e sua doença, em uma relação face a face com o outro, neste espaço-tempo, tempo presente culturalmente determinado. Porque é nesse presente que o homem nasce, cresce, aprende e ensina, trabalha e mantém relações sociais, é saudável e adoece, cuida e é cuidado, envelhece e morre. Centrar o estudo nas questões cotidianas, como um *lócus* privilegiado, onde ocorrem as mais diversas interações humanas.

[1] Aluna de graduação do 6º semestre de Enfermagem da UFMG. Bolsista FAPEMIG. luciacoelhop@hotmail.com

[2] Aluna de graduação do 6º semestre de Enfermagem da UFMG. Bolsista Pibic

[3] Pós-doutora em Enfermagem e professora adjunta do departamento de Enfermagem Materno e Infantil da Escola de Enfermagem da UFMG

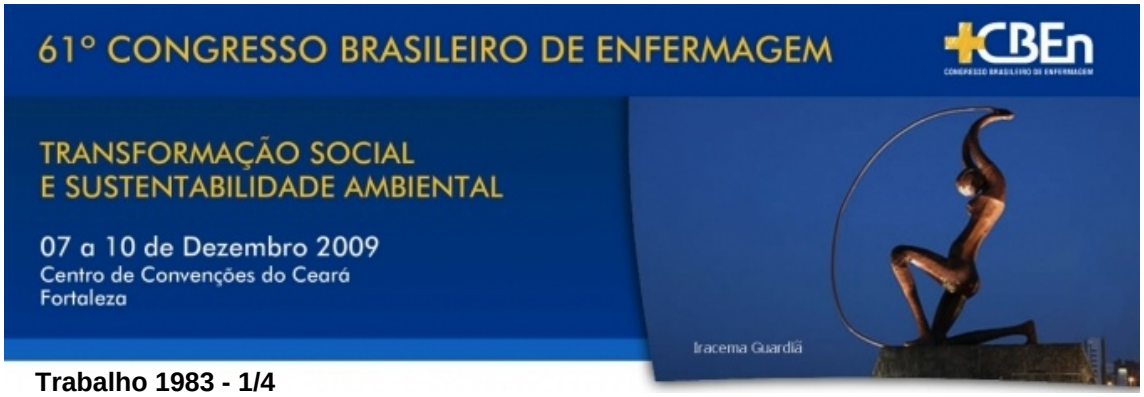


Trabalho 2510 - 2/2

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista a partir de um roteiro semi estruturado acerca de ser saudável e adoecer e o cuidado estabelecido, com usuários de saúde dos municípios de Diamantina, Datas e Gouveia, que integram as equipes de Saúde da Família. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo e organizados em seis categorias de análise: concepção de saúde, concepção de doença, conhecimento cultural e crenças sobre saúde e doença, doenças alopáticas, outras doenças e tratamento. Conclui-se que práticas não convencionais de saúde, apesar de muitas vezes rejeitadas pela ciência e pela medicina oficial, continuam sendo adotadas pela população. Esses métodos não foram sufocados pelo saber científico, exatamente porque podem oferecer respostas às enfermidades e sofrimentos vividos pelas pessoas em seu cotidiano. Dentre os participantes deste estudo, foram constatadas opiniões diversas quanto ao uso de recursos populares. Entretanto, a maioria acredita na eficácia e utiliza essas práticas para a solução de seus problemas de saúde. As primeiras condutas adotadas pelos usuários, antes da procura pelo médico ou serviços de saúde, incluem chás caseiros, benzeções, banhos, alimentos e emplastos.
Descritores: cultura, doença, saúde.

Bibliografia:

SIQUEIRA, Karina Machado et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006, vol.15, n.1, pp. 68-73. ISSN 0104-0707. doi: 10.1590/S0104-07072006000100008. Acesso em 13/07/2009.



Trabalho 1983 - 1/4

CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES NA CIRURGIA BARIÁTRICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIAS

LIMA, Joana D´Arc[1]
SANTOS, Andréa Cavalcante[2]
BORGES, Karine Moura de Farias[3]
NOGUEIRA, Cibele Mary Ramos[4]
NASCIMENTO, Raimundo Osmar Lima[5]
PAZ, Sandra Vasconcelos Rodrigues[6]

INTRODUÇÃO: A obesidade, atualmente, é considerada como uma doença crônica, multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. A Organização Mundial de Saúde sentencia, quando relata que a obesidade virou uma pandemia, que existem 01 bilhão e duzentos milhões de obesos no mundo, mais do que o dobro de desnutridos (600 milhões) e é uma preocupação das autoridades de saúde pública, pois depois das doenças cardiovasculares, do câncer e do tabagismo, é a quarta causa de mortalidade; ainda mais que, a estas doenças a obesidade está intrinsecamente envolvida com co-morbidades, que aumentam os riscos. A obesidade de grandes proporções inclui-se na esfera da terapêutica cirúrgica quando a comunidade médica internacional compreendeu, com base na experiência clínica que essa situação implica em três conseqüências: Piora da qualidade de vida, dada a alta frequência de co-morbidez; Redução da expectativa e da qualidade de vida, incapacidade para o trabalho, para frequentar a escola ou para realizar tarefas simples, são razões para indicar o tratamento cirúrgico; e Altíssima possibilidade de fracasso dos tratamentos conservadores (perda de peso insuficiente e recidiva por re-ganho de peso), baseados na utilização de dietas, medicamentos, psicoterapia e

[1] Enfermagem, Graduação em Enfermagem, Coordenadora do Núcleo do Obeso do Ceará. Endereço eletrônico: joanadarclima@hotmail.com

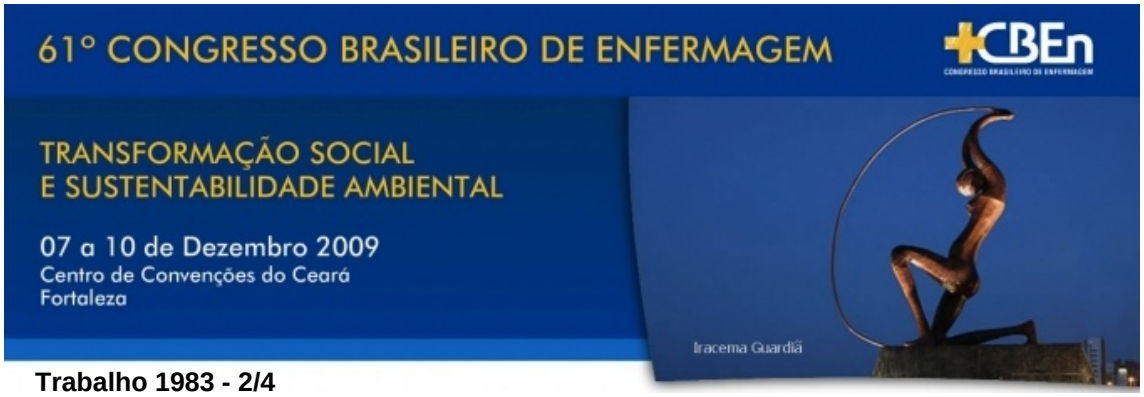
[2] Fonoaudiologia, Especializada em Disfagia, Fonoaudióloga do Núcleo do Obeso do Ceará.

[3] Psicologia, Graduação em Psicologia, Psicóloga do Núcleo do Obeso do Ceará.

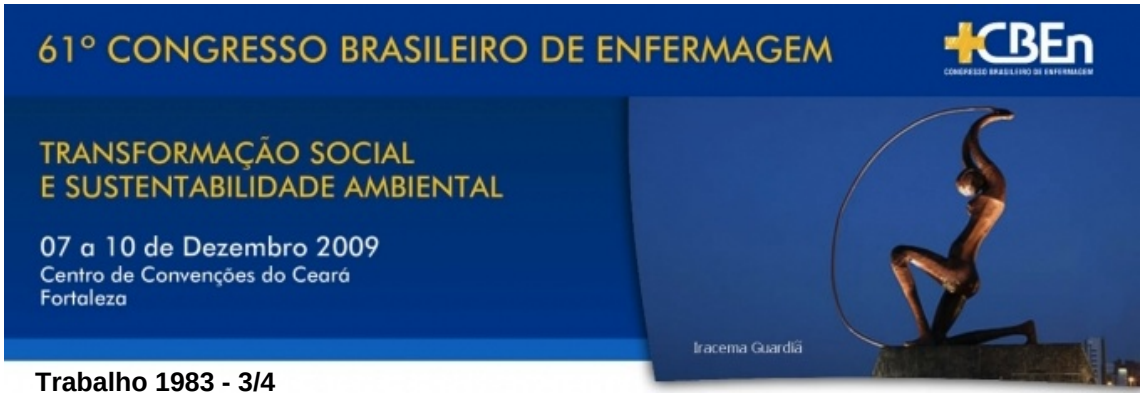
[4] Nutrição, Graduação em Nutrição, Nutricionista do Núcleo do Obeso do Ceará.

[5] Nutricão, Graduação em Nutrição, Nutricionista Clínico da Nutrimed.

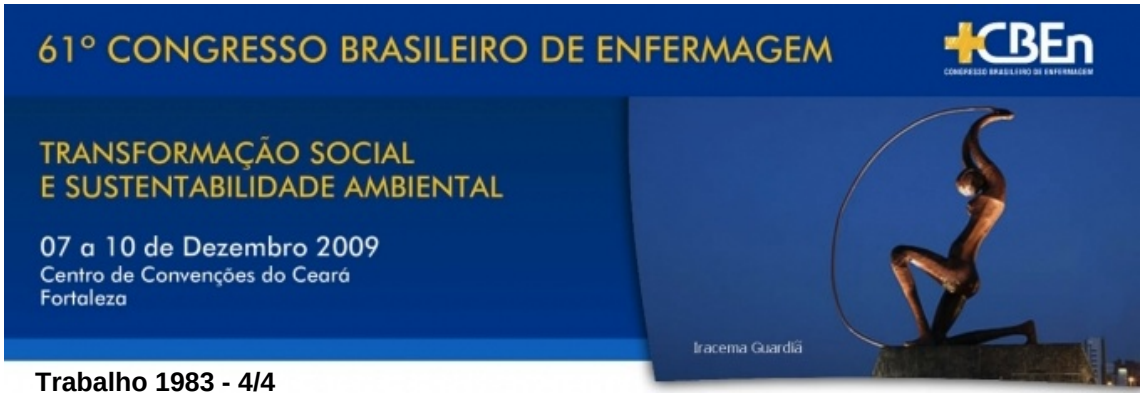
[6] Enfermagem, Especialista em Enfermagem Obstétrica, Enfermeira Assistencial da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand.



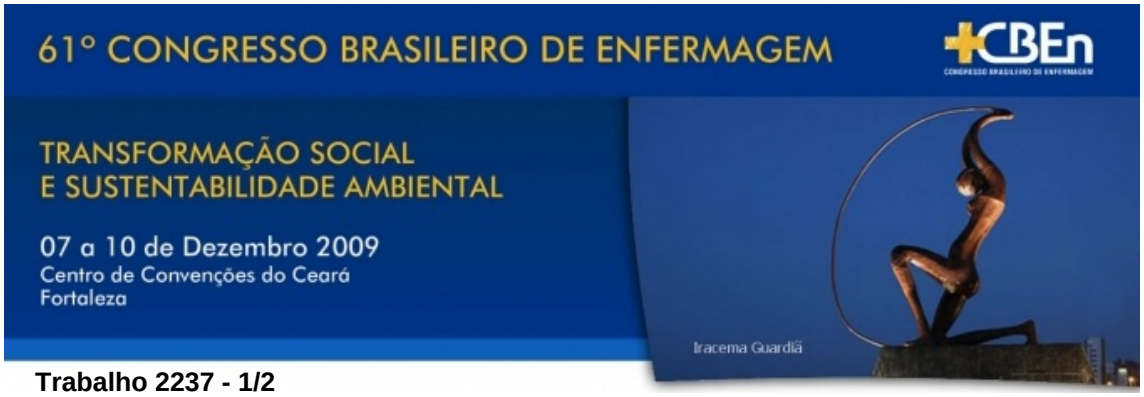
exercícios físicos. OBJETIVO: Esclarecer o papel da equipe multidisciplinar no tratamento da cirurgia bariátrica em pacientes atendidos no Núcleo do Obeso do Ceará. METODOLOGIA: A partir de pesquisa bibliográfica e, sendo esta, multidisciplinar, envolveu-se os profissionais das áreas afins (Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Fonoaudiologia) para o tratamento da cirurgia bariátrica em pacientes atendidos em instituição previamente selecionada e orientada quanto aos objetivos deste estudo. Não foi necessária a presença de pessoas/pacientes para este estudo, afinal, como critérios de inclusão, somente necessitou-se da experiência dos profissionais citados para os devidos esclarecimentos. RESULTADOS: Dentro das áreas especificadas, descrever-se-ão as experiências dos profissionais da Enfermagem com o objetivo do acompanhamento durante os períodos pré, trans e pós-operatório, mostrando a dinâmica do profissional no acompanhamento, participação, cuidado e preparo do paciente para a cirurgia. A atuação da enfermeira coordenando o grupo de enfermagem do serviço hospitalar onde está sendo executado o tratamento cirúrgico da obesidade estabelece a excelência, regulamenta a organização e amplia a qualidade do atendimento, aproximando estes profissionais do paciente obeso e da equipe interdisciplinar. Profissionais da Psicologia com o objetivo de conhecer a história de vida, as características de personalidade, a dinâmica familiar e o ambiente existencial, formando um psicodiagnóstico que requer uma atuação pautada no bem estar deste paciente obeso que carrega consigo dificuldades e possibilidades que podem ser esclarecidas neste processo psicológico que acompanha a gastroplastia. Profissionais da Nutrição, que busca oferecer aos pacientes um serviço de reeducação alimentar através da introdução de alimentação saudável que atue de forma terapêutica no controle de doenças crônicas inerentes ao paciente obeso e no controle do peso a curto, médio e longo prazo, realizando, no pré-operatório, uma completa avaliação seguida pela elaboração do plano alimentar individualizado, buscando iniciar o longo processo de mudança, no pós-operatório, ainda no hospital é feita a iniciação da dieta e adaptações de sabores, volumes e nutrientes. Durante o primeiro mês há um monitoramento continuo no sentido de permitir uma boa nutrição e tolerância do paciente aos líquidos oferecidos neste período. Logo após, introduz-se alimentos que propiciem a mastigação e o aprendizado desta técnica. A partir de então, as evoluções de



consistência se tornam contínuas até que o paciente esteja apto a uma alimentação normal e saudável voltando para o acompanhamento cuidadoso no sentido de manter o paciente com hábitos e estilo de vida saudáveis. Profissionais da Fonoaudiologia, tendo como objetivos principais a investigação, o diagnóstico e a preparação, reabilitação ou habilitação preventiva das funções estomatognáticas relacionadas com a alimentação do paciente, visando o equilíbrio miofuncional, não importando se estes desequilíbrios estão ocorrendo em pacientes com ou sem alterações anatômicas e ou funcionais. Faz-se necessária observação de toda estrutura miofuncional e sua capacidade de efetivar movimentos simples, mas que influenciam durante o ato mastigatório. A observação e orientação deste paciente permanecem até sua sensação de saciedade em sua primeira refeição. E mais informações lhe são repassadas para contemplar esta e outras refeições com a diversidade alimentar a que é proposto o tratamento, evitando assim, que o paciente regrida ou delimite sua alimentação. CONCLUSÃO: O sucesso do tratamento cirúrgico depende da existência de uma equipe integrada onde os profissionais atuem em sua área baseados em conhecimentos específicos e gerais da fisiopatologia da obesidade. A equipe deve oferecer um pré-operatório adequado, seguro e acompanhamento pós-operatório imediato, de médio e longo prazo para minimizar complicações clínicas/psicológicas que possam comprometer o resultado desejado. O paciente após esse procedimento tem uma alteração muito grande, tendo assim que modificar todo seu estilo de vida para se adaptar a uma nova realidade. Vê-se, na atualidade, que não se consegue mais atuar em consultórios únicos, sem a interdisciplinaridade, a transdisciplinaridade e/ou a multidisciplinaridade. Esta atitude está fadada ao descaso, à displicência para com qualquer tipo de atendimento, principalmente com uma patologia tão complexa, sendo esta a obesidade. BIBLIOGRAFIA: ADES, Lia; KERBAUY, Rachel Rodrigues. **Obesidade: realidades e indagações**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100010> Acesso em 25/02/2009. NETTINA, Sandra M. **Prática de enfermagem**. 6ª. ed, Vol. 1, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. pp. 62-85. MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Krause´s food, nutrition, and diet therapy**. 9a. ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1996. GIÃO, P.H.A.;



PERISSINOTO, J.; SOUZA, P.H.V.A. Distúrbios alimentares e a influência no sistema estomatognático: a obesidade e a fonoaudiologia. In: FISBERG, M. e col. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 143-150. MARCHESAN, I.Q.; BIANCHINI, E.M.G. **Respire melhor - A fonoaudiologia e a cirurgia ortognática**. Disponível em <http://www.fonoaudiologia.com/respiremelhor/respire06.htm> Acesso em 03/08/2009. Descritores: Cirurgia Bariátrica, Enfermagem, Nutrição em saúde publica, psicologia.

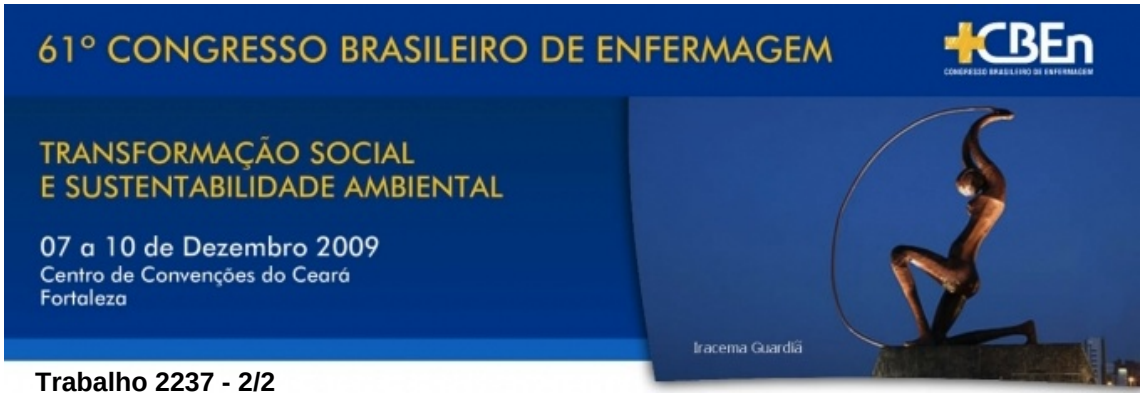


Trabalho 2237 - 1/2

DESAFIOS ENFRENTADOS NO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM SUSPEITA DE DOENÇAS PRIONICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MATOS FILHO, Silvio Arcanjo.[1]
MORAES, Roberta Laíse Gomes Leite.[2]
OLIVEIRA, Juliana da Silva.[3]

Os príons são proteínas que se mostram capazes de auto-replicação apesar de, para isso, alterar o metabolismo celular. Estes são responsáveis por inúmeras doenças em animais e nos seres humanos que são conhecidos como doenças prionicas. Os príons acumulam-se e destroem os neurônios, provocando o que chamamos de encefalopatias espongiformes, caracterizados pelas neuropatologias. As doenças prionicas são bem distintas das demais doenças infecciosas por uma série de características peculiares, principalmente por ser uma infecção predominantemente no Sistema Nervoso Central (SNC), a infecção pode ser transmitida a outros animais, de forma natural ou experimental. Este trabalho teve como objetivo relatar a experiência vivenciada pelos trabalhadores de saúde de uma unidade hospitalar pública do interior da Bahia, diante da admissão e acompanhamento do paciente com suspeita diagnóstica da Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em forma de relato de experiência, vivenciado no Hospital Geral Prado Valadares – HGPV, na cidade de Jequié, Bahia, no período de maio/2008 a junho/2009, tendo como sujeito da pesquisa um paciente com suspeita diagnóstica de DCJ, onde foram utilizados como instrumento de coleta e análise de dados as reuniões com a vigilância epidemiológica do estado, município e profissionais da instituição, o prontuário, relatórios médicos, manual do Ministério da Saúde e relatos dos profissionais que acompanharam o referido paciente durante um período de um ano e quatro meses. Dentre os resultados obtidos destacamos a constatação de que o município não possuía condições para o recebimento de pacientes com tal patologia, já que necessitava de um incinerador para destino final dos resíduos, de acordo com a resolução da Anvisa, o medo do trabalhador gerado pelo desconhecimento sobre a patologia por ser rara e possuir alta taxa de letalidade, ausência de infra-estrutura adequada no que tange ao isolamento. Observou-se também que apesar dessas dificuldades a convivência diária com o paciente



proporcionou aos profissionais a busca de informação sobre a patologia, repercutindo na mudança de conduta e aceitação. Concluímos que apesar das condições adversas conseguiu-se realizar um bom trabalho para a admissão e acompanhamento do paciente, como a contratação realizada pela Secretaria Estadual de Saúde – SESAB, de uma empresa para coleta e incineração dos resíduos, realizou-se a capacitação dos profissionais, principalmente aqueles que iriam lidar diretamente com o paciente, promovendo uma assistência de uma equipe multiprofissional, além da adequação da enfermaria para o melhor atendimento da paciente e conforto familiar até o óbito do paciente.

Palavras- Chaves: DCJ, Trabalhadores de Saúde, Príons.

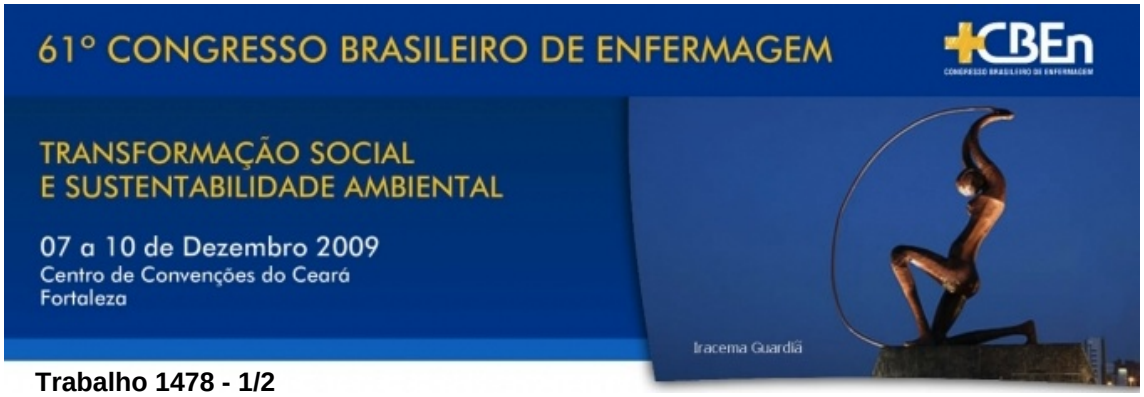
Referências:

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Encefalopatia espongiforme transmissível: caderno técnico. -1ed. - Brasília: 2004.

_____., Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 306, de 07 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: 2004.

Vigilância da doença de Creutzfeldt-Jakob e outras doenças priônicas: normas e instruções/coordenado por Maria Bernadete de Paula Eduardo, Elizabeth Marie Katsuya e NídiaPimenta Bassit – São Paulo: SES/SP, 2008.

[1] Enfermeiro Mestre em Enfermagem, Professor Adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB/ Diretor Administrativo do Hospital Geral Prado Valadares – HGPV.
[2] Enfermeira Especialista em Saúde Pública. Coordenadora da CCIH, do Hospital Geral Prado Valadares de Jequié, Bahia/Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
[3] Enfermeira. Coordenadora da Higienização e Lavanderia, do Hospital Geral Prado Valadares de Jequié, Bahia.(jujuba.eu.mim@gmail.com)

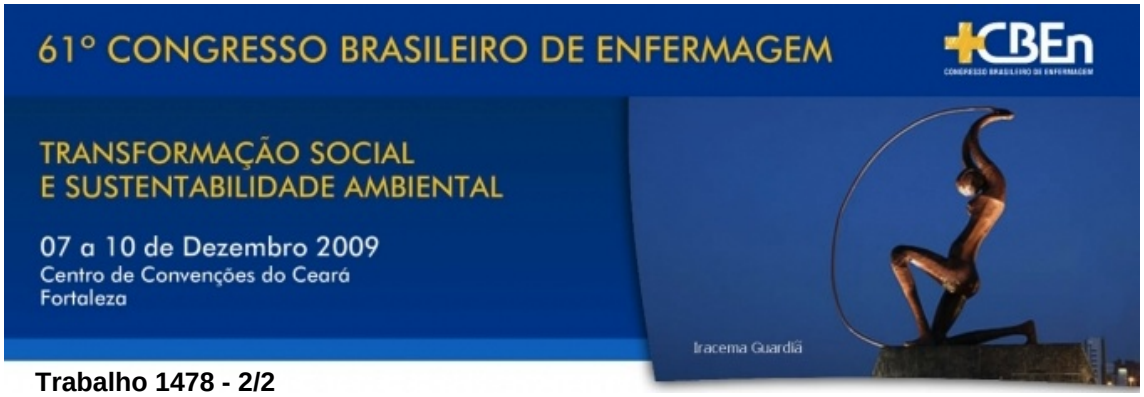


Trabalho 1478 - 1/2

DESCARTE DE RESÍDUOS HOSPITALARES: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

SANTOS, Ariane Gomes[1]
MELO, Ariel de Sousa [2]
RODRIGUES, Danielle Carvalho[3]
MADEIRA, Maria Zélia de Araújo [4]
SILVA, Andréia Alves de Sena[5]
ARAÚJO, Danielle Yasmin Moura Lopes [6]

As atividades cotidianas nos estabelecimento de saúde produzem também uma apreciável quantidade de resíduos, alguns com características que podem representar riscos a saúde da comunidade hospitalar e da população em geral. Os profissionais de saúde, desde os administradores até os responsáveis pela assistência direta do paciente, assim como os governantes, passaram a perceber a diversidade do ambiente hospitalar, as áreas criticas de apoio, a higiene hospitalar e a segregação e descarte dos Resíduos Sólidos de Saúde (RSS). O correto descarte de resíduos hospitalares é de fundamental importância para a prevenção e controle das infecções hospitalares - importante causa de morbimortalidade e para o meio ambiente. A segregação, descarte e reciclagem dos RSS mostram-se como enfoque atual, aliados a modernas técnicas e aos princípios básicos para seu adequado tratamento e conservação, além do plano de gerenciamento dos resíduos sólidos de saúde. O estudo objetiva descrever aspectos concernentes ao descarte de resíduos hospitalares e instigar a uma reflexão sobre os riscos infecciosos imputados aos resíduos sólidos hospitalares. Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica. A coleta dos dados efetuou-se através da revisão das publicações na área de saúde, utilizando as bases de produções científicas do Scielo (Scientific Eletronic Library Online), do LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e do REPIDISCA (Literatura em Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente). O período de coleta de dados foi de abril a maio de 2009, os artigos foram obtidos utilizando-se o método por palavras chaves (resíduos hospitalares), a seguir houve a leitura de todos os artigos obtidos. Foram selecionados os estudos em língua portuguesa que tiveram uma maior relação com o tema abordado neste estudo. Foram selecionados 53 artigos os quais abordam diferentes aspectos no que diz respeito à temática resíduos hospitalares. Entre os temas abordados foram encontrados 14 artigos (26,4%) sobre gerenciamento de resíduos hospitalares,



10(18,9%) sobre destino do lixo hospitalar, 9(17%) sobre manejo de resíduos sólidos, 08(15,1%) sobre resíduos como fonte de infecção, 05(9,4%) sobre limpeza pública, 04(7,5%)a respeito dos acidentes de trabalho e 3(5,7%) sobre o tratamento, bem como reciclagem, do lixo hospitalar. Através do estudo evidenciou-se que a estratégia de gerenciamento adequada utilizada para os resíduos sólidos de saúde perigosos, ou seja, uma caracterização biológica prévia que leve em consideração o risco potencial de infecção é de fundamental importância nos serviços de saúde, pois permitirá minimizar dos riscos ocupacionais, sanitários e ambientais. Além disso, Vale ainda ressaltar, a importância de dar continuidade a pesquisas e estudos sobre o tema, em função da relevância que o mesmo vem adquirindo no que tange à saúde da população.

Palavras-chave: Enfermagem, Resíduos, Infecção.

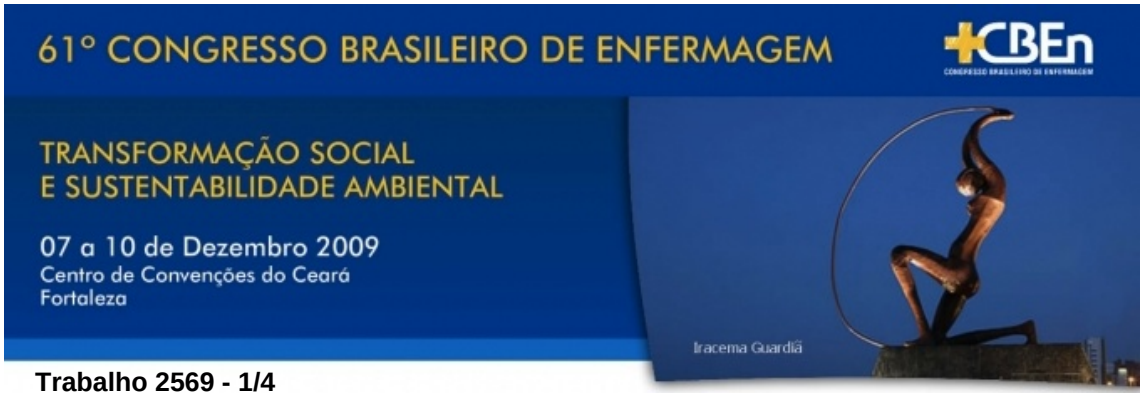
REFERÊNCIAS

LUZ, F.X; GUIMARÃES, S.C. Resíduos hospitalares. **Revista de Saúde Pública.** V.6, n.4. São Paulo. Dez, 1974. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em 04 de Abril de 2009. Disponível em: <www.lilacs.br>. Acesso em: 12 de abr /2009

PEREIRA, C.C; ABREU, I.B. B; CANTO, S.P; CANTO, S.P; VALENTINA, V.H.D. **Estudo dos Resíduos Sólidos Hospitalares em Porto Alegre**. Tese: apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca para a obtenção do grau de especialista. Porto Alegre, 1993, 105p. Disponível em: www.lilacs.br. Acesso em 06 de Abril de 2009. Disponível em: <www.lilacs.br>. Acesso em: 13 de mai /2009.

Teixeira, G.P; CARVALHO, F.C.B. **A possibilidade de reciclagem de resíduos de serviços de saúde-PGRSS**. In: Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental, ABES. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: www.repidisca.br. Acesso em 02 de Maio de 2009. Disponível em: <www.lilacs.br>. Acesso em: 29 de abr / 2009.

Acadêmica da graduação de Enfermagem da UFPI do 8º período, da UFPI. Endereço:Cond. Verde que te quero verde; bl. Ébano; AP.305; bairro: santa Luzia; Teresina-PI; E –mail: prettyary@hotmail.com
[2] Acadêmico da graduação de Enfermagem da UFPI do 8º período, da UFPI.
[3] Acadêmica da graduação de Enfermagem da UFPI do 8º período, da UFPI
[4] Enfermeira, Mestre em Educação, docente do curso de enfermagem da UFPI.
[5]Acadêmica da graduação de Enfermagem da UFPI do 8º período, da UFPI
[6]Acadêmica da graduação de Enfermagem da UFPI do 8º período, da UFPI



Trabalho 2569 - 1/4

DOENÇA DE CHAGAS E ENFERMAGEM: CONSCIÊNCIA AMBIENTAL EM UMA ABORDAGEM ECOLÓGICA

ALVES, Nathalia Magalhães[1]

MATOS, Marília Machado[2]

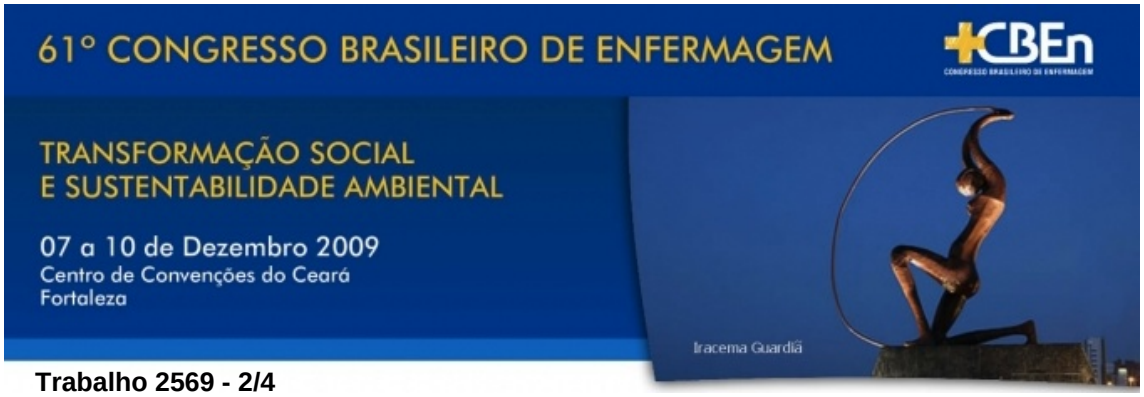
QUEIROZ, Patrícia Aguiar[3]

FORTE, Gilda de Albuquerque[4]

DIAS, Ana Paula[5]

INTRODUÇÃO - A doença de Chagas é uma das patologias de mais larga distribuição no continente americano. É conhecida a existência de vetores da doença desde o sul dos Estados Unidos à Argentina. São mais de cem espécies responsáveis pela transmissão natural da infecção pelo *Trypanosoma cruzi*, um tropozoário, e é transmitida de um hospedeiro a outro por insetos, no caso humano, é transmitido pelo barbeiro intervindo diretamente na sua veiculação no ambiente domiciliar ou participando na manutenção da enzootia chagásica. Estima-se que sejam de 16 a 18 milhões os indivíduos infectados e de aproximadamente oitenta milhões a população em risco de contaminação na América Latina (Schmunis, 1997; WHO, 1991). A doença de Chagas é um exemplo típico de uma injúria orgânica resultante das alterações produzidas pelo ser humano ao meio ambiente, das distorções econômicas e das injunções sociais. O protozoário responsável pela parasitose, *Trypanosoma cruzi*, vivia restrito à situação silvestre, circulando entre mamíferos do ambiente natural, através do inseto vetor ou, também, muito comumente, por via oral através da ingestão de vetores e mamíferos infectados (Dias & Borges Dias, 1979; Dias & Coura, 1997). No Brasil, a doença de chagas é a quarta causa de morte entre as doenças infecto-parasitárias, sendo as faixas etárias mais atingidas acima de 45 anos; vê-se que é nas grandes cidades que se concentram os pacientes, especialmente na região sudeste (Saúde, 2006).

1-Acadêmica do 7º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Participante do Grupo de Pesquisa em redes de saúde de grupo sociais. E-mail : nathaliamalves@hotmail.com



Trabalho 2569 - 2/4

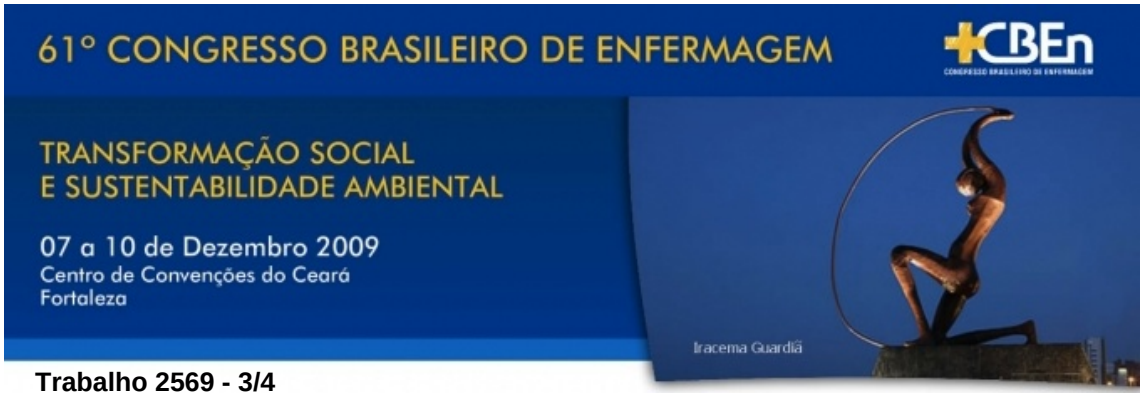
2-Acadêmica do 7º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).Participante do Grupo de Pesquisa em redes de saúde de grupo sociais.

3-Acadêmica do 7º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Monitora Voluntária em Saúde Mental (PROMOV).

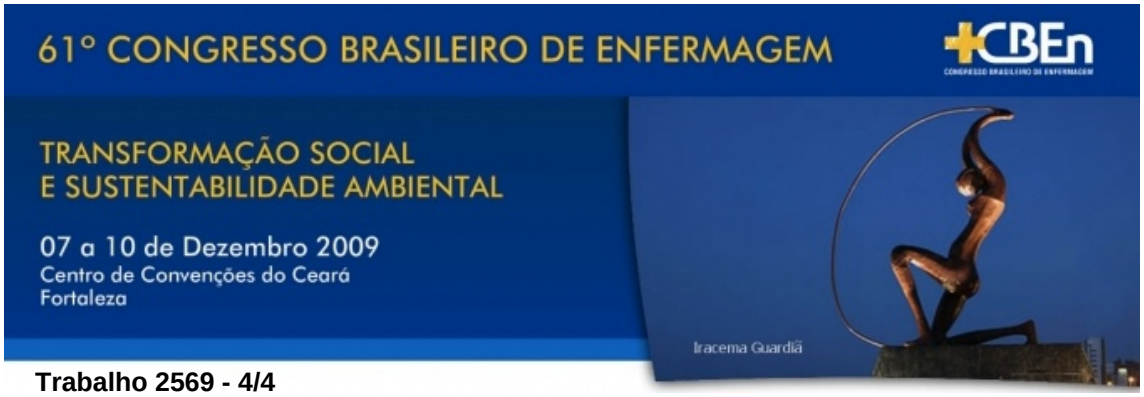
4-Acadêmica do 7º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Participante do Grupo de Pesquisa em redes de saúde de grupo sociais.

5- Docente da Universidade de Fortaleza(UNIFOR). Mestranda em cuidados clínicos.

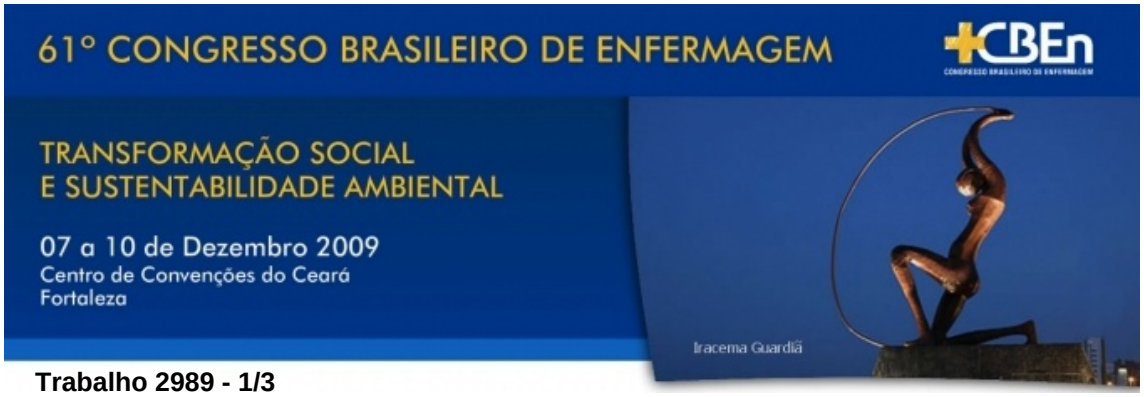
OBJETIVOS – Analisar o recorte temporal de enfermagem a cerca da consciência ambiental em uma abordagem ecológica com base nas diretrizes do ministério da saúde, artigos no período de 2004 á 2007. **METODOLOGIA -** O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica crítico, sobre a produção científica da enfermagem que trabalharam consciência ambiental em uma abordagem ecológica a partir das perspectivas do ministério da saúde, com a preocupação não somente com a análise da essência mas a formulação de como se constrói socialmente as discussões sobre as diferentes facetas do objeto. Conforme Marconi e Lakatos (1996), esse tipo de estudo abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema em estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico e outros. Para o desenvolvimento da pesquisa foi realizado um levantamento da produção científica de enfermagem NAS BASES DE DADOS SCIELO e BIREME que proporciona um amplo acesso a periódicos e artigos científico. A pesquisa verificou as temáticas abordadas no estudo possibilitando a relação da enfermagem e o meio ambiente. **RESULTADOS-** As formas habituais de transmissão da doença de Chagas humana reconhecidas são aquelas ligadas diretamente ao vetor, à transfusão de sangue**,** depende de vários fatores, como a presença de parasitemia no momento da doação, volume de sangue transfundido, estado imunológico do receptor, prevalência da infecção pelo *Trypanosoma cruzi* entre os candidatos a doadores de sangue e da qualidade do sangue transfundido. Existe ainda a transmissão acidental em laboratório e a transmissão pelo leite materno, ambas de pouca significância epidemiológica, á via oral geralmente encontrando-se vetores ou reservatórios infectados nas imediações da área de produção, manuseio ou utilização dos alimentos contaminados com fezes e urina de triatomíneos, ou mesmo por ingestão de triatomíneos por hábitos



alimentares regionais. Surtos de DCA relacionados à ingestão de alimentos contaminados (caldo de cana, açaí, bacaba, outros) e casos isolados por transmissão vetorial, vem ocorrendo nos estados do PA, AP, AM, BA, CE, PA e SC. No período de 1997 a 2008, ocorreram no Brasil 696 casos de doença de Chagas aguda por transmissão oral e vetorial destes, 617 (90%) ocorreram na Amazônia Legal, sendo 79,4% no Pará (Ministério da Saúde, 2008). O *Trypanosoma cruzi* permanece vivo por algumas horas ou dias dependendo da temperatura, umidade e dessecamento. Uma via teoricamente possível, mas extremamente rara é a transmissão sexual. As medidas de controle adotas são transfusional que tem como papel de fiscalizar unidades de hemoterapia, para que se faça o controle de qualidade do sangue a ser transfundido, através da triagem sorológica de todos os doadores de sangue, com, pelo menos, duas técnicas de alta sensibilidade; biológico através de uso de inibidores de crescimento, fero hormônio induzida; químico pelo emprego regular e sistematizado de inseticidas de ação residual nas habitações, sabidamente infestadas por triatomíneos; vetorial através da melhoria ou substituição de habitações de má qualidade que propiciam a domiciliação e permanência dos triatomíneos no habitat humano (casas de pau a pique, de sopapo, de adobe sem reboco, etc), por casas de paredes rebocadas, sem frestas, que dificultem a colonização dos vetores; e as outras formas de transmissão em laboratório deve ser feito através de rigoroso uso das normas de biossegurança. A transmissão pelo leite materno, apesar de descrita na década de 30, não tem sido diagnosticada e, possivelmente, não tem muito significado epidemiológico (SAÚDE, 2002). **CONSIDERAÇÕES FINAIS -** É possível afirmar que os objetivos do trabalho foram alcançados, visto que, de maneira descritiva as ações do cuidado com o meio ambiente influenciam na incidência desta patologia. A enfermagem deve promover educação em saúde, conscientizando a população na preservação do meio ambiente evitando queimadas e desmatamentos, comprovando a relevância destas ações através de dados epidemiológicos e explicando seu benefício para a população. Foi demonstrado que certos alimentos que procedem da natureza como açaí podem estar contaminados, esta é outra problemática que o enfermeiro deve estar atento. A prevalência de transmissão pela doença de chagas ganhou grande importância epidemiológica nas duas últimas décadas em função da migração de



indivíduos infectados para os centros urbanos e da ineficiência no seu controle. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** ►Guia de vigilância epidemiológica, 5ªed, fundação nacional de saúde. ► Globalização, iniqüidade e Doença de Chagas (2006). ► Manual de orientação : técnicas para elaboração de projetos de melhoria habitacional para o controle de Doença de Chagas. Brasília, 2004; fundação nacional de saúde. ►NEVES, D.P. Parasitologia Humana, editora Ateneu, 11ªed, SP, 2005. ► Perspectivas de controle de doenças transmitidas por vetores no Brasil (2006).



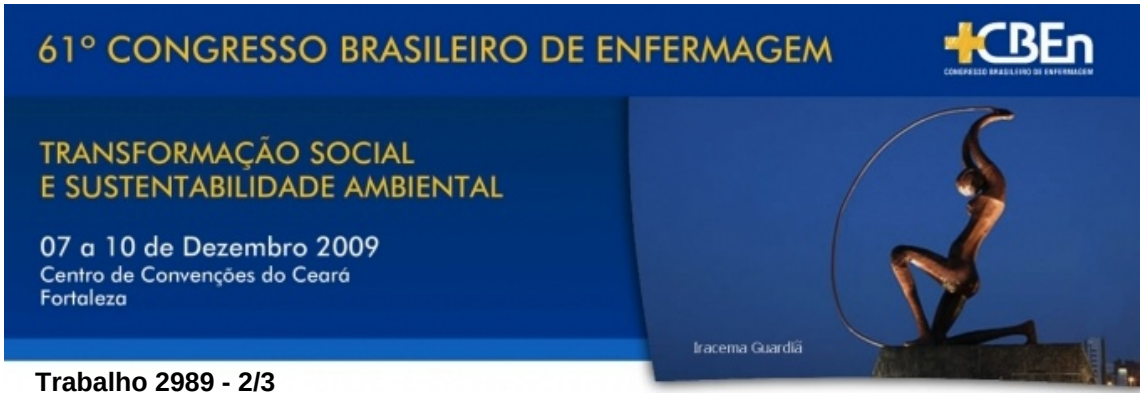
Trabalho 2989 - 1/3

EDUCAÇÃO AMBIENTAL PARA O CONTROLE DE ROEDORES E ARTRÓPODES NO MERCADO PÚBLICO DE SOBRAL/CE

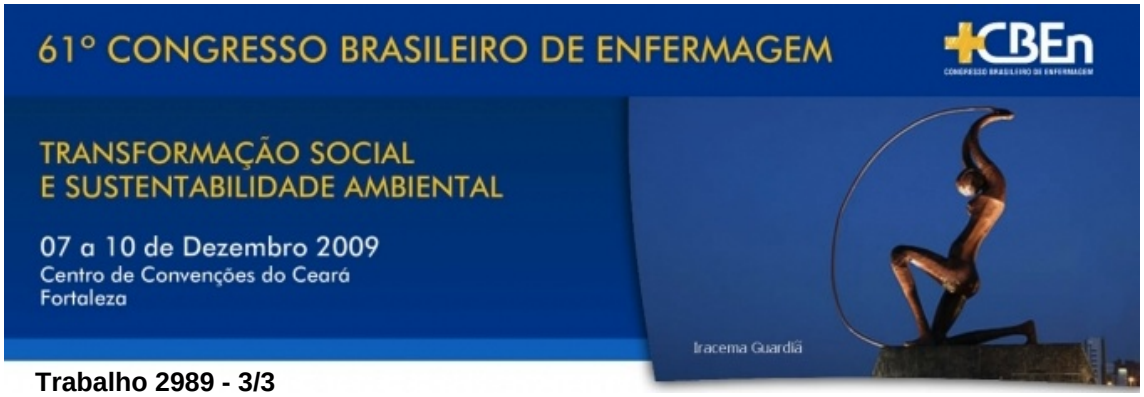
MESQUITA, Tienna Ilka Barbosa [1]
MACÊDO, Débora Rodrigues Ribeiro [2]

Introdução: A falta de saneamento básico, atrelado a uma pouca educação ambiental das pessoas, leva a um enorme crescimento de pragas e vetores urbanos, dentre eles, roedores e artrópodes. Os roedores podem atuar como hospedeiros/vetores de ectoparasitas, tais como carraças, ácaros e pulgas (artrópodes) que, por sua vez, transmitem outros agentes zoonóticos microbianos, tais como, Borrelia, Rickettsia, Ehrlichia, Yersinia, entre outros, que são de importância emergente em algumas regiões do mundo (PEREIRA, 2007). Nos centros urbanos, os mercados públicos têm-se demonstrado ambientes favoráveis ao aparecimento e disseminação desses animais, visto que as condições sanitárias verificadas nesses locais são precárias. O contato direto ou indireto destes animais com os produtos comercializados, em especial os alimentos, e/ou com as pessoas torna-se um risco para a saúde pública por ser um meio potencial de transmissão de doenças. O controle de qualidade no Serviço de Alimentação é muito importante e abrangente. Visando melhorar as condições higiênico-sanitárias, envolvendo a preparação de alimentos e adequação da ação da Vigilância Sanitária, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1428/93, recomendando que seja elaborado um Manual de Boas Práticas de manipulação de alimentos e em agosto de 1997 foi publicada a Portaria nº 326 pelo Ministério da Saúde (MS) definindo melhores condições técnicas para elaboração desse manual, baseado nas publicações técnicas da Sociedade Brasileira de Ciência e Tecnologia de alimentos (SBCTA), OMS e Codex Alimentarius (GUERREIRO, 2006). **Objetivo:** Melhorar as condições sanitárias do Mercado Público de Sobral através de um processo de educação ambiental com comerciantes, consumidores e população que faz uso desse ambiente. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa do tipo pesquisa-ação com uma abordagem qualitativa. Os sujeitos da

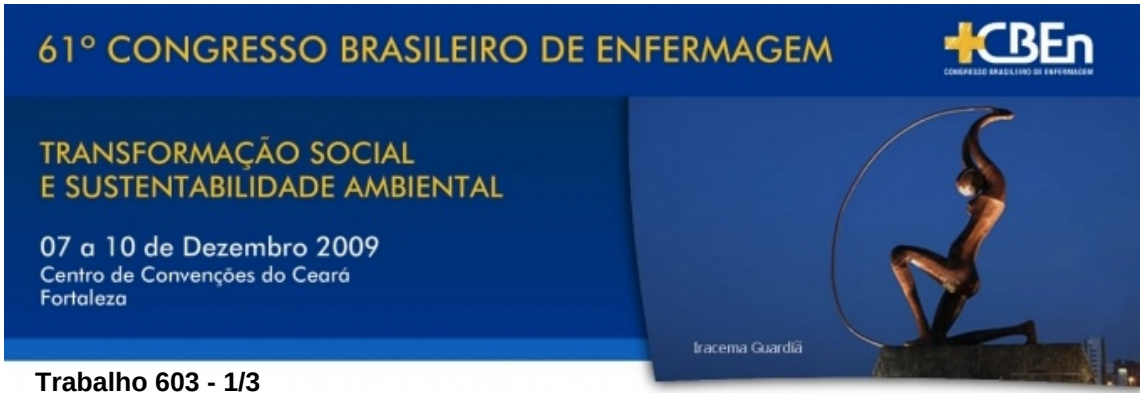
[1(*)] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA; E-mail: tiennailka@hotmail.com
[2(*)] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú–UVA.



pesquisa eram variados tanto em relação à função que exerciam, desde comerciantes até os consumidores de produtos desse ambiente e em relação ao número de participantes da pesquisa. As ações dessa pesquisa foram desenvolvidas no período de Agosto a Outubro de 2008 e tinham o intuito de promover uma melhor situação sanitária desses ambientes, para isso foram realizadas: Visitas periódicas ao local para coleta de dados; Distribuição de panfletos e realização de palestras no local sobre higiene e saúde, acondicionamento e armazenamento dos alimentos e resíduos; Desenvolvimento de um processo de conscientização e sensibilização dos comerciantes e consumidores por meio da educação sanitária; Discussão sobre os principais métodos de controle de artrópodes e roedores; Realização de oficinas de educação ambiental e sanitária juntamente com a Vigilância Sanitária local. As ações tiveram início no dia 13 de Setembro de 2008 e ocorriam durante o turno matutino realizadas de forma intercalada aos sábados. Para a realização dessas ações foram utilizados computadores para pesquisas virtuais, digitação e impressão de materiais; câmeras fotográficas para os registros fotográficos durante a realização das ações; Material para panfletagem e cartazes para a divulgação das palestras; Materiais para a realização das oficinas, como papel, tintas, cartolinas, pincéis, lápis de cores, cola, revistas educativas, etc.; Data show para a apresentação e divulgação de informações durante a realização das palestras; Transportes para o deslocamento até os locais de visitas, dentre outros. O estudo seguiu os princípios éticos da pesquisa com seres humanos previstos na resolução 196 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). **Resultados:** Com a realização da nossa pesquisa observamos que houve uma considerável melhoria na higiene do local e nas formas de manipulação dos alimentos, e isso só foi conseguido devido a uma mobilização da população envolvida na pesquisa que adquiriu uma maior conscientização sobre a importância da higiene do local e dos alimentos. Além de termos sensibilizado a vigilância sanitária local a intensificar as ações de fiscalização e educação sanitárias, especialmente nos locais de comércio de alimentos. **Conclusão:** Portanto, acreditamos que para melhorar as condições sanitárias nesse ambientes de comércio de produtos alimentícios é necessário que ocorra uma manipulação e armazenamento corretamente desses alimentos, podendo dessa forma reduzir tanto o número de vetores nesses



ambientes como também, minimizar a ocorrência dos casos de toxiinfecções alimentares. **Bibliografias:** BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. PEREIRA, M. C. O Ambiente, os Roedores e os seus Parasitas: uma ameaça crescente para a saúde pública decorrente da mudança global do clima. **Revista da ordem dos biólogos.** Lisboa: 2007. GUERREIRO, L. **Dossiê técnico:** Boas práticas de fabricação em serviços. Rio de Janeiro: 2006. **Descritores:** Saúde, roedores, artrópodes, manipulação de alimentos.

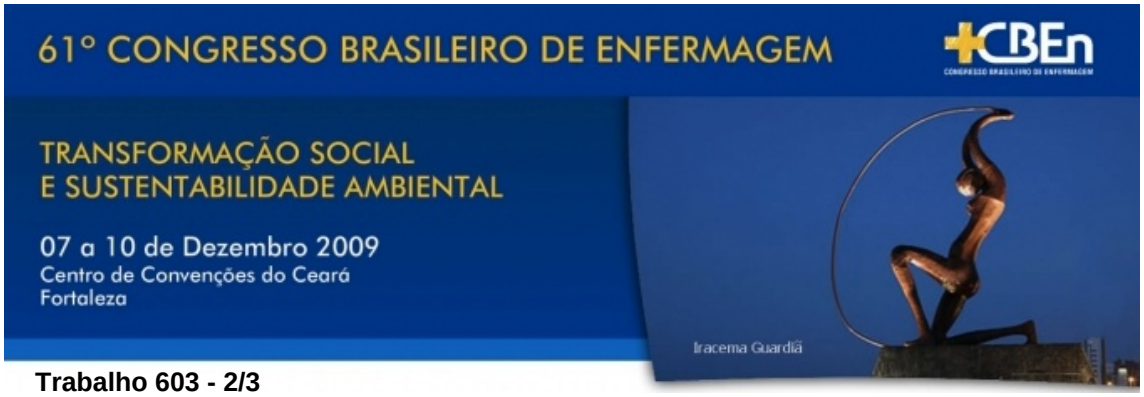


Trabalho 603 - 1/3

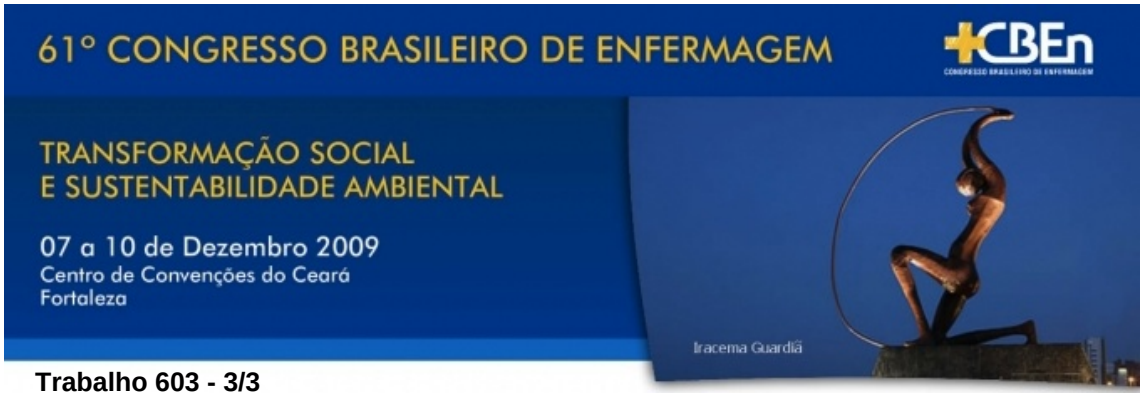
ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS CENTRAIS DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO - FORTALEZA-CE

*__Janebro, Andréa Socorro Idalino__
**Silva, Lucilane Maria Sales

Introdução: A Central de Material e Esterilização (CME) é um setor imprescindível para o funcionamento seguro e confiável de um hospital, uma vez que está interligada com a maioria das atividades desempenhadas por outros setores. Ali, são esterilizados e/ou desinfetados artigos utilizados nos mais diversos procedimentos. No que se refere à qualidade do serviço realizado pelas CMEs, algumas diretrizes básicas são recomendadas pela ANVISA, que é o órgão educativo e fiscalizador. Tais diretrizes guardam consonância com as recomendações da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Central de Material e Recuperação Anestésica (SOBECC). **Objetivos:** Desenvolver instrumento de avaliação da qualidade das Centrais de Material e Esterilização para os Hospitais, procedendo avaliação do processo de trabalho (ambiente, recursos financeiros e recursos humanos). Propor, a partir da elaboração do instrumento, uma nova escala de classificação da qualidade do processo de trabalho das CMEs. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e de natureza qualitativa. Utilizou-se o método DELPHI, considerado de consenso e que apresenta várias vantagens. O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará no período de julho de 2008 a janeiro de 2009. Participaram 12 enfermeiros da área de central de material e esterilização. A coleta dos dados foi realizada em duas rodadas. Na Rodada 01 enviou-se aos especialistas (enfermeiros) carta simples contendo informação sobre a pesquisa e convite para partição na mesma, assim como o formulário inicial (questionário auto-administrado para expressar sua opinião sobre os aspectos necessários para avaliação da qualidade do serviço prestado pela CME) e termo de consentimento livre-esclarecido . Na Rodada 02, foram realizadas as alterações no instrumento conforme as sugestões dos especialistas da primeira rodada, foi confeccionada uma home page na qual constava o formulário no formato eletrônico (www.andreajanebro.com.br). Enviou-se o endereço eletrônico por e-mail e solicitou-se que o instrumento fosse respondido em 15 dias. Nesse novo formato,



não havia possibilidade de inclusão de novos itens. Havia a possibilidade de classificação dos itens e/ou retirada dos mesmos do instrumento. Assim, os participantes pontuariam sua concordância com cada afirmativa do questionário. **Resultados:** Após aplicação do questionário de partida, foram acrescidos itens no ambiente de apoio, limpeza do ambiente, recursos humanos, recursos materiais, equipamentos, controle de processo. Foi indicada a retirada de itens relacionados aos recursos humanos, embalagens e controle de processo. Isso nos leva a verificar que o objetivo esperado para a primeira rodada foi atingido, visto que o método propõe a obtenção de uma opinião coletiva qualificada a partir de um grupo de pessoas selecionadas. Foram realizadas inclusões de itens que prezam pela qualidade do processo de trabalho da CME como um todo e solicitada a retirada de itens por juízes que dominam com sua atuação diária, experiência e estudos essa área tão cheias de especificidades. Na segunda rodada, foram excluídos itens relacionados aos equipamentos, soluções e controle de processo. Ao todo, foram excluídos 09 itens. Da classificação dos itens, 87 foram classificados como imprescindíveis, 23 classificados como necessários e 24 como recomendados. Então, todos os itens que permaneceram no instrumento são importantes independente da sua classificação; no entanto, segundo os critérios estabelecidos pelos padrões de conformidade sentinelas, os itens imprescindíveis representam risco imediato à saúde; os necessários, risco mediato e os recomendáveis significam um diferencial de qualidade na prestação do serviço. **Considerações finais:** O método utilizado permitiu uma visão ampliada da CME, tratando desde sua estrutura física ao processo de trabalho e educação em serviço da equipe que ali atua. A maior dificuldade encontrada foi a seleção dos especialistas devido ao critério estabelecido de uma amostra de abrangência nacional e a adesão dos mesmos à segunda rodada do estudo. **Bibliografia:** JONES, J.; HUNTER, D. Usando o Delfos e a técnica do grupo nominal na pesquisa em serviços de saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. MENDES, EV. **Os sistemas de serviço de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza : Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 176 p. PINTER, MA; GABRIELLONI, MC. Central de Material e Esterilização. In:



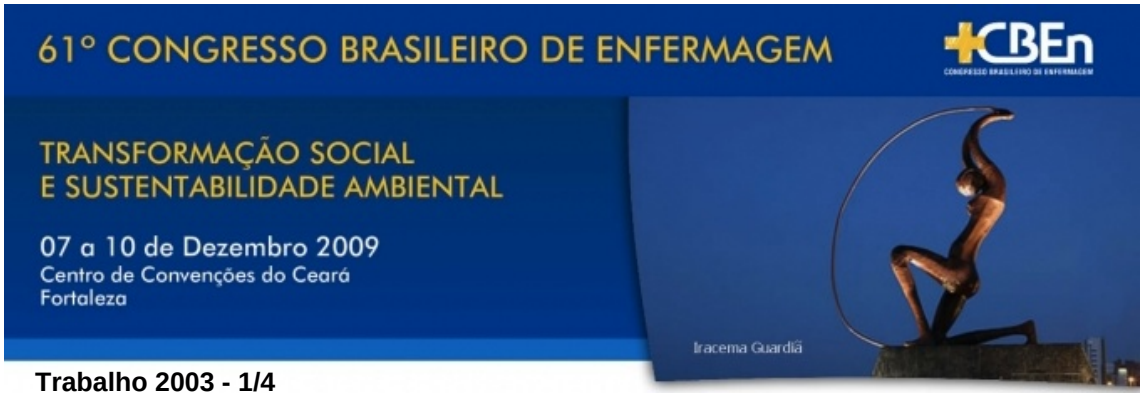
Fernandes AT(ed). **Infecções Hospitalares e suas Interfaces na Área de Saúde.** São Paulo: Atheneu, 2000. v.2.

Descritores: Esterilização, Enfermagem, Infecção Hospitalar.

*Enfermeira, Mestre em Cuidados Clínicos e Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

***Trabalho resultante de dissertação de Mestrado



Trabalho 2003 - 1/4

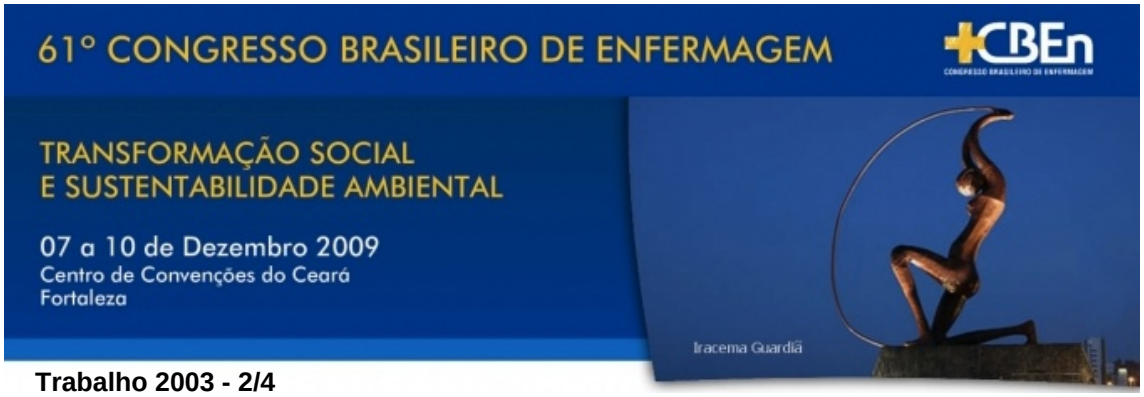
ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO PARA ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Brady, Camila Lima [1]
Moraes, Marta Úrsula Barbosa de [1]
Coutinho, Bruna Mariana [1]
Lima, Roxana Carneiro de Andrade[1]
Monteiro, Lúcia Cristina Silva [2]
Monteiro, Estela Mª Leite Meirelles [3]

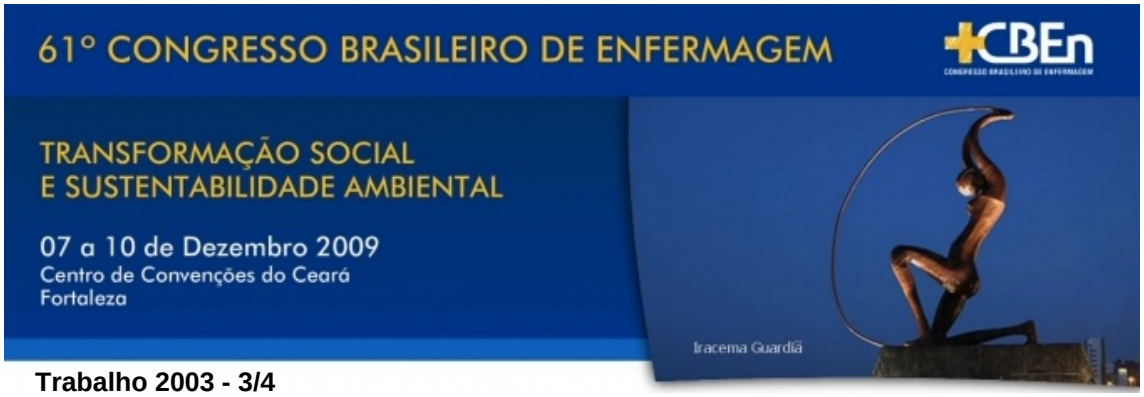
Descritores: Enfermagem; Esterilização, Atenção básica à saúde, Protocolos.

Introdução: A Atenção Básica é definida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A Atenção Básica baseia-se nos princípios assistenciais e de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa universalidade, integralidade e eqüidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão[1]. Com o intuito de fornecer uma assistência de saúde de qualidade aos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS), os artigos críticos para serem reprocessados de maneira adequada, necessitam de um sistema complexo e seqüencial, esquematizado de maneira que permita a passagem por todas as etapas envolvidas desse processo, seguindo os métodos e critérios, conforme as diretrizes norteadoras e legais. Logo, o planejamento deve seguir um modelo criterioso, abordando diversos fatores, como a classificação e indicação correta do artigo reprocessado, estabelecimento de fluxos

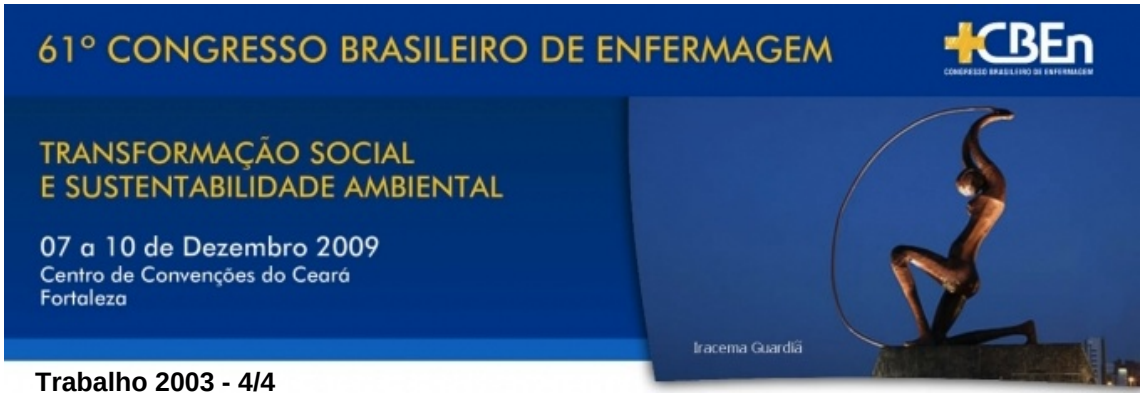
[1] Acadêmicos de enfermagem do 6º, 8º e 9° períodos da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG-UPE), voluntários de Iniciação Científica da UPE. E-mail: camila.brady@gmail.com
[2] Enfermeira da Unidade de Saúde da Família (USF) Clube dos Delegados II. E-mail: silva.luciac@gmail.com
[3] Enfermeira. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco e do **Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem UPE/UEPB**. Doutora em Enfermagem em Saúde Comunitária pela UFC. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Epistemologia e Fundamentos do Cuidar em Saúde e Enfermagem. E-mail: estelapf2003@yahoo.com.br



adequados, previsão da estrutura física com as devidas instalações, além da utilização adequada dos recursos tecnológicos, humanos e de insumos necessários[2]. Nas etapas do processo de esterilização, é necessário um acompanhamento continuo da esterilização dos artigos, para que se possa identificar situações inadequadas e permitir suas correções, pois em caso de situações adversas, certamente a qualidade desse procedimento, será prejudicada, assim como a saúde dos usuários também ficará comprometida[3]. O profissional que esta desempenhando o procedimento, esta sujeito a riscos, devido a falhas durante a realização desse processo. Assim, é imprescindível que os funcionários tenham uma preparação para exercer as atividades peculiares ao preparo correto dos materiais a serem processados, utilização adequada do processo de esterilização, como também manipulação criteriosa e acondicionamento dos artigos esterilizados. Dessa maneira é responsabilidade do enfermeiro assumir o desenvolvimento de uma educação continuada da equipe, ao oportunizar um saber sistematizado contextualizado ao conhecimento gerado na prática cotidiana, possibilitando assim um aprendizado efetivo. O processo ensino-aprendizagem deve ter como princípio o diagnóstico das necessidades e dos desafios evidenciados no ambiente de trabalho, levando os funcionários a refletirem juntos e se sentirem motivados para aprender. **Objetivos**: Identificar as principais dificuldades na realização do processo de esterilização encontradas no Centro de Material e Esterilização (CME) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Além de elaborar um protocolo de ação para auxiliar na execução das atividades dos profissionais que realizam esse processo. **Metodologia**: Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso, desenvolvida durante a realização da disciplina Estágio Curricular I, associando aos conhecimentos desenvolvidos com a monitoria de Enfermagem em CME. Para Gil[4], o estudo de caso é o método mais adequado para se investigar um acontecimento contemporâneo dentro de seu contexto real, na medida em que esse método permite um conhecimento amplo e detalhado da situação. Dessa forma, a pesquisa foi realizada mediante a observação de uma situação problema, em uma UBS do bairro de Dois Unidos, da cidade de Recife-PE, no período de abril a junho de 2009. Com o intuito de atender aos objetivos, foi necessário a construção de um instrumento de coleta de dados, para



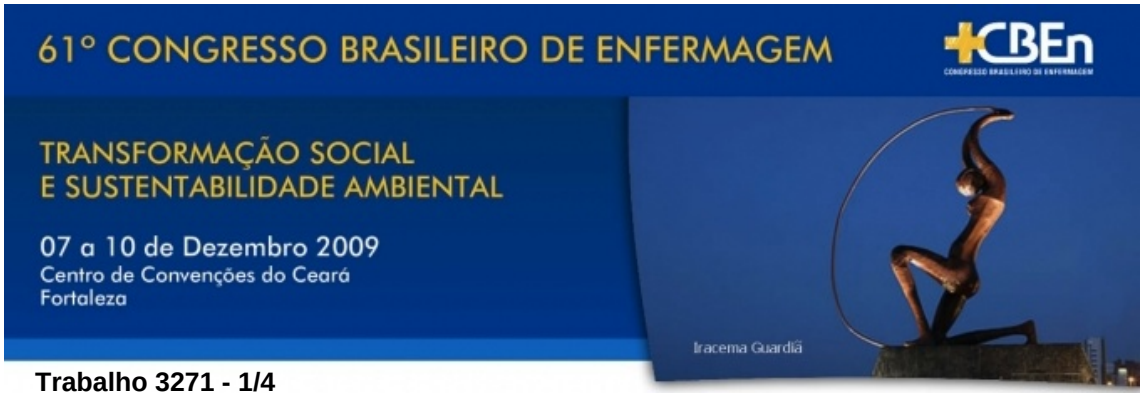
discutir os principais pontos a serem investigados, como também foi elaborado um roteiro de observação, propiciando o direcionamento dos registros das observações realizadas. Foi utilizada a técnica de entrevista com aplicação de um roteiro com perguntas abertas e a técnica de gravação para registro das falas. Na entrevista e na observação sistemática foram abordadas as seguintes questões: estrutura física do CME; o processo de esterilização; a disponibilização de EPI e a capacitação do profissional. O discurso obtido mediante a gravação foi transcrito e submetido à leitura e posterior análise de conteúdo, para avaliação das questões. Os dados apreendidos permitiram uma avaliação criteriosa do cotidiano naquela UBS quanto à realização do reprocessamento de artigos, subsidiando a elaboração de um protocolo para este serviço de saúde. **Resultados**: Evidenciamos através do estudo que ao se observar o relato da funcionária, se verificou problemas com a estrutura física do CME; a falta de materiais e produtos para limpeza adequada dos materiais a serem reprocessados; equipamentos de proteção individual (EPI) para execução adequada do processo; e a ausência de capacitação dos profissionais. De acordo com os questionamentos, a técnica de enfermagem sabe de como deve ser a área destinada à realização do processo de esterilização em uma UBS, mas devido às restrições do espaço físico, ocorre o cruzamento entre os artigos sujos e estéreis. Algumas UBS realizam o processo da esterilização de artigos nas próprias unidades, isso vai depender da determinação de cada município. Logo, elas precisam ter um espaço reservado para a realização adequada desse processo, com espaço destinado à recepção, limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição do material, devendo seguir o fluxo único[5]. Somado a isso o reprocessamento dos artigos nas UBS é realizado com muitas dificuldades, entre elas esta a questão da falta de materiais e produtos para a validação adequada das etapas desse processo (limpeza, preparo e esterilização). Dessa maneira, a eficiência do serviço ficará comprometida, se em uma dessas etapas não for seguida adequadamente às diretrizes e recomendações de princípios básicos de todo processo. Com relação ao uso de EPI, a entrevistada afirmou que tem medo dos riscos ocupacionais, ao realizar o processo, principalmente dos riscos biológicos. Para tanto, é indispensável que EPI sejam disponibilizados aos trabalhadores e que haja a conscientização da



importância da adesão desses equipamentos pelos profissionais. Por fim, quando questionada sobre a capacitação, a profissional relatou não ter tido. O treinamento proporciona uma maior credibilidade e segurança do serviço prestado pelo profissional e essa capacitação é um instrumento indispensável, pois contribui que a assistência prestada seja eficiente para os usuários da atenção básica. **Conclusão**: A elaboração do protocolo constitui uma estratégia para assegurar uma qualidade na execução do processo de limpeza, preparo e esterilização de artigos reprocessados, diante das dificuldades evidenciadas. Entretanto, para que o protocolo constitua uma ferramenta que redireciona a realização da esterilização em UBS, faz-se necessário uma gestão participativa e competente na disponibilização e utilização dos recursos financeiros.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Association for the Advancement of Medical Instrumentation - AAMI and American National Standards Institute - ANSI. Steam sterilization and sterility assurance in health care facilities. ST46, USA; 2002.
3. Costa LFV. Reprocessamento de artigos críticos em unidades básicas de saúde. Campinas - SP, 2008, 165p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual de Campinas / SP.
4. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

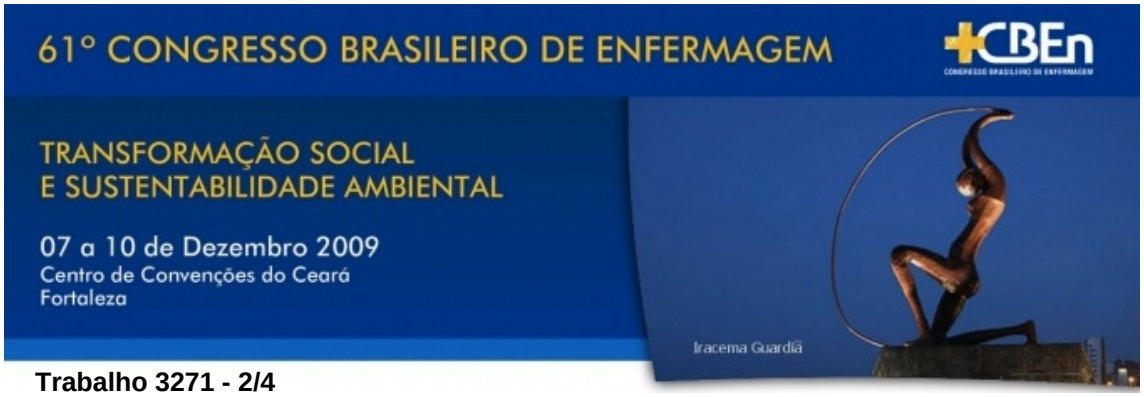


Trabalho 3271 - 1/4

Enfermagem em saúde ambiental: uma experiência interdisciplinar de ensino, pesquisa e extensão

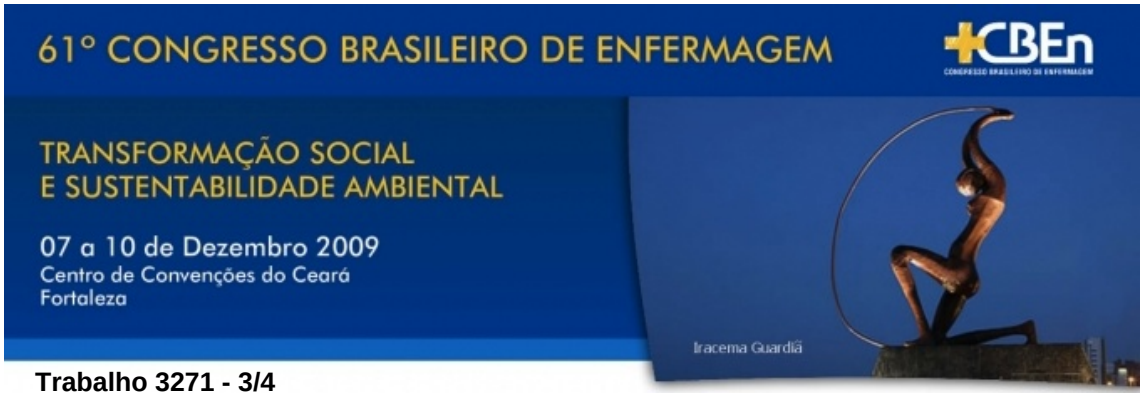
Takayanagui, Angela M. Magosso *; Segura-Munoz, Susana**;
Araujo, Sueli Paccagnella C.

A sociedade atual passa por uma mudança de paradigmas influenciada por profundas transformações sociais, ao mesmo tempo em que busca a superação de uma crise global de diversas naturezas, dentre as quais, a crise ambiental, desencadeada por crescentes problemas relacionados, principalmente, à poluição ambiental. Essa crise é acentuada por questões ligadas à pobreza, miséria, fome, criminalidade, violência e desemprego, dentre outros problemas. Nessa perspectiva, destaca-se a importância de se proteger os recursos naturais existentes no Planeta, preservando a biota terrestre e oferecendo melhores condições de vida e saúde. A influência de fatores ambientais na saúde humana, embora já destacada por Hipócrates 400 anos a.C., ganhou importância no último século com a valorização dos efeitos adversos à saúde pela presença de poluentes tóxicos no ar, solo, água e alimentos, levando a risco de exposição a agentes biológicos, químicos/tóxicos e físicos, presentes em diversas situações da vida contemporânea (TAKAYANAGUI, 2005). De acordo com estudo da OMS sobre saúde e fatores ambientais, 24% da morbidade mundial deve-se à exposição a riscos ambientais evitáveis, assim como 40% das mortes por malária e 94% por doenças diarréicas, duas das principais causas de mortalidade infantil no mundo. Ainda, diarréia e doenças respiratórias são, respectivamente, a 1ª. e 2ª. causas de doenças ligadas ao ambiente (WHO, 2006). Além disso, os fatores ambientais presentes na atual sociedade globalizada, vêm se tornando cada vez mais complexos, gerando a necessidade de novas estratégias para o enfrentamento do problema ambiente-saúde. Face ao novo padrão de desenvolvimento urbano e de diferentes tipos de riscos à saúde é necessário que o enfermeiro esteja preparado para o enfrentamento de desafios relacionados a questões ambientais que afetam a saúde humana na atualidade, buscando novas formas de abordagem do processo saúde-doença (LÓPES FERNANDEZ, 2009).



Trabalho 3271 - 2/4

Este trabalho tem como objetivo relatar uma experiência da prática profissional de enfermagem, ligada ao ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade, que vem trabalhando com um grupo de pesquisadores com o foco em diferentes indicadores ambientais relacionados à saúde, tais como: gerenciamento de resíduos perigosos, como resíduos químicos, biológicos e radioativos gerados em serviços de saúde e similares; qualidade da água, solo e ar e impactos à saúde humana; toxicologia ambiental e efeitos na saúde; poluentes biológicos, químicos e radioativos e sua relação com a saúde pública; entre outros. O cenário da vivência é o Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (DEMISP da EERP/USP), que propiciou o desenvolvimento dessa nova atuação na área de enfermagem em saúde pública, com o foco na saúde ambiental. Desde o final da última década de 80, foi iniciado um movimento de criação de um novo corpo de conhecimento, centrado nas questões ambientais relacionadas à saúde, na EERP/USP, tendo como base a interdisciplinaridade (ALMEIDA FILHO, 2005), com a criação do Grupo Interinstitucional de Estudos da Problemática dos Resíduos de Serviços de Saúde (GIERSS) do município de Ribeirão Preto-SP. Além disso, foi intensificada a inserção da temática saúde ambiental nos programas de ensino e pesquisa da EERP/USP, na graduação e pós-graduação. Em 1995 foi criada a Linha de Pesquisa Saúde Ambiental, dando início à formação de recursos humanos específicos, em nível de mestrado e doutorado. Em 1999 foi criado o Laboratório de Saúde Ambiental da EERP/USP, que vem servindo de base para a realização das atividades relacionadas a essa nova área do conhecimento, no âmbito do ensino, pesquisa e extensão. Até o momento já foram formados 15 mestres e 2 doutores, com a tutoria de 3 pós-doutorados e 34 orientações de iniciação científica, além de várias monografias de conclusão de curso e de bolsas-trabalho. Como resultado da atuação da área de saúde ambiental, ressalta-se o grande número de participação em eventos científicos e de extensão à comunidade, assim como parcerias com serviços públicos, da saúde e meio ambiente, e com outros grupos de pesquisadores de diferentes instituições de ensino superior, nacionais e internacionais, com intercâmbios que já propiciaram estágio de pós-doutorado no exterior, e, ainda, a produção e



divulgação de grande número de material didático e instrucional, impresso e em meio digital, nos veículos de publicação científica. Tendo como missão o fortalecimento da linha de investigação em saúde ambiental, os principais focos de pesquisa têm estado centrados em diferentes indicadores ambientais relacionados à saúde, em processos de poluição dos recursos hídricos, do ar e do solo; segurança alimentar; gerenciamento de resíduos perigosos e de serviços de saúde; toxicologia ambiental e efeitos na saúde; e, em políticas públicas ambientais e educação ambiental. Desse modo, tanto a formação dos recursos humanos como a realização de pesquisas e trabalhos com a comunidade são embasados em indicadores de sustentabilidade ambiental (PHILIPPI JR et al., 2005; WHO, 2006) ligados a áreas priorizadas pelo Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (SINVAS), representando, assim, um novo desafio na área de enfermagem. Sem dúvida, a construção dessa nova área de atuação da enfermagem vem vencendo o desafio de trazer novas perspectivas para a prática profissional, baseados na interdisciplinaridade, buscando parcerias com profissionais de diversas áreas e com diferentes setores públicos da saúde e meio ambiente, contribuindo para uma prática da enfermagem que faça a diferença no atual cenário brasileiro.

Palavras-chave: Enfermagem em saúde pública; saúde ambiental; pesquisa interdisciplinar.

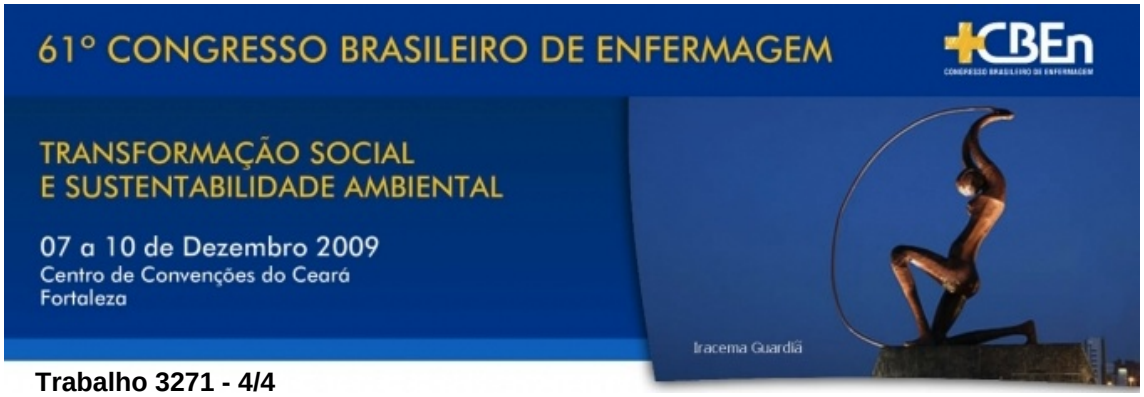
Almeida F. **Ecologia, ciências sociais**. São Paulo: Nova Fronteira, 2002.

Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde & Sociedade**, v.14, n.3: 30-50, 2005.

Lópes Fernándes MT et al. Environmental health nursing. Experience in a pediatric environmental health specialty unit. **Enferm. Clin.** 2009, Jan-Feb; 19 (1): 43-7. Epub 2009 Feb 4.

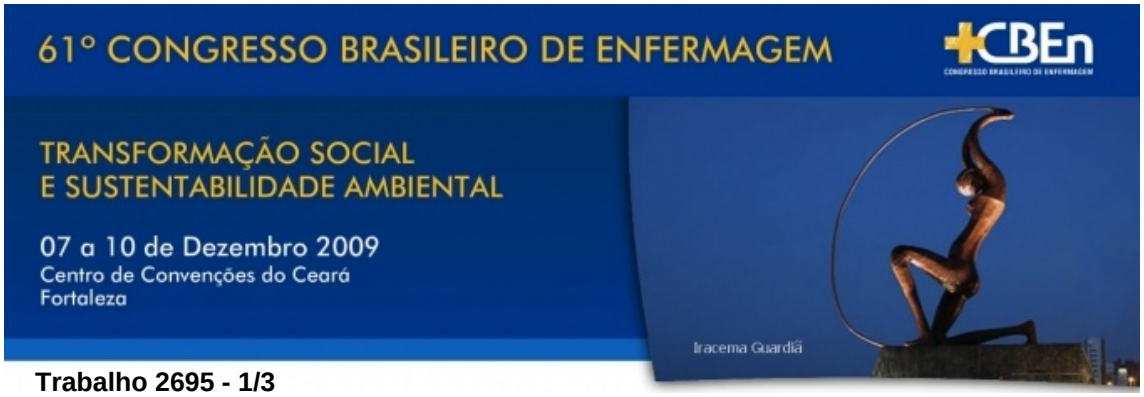
Philippi Jr A, Malheiros T, Oliveira E Aguiar A. Indicadores de desenvolvimento sustentável. In: Philippi Jr., Arlindo (editor). **Saneamento, saúde e ambiente**: fundamentos para um desenvolvimento sustentável. Barueri, SP: Manole, p.762-808, 2005. (Coleção Ambiental, 2).

TAKAYANAGUI, A.M.M. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. In: Philippi Jr., Arlindo (editor). **Saneamento, saúde e ambiente**: fundamentos para um desenvolvimento sustentável. Barueri, SP: Manole, p.323-374, 2005. (Coleção Ambiental, 2).



WHO. **Preventing disease through healthy environments**: towards an estimate of the environmental burden of disease. Prüs-Üstün, A.; Corvalán. C. World Health Organization, 2006. Acesso em 25/7/2009. Disponível em: http:// www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf.

* Enfermeira. Livre-Docente. Professora Associada.Laboratório de Saúde Ambiental do Depto. de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. www.eerp.usp.br/saudeambiental ammtakay@eerp.usp.br
** Bióloga. Professora-Doutora. Laboratório de Saúde Ambiental do Depto. de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
*** Enfermeira. Especialista em Administração Hospitalar-Controle de Infecção Hospitalar e Vigilância Sanitária. Assessora Técnico - Administrativa da Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto, exercendo a função de Gerente de Resíduos.



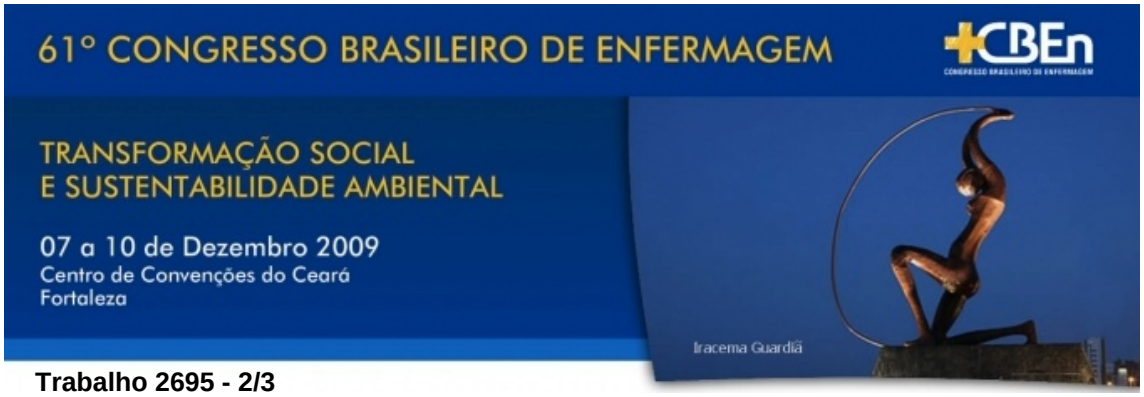
Trabalho 2695 - 1/3

ENFERMAGEM, RISCOS QUÍMICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR E PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA EVITÁ-LOS

FREIRE, Alessandra Kelly do Nascimento[1]
DOURADO, Giovanna de Oliveira Libório[2]
GRAÇA JÚNIOR, Carlos Alberto Guzman[2]
MADEIRA, Maria Zélia de Araújo[3]
BATISTA, Odinéa Maria Amorim[4]

Introdução: Os riscos ocupacionais são decorrentes das condições inadequadas de trabalho ou das atividades desenvolvidas pelo profissional. Os principais riscos classificam-se em: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e ambiente de trabalho. O hospital concentra riscos relacionados a agentes químicos que influenciam na saúde do trabalhador, trazendo danos a instituição. Os profissionais de enfermagem estão em constante contato com substâncias químicas devido a rotina de trabalho e muitas vezes não conhecem os perigos do manuseio inadequado e exposição prolongada sem o uso de equipamentos de proteção individual (EPI's), o que nos motivou a buscar na literatura maiores informações relacionadas a temática, onde observamos a escassez de produções científicas. **Objetivo**: Identificar através de artigos nas bases de dados da área da saúde, as principais substâncias químicas às quais os trabalhadores de enfermagem estão expostos, os possíveis efeitos ocasionados em sua saúde e as estratégias para evitá-los. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada na base de dados BVS e Scielo onde selecionamos 13 artigos que adequavam-se a temática, através das palavras-chave: saúde do trabalhador, riscos químicos e enfermagem. **Discussão:** Os danos à saúde envolvendo substâncias químicas estão relacionados à concentração dos agentes químicos, freqüência e duração da exposição, hábitos laborais e suscetibilidade individual. A contaminação pode ocorrer a partir das vias respiratórias, digestiva, mucosa, parenteral e cutânea. Identificou-se, a partir da análise dos artigos, as principais substâncias químicas e suas manifestações clínicas, tais como: agentes antineoplásicos, causam graves danos a saúde; látex um dos causadores de

[1] Acadêmica do 8º bloco da Faculdade NOVAFAPI - Contato: alessandrakfreire@hotmail.com
[2] Acadêmicos do 8º bloco da Faculdade NOVAFAPI
[3] Enfermeira, Mestre em educação, docente do curso de enfermagem da UFPI
[34] Enfermeira, Mestre em Enfermagem, docente do curso de enfermagem da NOVAFAPI

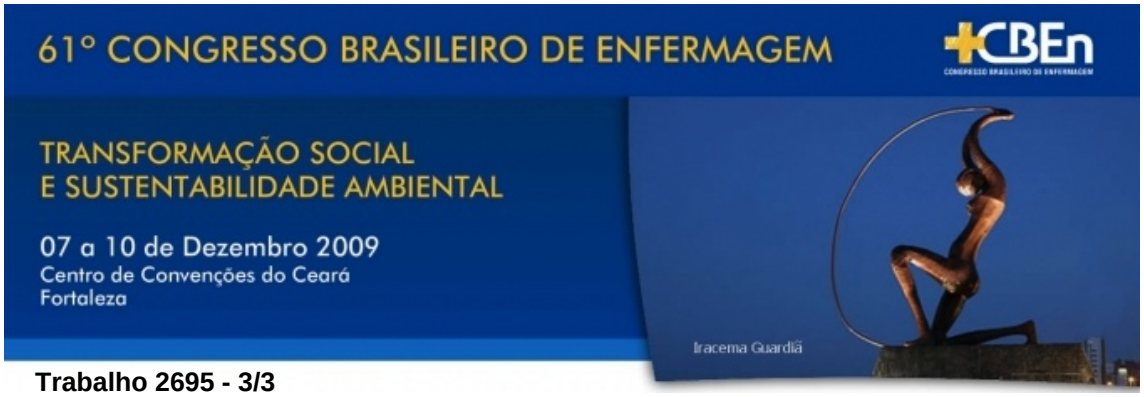


dermatite e urticária ocupacional; antibióticos associados a episódios de diarréia, reações alérgicas e rinite; citostáticos, gases anestésicos e agentes esterilizantes como causadores de problemas relacionada a reprodução, como aborto, infertilidade e mal formação congênita e imunossupressores utilizados em transplantes de órgãos e tecidos com efeitos teratogênicos e carcinogênicos. Os instrumentos, como tensiômetro de coluna e termômetro de mercúrio manuseados inadequadamente e sem cautela podem provocar a quebra dos mesmos, oferecendo risco de contaminação aguda ao mercúrio. Os sintomas são elevação da pressão arterial e do ritmo cardíaco, podendo passar despercebidos e não serem associados à intoxicação. Após análise e reflexão dos artigos evidenciou-se três categorias envolvendo estratégias para redução dos riscos químicos: O uso de EPI's; Capacitação profissional; e Condições de trabalho. O contato com substâncias químicas pode ocorrer a partir de respingos, inalação, aspiração e pela epiderme, o que pode ser evitado ou minimizado com o uso adequado de EPI's (máscaras, luvas, avental e óculos). A capacitação profissional interfere diretamente nos riscos químicos, sendo importante o conhecimento sobre o preparo e administração de medicamentos e descarte adequado dos frascos, essas medidas estão associadas às normas de biossegurança e precaução-padrão. Evitar os riscos não é uma responsabilidade exclusiva do profissional, as condições de trabalho estão envolvidas nesse processo, a instituição é responsável pelo fornecimento de EPI's, boas condições de trabalho, supervisão e qualificação dos trabalhadores. **Conclusão:** São relevantes os danos a que estão submetidos a equipe de enfermagem durante a manipulação de agentes químicos, evidenciando a importância do uso de EPI's, capacitação profissional e condições de trabalho. É necessária a realização e divulgação de pesquisas, pois contribui para a conscientização dos trabalhadores a respeito dos riscos químicos, seus danos e estratégias de proteção.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; Riscos químicos; Enfermagem.

Referências

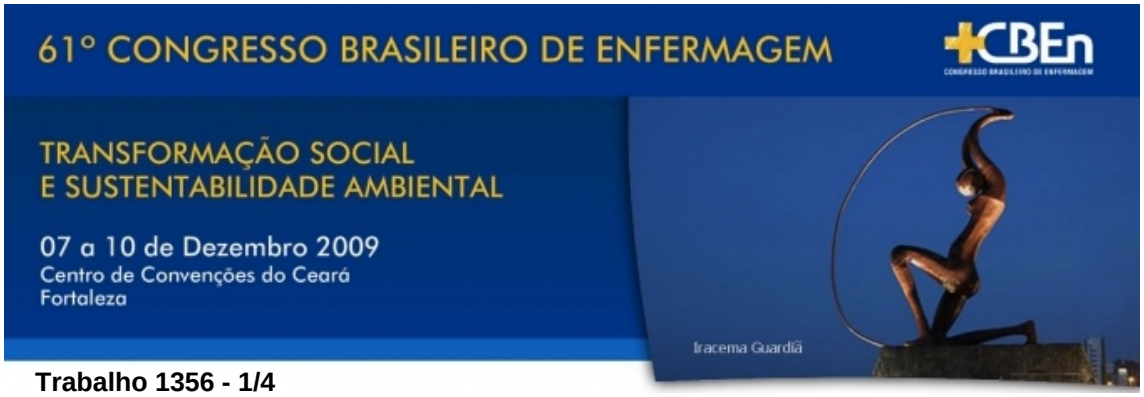
CASTRO, M.R.; FARIAS, S.N.P. A produção científica sobre riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 12, n. 2, Jun. 2008. Disponível em



<http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20082/28ARTIGO24.pdf>. acessado em 20 Jun. 2009.

LEITÃO, I.M.T.A.L; FERNANDES, A.L; RAMOS, I.C. Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva. **Cienc Cuid Saude,** v. 7, n. 4 Out/Dez. 2008. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6630/3907> acessado em 18 Jun. 2009.

XELEGATI, R. et al . Riscos ocupacionais químicos identificados por enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, Apr. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 20 Jun. 2009. doi: 10.1590/S0104-11692006000200010.



Trabalho 1356 - 1/4

ENTRAVES OPERACIONAIS DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DE UM PACIENTE DA ZONA RURAL – RELATO DE EXPERIÊNCIA.

ARAÚJO, Ariane Fonteles[1]
PASSOS, Andersom Aguiar[2]
LIMA, Maria Alzete de[3]
HOLANDA, Michelli Favaro[4]
FERREIRA, Fabíola Rodrigues[5]

Ao observarmos o atual cenário das políticas públicas do Governo Brasileiro, dentro das quais se integram às políticas de saúde, identificamos o estabelecimento de estratégias com o intuito de melhorar o quadro sanitário e de saúde do País, como a Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal programa foi planejado, construído e executado como parte do processo de evolução no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), atual política de saúde do país (BRASIL, 2001). A metodologia de trabalho sugerida pela estratégia é proporcionar saúde direcionada a aproximar a assistência das áreas de difícil acesso, promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde compulsória, por meio de educação em saúde, ações coletivas e comunitárias, visando o cuidado familiar no aspecto mais amplo de significado. Tal quadro

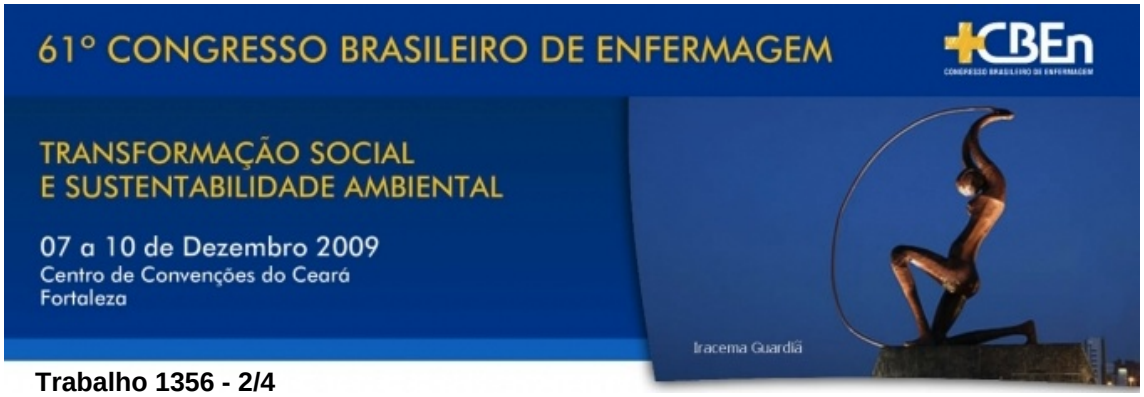
[1] Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela UECE. Coordenadora da ESF do Município de Mulungu-Ce.

[2] Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública pela UFC. Auditor do Município de Redenção-CE. Coordenador da Central de Material do Hospital Nossa Senhora da Conceição – CE.

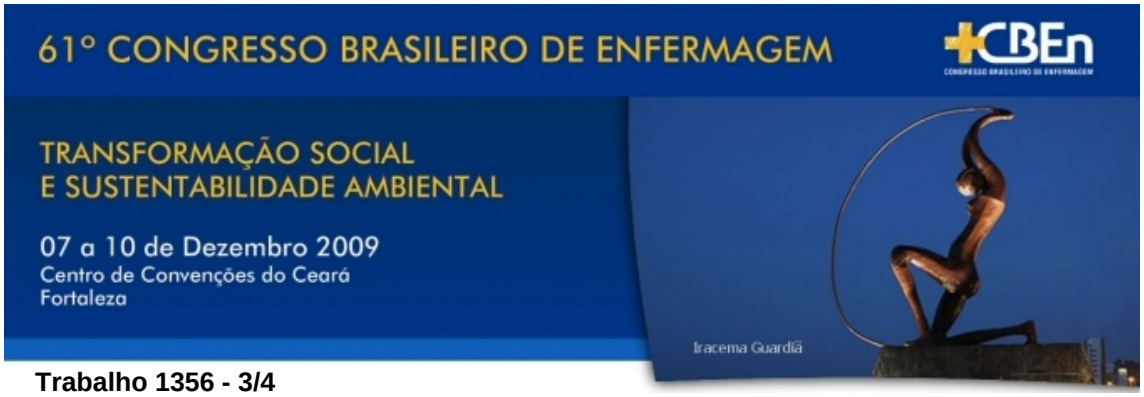
[3] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, bolsista da fundação nacional de apoio à pesquisa – FUNCAP.

[4] Enfermeira. MBA em Gestão e Auditoria dos Sistemas de Saúde – Faculdades Osvaldo Cruz. Especialista em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva – UECE. Enfermeira do Programa Saúde da Família do Município de Mulungu-CE. Enfermeira Assistencialista da emergência do Hospital Infantil Albert Sabin – Sabin-Ce.

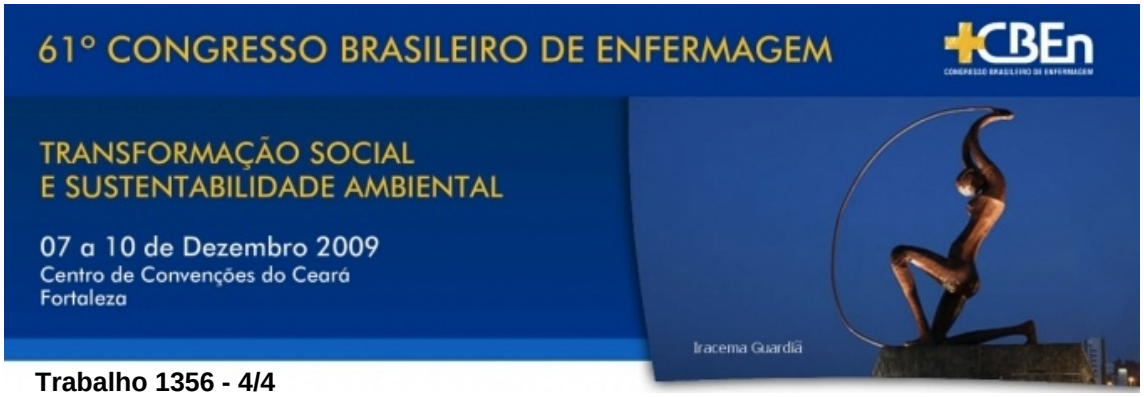
[5] Enfermeira. Enfermeira do Programa Saúde da Família do Município de Mulungu-CE.



nos sugere e propõe mais avanço para saúde, pois esta Política Pública, não indica começo, meio e fim, mas, sobretudo o propósito de atenção e ação contínua focada no indivíduo, na família e na comunidade. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento, com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos de saúde e na manutenção da saúde, de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (PAIM, 2003). A prática destas equipes, entretanto, encontra dificuldades operacionais em todo o sistema de atenção à saúde, desde a identificação precoce de casos clínicos até o devido acompanhamento pelas unidades de referência em saúde. No Azo deste contexto, e embasado nas experiências vivenciadas pelos autores, deparamo-nos com o caso de um paciente em situação de degradação física, social e de saúde, sem o adequado acompanhamento pela ESF e pelo sistema regionalizado e hierarquizado de saúde. Tal acontecimento fez emergir o interesse na realização deste estudo objetivando descrever os fatores atenuantes para o adequado acompanhamento e manutenção da saúde comunitária pela Equipe de Saúde da Família. Tratou-se de estudo qualitativo, descritivo do tipo estudo de caso. Decorreu no período de junho a novembro de 2008 no município de Mulungu-Ce. A coleta dos dados ocorreu durante o período de internamento do paciente na unidade hospitalar local através do prontuário clínico. Também foi realizada visita domiciliar pela equipe responsável. O paciente em questão, F.C.M., 68 anos, residente na zona rural do Município de Mulungu - Ce, possuía um verdadeiro reservatório de pulgas pelo corpo, sendo fonte de contaminação do meio onde convivia, caracterizando-se como ameaça a integridade de outros a sua volta. Residia sozinho em uma localidade de difícil acesso para ESF devido a barreiras geográficas ambientais, e possuía limitação cognitiva moderada, o que talvez repercutisse na fuga ao perceber a visita da equipe de saúde da família, permanecendo nesta situação por mais de três anos. Além disso, possuía considerável déficit no auto cuidado. Ressalta-se, ainda, que nos períodos chuvosos do ano (aproximadamente 5 a 6 meses do ano nesta região serrana), os transportes da equipe de saúde da família não conseguem



atravessar as barreiras físicas (rios cheios, estradas barrentas, estreitas e sem proteção lateral contra acidentes). Todos esses fatores contribuíram para agravar o quadro inicial de infecção, causado pela picada de inseto da ordem do sifonáptero (pulgas) da especie *Tunga penetran*, relativamente comum nas zonas rurais, ocasionando dermatopatia importante (VERONESI, 2003). Com o passar dos anos apresentou progressão do quadro com uma lesão profunda que acometia toda a musculatura da panturrilha, (CABRAL, 2000). Infecção fúngica e bacteriana secundária acometeram toda a extensão corporal e o paciente permaneceu com aspecto comparativamente de “couve-flor”, exalando odor fétido perceptível a distâncias consideráveis. Esta aparência, associada à ameaça à saúde da comunidade nas mediações do domicílio do paciente, forçou os populares na procura do serviço de saúde local. Por tratar-se de um problema de saúde pública e considerando o sério comprometimento cognitivo que contribuía na evasão do paciente sempre que a equipe tentava aproximar-se, foi necessário ajuda do poder de polícia para levá-lo ao hospital do Município para receber os primeiros cuidados médicos e de enfermagem. Ao receber o diagnóstico de osteomielite e indicação inicial de amputação do membro inferior seguiu com adequada referência para unidades de atenção secundária e terciária. O paciente seguiu para um Município próximo, Unidade secundária, e foi devolvido sem maiores intervenções, retornando sem resolução do caso. Ressalta-se que em nenhum momento seguiu-se ao princípio de contra referência, impossibilitando o seguimento adequado do atendimento. Na instituição local foram implementados cuidados de enfermagem, dos quais se destacam: higiene pessoal e realização de curativo diário com PVPI tópico; banho de sol; alimentação rica em proteína e vitaminas. O mesmo chegou a ser novamente encaminhado a uma unidade secundária onde realizou limpeza cirúrgica. Para surpresa de toda a equipe, considerando os cuidados associados e a recomendação médica de antibióticoterapia, após dois meses, o paciente recebeu alta hospitalar, sem necessidade de amputação. Seguiu-se com realização de curativos diários e após seis meses, a massa muscular foi recuperada com a total cicatrização da área lesada. Como resultados da análise deste caso destacamos como principais obstáculos na captação precoce e acompanhamento eficaz pela ESF deste paciente as barreiras geográficas e ambientais (chuvas freqüentes que



deixam as passagens de acesso barrentas e intransitáveis, acessos obstruídos por enchentes de rios) e a falta freqüente de transporte pelas equipes. Casos assim se repetem cotidianamente em vários municípios do Estado, confrontando-se com a meta de cobertura populacional integral imposta às ESF em suas áreas de abrangência. Além disso, a falta de resolutividade pelo sistema de referência em saúde nos traz uma reflexão do quanto ainda estamos caminhando na implantação das diretrizes e fundamentos do Sistema Único de Saúde Brasileiro – SUS, pois as ofertas de atenção integral, regionalizada e hierarquizada ainda possuem limitações institucionalmente freqüentes, seja no despreparo de profissionais, na operacionalidade de oferta de vagas ou no descaso na triagem dos pacientes, configurando o quanto ainda persistem questões assistenciais e éticas requerendo a adoção de diversas medidas em defesa das pessoas e da cidadania.

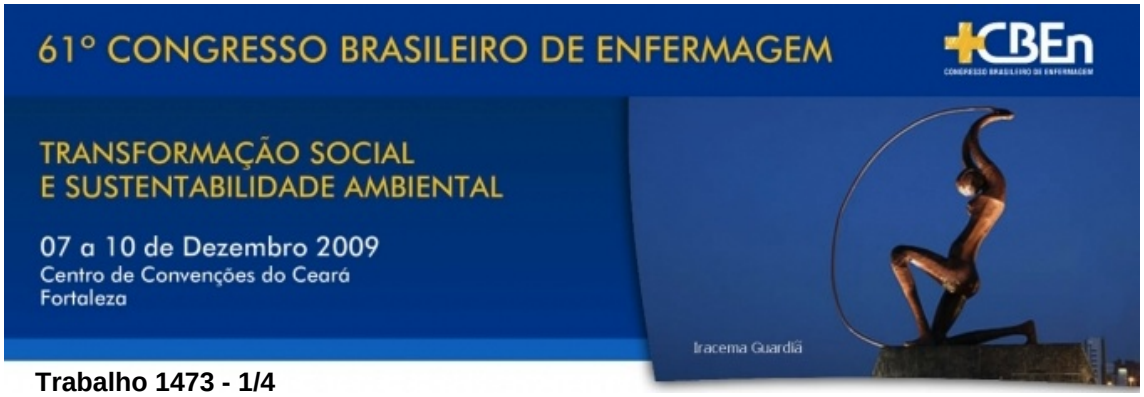
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem**: programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 250p.

CABRAL, J.A.S.F.A.P., MARÇAL, R; COELHO, A. P; TEIXEIRA, A. Q.; CABRAL, R. B. P. Revisão anatômica do músculo plantar delgado e sua importância clínica. **Rev. Fisioterapia.** Brasil, 2000 nov / dez;1(2): 98-100.

PAIM, J. S. **Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde.** In: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. Epidemiologia e Saúde – 6ed. – Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-586.

VERONESI, R; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. Editora Atheneu, 2003; v. 1, p.963-1765.



Trabalho 1473 - 1/4

ENTRE A ÉTICA E O DIREITO FRENTE ÀS CONDIÇÕES INADEQUADAS DE TRABALHO DA ENFERMAGEM.

LIMA, Kalídia Felipe[1]
EVANGELISTA, Anne Itamara Benigna[2]
VARELA, Gisele de Castro[3]
VIEIRA, Alcivan Nunes[4]

Palavras-chave: Condições de trabalho. Enfermagem. Código de ética.

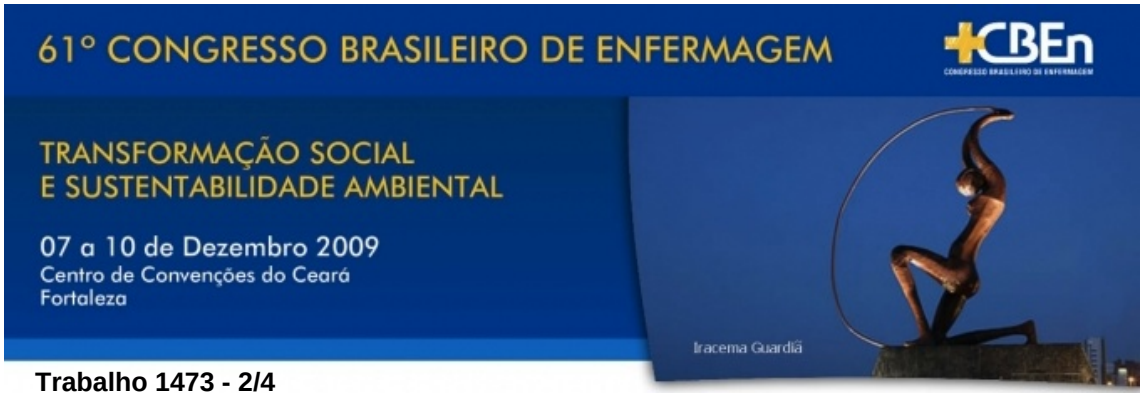
Introdução: O trabalho é uma atividade inerente à condição humana, sofreu profundas transformações ao longo da história da humanidade decorrentes das mudanças nas relações dos homens entre si nos momentos de produzir e se reproduzir socialmente. O desenvolvimento tecnológico aliado às complexas demandas de mercado impôs ao trabalhador condições de exercer suas atividades atreladas aos riscos de adoecer em decorrência do próprio trabalho. Dessa maneira o trabalhador passa a desenvolver um ritmo laboral determinante do processo de adoecer, podendo ser acometido por doenças ocupacionais, e doenças de ordem psíquica como o desgaste físico e mental, levando ao estresse de suas atividades rotineiras (DEJOURS, 1949). No setor saúde, particularmente na enfermagem, estes riscos estão presentes seja ao nível da atenção básica até a média e a alta complexidade. O enfermeiro está sujeito a riscos como, por exemplo: na administração de drogas anti-neoplásicas (exposição aos agentes químicos), contato com secreções e excreções (exposição aos agentes biológicos), exposição a radiações (exposição aos agentes físicos), posturas inadequadas observadas durante a realização de procedimentos assistenciais (exposição aos riscos ergonômicos). A Legislação Trabalhista no seu capítulo V

[1]1 Discente do 5° período do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – PET- Saúde. kalidialima@hotmail.com

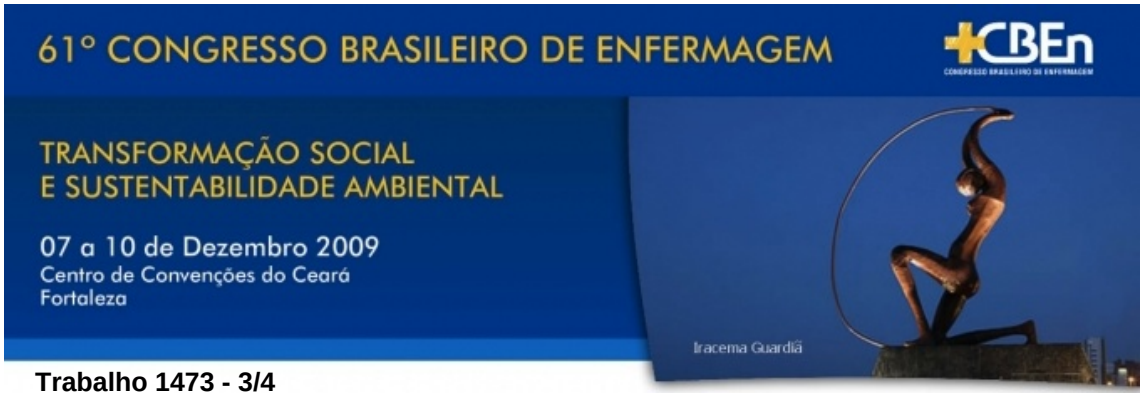
[2]2 Discente do 5º período do curso de Enfermagem da UERN. Bolsista do PET – Saúde.

[3]3 Discente do 5° período do curso de Enfermagem da UERN. Bolsista do Programa de Educação Tutorial de Enfermagem em Mossoró – PETEM.

[4]4 Enfermeiro especialista em saúde da família, docente da Faculdade de Enfermagem da UERN e da Universidade Potiguar – UNP Campus Mossoró; aluno do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde – Universidade do Estado do Ceará – UECE.



DA SEGURANÇA E DA MEDICINA DO TRABALHO, seção IV DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL, art. 166 e 167 assegura que a instituição deve fornecer gratuitamente equipamentos de proteção individual sempre que o trabalhador estiver exposto a riscos de acidentes. O Código de Ética da Enfermagem assegura o direito do trabalhador não exercer atividades que ofereça danos a sua saúde. Considerando o contexto dos serviços de saúde no âmbito do SUS, questiona-se: o que resguarda, ética e legalmente, ao trabalhador de enfermagem quando no exercício de suas atividades, ele resolve suspendê-las quando seu ambiente de trabalho não oferece as mínimas condições para sua realização? Nesse sentido, qual a postura que o enfermeiro pode adotar? **Objetivo:** Propôs-se discutir os aspectos éticos e legais decorrentes da recusa do trabalhador de enfermagem em trabalhar em condições adversas, contrariando o que está assegurado na legislação trabalhista brasileira e no código de ética da enfermagem. **Metodologia**. Trata-se de um estudo descritivo, bibliográfico que, segundo Gil (2002) propõe-se a analisar as diversas posições acerca de um problema. Utilizaram-se como referências principais a Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007) e o Código Penal (AMPERJ, 1940). **Resultados:** Na Constituição Federal do Brasil, no seu Título II - DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS, Capítulo I - DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS, o seu art. 5º resguarda de forma ampla o direito à vida e a segurança. Afirma que há igualdade de todos diante da lei, sem distinção alguma, “garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito a vida, a liberdade, a igualdade, a segurança e a propriedade” (Brasil, 1988). Perante a legislação maior do país, o trabalhador de enfermagem sendo um cidadão brasileiro como os demais, tem o direito à vida e, deste modo, pode se omitir a realizar uma atividade que ponha em risco a sua vida e sua segurança imediata. Já o Código de Ética da Enfermagem, no capítulo I, Seção IV - DAS RELAÇÕES COM AS ORGANIZAÇÕES EMPREGADORAS – DIREITOS no art. 61 permite ao enfermeiro suspender suas atividades, individuais ou coletivas, caso a instituição para que trabalhe não lhe ofereça condições dignas para a sua atuação profissional. Entretanto são ressalvadas as situações de urgência e emergência. Além disso, a decisão adotada pelo

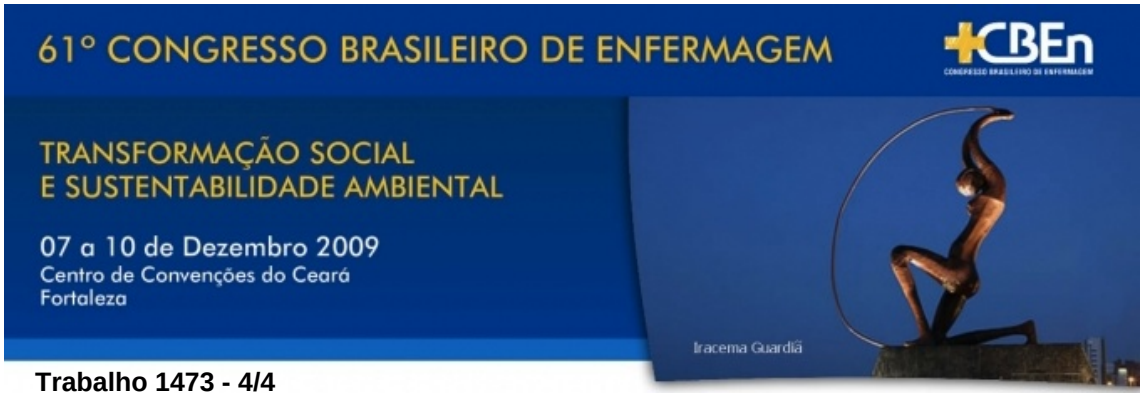


enfermeiro deverá imediatamente ser comunicada por escrito ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN) na perspectiva de garantir a sua própria segurança. Assim, o enfermeiro deve denunciar ao encontrar negligências em seu local de trabalho, porque no ato da omissão a culpa não é diretamente sua e sim da própria instituição de trabalho que não ofereceu as condições adequadas. Quando nos reportamos ao Código Penal Brasileiro em seu Título I - DOS CRIMES CONTRA A PESSOA, capítulo III DA PERICLITAÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE, encontra-se um dispositivo que regula a ação ou omissão do trabalhador de saúde frente às situações de risco iminente de morte ou dano grave à saúde de terceiros. De acordo com o art. 135, se o trabalhador se negar a prestar assistência quando houver condição sem que o mesmo corra risco, sua postura pode ser caracterizada como omissão de socorro. **Conclusão**. Assim, percebe-se que em muitas situações esses trabalhadores assumem o ônus da negligência institucional e passam a realizar suas atividades em condições indevidas, fomentando um conformismo individual, de equipe e principalmente institucional. No instante em que alguém quebra o círculo vicioso, este pode ser questionado e até acusado por seus pares e pelos usuários dos serviços, de não estar exercendo suas tarefas conforme a rotina institucional. Deste modo, para que cada situação seja avaliada de maneira adequada é necessário o processo. O mesmo vai sempre existir para avaliar se aquela omissão foi justificada. Portanto, cada caso será interpretado particularmente, buscando avaliar se realmente havia risco para o enfermeiro em realizar o procedimento. Também é avaliado o peso do ato, o que se deixou de fazer, da conseqüência para ambos os lados, principalmente se causou uma seqüela ou se resultou em sua morte, e o motivo se é justificável. Todos esses fatores serão considerados no momento do processo a fim de evitar equívocos, resolvendo o problema de forma eficaz.

Referências bibliográficas

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em: <http://www.amperj.org.br/legislacao/default.asp?C=4> Acesso em: 5 de jul.2008.

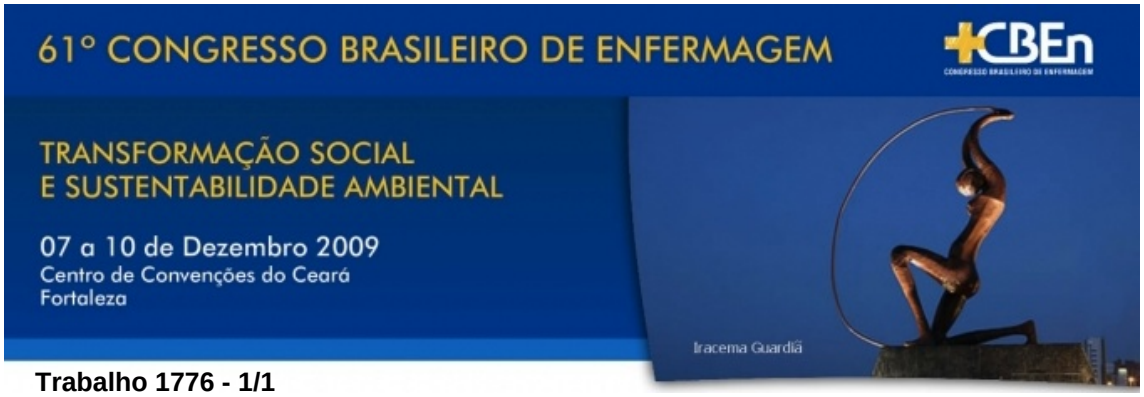
BRASIL. Código (1940). **Código Penal**: Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: <http://www.amperj.org.br/legislacao/default.asp?C=6>. Acesso em: 5 de jul. 2008



COFEN. Código (2007). **Código de Ética da Enfermagem.** Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323&sectionID=37>. Acesso em: 16 de jun. 2008.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**. Estudo de psicopatologia do trabalho. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1988.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002. cap. 4, p. 44-45.



Trabalho 1776 - 1/1

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL:

PERCEPÇÃO DAS PACIENTES ONCOLÓGICAS[1]

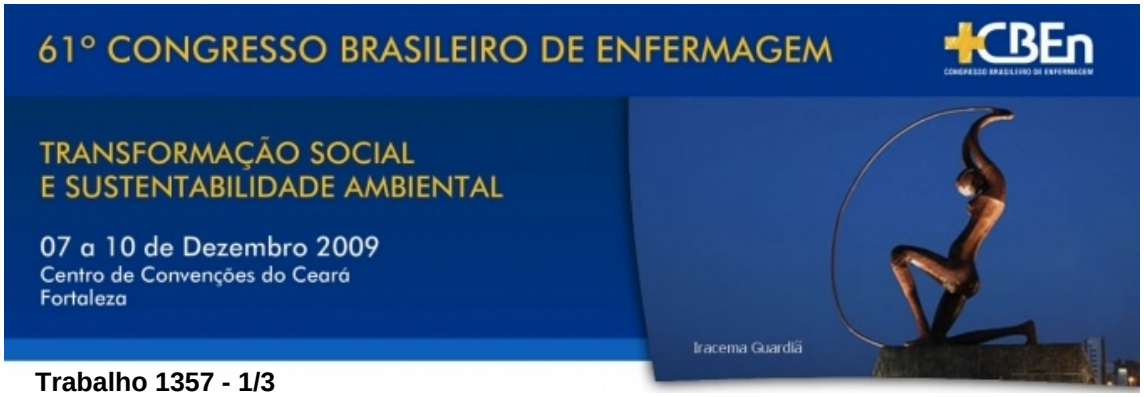
Salimena Anna Maria de Oliveira[2]
Luana Rezende Durães[3]
Melo Maria Carmen Simões Cardoso[4]
Souza Ívis Emília de Oliveira[5]

INTRODUÇÂO: A adoção de medidas de proteção, como os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) assume vital importância na prevenção de infecção. Sabe-se que os estabelecimentos de assistência à saúde não estão livres das infecções, pois são locais de intervenção clínica, diagnóstica e terapêutica. **OBJETIVO:** Conhecer a percepção das pacientes oncológicas frente ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual pelas profissionais de enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo qualitativo com 12 mulheres internadas há mais de uma semana no Hospital ASCONCER em JF/MG, agosto/setembro 2008. **RESULTADO:** A análise compreensiva dos depoimentos desvelou o conhecimento das mulheres sobre a finalidade do uso dos EPI e suas implicações. Percebemos que existe conhecimento das mulheres em relação à finalidade do uso destes e elas confiam nesta medida de proteção e na assistência prestada e que o uso dos mesmos nem sempre causa incômodo a elas. **CONSIDERAÇOES FINAIS:** Este estudo traz contribuições para uma reflexão acerca da manutenção da assistência enfermagem de qualidade, atentando para que os princípios da humanização não sejam feridos pelo uso dos equipamentos.

Palavras-chave: Equipamentos de proteção, enfermagem oncológica, enfermagem.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2616, de 12 de maio de 1998. Normas para o Programa de Controle de Infecção Hospitalar.** Diário Oficial da União, 13 de maio 1998.
FERNADES, A.T et al. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.p.1020-25
SOUZA, A.C.S. et. al. **Desafios para o controle de infecção nas instituições de saúd percepção dos enfermeiros.** Ciencia y Enfermeria, v.8, n.1, p.19-30, 2002.
STIER, C. J. N. **Manual Prático em controle de infecção hospitalar**. Curitiba: Netsul, 1996.

[1] Pesquisa TCC do Curso de Graduação em Enfermagem FACENF/UFJF
[2] Orientadora. Doutora. Profª. Departamento Enfermagem Aplicada da FACENF/UFJF
[3] Enfermeira. Graduada no 2º sem/2008 do Curso de Enfermagem da FACENF/UFJF.
[4] Mestre. Professora do Departamento Enfermagem Aplicada da FACENF/UFJF.
[5] Doutora.Titular de Enfermagem Obstétrica - Dep. Enfermagem Materno- Infantil da EEAN/UFRJ.



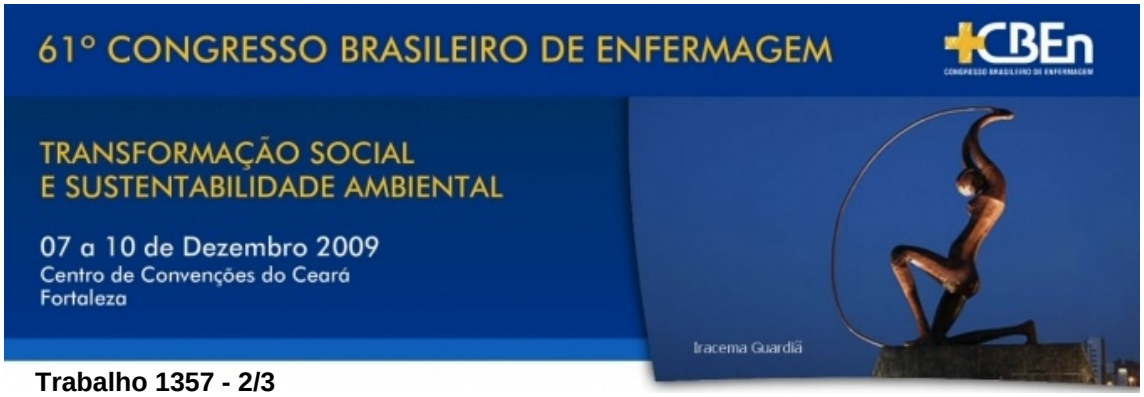
Trabalho 1357 - 1/3

EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM CENTRO DE SAÚDE E A (IN) SATISFAÇÃO PROFISSIONAL.

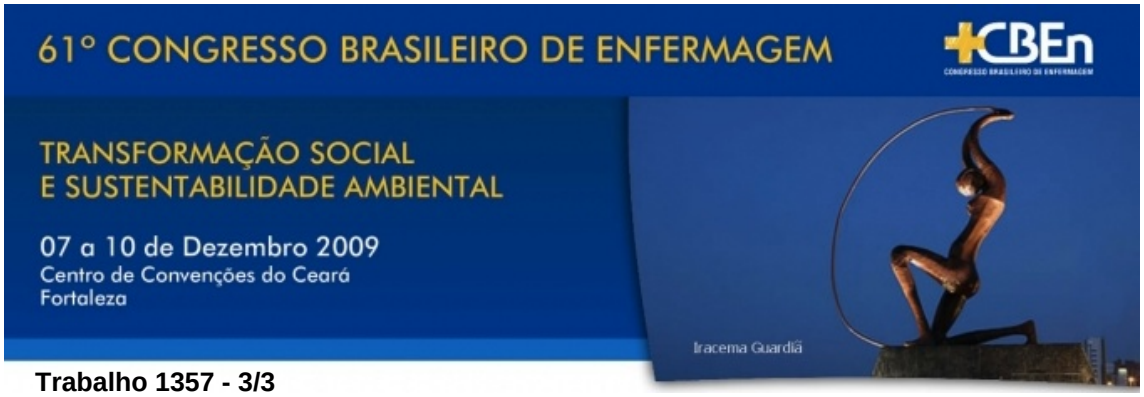
[1]Araújo, Ariane Fonteles
[2]Almeida, Maria Irismar de
[3]Passos, Andersom Aguiar

O trabalho é um meio social de se viver e interagir com o outro, é uma interação complexa de tarefas, papéis, responsabilidades, incentivos e recompensas, em determinado contexto sócio-técnico. Seus elementos causais de satisfação profissional estão relacionados ao próprio trabalho e a seu conteúdo, possibilidades de promoção, reconhecimento, condições e ambientes de trabalho, relações com colegas e subordinados, características da supervisão e gerenciamento e políticas e competências da empresa. O setor saúde, especificamente o trabalho em enfermagem, é um dos que mais apresentam fatores desencadeantes de estresse. A área da saúde envolve, como cita Nogueira (1997), aspectos fundamentais e interdependentes, que o diferenciam das demais atividades laborais. Os profissionais de saúde são um grupo de profissionais especialmente vulneráveis aos riscos derivados de suas ocupações, estão constantemente lidando com a doença e a morte, fatores que por si já são desencadeantes de estresse, dispensando atenção a demasiadas tarefas ao mesmo tempo além, de normalmente, estarem submetidos a um ritmo laboral excessivo o que pode contribuir para a desmotivação profissional ou do trabalho. A este respeito Locke e Frase citado por Martinez (2004), consideram que a satisfação no trabalho está sujeita as influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho imediato, podendo afetar a saúde física e mental do trabalhor, seu comportamento profissional e/ou social. De acordo com Sigerist citado por Czeresnia (2003), a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura e formas de lazer e descanso. Diante de tais estudos por parte da autora durante seu curso de pós-

[1] Enfermeira, Especialista, Coordenadora da ESF do Município de Mulungu-CE. a_nurse_ane@hotmail.com;
[2] Enfermeira, Doutora em enfermagem, Professora Adjunta pela Universidade Estadual do Ceará,
[3] Enfermeiro, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará - UFC, Profº da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza - FGF; Auditor do Município de Redenção-CE; Coordenador da Central de Material do Hospital Nossa Senhora da Conçeição.



graduação em enfermagem do trabalho e de observar a (in) satisfação profissional da equipe de enfermagem no seu local de trabalho, expressa algumas vezes por alguns de seus membros, além da freqüente ocorrência de reclamações de má recepção, pelos pacientes, junto à direção da unidade, decidimos realizar pesquisa qualitativa a fim de descrever os fatores desencadeantes de estresse da equipe de enfermagem do Centro de Saúde de Canindé-Ce que contribuem para a (In) satisfação profissional e desenvolver atividades de Promoção da saúde como estratégia de promover satisfação profissional. Tratou-se de estudo de natureza qualitativa do tipo investigação-ação, aonde a intervenção vai se dando no processo grupal em cada aqui e agora (CHLESA, 2002). Decorreu no período de março a setembro de 2006 no Centro de Saúde do Município de Canindé-Ce. O universo da pesquisa envolveu os profissionais de nível médio da equipe de enfermagem que trabalham na unidade e teve como amostra nove (09) participantes – três técnicas e seis auxiliares de enfermagem. Todos os membros eram do sexo feminino e estavam situados em uma faixa etária de 22 a 45 anos. Como roteiro para os encontros, utilizamos questionário de perguntas que contemplaram temas como a importância do trabalho em equipe, a ética profissional, biossegurança e humanização no atendimento. Utilizamos como instrumento de coleta de dados a entrevista de grupo focal durante quatro encontros realizados semanalmente onde realizamos atividades de promoção da saúde (integração do grupo, momentos de lazer, levantamento das dificuldades de trabalho, atividades educativas e de atualização técnica). A análise e interpretação dos conteúdos das entrevistas foram organizadas por categorias temáticas. O estudo possibilitou caracterizar a equipe de enfermagem do Centro de Saúde como satisfeita com o trabalho executado, mas desmotivada com suas condições de trabalho como: a sobrecarga laboral em alguns setores, a falta de trabalho em equipe, o pouco reconhecimento nas atividades desempenhadas com sucesso e os atrasos salariais. Ao constatarmos fatores como: a falta de integração dos funcionários e de condições de trabalho, que de sobremaneira, influenciam na realização da assistência de enfermagem sem motivação e, mesmo, sem compromisso salientamos a necessidade de um gerenciamento pelos enfermeiros, voltado para o desenvolvimento do trabalho pela equipe de enfermagem com



satisfação e segurança, buscando sempre a valorização e incentivo do crescimento deste profissional em seu ambiente de trabalho. Outra questão observada foi a repercussão positiva para o desenvolvimento laboral com eficácia e eficiência após os encontros e discussões acerca dos fatores influentes na satisfação profissional apresentando mudanças em algumas rotinas (como o rodízio dos profissionais nos diversos setores) no intuito de intervir na qualidade da assistência prestada e contribuir para a satisfação da equipe e no atendimento à comunidade. Percebemos que a evolução do processo de capacitação permanente com os profissionais de saúde, além de proporcionar melhora na qualidade de atendimento aos usuários do serviço, produz um ambiente salutar com elevado nível de motivação pessoal e coletiva. Daí concordarmos que ações de educação em saúde em âmbito Municipal necessitam estar presente nos planos municipais de saúde, tornando-se, desta forma, uma política a ser integrada e articulada cotidianamente.

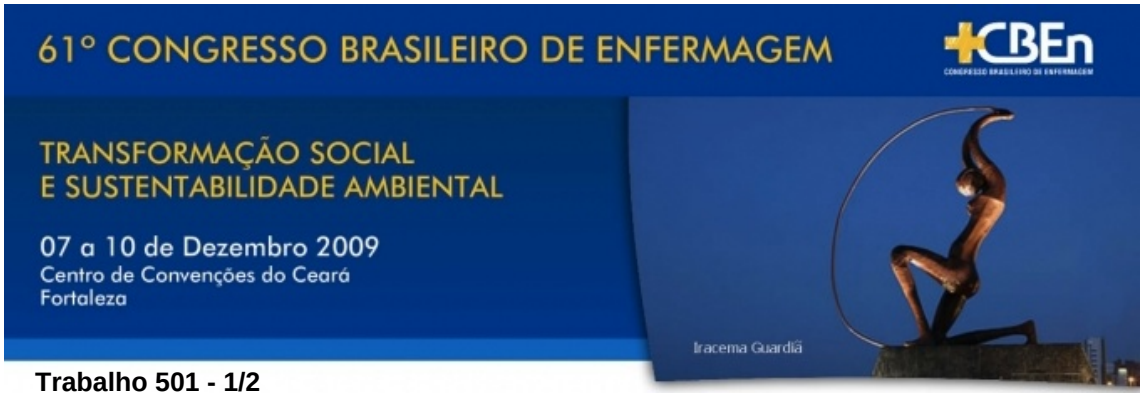
Bibliografia:

CHLESA, A. M.; CLAMPONE, M. H. T. Princípio Gerais para a Abordagem de Variáveis Qualitativas e o Emprego da Metodologia de Grupos Focais. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Rev. Brasileira de Saúde da Família. Brasília**, Ano II, n.4, jan, 2002.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (org.) **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.176p.

NOGUEIRA, R. P. As dimensões do trabalho em saúde. In: FILHO, A. A.; MOREIRA, M. C. G. B. (org.). **Saúde, trabalho e formação profissional.** Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1997.p.71-79.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B.; LATORRE, M. do R. D. de O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v.38, n.1, fev, 2004.

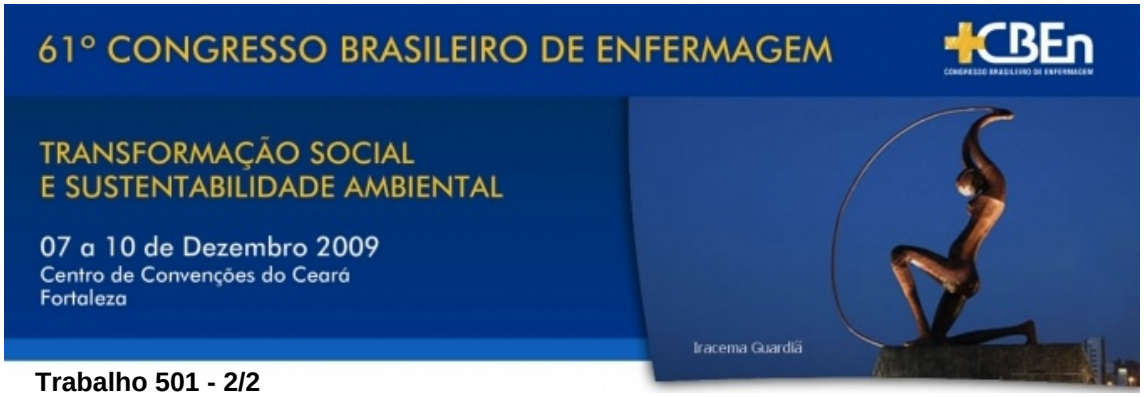


Trabalho 501 - 1/2

ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA NO MUNICÍPIO DE PICOS: UMA RELAÇÃO COM FATORES SOCIOECONÔMICOS

[1]DUAILIBE, Felipe Tavares
[1]SILVA, Nayana Ferreira da
[1]SÁ, Natali da Silva
[4]FREITAS, Rivelilson Mendes de

A esquistossomose, no Brasil, é uma doença causada pelo helminto *Schistossoma mansoni* e é uma das doenças de maior prevalência entre as veiculadas pela água, acometendo cerca de 200 milhões de pessoas e ocupando o segundo lugar, em importância socioeconômica, depois da malária. A esquistossomose mansônica somente se torna endemia em uma região se estiverem presentes certas condições particulares e características do ecossistema em que circulam os parasitos, tais como: fontes de infecção, presença na área de pelo menos uma espécie de planorbídeo do gênero *Biomphalaria* e pelos hábitos da população. O presente trabalho tem como objetivo determinar a prevalência da esquistossomose no município de Picos, Piauí, verificar qual o bairro mais afetado e relacionar com as suas principais características socioeconômicas. A coleta dos dados foi realizada por meio de uma investigação epidemiológica do tipo analítica, transversal e retrospectiva, analisando dados registrados durante o período de 2003 a 2008, através de consultas dos dados coletados e registrados pelo Centro de Referência no Controle de Zoonozes do município de Picos e por meio de aplicação de um questionário para avaliar o perfil socioeconômico do bairro mais afetado pela esquistossomose. Dentre os bairros acompanhados, foram registrados 37 casos de esquistossomose. Dos exames realizados foi visto que somente 0,1% dos casos foram positivos. Portanto, por meio das análises dos casos registrados foi determinada a prevalência de esquistossomose de 0,1 casos por mil no município de Picos, Piauí. Sendo identificado o maior número de casos no bairro Junco com 59,45%. Analisando os dados colhidos nos questionários aplicados nas residência do bairro mais afetado verificou-se que a população é predominantemente de baixa escolaridade sendo 29,4% com ensino fundamental incompleto, 21,6%

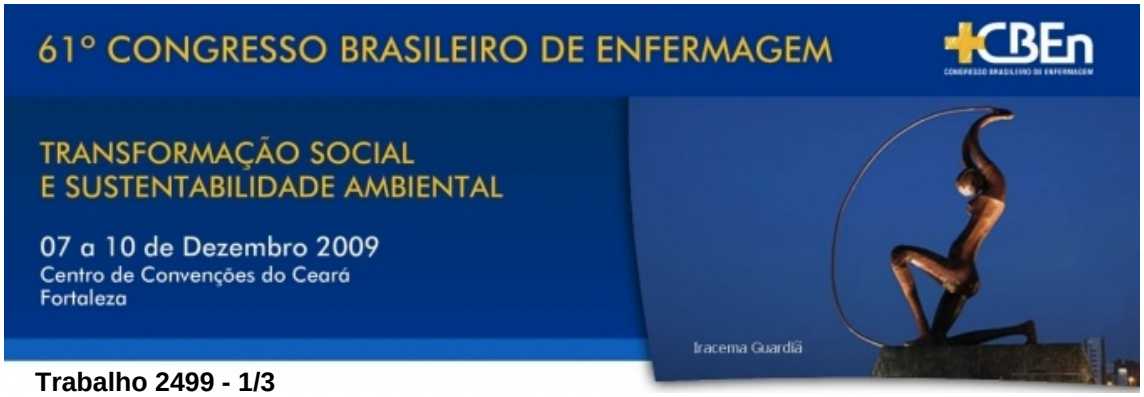


analfabetos, 19,6% com ensino médio incompleto, 9,8% com ensino médio completo e 17,66% não souberam definir. No que se refere à renda dos moradores verificou-se que 55% possuem renda familiar entre 2 e 4 salários mínimos. Embora tenha sido observado um alto índice de baixa escolaridade e um baixo poder aquisitivo dos residentes do bairro mais afetado, o número de casos positivos foi relativamente pequeno. É importante ressaltar que a infecção pelo *Schistossoma mansoni* está vinculada as coleções hídricas em que hajam a presença de moluscos hospedeiros, e mesmo tendo sido observado por meio do estudo um pequeno número de casos faz-se necessária a implementação de políticas públicas que visem diminuir a população desses vetores para que consequentemente haja a eliminação dos casos de esquistossomose mansônica na cidade de Picos. Referências: 1. Fundação Nacional de Saúde. Controle da Esquistossomose - Diretrizes Técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. 2. Rey, L. Parasitologia. 3 ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2001.

Descritores: Esquistossomose; Prevalência; Fatores socioeconômicos.

[1]Acadêmicos do 6º Semestre do Curso de Enfermagem da UFPI. e-mail para contato: felipetduailibe@hotmail.com

[2]Farmacêutico, Doutor em Farmacologia e Professor Adjunto de Farmacologia da Universidade Federal do Piauí - UFPI.

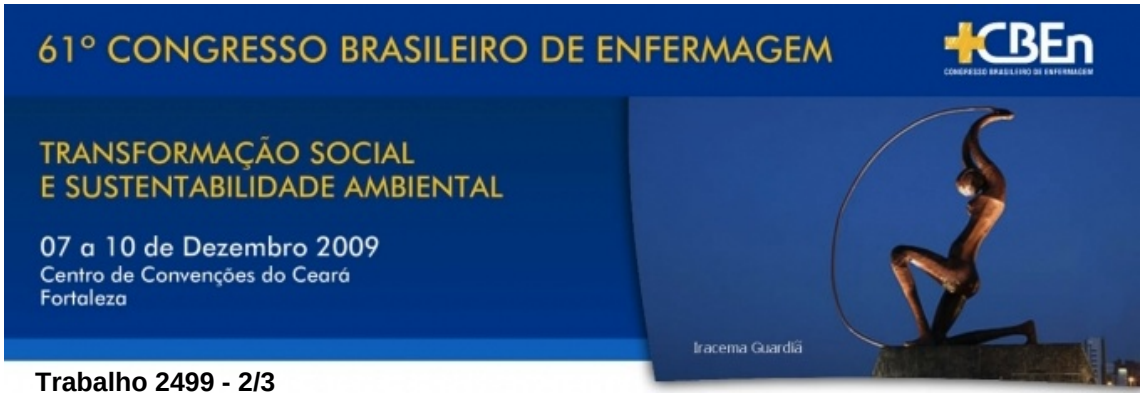


Trabalho 2499 - 1/3

ESTRUTURAÇÃO FÍSICA E MATERIAL PARA A ASSISTÊNCIA NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: CONHECENDO A REALIDADE DE UM HOSPITAL DA ZONA NORTE DO CEARÁ

MORAES, Késia Marques[1]
VASCONCELOS, Dayse Paixão e[2]
ÁVILA, Antônia Rejânia[3]
RIOS, Nara Raquel Fonteles[4]
SANTIAGO,Luciana Maria Montenegro[5]
SILVA, Regina Célia Carvalho da[6]

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) apresenta-se como situação dramática, responsável por morbimortalidade elevada, mesmo em situações de atendimento ideal. Na PCR, o tempo é importante, estimando-se que, a cada minuto que o indivíduo permaneça em PCR, 10% de probabilidade de sobrevida sejam perdidos. O atendimento padronizado e imediato nessa situação clínica pode ter implicações prognósticas favoráveis. Quando ocorre uma parada cardíaca ou alguma emergência que ponha a vida em risco, uma resposta rápida e hábil pode fazer a diferença entre vida e morte e entre a sobrevivência intacta e as seqüelas. A Parada Cardiorrespiratória é definida como uma condição súbita e inesperada de deficiência absoluta de oxigenação tissular, seja por ineficiência circulatória ou por cessação da função respiratória, constituindo-se a mais importante emergência cardiovascular. Os dois componentes do atendimento cardiovascular de emergência são: o Suporte Básico de Vida (SBV) e o Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC). O SBV inclui as intervenções que podem ser realizadas rapidamente por pessoas treinadas, para garantir o reconhecimento das emergências comuns, a manutenção das vias aéreas pérvias, da respiração, oxigenação e circulação adequadas, e do acesso rápido ao SAVC. O sucesso do atendimento numa reanimação requer também uma infra-estrutura adequada, que proporcione atendimento com o máximo de eficiência e um mínimo de riscos para o paciente e equipe. Além disso, é importante um trabalho harmônico e sincronizado entre os profissionais, pois a atuação em equipe é necessária para se atingir o maior objetivo da assistência, ou seja, a recuperação do paciente.

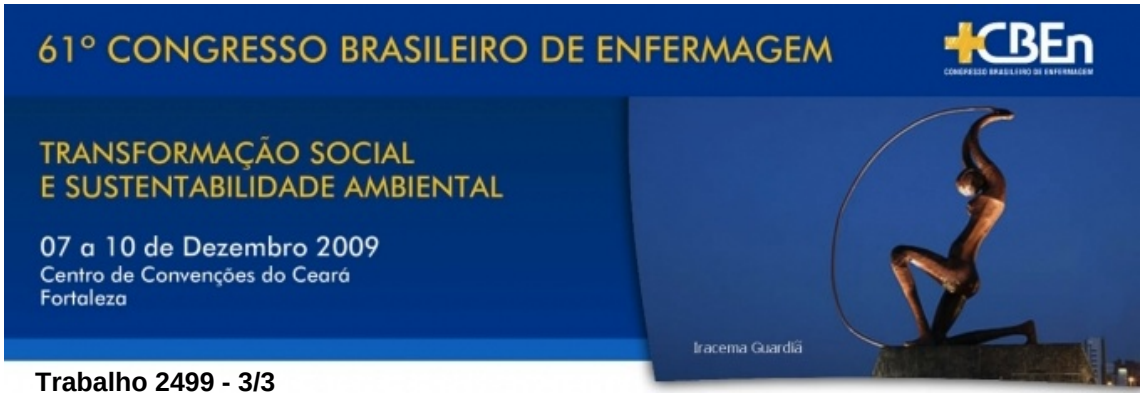


Trabalho 2499 - 2/3

Estudos sobre a ressuscitação cardiopulmonar dentro do ambiente hospitalar têm demonstrado a efetividade das manobras de ressuscitação, com significativo número de pacientes recebendo alta. O objetivo da pesquisa é conhecer a adequação da estrutura física e os recursos materiais presentes nas enfermarias no que se refere ao suporte ao uma pessoa em PCR. A pesquisa é do tipo descritiva com abordagem qualitativa, que responde a questões muito particulares, dando ênfase ao nível de realidade que não pode ser quantificada. Sendo assim, aborda um universo de significados, afirmações, emoções, motivos, crenças e atitudes que não podem ser reduzidas à operacionalização de variáveis. O local da pesquisa deu-se nas oito Unidade Clínicas do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral, onde foram entrevistados enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre o aparato existente, no mês de julho de 2008 a fevereiro de 2009. Foram utilizados gráficos e tabelas para demonstrar e explanar os resultados. Através do instrumento de pesquisa elaborado, buscamos traçar um perfil estrutural e de recursos materiais das enfermarias para a assistência durante uma parada cardiorrespiratória. Para tanto, implementando um check list onde os principais materiais necessários para a assistência foram checados quanto a presença e quantidade em cada setor. Quanto aos recusos materiais, todas as enfermarias apresentavam tábua rígida, máscara com pressão positiva de vários tamanhos, cânula de guedel, material de vias aéreas definitivas e eletrodos são equipamentos encontrados em todas as enfermarias. Quanto aos equipamentos, sete enfermarias possuem carro de emergência com desfiblilador e oxímetro de pulso é encontrado em cinco enfermarias. Todas as enfermarias possuem tubulação de oxigênio e ar comprimido porém não em todos os leitos. Com os dados acima, percebemos que a maioria das enfermarias apresentam recursos materiais e de equipamentos não dê subsídio para uma assistência de qualidade a uma pessoa em PCR.

BIBLIOGRAFIA:

1. ARAÚJO, I.E.M. **Ressuscitação Cardiorespiratória**. In: CINTRA, E.A., NISHIDE, V.M., CAVALCANTE, Tatiana de Medeiros Colletti; LOPES, Rita Simone. **O atendimento à parada cardiorrespiratória em unidade coronariana segundo o Protocolo Utstein**. Acta paul. enferm. , São Paulo, v. 19, n.1,2006.Disponível em: www.scielo.br/scielo. Acesso em: 31 Mar 2008.



2.MINAYO, Maria Cecília de Sousa; **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 7 ed, São Paulo, Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

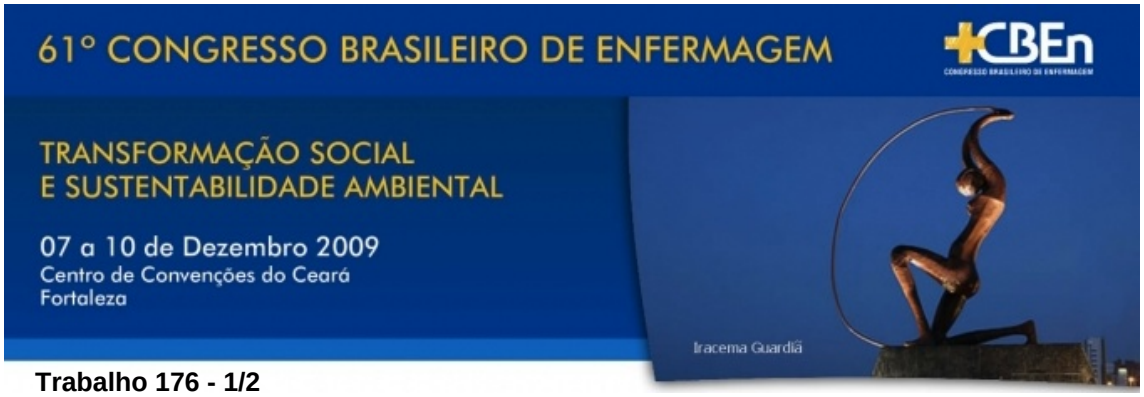
3.NUNES, W.A., organizadores. Assistência de enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu; 2000

4.AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte Básico de Vida para provedores de saúde**. Tradução de Dário Fortes Ferreira. Rio de Janeiro: Fundação Interamerican do Coração, 2002

5.SILVA S. C.; PADILHA, K.G. **Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva:** considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. Rev Esc Enferm USP 2001; 35(4): 360-5.

DESCRITORES: Ambiente de trabalho; Assistência à Saúde; Parada Cardiorrespiratória

1–Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Coordenadora de Enfermagem do Serviço de Emergência Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de Sobral,Coordenadora da Residência de Enfermagem em Urgência e Emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral – CE; E-mail: kesiammarques@hotmail.com ;
2–Enfermeira, Coordenadora do Serviço de Educação Permanente da Santa Casa de Misericórdia de Sobral – CE;
3–Enfermeira, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Universidade Estadual do Ceará – UECE, Coordenadora de Enfermagem do Serviço de Emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral – CE.
4–Enfermeira do Serviço de Infectologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral – CE;
5–Enfermeira, Especialista em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Diretora de Enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Sobral – CE;
6–Enfermeira, Mestre em Enfermagem Clínica-Cirúrgica pela Universidade Federal do Ceará – UFC, Coordenadora Geral da Residência de Enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Sobral – CE, Professora do Curso de EnfermahDiretora do Departamento de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Sobral – CE.

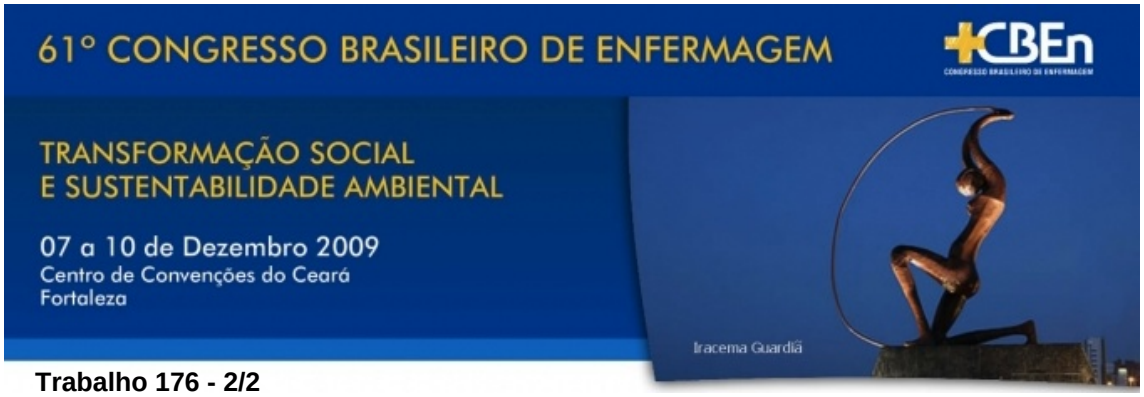


ESTUDO DE CAMPO TRANSVERSAL SOBRE A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA DIRECIONADA AOS PACIENTES DE UMA UTI PEDIÁTRICA OBTIDA POR MEIO DA CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

MACEDO, G.P.O.S; D´INNOCENZO, M.

Resumo

Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica é o cenário hospitalar em que crianças gravemente enfermas recebem tratamentos realizados por uma equipe multidisciplinar, além de cuidados prestados pela equipe de enfermagem[1]. Nesse ambiente hospitalar, almeja-se a melhoria contínua da qualidade de assistência no intuito de alcançar a excelência do cuidado[2]. **Objetivo**: Capacitar um total de 17 técnicas de enfermagem de todos os plantões de uma UTI Pediátrica para a realização adequada do procedimento de aspiração. **Método:** Estudo de campo transversal[3] desenvolvido em um Hospital Escola durante o período de estágio de uma das pesquisadoras. Treinamento, com fundamentação científica, que justificava a não utilização de solução fisiológica 0,9% foi ministrado ao público alvo. **Resultados:** Após período observacional de quatro semanas, verificou-se que todas participantes do plantão diurno (n=8) deixaram de instilar solução nas vias aéreas das crianças que necessitavam do procedimento de aspiração. As enfermeiras do plantão noturno, após responderem um instrumento elaborado, evidenciaram total adesão às mudanças de condutas relacionadas às suas equipes (n=9). **Conclusão:** A capacitação proporcionou maior qualidade de assistência e segurança às crianças da unidade[4]. **Bibliografia:** 1.Farias GH, Freire ILS, Ramos CS. Aspiração endotraqueal: estudo em pacientes de uma unidade de urgência e terapia intensiva de um hospital da região metropolitana de Natal –RN. Rev Eletrônica Enferm 2006; 8(1):63-9. 2.D' Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm. 2006;59 (1):84-8. 3.Polit D, Beck CT, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004. 4.Mota NVP, Melleiro MM, Tronchin DMR. A construção de indicadores de

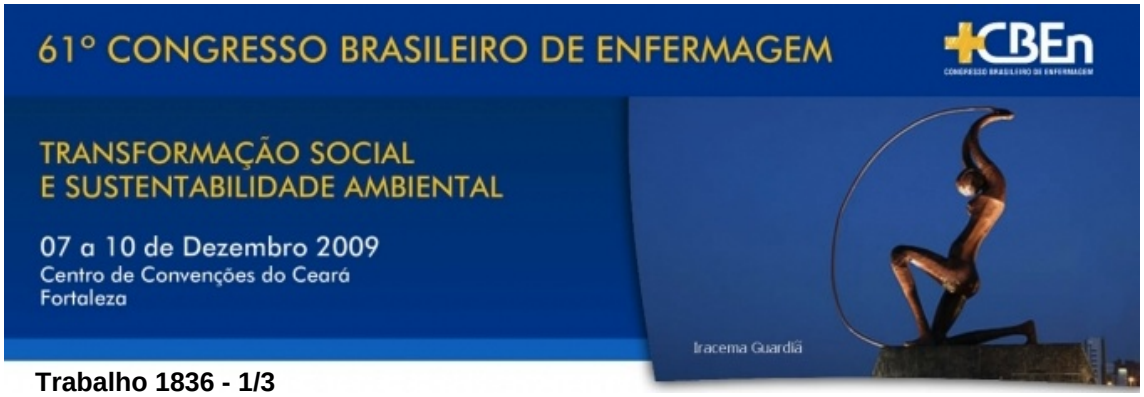


qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. RAS. 2007; 9(34):9-15.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica; Qualidade da Assistência à Saúde; Planejamento de Assistência ao Paciente; Educação em Enfermagem.

Giselle Pinto de Oliveira Sá Macedo
Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva e Emergências Pediátricas pelo Instituto da Criança – ICr/FMUSP. Enfermeira do Hospital São Paulo-Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP – São Paulo (SP)/ Brasil.
gigimacedo@yahoo.com.br

.
Maria D´Innocenzo
Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP – São Paulo (SP)/ Brasil.



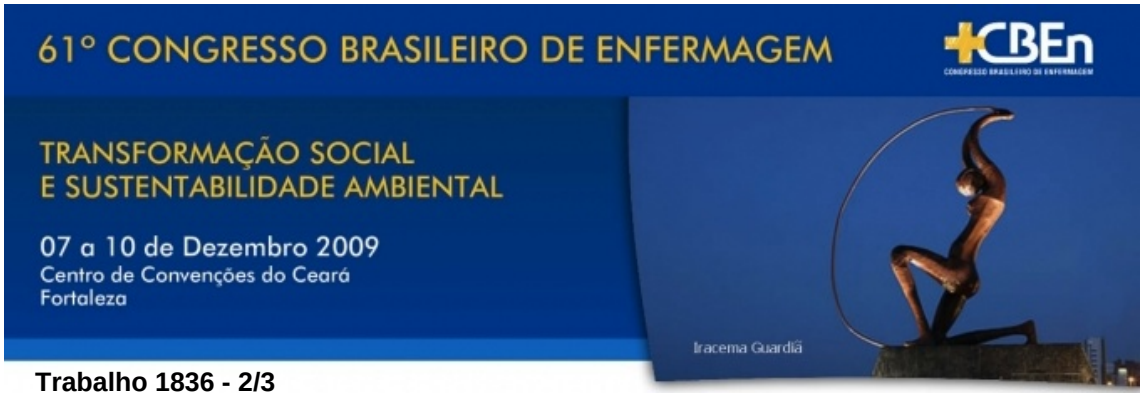
Trabalho 1836 - 1/3

ESTUDO DE CASO SOBRE OS SIGNIFICADOS DA EUTANÁSIA PARA OS AGENTES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DO DIREITO DE MORRER

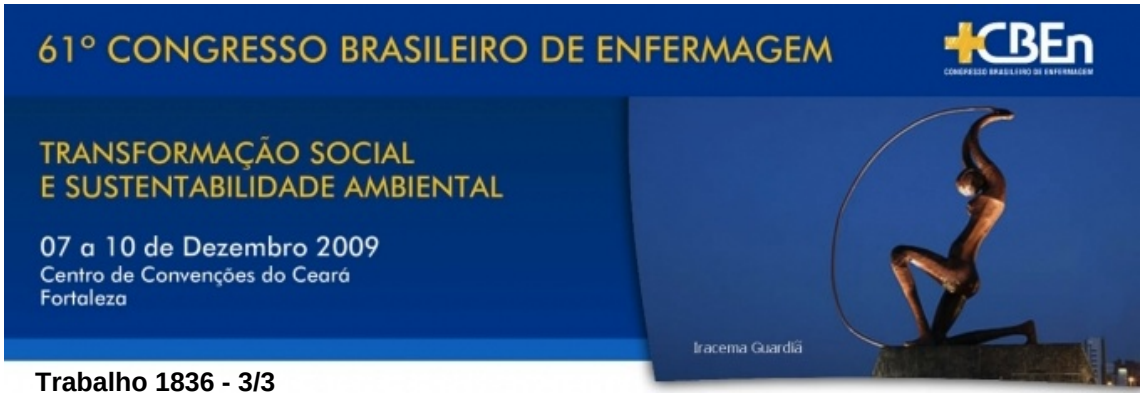
GURGEL, Wildoberto Batista[1]
MOCHEL, Elba Gomide[2]
SERRA, Rayna Bianca Rodrigues[3]

(INTRODUÇÃO): O termo *eutanásia* foi forjado pelo filósofo Francis Bacon, no século XVII, para significar a *boa morte*, mas, foi somente após a segunda guerra que ganhou popularidade e passou a fazer parte da agenda das discussões morais. Embora o significado contemporâneo do termo tenha se afastado muito da proposta de Bacon, manteve junto a esse a ideia subliminar de que a abreviação da vida por meios clínicos com o objetivo de alívio da dor e do sofrimento pode ser compreendida como uma *morte digna*, especialmente quando viver se tornou indigno. As primeiras reflexões morais sobre o assunto e que perduraram dominantemente até o final da década de 1990, como aparecem em Singer e Kuhse (2001), fizeram muitas divisões nas formas de apresentação do termo: *eutanásia voluntária, não-voluntária, involuntária, direta, indireta* etc, o que levou essa discussão por muitos caminhos, inclusive alguns meramente metafísicos. No entanto, com o início da positivação dos direitos dos moribundos, inclusive o de morrer, as discussões tomaram outro rumo: o da praticidade. Era preciso discutir *eutanásia* a partir de conceitos que interagissem com os procedimentos clínicos que passavam a ser adotados. Uma das mudanças resultantes foi que *eutanásia* deixou de ser vista como um momento (geralmente o momento da aplicação da injeção letal, do desligamento da máquina etc) para ser vista como um processo (clínico e jurídico) que envolve diferentes agentes e perspectivas, inclusive morais. Deixa-se até mesmo de falar em *eutanásia*, para se falar, como atesta Medina (2008), em *eutanásia holandesa, australiana...*

1 Filósofo, Doutor em Políticas Públicas, Professor Adjunto da UFMA.
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Associada da UFMA.
3 Graduanda em Enfermagem na UFMA.
Fone: 98 32398915
Email: raynabianca@hotmail.com



Coerentes com essa definição, decidimos investigar: quem seriam esses agentes? Quais as valorações envolvidas? O que significa *eutanásia* para cada um deles? (OBJETIVOS): Explanar as questões morais subjetivas que estão envolvidas com a prática da *eutanásia* nos países onde isso é legalizado a partir de um estudo de caso documentado pela BBC. (MÉTODOS): Abordagem qualitativa de cunho fenomenológico na qual busca-se a compreensão do significado das questões morais vivenciadas pelos envolvidos (familiares, profissionais de saúde e moribundos) no processo terapêutico conhecido como *eutanásia*. Optou-se pela técnica de estudo de caso, selecionando uma história real documentada pela BBC, e divulgado no vídeo-documentário *O fim da vida*. (RESULTADOS): Em termos de construção de significado moral, observou-se que o profissional age motivado pela noção de cumprimento do dever fundamentado na solidariedade e na autonomia do moribundo, noção essa reforçada pelos familiares. Já o moribundo, tem como regra moral a de viver sua vida só até o limite da suportabilidade, para si e para seus entes queridos. Percebe-se que tanto para o moribundo quanto para seus familiares a noção de limite do sofrimento é bastante cultuada, cuja fronteira, quando ultrapassada, não resolveria nenhum problema e aumentaria muito o sofrimento. O processo de luto antecipatório é uma variável que torna o processo mais aceitável, embora não menos doloroso. A *eutanásia* não é compreendida apenas como momento na qual a vida é interrompida, mas como todo o processo de atenção e cuidado às necessidades do moribundo em torno do qual esse ato é realizado. (CONCLUSÃO): Optou-se pela abordagem de Medina (2008) que considera *eutanásia* como a ação, devidamente autorizada, praticada por profissional de saúde com o intuito de aliviar a dor e o sofrimento por meio da abreviação da vida, de acordo com as normas estabelecidas por cada país, por ser aquela mais coerente com os princípios da fenomenologia. Como fenômeno contemporâneo, a *eutanásia* não deveria ser examinada em apartado da forma como se mostra. Uma reflexão metafísica ou conceitual poderia não dar conta da complexidade do processo e dos significados envolvidos. Somente a compreensão da *eutanásia* como um processo, e não como ato isolado, poderia dar conta dos significados morais dos agentes envolvidos com o direito de morrer. Tais significados são diferenciados segundo suas particularidades, mas, possuem alguns aspectos em



comum: o respeito à autonomia do moribundo, o caráter profissional da ação, o conforto da dor e o alívio dos sintomas, não antecipar a morte enquanto viver não for insuportável. Nesse sentido, pode-se dizer que o principal valor moral do direito de morrer é a manutenção da dignidade humana do moribundo.

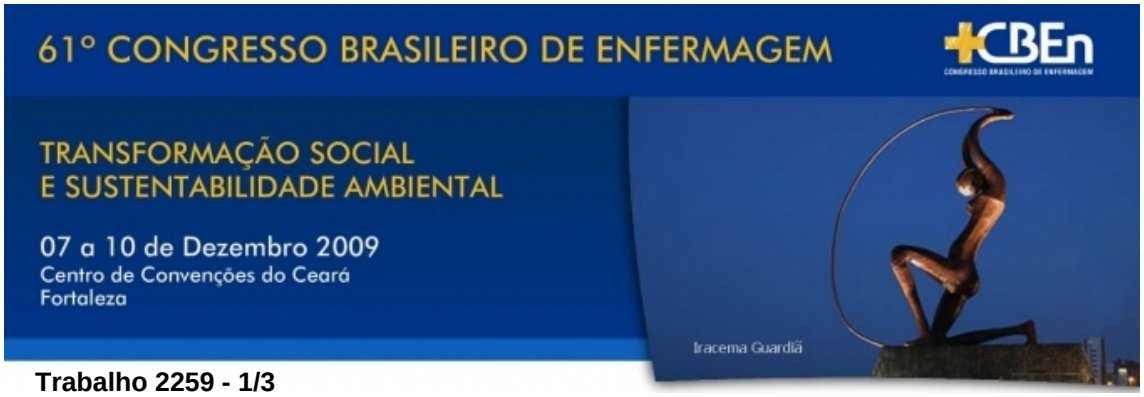
Palavras chave: Eutanásia; Direito de Morrer; Dignidade.

Referências:

BBC. **O fim da vida**. BBC Worldwide Ltd, 2001, v.7.

MEDINA, G. **Comentario a la Ley Holandesa de Eutanasia**. Disponível em: http://www.gracielamedina.com, acesso em 16 de agosto de 2009.

SINGER, P.; KUHSE, H. (ed). **A Companion to Bioethics**. Oxford: Blackwell, 2001.



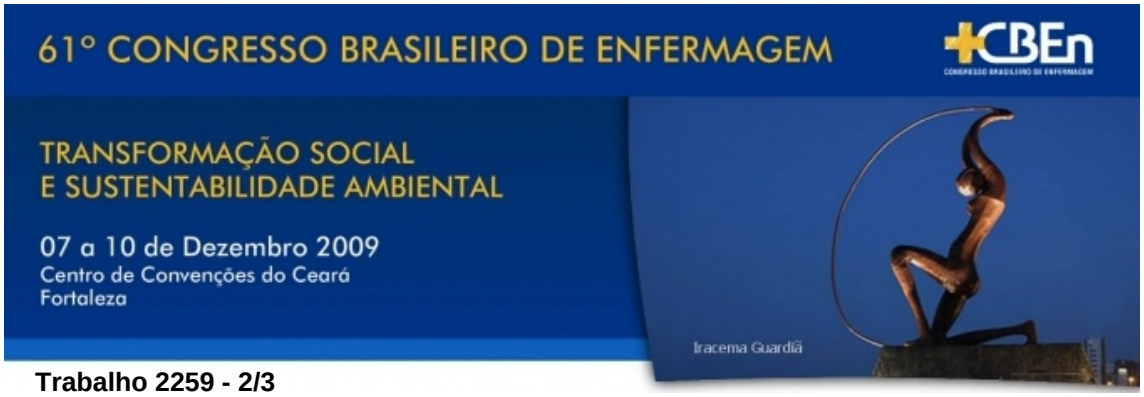
Trabalho 2259 - 1/3

EVIDÊNCIAS DA DIFICULDADE DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

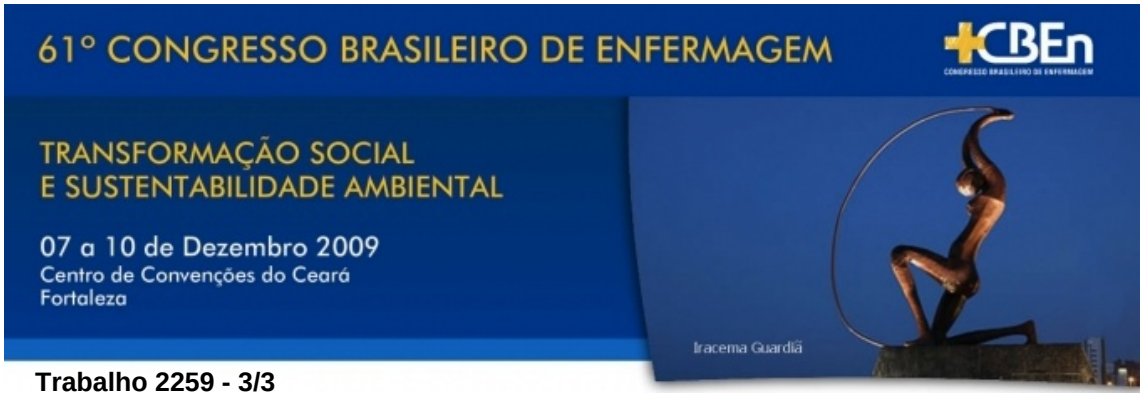
Marinho, Flávia Cristina Carvalho[1]
Martins, Sara Lorena Borges[2]
Pitta, Larissa Barreto[3]
Portella, Sandra Dutra Cabral[4]
Santos, Ana Paula Lopes dos[5]

INTRODUÇÃO: O gerenciamento de resíduos nas Unidades de Saúde tornou-se um grande desafio para os seus gestores, visto que o descarte inadequado de resíduos é capaz, em curto prazo, de favorecer o risco para acidentes entre funcionários e usuários do serviço, além de, em longo prazo, comprometer os recursos naturais e a qualidade de vida das atuais e futuras gerações. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), das 149.000 toneladas de resíduos residenciais e comerciais gerados diariamente, 2% é composta por Resíduos de Serviços de Saúde e, destes, 10 a 25% necessitam de cuidados especiais. Portanto, a implantação de processos de segregação dos diferentes tipos de resíduos, em sua fonte e no momento de sua geração, conduz certamente à minimização de resíduos, em especial àqueles que requerem um tratamento prévio à disposição final. Preocupada com a necessidade emergencial de se implementar um gerenciamento adequado dos resíduos de serviço de saúde (RSS), visando à redução dos riscos sanitários e ambientais, à melhoria da qualidade de vida e da saúde das populações e ao desenvolvimento sustentável, a ANVISA elaborou o Manual de Gerenciamento de Resíduos e determinou a obrigatoriedade de seu uso por parte de todos os estabelecimentos de saúde no Brasil. No entanto, percebe-se que tal obrigação não vem sendo cumprida de acordo com o preconizado pela legislação vigente. **OBJETIVOS:** Descrever o funcionamento do gerenciamento de resíduos em uma unidade básica de saúde no município de Salvador-Bahia. Relacionar os aspectos visualizados com o

[1] Graduanda em Enfermagem. Universidade do Estado da Bahia (flacrismarinho@hotmail.com)
[2] Graduanda em Enfermagem. Universidade do Estado da Bahia.
[3] Graduanda em Enfermagem. Universidade do Estado da Bahia.
[4] Mestre em Enfermagem, Docente da Universidade do Estado da Bahia.
[5] Graduanda em Enfermagem. Universidade do Estado da Bahia.



preconizado pela legislação de gerenciamento de resíduos da ANVISA. Identificar possíveis causas de gerenciamento de resíduos inadequado e suas conseqüências seja para Unidade (usuários e profissionais) ou para o ambiente (local onde o resíduo é armazenado antes da coleta). **METODOLOGIA:** Este relato é produto da experiência vivenciada por quatro alunas durante o sexto semestre do curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, no decorrer das atividades práticas da disciplina Gerenciamento em Enfermagem I, no período compreendido entre setembro a outubro de 2008, em uma Unidade de Saúde da Família na cidade de Salvador-Bahia. Para a realização deste estudo utilizou-se das seguintes técnicas: check list contendo elementos em concordância com as diretrizes preconizadas pela ANVISA; observação participativa e entrevista semi-estruturada com a gerente da unidade. **RELATO DE EXPERÊNCIA:** A experiência vivenciada mostrou que a falta de conhecimento dos profissionais em relação à forma correta do descarte e a ausência de um profissional habilitado para o gerenciamento de resíduos são fatores que condicionam a segregação e o descarte inadequados dos resíduos gerando o aumento dos custos, além do surgimento de fatores de risco para acidentes entre usuários e funcionários dentro da Unidade e da equipe responsável pela coleta. Além disso, a infra-estrutura foi considerada inadequada, por não conter a presença de locais específicos para a segregação e armazenamento desses resíduos, o que favorece o surgimento de um ambiente de risco, que torna as pessoas próximas do seu convívio susceptíveis ao contato com este resíduo e provável contaminação com elementos infectantes, potenciais causadores de processos patológicos, presentes em sua natureza. **CONCLUSÃO:** Existe por parte dos profissionais a necessidade de se manterem atualizados e vigilantes em relação ao cumprimento das normas em saúde a que estão submetidos pela legislação, evitando assim, o surgimento de ações que possam estar colocando os mesmos em risco, bem como a clientela que dele depende, ou seja, os usuários da rede de saúde. A presença de um profissional habilitado é fator que favorece o direcionamento correto dos resíduos produzidos, já que o mesmo é quem detém o conhecimento para coordenar, orientar e supervisionar os demais profissionais da unidade quanto às normas e condições estabelecidas para o seu gerenciamento. Tal profissional serviria, em tudo, como um incentivo para os



demais a utilizarem-se da forma correta no tocante ao descarte dos resíduos. Em relação à estrutura física, as unidades de saúde, ainda em seu projeto arquitetônico, devem possuir planejamento para a construção de um local adequado para o armazenamento. Porém, quando tal condição se torna impossibilitada, preconiza-se que a escolha do local para o funcionamento atenda às condições que facilite a coleta dos resíduos, que o armazenamento preferencialmente esteja localizado em posição de fácil acesso, sem que a equipe de coleta necessite transitar no interior das unidades.

DESCRITORES: Resíduos de Serviços de Saúde, Gerenciamento de Resíduos, Unidade de Saúde.

REFERÊNCIAS:

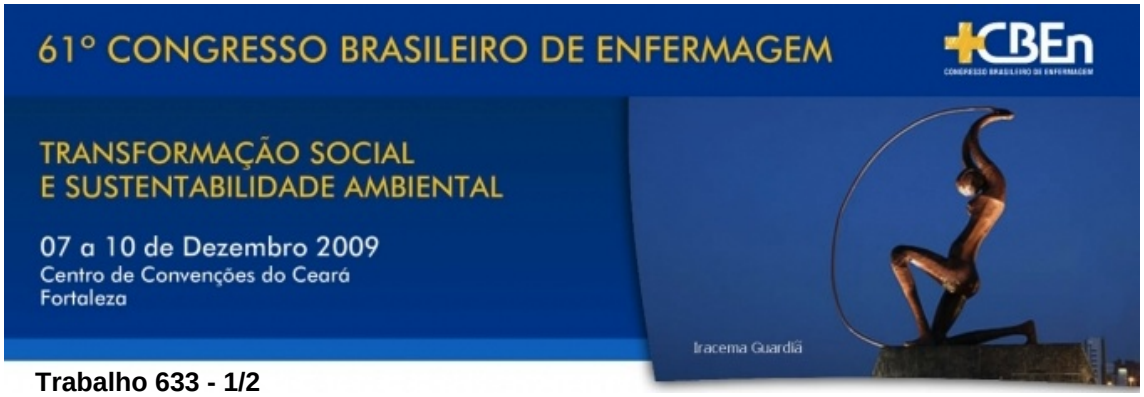
1. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.182 p.

2. ZAMONER, Maristela. Modelo para avaliação de planos de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS) para Secretarias Municipais da Saúde e/ou do Meio Ambiente. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, Dez. 2008 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2009.

3. LAHM, Janaína Verônica; LAZZAROTTO, Elizabeth Maria. **O enfermeiro no gerenciamento dos resíduos nos serviços de saúde. Disponível em: <http:// bvms.saude.gov.br/bvs/public acoes/ 57cbe/resumos/621.htm> Acesso em: 20 de Jan. 2009.**

4. BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2005, 4 Maio.

5. FERREIRA, João Alberto; ANJOS, Luiz Antonio dos. Aspectos de saúde coletiva e ocupacional associados à gestão dos resíduos sólidos municipais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, Jun. 2001 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Dez. 2008.



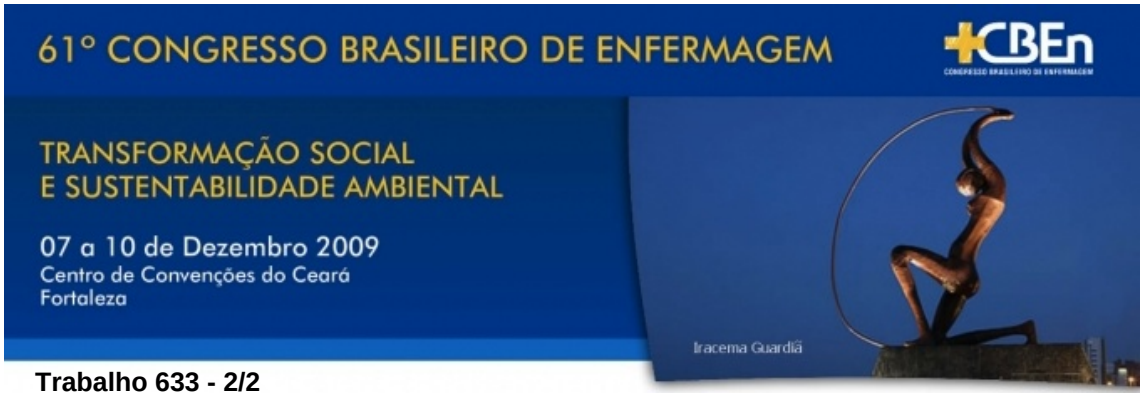
Trabalho 633 - 1/2

EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO–UTERINO NA PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS

Quirino, Glauberto da Silva[1]
Rocha, Edilma Gomes[2]
Matias, Ana Cristina Brito[3]

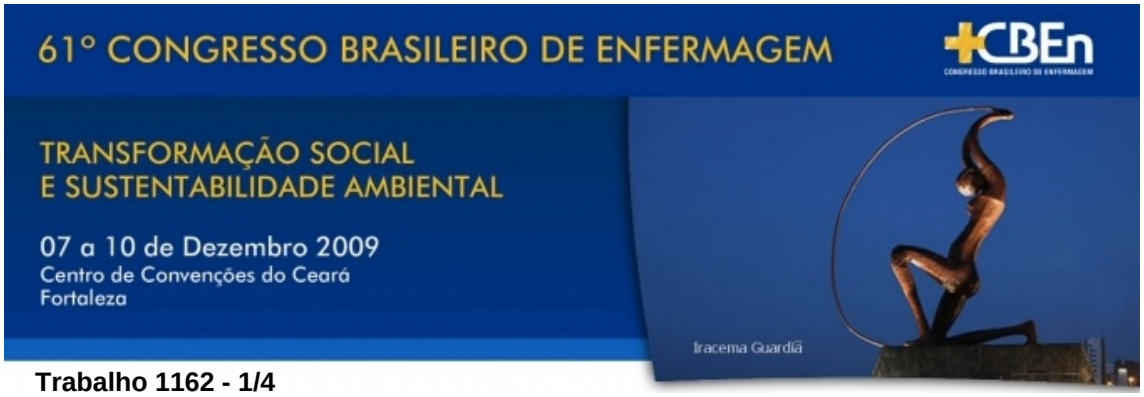
O câncer cérvico-uterino apresenta-se como uma importante morbidade prevalente no Brasil, podendo ser diagnosticado precocemente através do exame de Papanicolaou. No entanto, ainda encontramos dificuldade de cobertura do referido exame. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivos conhecer a percepção das usuárias quanto ao exame de prevenção do câncer cérvico–uterino de uma unidade do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Várzea Alegre – CE e compreender os motivos que levam as mesmas a não realizarem o exame preventivo. O estudo foi caracterizado como sendo descritivo com abordagem qualitativa, o qual contou com a participação de 20 mulheres cuja citologia oncótica ou foi realizada há mais de três anos ou nunca foi feita, os dados foram coletados a partir de uma entrevista semi-estruturada e após a transcrição, seguimos as etapas propostas da análise de conteúdo, o que possibilitou a identificação do núcleo central (sentidos, sentimentos), o qual, ao ser agrupado, recebeu identificação temática. As mulheres estudadas percebem o exame de prevenção do câncer cérvico-uterino como sendo necessário e importante, de caráter preventivo e diagnóstico, destacam como motivos para a não realização do mesmo a falta de tempo, a vergonha e o medo, evidenciamos que o conhecimento inadequado e a organização dos serviços de saúde, apresentada como deficiente na organização da demanda contribuem para a não adesão ao exame periódico. A implementação de uma assistência eficaz com impacto nos indicadores de saúde de uma população ainda se configura um desafio à medida que deve considerar as características sócio-históricas de uma

[1] Enfermeiro. Mestre em Bioprospecção Molecular (URCA). Doutorando em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde (UFSM). Professor da Universidade Regional do Cariri (URCA). E-mail: glaubertoce@hotmail.com
[2] Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem (UECE). Doutoranda em Enfermagem (USP). Professora da Universidade Regional do Cariri (URCA).
[3] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família (URCA). Enfermeira do Programa de Saúde da Família de Várzea Alegre (CE).



comunidade. Greenwood SA, Machado MFA, Sampaio NMV. Motivos que levam mulheres à não retornarem para receber o resultado do exame Papanicolaou. Revista Latino-Americana de Enfermagem [periódico on-line] 2006; 14 (4). Disponível em: URL: http://www.scielo.br [2007 abr. 6]. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Ferreira MLM, Oliveira C. Conhecimento e significação para funcionárias de indústrias têxteis sobre a prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia [periódico on-line] 2006; 52 (1). Disponível em: URL:http://www.scielo.br [2007 abr. 07]. Brasil. DATASUS. Indicadores de saúde. Cadernos de Informações de Saúde, Brasília, 2008. Disponível em: URL:http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ce.htm. [2009 mai. 04]

Descritores: Prevenção de Câncer de Colo Uterino, Programa Saúde da Família, Participação do Paciente.

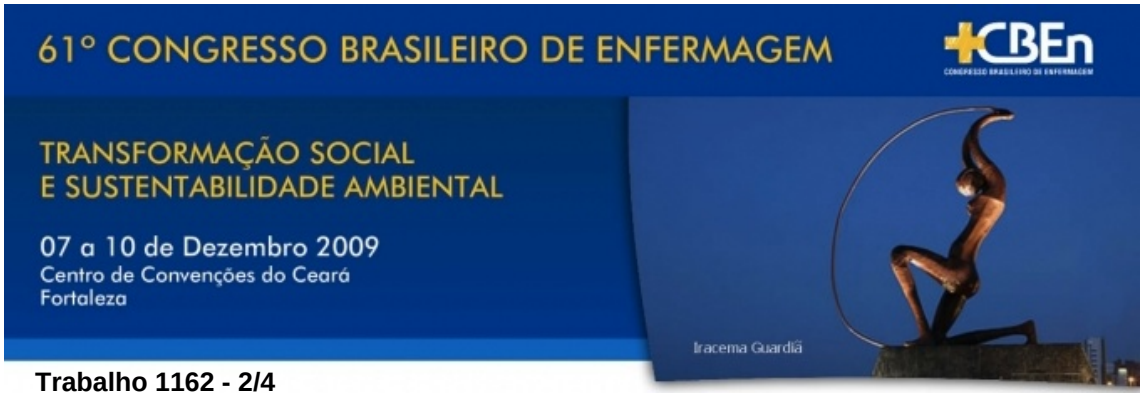


Trabalho 1162 - 1/4

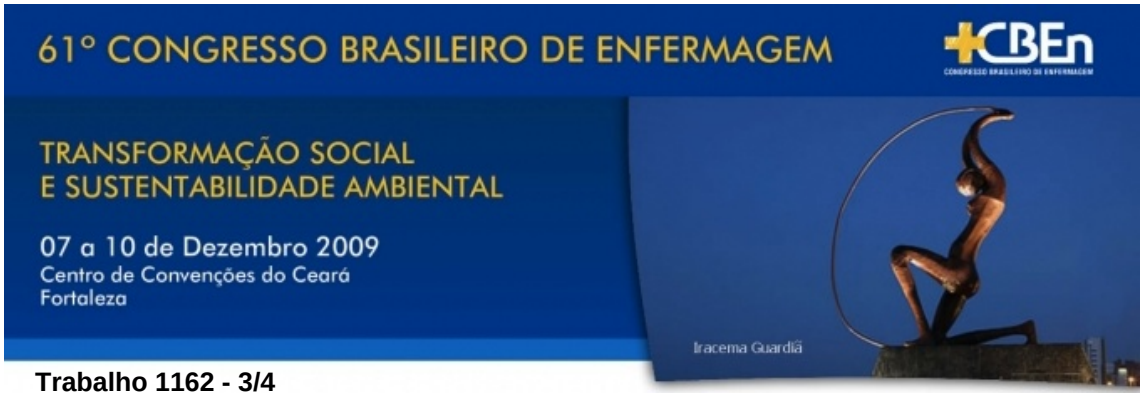
EXPERIÊNCIA VIVENCIADA POR DOIS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE TRABALHO DO SAMU/RN

DANTAS, Rodrigo Assis Neves [1]
COSTA, Isabel Karolyne Fernandes [2]
FARIAS, Glaucea Maciel de [3]
FREITAS, Mirna Cristina da Silva[4]
GOMES, Ilana Barros[5]
OLIVEIRA, Ana Cristina Feitosa de[5]

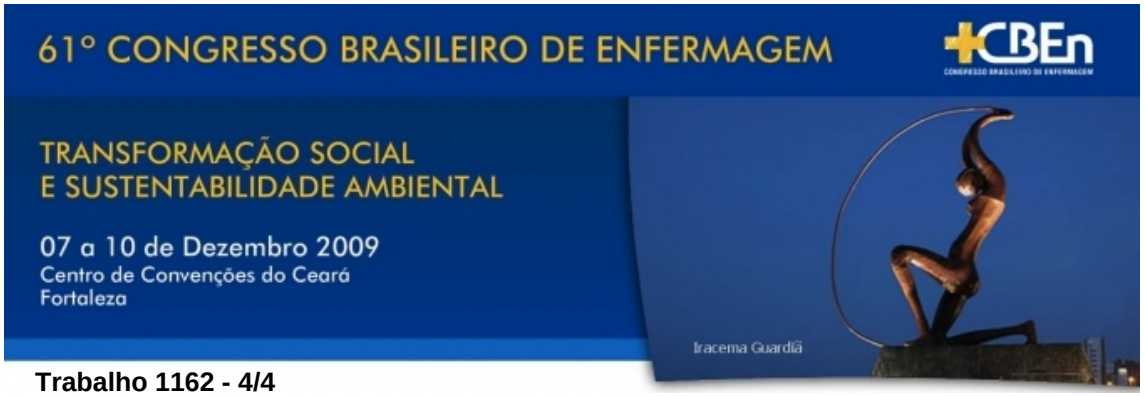
INTRODUÇÃO: o SAMU é um serviço prestado à população, eleito pelo governo federal, como primeira ação no enfrentamento às urgências pelo alto potencial de impacto de preservação da vida (BRASIL, 2003). Este serviço na região metropolitana de Natal, no Rio Grande do Norte, está situado às margens da BR-304, em Macaíba, sendo o primeiro SAMU da rede 192 do país, implantado em rodovia, permitindo mais agilidade para atender os agravos à saúde. Atualmente, atende oito municípios, beneficiando cerca de 500 mil habitantes de Parnamirim, Macaíba, Monte Alegre, Extremoz, São José de Mipibu, São Gonçalo do Amarante, Nísia Floresta e Ceará Mirim. Possui 11 unidades de suporte básico (USB), 02 de suporte avançado de vida (USA) e 04 viaturas de Backup. Atua neste serviço, uma equipe multiprofissional composta por 83 condutores socorrista, 54 técnicos de enfermagem, 11 enfermeiros, 01 farmacêutico, 05 auxiliares de farmácia, 14 médicos, 05 operadores de rádio, 02 operadores de frota, 11 telefonistas auxiliares de regulação médica e pessoal de apoio. Realiza cerca de 800 atendimentos mensais (BRASIL, 2009). **OBJETIVOS:** relatar a experiência da inserção de dois enfermeiros, no processo de trabalho do SAMU/RN. **METODOLOGIA:** trata-se de um relato de experiência de dois enfermeiros que iniciaram há três meses suas atividades no SAMU Metropolitano de Natal/RN. Um deles é graduado em enfermagem há dois anos, com especialização em urgência e emergência, mestrando em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN, atuando também na docência em 02 instituições de ensino superior de graduação em enfermagem e membro do grupo de pesquisa enfermagem



clínica. O segundo enfermeiro é recém-graduado pela mesma instituição, foi bolsista de PIBIC, é aluno especial do Curso de Mestrado e integrante do mesmo grupo de pesquisa. **RESULTADOS**: a nossa experiência teve início após termos sido aprovados em um concurso público para atuarmos em uma instituição de saúde do Estado. A seleção das unidades onde deveríamos desenvolver nossas atividades aconteceram, sem termos nenhuma interferência tanto no que se refere às nossas aptidões ou mesmo experiências anteriores. Como já atuávamos como bolsistas de um grupo de pesquisa em enfermagem clínica, e a área de atuação da nossa orientadora era a de urgência e com a qual nos identificávamos, torcíamos para atuar em um serviço de atendimento de urgência. Esta vontade foi consolidada quando assinamos o nosso contrato. Partimos então para luta e para tanto, traçamos um roteiro sucinto de como seria a nossa chegada e inserção no processo de trabalho deste serviço. A nossa grande preocupação estava mais voltada para a pouca experiência; no entanto, tínhamos certeza que isto com algum esforço, seria superado pela vontade de exercer nossas atividades neste serviço. Nosso primeiro dia foi a consolidação de um sonho e logo iniciamos um processo de entrosamento com todo o complexo da instituição e profissionais que lá atuavam. Sentimos-nos muito orgulhosos de agora fazermos parte de uma equipe que acima de tudo fazia o máximo de esforço para dar o melhor de si no que se refere ao cuidado às vítimas com agravo à saúde. Imediatamente fomos incluídos em um cronograma de treinamentos específicos e capacitação para o bom desenvolvimento profissional. Inicialmente, nos foram atribuídas atividades nas USB, para que pudéssemos por em prática o atendimento pré-hospitalar (APH) básico. Paralelamente, nos foi oferecido treinamentos em suporte básico e avançado de vida (SBV e SAV), técnicas de imobilização e mobilização, semiologia e semiotécnica no APH, além de incentivo a participação em congressos e cursos específicos da área. Posteriormente, entramos na escala das USA, onde se dá o processo de trabalho operacional do enfermeiro. Constatamos que atuamos, nos mais diversos ambientes, em situações de limite de tempo onde temos que tomar decisões imediatas, baseadas em conhecimento e rápida avaliação. Dentre as atividades já realizadas, podemos relatar: execução de prescrições médicas por telemedicina, assistência direta ao paciente grave, auxilio no parto normal sem distorcia, cuidados ao recém



nascido, transferência de pacientes graves para um hospital especializado, preparo e administração de medicamentos vasoativos, monitorização cardíaca, reanimação cardiopulmonar e auxilio nas mais variadas manobras invasivas como entubação oro e naso traqueal, acesso venoso central, toracocentese. Além dessa participação, somos responsáveis pela checagem do material que compõem a ambulância e atribuições dos profissionais em cada USB. A nossa jornada de trabalho é longa, o plantão é de 24 horas, tempo este que ficamos na base do SAMU, aguardando sermos chamados a qualquer momento. Diariamente, constam na equipe do plantão 02 enfermeiros, pois existe a possibilidade do surgimento de 02 ocorrências concomitantes, ou em acidentes com múltiplas vítimas que necessitem de mais profissionais de SAV para o atendimento. O nível de ansiedade é grande e mesmo quando tentamos relaxar, ficamos sempre em sinal de alerta aguardando o chamado através do rádio. Nossa experiência também é marcada pela interdisciplinaridade, pois fazem parte dessa equipe, quando necessário, defesa civil, policiais civis e rodoviários para manterem a segurança da cena do evento, seja ele acidental ou intencional como nos casos de violência. Dentre os desafios enfrentados, além da pouca experiência na área, destacamos a falta de materiais básicos, como luvas, compressas, fitas de hemoglico teste (HGT), tirantes para as pranchas, além de viaturas com estado de conservação a desejar. Acrescentamos ainda a deficiência em número de alguns profissionais, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem. **CONCLUSÕES:** nossa atuação como profissionais do SAMU está permanentemente cercada de novos desafios, que exigem prontidão, pois quanto mais difíceis, maiores serão as exigências para superá-los. Assim, apesar da nossa pouca experiência, os programas de educação continuada, cursos específicos oferecidos pelo sistema e acima de tudo, o trabalho em equipe prestado em cada ocorrência, nos proporciona conhecimento e habilidade técnica que nos instrumentalizam para a realização de um cuidado rápido e eficaz. Por fim, expressamos nossa satisfação em fazer parte desse serviço, que apesar das atividades estressantes de busca e salvamento das vítimas em situação iminente de morte, traz consigo uma elevada satisfação para o ser enfermeiro.



Palavras-chave: Enfermagem em Emergência; Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar; Unidades Móveis de Emergência.

EIXO 4: INTERFACE POLÍTICA E AMBIENTAL, POLÍTICAS DE SAÚDE, CUIDADO DE ENFERMAGEM

3. Saúde, ambiente, trabalho e biossegurança na Enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. **Setor de Informação do SAMU Metropolitano/RN**. SAMU Metropolitano: Macaíba/RN, 2009.

---

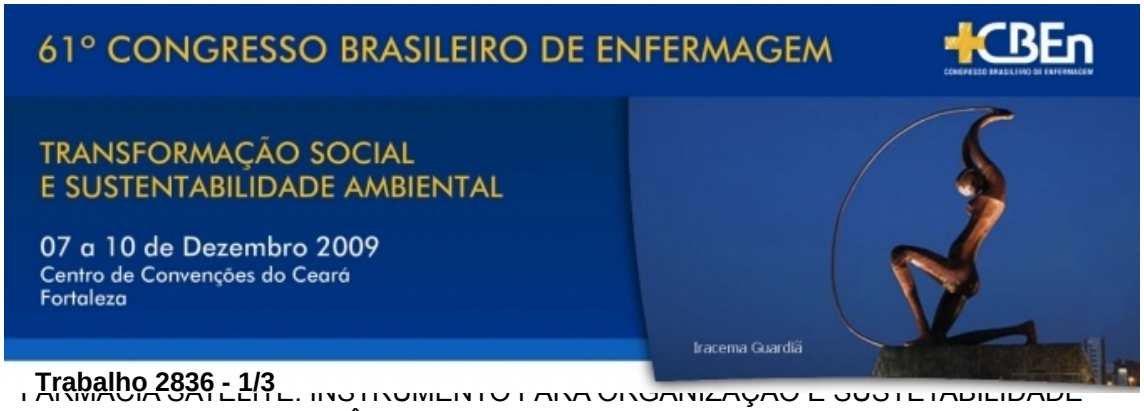
1. Enfermeiro. Urgêncista do SAMU Metropolitano de Natal/RN. Mestrando do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFRN.

2. Enfermeira. Urgêncista do SAMU Metropolitano de Natal/RN. Aluna Especial do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFRN.

3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Professor Associado dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFRN. Orientadora do trabalho.

4. Enfermeiranda. Bolsista PROPESq de Iniciação Científica da UFRN.

5. Acadêmicas de enfermagem. Bolsistas Voluntárias de Iniciação Científica da UFRN.



FARMÁCIA SATÉLITE: INSTRUMENTO PARA ORGANIZAÇÃO E SUSTETABILIDADE DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Lopes, Camila Rodrigues[1]
Rios, Nara Raquel Fonteles[2]
Silva, Regina Célia Carvalho da[3]
Ávila, Antônia Rejânia[4]
Ávila, Hellen Keller[5]

INTRODUÇÃO:

A Farmácia Satélite responde por inúmeros processos desde a aquisição até a distribuição dos medicamentos, incluindo o armazenamento, a conservação e o controle. Ao ser implementada no Serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral a farmácia satélite tinha como objetivos: a dispensação de medicamentos e materiais médicos hospitalares através de kits; a unificação do estoque da Emergência Adulta e Pediátrica; maior controle dos medicamentos e materiais que são direcionados ao setor. Com a farmácia satélite busca-se também uma redução nos gastos com materiais e medicamentos uma vez que são retirados somente as quantidades que é utilizada pelo paciente, dessa forma o desperdício é evitado, assim como a formação de estoques desnecessários no setor. Após a implantação desse novo serviço no setor de emergência surgiu à necessidade de avaliar seu funcionamento sob a ótica daqueles que trabalham na farmácia satélite.

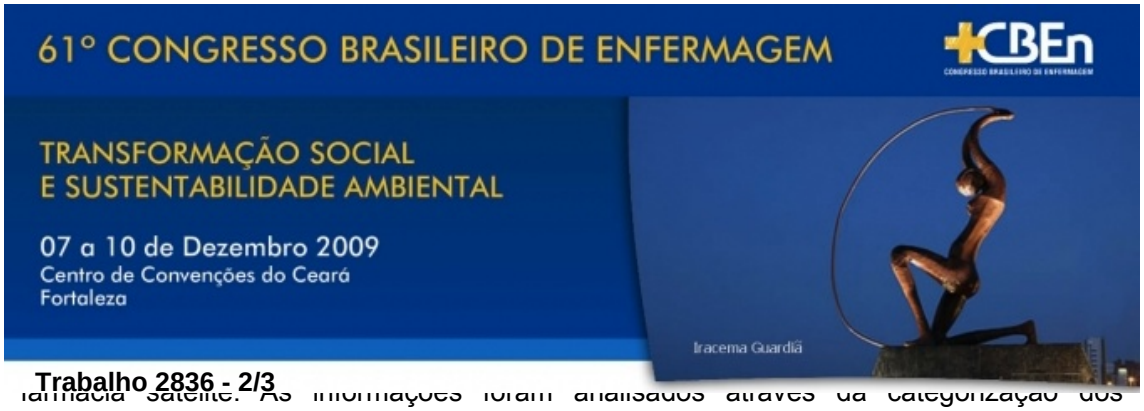
OBJETIVOS:

Esse estudo objetiva conhecer a opinião dos funcionários, que atuam na farmácia satélite, sobre a implantação da mesma e investigar quais as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais que trabalham na farmácia satélite.

METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo exploratório descritivo. O cenário foi o Serviço de Emergência Adulto e Pediátrico da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. A coleta de dados deu-se através de um entrevista semi-estruturada. Os sujeitos foram a equipe de enfermagem da

[1] Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú.
2 Enfermeira. Especializanda em Urgência e Emergência. Enfermeira assistencialista do Serviço de Infectologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral.
3 Enfermeira. Mestre. Diretora de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú.
4 Enfermeira. Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. Enfermeira Coordenadora do Serviço de Emergência Adulto da Santa Casa de Misericórdia de Sobral.
5 Enfermeira assistencialista da Maternidade Santana, Santa Casa de Misericórdia de Sobral.



farmácia satélite. As informações foram analisados através da categorização dos resultados.

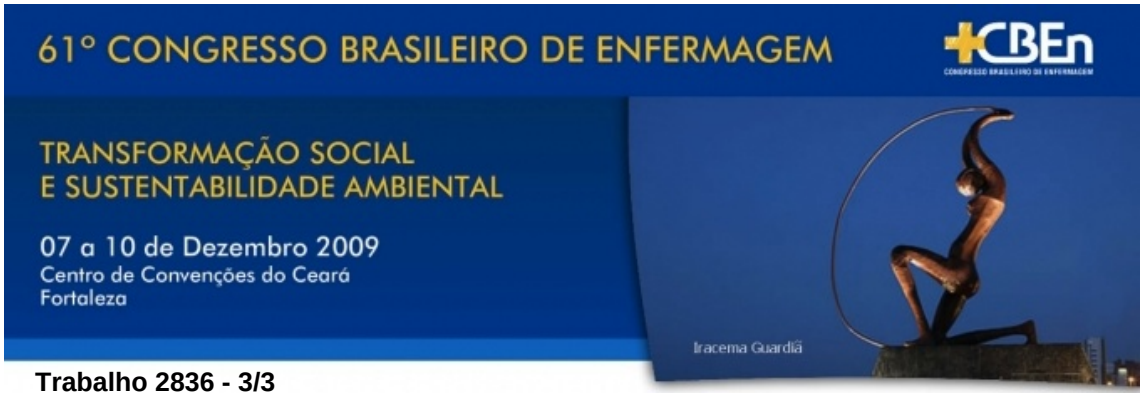
RESULTADOS:
Descobriu-se que a equipe acredita que a implantação da farmácia foi importante para centralizar todo material de medicamentos e material médico hospitalar usado no serviço de emergência, que esta facilitou a dispensação de medicação e material médico-hospitalar e proporcionou a unificação do estoque da Emergência Adulta e Pediátrica, além de contribuir para evitar desperdício e prejuízo para Unidade e garantir maior controle no direcionamento das medicações. As principais dificuldades enfrentadas segundo a equipe foram a não aceitação do processo por alguns profissionais, as dificuldades em promover a conscientização sobre os benefícios deste processo, a saída de Kits da Farmácia Satélite incompletos, a falta de capacitação para a formação dos Kits e a entrada de funcionários não autorizado na farmácia o que dificulta a organização do serviço.

CONCLUSÃO:
Entendemos que a equipe conseguiu apreender os objetivos da farmácia satélite e que possui perspectivas compatíveis com a coordenação do serviço sobre a implantação da mesma. Observamos que ainda são apontadas muitas dificuldades e concluímos que a realização do estudo proporcionou subsídio para a criação de estratégias de enfrentamento para o aprimoramento desse instrumento de organização e sustentabilidade do Serviço de Emergência.

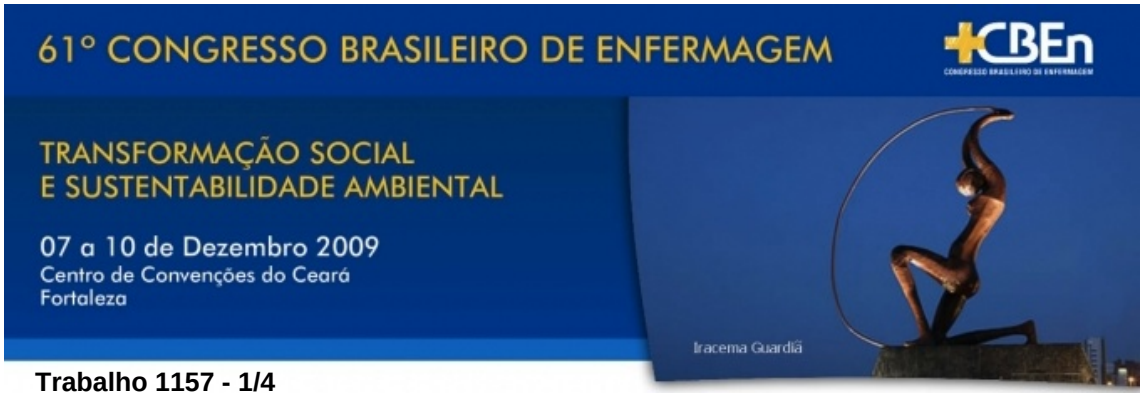
DESCRITORES:
Serviço Hospitalar de Emergência; Enfermagem em Emergência; Farmácia.

BIBLIOGRAFIA:

GUEDES, Rosana Maria de Aguiar; LIMA, Francisco de Paula Antunes; ASSUNCAO, Ada Ávila. The quality program in the hospital sector and the nursing activities: the medication case. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400029&lng=en&nrm=iso>. access on20 Aug. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232005000400029



Trabalho 2836 - 3/3



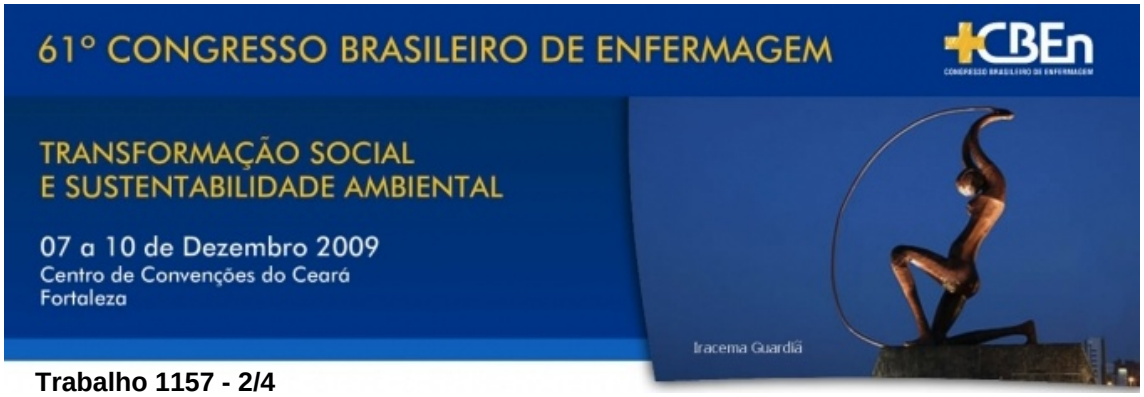
Trabalho 1157 - 1/4

FATORES QUE COMPROMETEM À ADESÃO ÀS CONDUTAS DE AUTOCUIDADO NO PROGRAMA DE TRATAMENTO DE UVC – ABORDAGEM EDUCATIVA DA ENFERMEIRA.

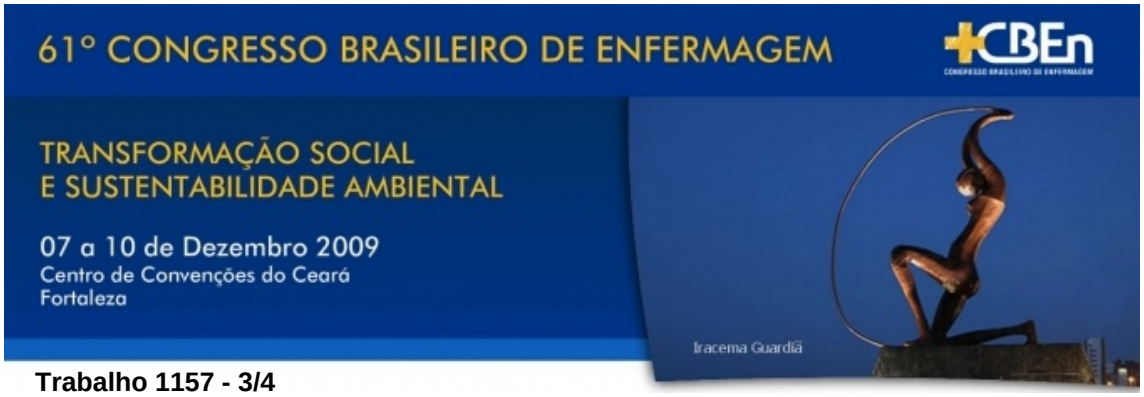
CUNHA, Fátima Cristina Fagundes Freitas da[1]
ROCHA, Thássia da Silva Mello[2]
SOUZA, Tânia Maria Silva de[2]
SOUZA, Thaynara Oliveira de[2]

Esta pesquisa foi realizada por três acadêmicas do quinto período da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). No estabelecimento de Saúde onde realizou-se este trabalho de campo prático, desenvolve atividades assistenciais no nível de atenção primária e secundária em saúde. Considerando a Sala de Curativos como um cenário do tratamento ambulatorial de tratamento de Úlceras Venosas Crônicas de Membros Inferiores (UVCMMII), a conduta de enfermagem é avaliar a eficácia do tratamento. As UVCMMII são causadas pela insuficiência venosa resultante da obstrução das válvulas venosas nas pernas podendo afetar as veias superficiais e profundas. As ulcerações surgem pela deficiência da circulação venosa dos membros inferiores e pela hipersensibilidade local. Vale ressaltar que o tratamento é realizado semanalmente pelo mesmo profissional com planejamento focando o autocuidado. Segundo OREM (1991) *"*autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento humano*".* Um aspecto do papel do enfermeiro no cuidado da ferida é o educativo. A educação do paciente e de seus familiares é importante para ampliar a compreensão e a colaboração dos vários aspectos dos cuidados, sustenta DEALEY (1996, p.183). Mas o principal diferencial do cenário é a assistência desenvolvida pelos profissionais, enfatizando as necessidades

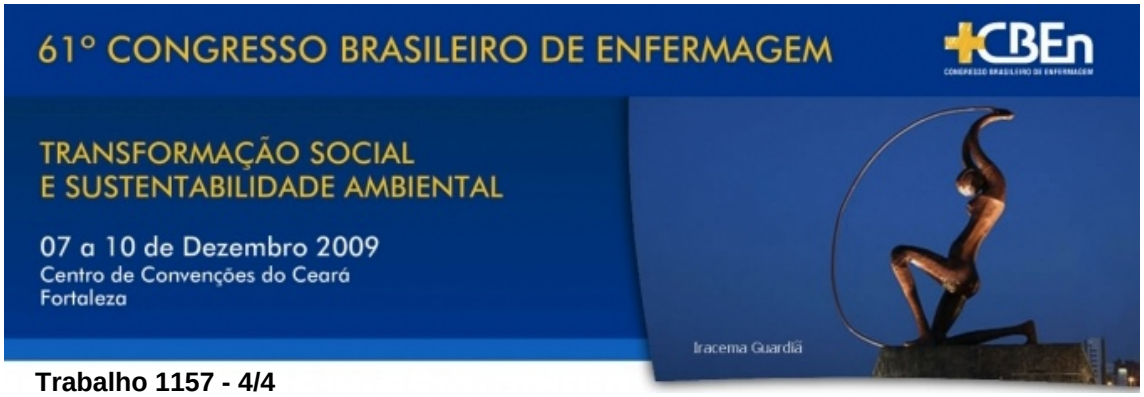
[1] Enfermeira Especialista. Preceptora de discentes do Curso de Enfermagem da EEAN/UFRJ.
[2] Discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da EEAN/UFRJ. E-mail: thassiarocha@gmail.com



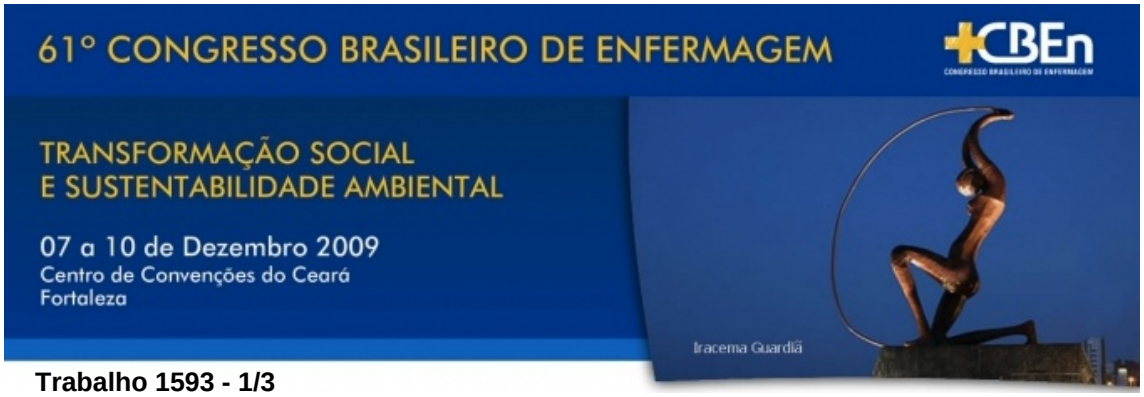
básicas do cliente, valorizando e resgatando a autoestima do mesmo e orientando quanto ao autocuidado, usando como referência os conceitos de Florence Nightingale sobre a importância da promoção da saúde. O tipo de assistência prestada faz com que os clientes sintam-se responsáveis pela sua recuperação, colaborando com a assistência e possibilitando uma maior eficácia do tratamento e melhora na qualidade de vida. Os clientes são fixos e permanecem sob os cuidados de enfermagem até que ocorra o processo de cicatrização, a finalização do tratamento só acontece com o término do período de prevenção de recidivas. Por essa ótica, percebe-se que o cuidado de enfermagem é árduo necessitando utilizar o Processo de Enfermagem sendo este uma estratégia e um instrumento de trabalho do enfermeiro. Com os acadêmicos inseridos no contexto, os cuidados prestados são individualizados, isso diz respeito à interação harmoniosa estabelecida entre acadêmico/cliente. A justificativa deste estudo se faz presente por diversos fatores, dentre eles podemos destacar o fato da UVCMMII ser considerada um problema epidemiológico por acometer grande parte da população brasileira. De todas as úlceras que acometem membros inferiores, 80% resultam de insuficiência venosa crônica e causam o isolamento social até pela família, pois vêem a ferida como algo que pode ser contagioso; autoimagem prejudicada, pois a ferida possui um odor característico; constrangimento; e o afastamento do local de trabalho pela perda parcial da capacidade funcional do indivíduo, gerando o agravamento das condições sócio-econômicas devido à diminuição da renda familiar. Com isto, explica-se o fato da preocupação com o surgimento de recidivas cada vez mais altas, estatisticamente comprovadas. É de grande relevância a percepção que o enfermeiro tem quanto à continuidade das medidas de autocuidado pelos clientes em suas moradias sem as quais o processo de cicatrização seria mais demorado. A Educação em Saúde está inserida nas medidas preventivas, por sua vez, fazem parte da atenção primária; dentro deste contexto educação em saúde é o principal veículo de tais medidas, sendo vista por REZENDE (1989) “como o processo mais eficiente das ações profiláticas e como atividade das mais relevantes em um país em desenvolvimento, já que é um instrumento de



transformação social*".* A partir dessas observações o objeto de estudo é: O não comprometimento dos clientes com as orientações de enfermagem quanto às medidas de autocuidado. Mediante estas notou-se pertinente os seguintes objetivos: Identificar se os clientes estão adotando o autocuidado; Analisar os fatores dificultadores à adesão dos clientes às medidas de autocuidado em suas moradias. A pesquisa tem como interesse promover a melhoria das condições de saúde dos clientes acometidos por UVC em tratamento ambulatorial na instituição em estudo. O enfermeiro deve compreender o retardamento do processo de cicatrização e as recidivas de UVC, pois são provenientes de diversos fatores, nos quais estes impossibilitam o autocuidado em sua totalidade. Este presente estudo foi de abordagem qualitativa com a característica descritiva. A coleta de dados foi por meio de um questionário com perguntas fechadas e abertas em apenas um terço da clientela atendida, totalizando 18 indivíduos adultos do sexo feminino e masculino. Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. A entrevista individual, para os clientes que aceitaram, foi realizada mediante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo às normas da Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa (CNP) envolvendo seres humanos, assegurando o anonimato e o sigilo dos nomes dos clientes examinados. Resultados dos achados detectados como fatores dificultadores à adesão: O nível salarial mais elevado é aproximadamente de até dois salários mínimos; As orientações sobre autocuidado são absorvidas em torno de 94,44% dos entrevistados; Dificuldades encontradas pelos clientes para dar continuidade ao autocuidado, a principal é a falta de recursos financeiros. Podemos concluir que as UVCMMII constituem um importante agravo à saúde. Desta forma, é notório que a absorção do conteúdo pelo cliente não depende somente dos recursos utilizados, do desempenho do educador e do grande interesse do educando, mas sim da interação destes. Descritores: [ferida], [úlcera venosa], [insuficiência venosa] e [autocuidado]. Bibliografia: 1) LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Técnicas de Pesquisa: planejamento de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 6ª ed. São Paulo: Atlas,2006; 2) OREM, D. Nursing stience: major



paradigms, theories, and critiques. Philadelphia: W. B, Saunders Company, 1987; 3) FIGUEIREDO, N.M.A; MEIRELES, I.B; SILVA, R.C.R. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Paulo: ed. Yendis 2º ed, 2008.



Trabalho 1593 - 1/3

FATORES QUE INTERFEREM A NÃO EFETIVAÇÃO DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS EM POTENCIAIS DOADORES NA CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS DO CEARÁ

FREIRE, Izaura Luzia Silvério[1]

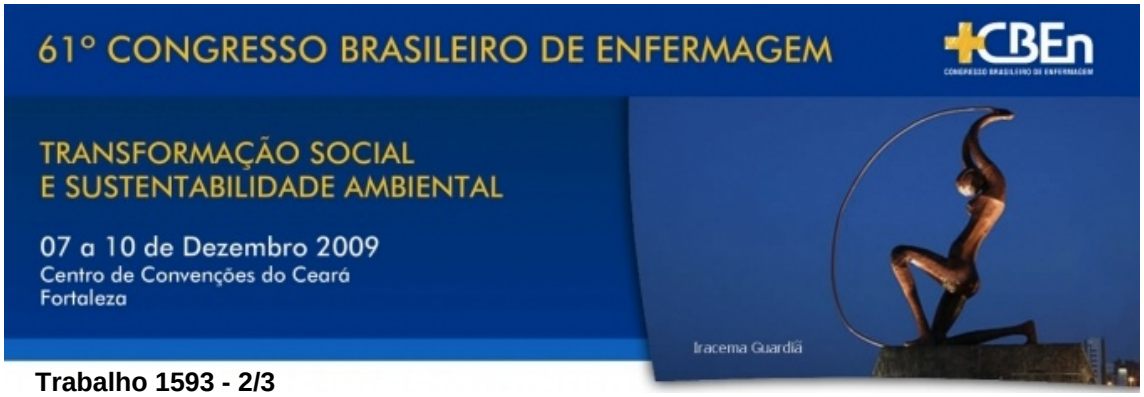
FEITOSA, Jéssica Iara Duarte

Introdução: O transplante de órgãos e tecidos é um procedimento cirúrgico que busca substituir um órgão doente por outro órgão normal de alguém que já faleceu, o doador(1). Normalmente, o transplante é feito quando não há outra forma de cura para uma pessoa. A característica principal desse procedimento, que o distingue de outras cirurgias, é a necessidade da utilização de um órgão ou tecido proveniente de um doador vivo ou falecido. Na grande maioria dos transplantes, com exceção de uma parcela dos transplantes renais e de alguns casos de transplantes hepáticos e pulmonares, os órgãos são obtidos a partir de doadores falecidos(2). Atualmente, a obtenção de órgãos de doadores falecidos não atende a demanda na quase totalidade dos países que realizam transplantes. A grande limitação ao transplante com doador falecido é que apenas uma pequena fração dos indivíduos que morrem podem converter-se em doadores de órgãos(3). A remoção de órgãos, na grande maioria dos casos, só é possível em pacientes com morte encefálica, isto é, que apresentam destruição completa e irreversível do cérebro, mas que mantêm, temporária e artificialmente, os batimentos cardíacos e a circulação sanguínea. Estima-se que somente de 1 a 4 % das pessoas que morrem em hospital e de 10 a 15% daqueles que morrem em unidades de terapia intensiva apresentem quadro de ME, sendo portanto, Potenciais Doadores (PD)(4).

Objetivo: Relacionar as causas da não efetivação da doação de órgãos para transplante em pacientes considerados PDs na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) do Estado do Ceará. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa, baseado em

[1] Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Professora da Escola de Enfermagem de Natal (EEN/UFRN). Enfermeira intensivista do Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel.

[2] Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: jessicaiara1@hotmail.com



dados coletados na Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), no período de janeiro de 2005 a maio de 2009.

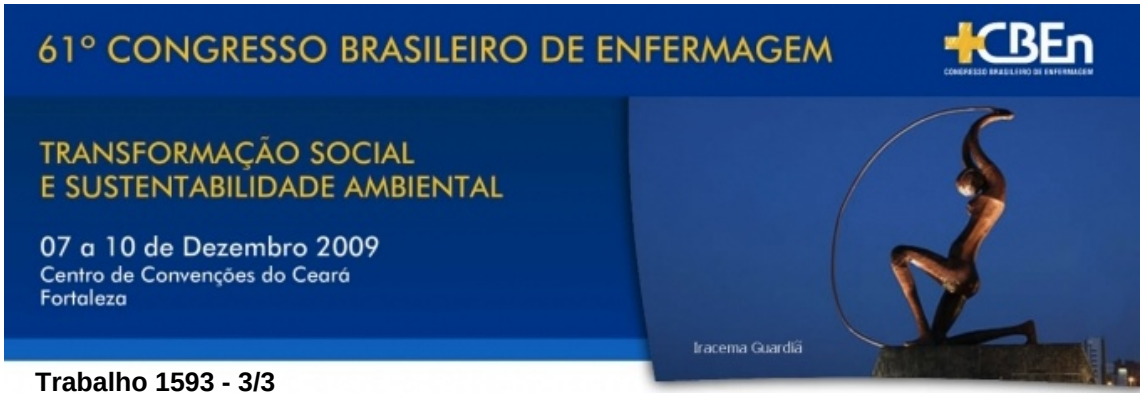
Resultados: Foram notificadas 879 PDs, desses, 573 (65,56%) foram não doadores. Os doadores efetivos foram 301 (34,43%). 235 (26,88) foram doadores de múltiplos órgãos. As causas da não efetivação da doação foram: 249 (28,48%) contra-indicação médica; 221 (25,28%) não autorização familiar; 45 (5,14%) ME não confirmada; 37 (4,23%) parada cardiorrespiratória; não teve dados referentes à infra-estrutura inadequada e 21 (2,40%) por outras causas.

Conclusão: O alto percentual de contra-indicação médica pode indicar a confirmação da ME de forma tardia ou a falta de cuidados intensivos padronizados com a finalidade de garantir o melhor suporte fisiológico possível para potencializar o sucesso dos órgãos transplantados. A resistência familiar quanto à doação de órgãos ainda é alta e programas de divulgação sobre sua importância necessitam ser ampliados para que a população se conscientize da possibilidade de salvar vidas a partir do transplante. Diante da crescente escassez de órgãos é essencial que se otimize o uso de órgãos captados de doadores com ME, atualmente a principal fonte de órgãos para transplante. Assim, faz-se necessário realizar estudos que venham diagnosticar as causas dos altos índices de contra-indicação médica e recusa familiar, que tanto tem contribuído para a não efetivação de transplantes com DP no Estado do Ceará. Esses estudos irão fornecer subsídios para corrigir possíveis inadequações que estejam contribuindo para a não realização de transplantes.

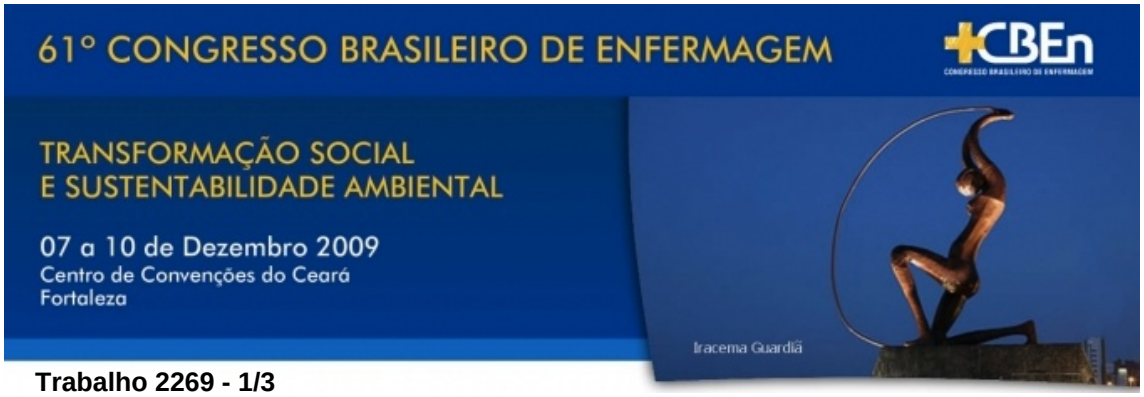
Descritores: Doação de órgãos; Transplante de órgãos; Doadores de órgãos.

REFERÊNCIAS

1. Veronese FJV, Clausell NO, Gonçalves LFS. Transplante de órgãos e cuidados com o doador. In: Menna Barreto SS, Vieira SRR, Pinheiro CTS. Rotinas em terapia intensiva. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p.543-49.
2. Garcia VD. Por uma política de transplante no Brasil. São Paulo: Office, 2000. 164 p.
3. Pereira WA. I reunião de diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da associação brsileira de transplante de órgãos. São Paulo: ABTO 2003.
4. Moraes EL, Massarollo, MCKB. A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante. Rev Latino-am Enferm 2008 maio-junho; 16(3).



Trabalho 1593 - 3/3



Trabalho 2269 - 1/3

FLORENCE NIGHTINGALE E A TEORIA AMBIENTALISTA: PRECURSORES DA GESTÃO AMBIENTAL.

SILVA, Ronielson Gramosa[1]

ALMEIDA, Márcia Milanês[2]

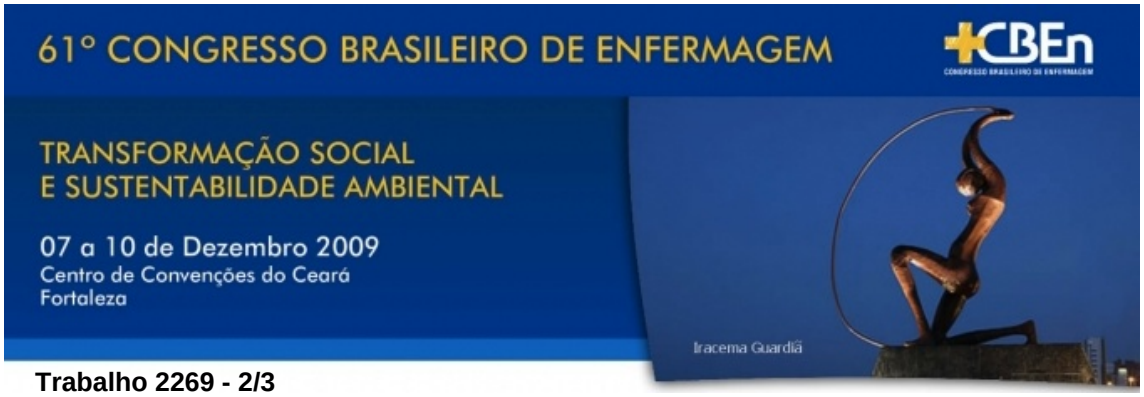
ALENCAR, Marcos vieira de[3]

MIRANDA, Sara machado[4]

SILVA FILHO, Valter Belo da [5]

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Enfermagem através de seu o maior ícone Florence Nightingale contribuiu a princípio de uma forma até certo ponto talvez ignorada para o estabelecimento de uma mentalidade Higiênica com relação ao ambiente hospitalar. Esse episódio ocorreu durante a guerra da Criméia, numa batalha pela expansão imperialista na Europa onde a Inglaterra encontrou-se envolvida. Naquela época as perdas militares para o lado dos ingleses eram assustadoras, fruto das condições insalubres a que estavam submetidos os soldados em campanha. Esse é claro não foi o único motivo, havia também o fato de que a medicina inglesa no que tange a biossegurança estava anos atrás de outras nações européias como França e Alemanha. Florence ao assumir seu posto no exercito Britânico na condição de voluntária agregou suas companheiras enfermeiras na tarefa de organizar os leitos e o ambiente hospitalar com o intuito de reduzir a presença de sujeira e de parasitas nesses locais. O resultado foi uma redução drástica nos índices de mortalidade do exército inglês. Esse foi o primeiro passo da enfermagem na transformação do ambiente para promoção da saúde, mas não seria o último. **OBJETIVO**: Debater o papel de Florence e da teoria ambientalista sobre a visão da enfermagem sobre controle do ambiente para promoção da saúde. **METODOLOGIA**: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre Florence Nightingale e o impacto de sua teoria sobre seus



contemporâneos, utilizando-se artigos e bibliografias específicas sobre o tema. A coleta de materiais para a pesquisa foi feita por acadêmicos de enfermagem do VII bloco da Faculdade Integral Diferencial-FACID e teve inicio em abril de 2009 e seu término em agosto de 2009. **RESULTADOS:** Florence foi uma mulher a frente de seu tempo, pois numa época onde a mulher não podia exprimir suas idéias sem entrar em choque com a sociedade, Florence conseguiu formular uma teoria científica de assistência a doentes que não só conseguiu ser reconhecida como também obteve êxito na prática. Florence reduziu a taxa de mortalidade do exército inglês na Guerra da Criméia, e ainda lançou as bases do gerenciamento de enfermagem e gestão de recursos, implementando uma assistência humanizada, baseada no controle do ambiente ao redor do doente, daí o nome de sua teoria chamar-se Teoria Ambientalista. Florence plantou as bases da Enfermagem e entrou para a história como o expoente máximo da profissão. **CONCLUSÃO:** A Teoria Ambientalista de Florence apesar de ter caído em desuso nos dias de hoje é um marco histórico e pode servir de guia para o trabalho da enfermagem no ambiente hospitalar.

DESCRITORES : Enfermagem, Teoria ambientalista, Florence.

BIBLIOGRAFIAS:

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **Historia da enfermagem e sua relação com a saude publica**. Goiania: AB, 1999. 112.

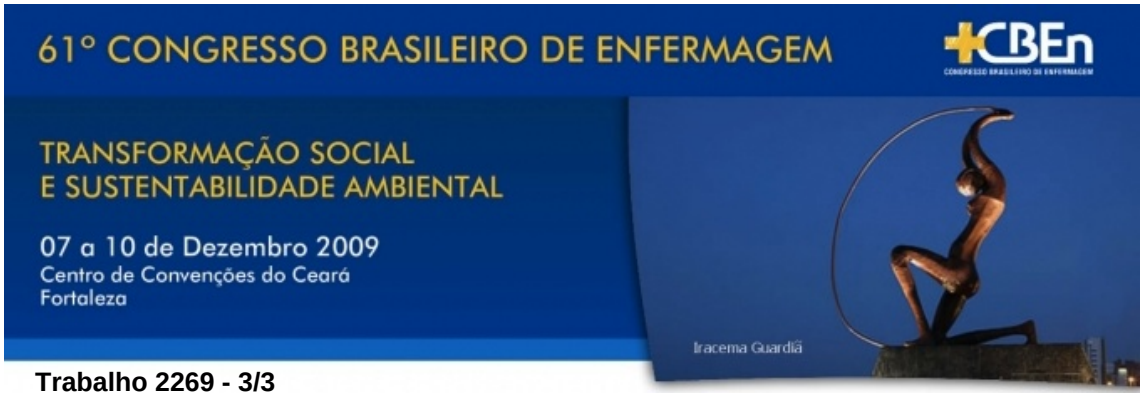
GEOVANINI, Telma; MOREIRA, Almerindinha, Soraia Dornelles. **Historia da Enfermagem: versões e interpretações**. 2 ed.Rio de Janeiro: Revinter, 2007.338.

LIRA, Nazareth F. de. **Historia de Enfermagem e Legislação**. Rio de Janeiro: Cultural Medica, 1991. 68.

(1) Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Integral Diferencial- FACID

(2) Graduado em Enfermagem-UFPI/

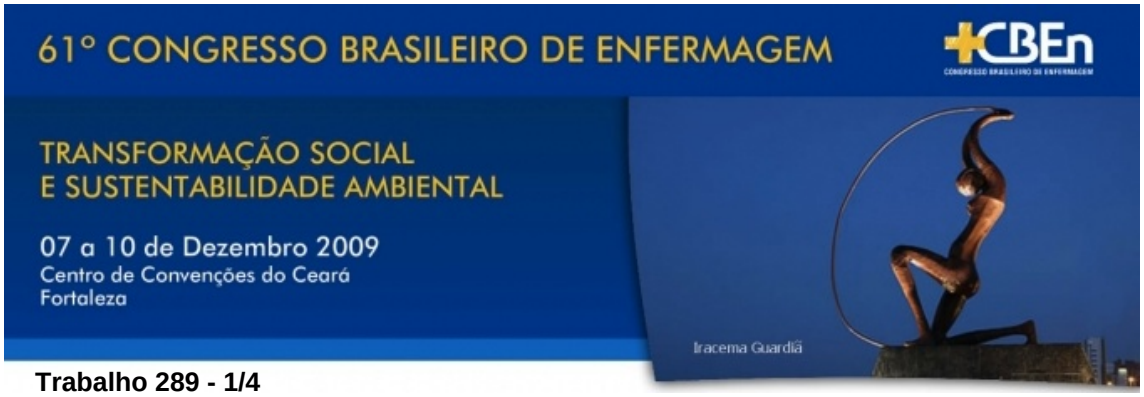
(3) Acadêmico de Enfermagem Faculdade Integral Diferencial - FACID



Trabalho 2269 - 3/3

(4) Acadêmica de Enfermagem Faculdade Integral Diferencial - FACID

(5) Acadêmico de Enfermagem Faculdade Integral Diferencial - FACID



Trabalho 289 - 1/4

FLORENCE NIGHTINGALE E O MEIO AMBIENTE

BEZERRA, Juliana da Fonseca [1]

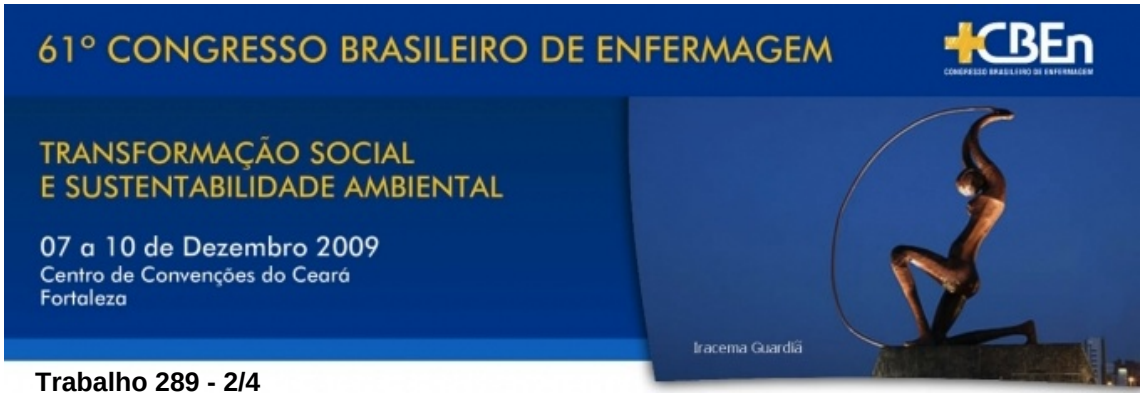
ALMEIDA, DivaTeixeira de [2]

DESCRITORES: Enfermagem e o meio ambiente, Florence Nightingale, Cuidados de enfermagem.

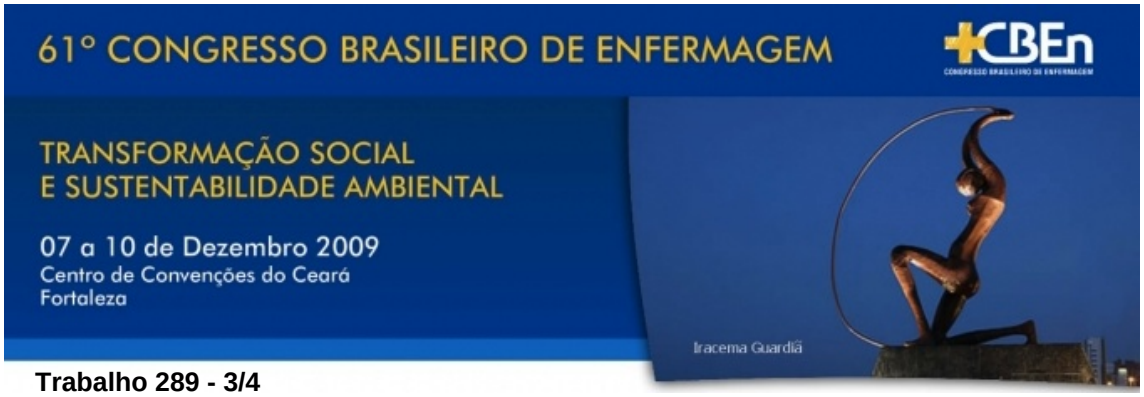
Introdução: a ciência para o cuidado requer a análise e compreensão do significado das ações humanas e dos valores que determinam as escolhas humanas na saúde e na doença. Padrões de cuidar incluem ações e atitudes de assistir, apoiar, capacitar e facilitar, que influenciam o bem-estar de saúde de indivíduos, famílias, grupos e instituições, bem como condições humanas gerais, estilos de vida e contexto ambiental (WALDOW, 1998). Considerando a origem de enfermagem, podemos observar que a cura se processava pela consciência ecológica, centrado no ser humano. O ambiente favorável facilitava este processo. Portanto a atitude da enfermagem daquela época era observar a presença de agressões no meio ambiente, adquirirem hábitos alimentares saudáveis, observar excesso de barulho, contaminação da água enfim intervir no sentido de educar o habitante do planeta. Objetivo: fazer uma reflexão sobre o meio ambiente e Florence. Metodologia: Este estudo trata-se de uma revisão de bibliográfica. Para o desenvolvimento desta pesquisa algumas etapas foram seguidas, tais como: esclarecimento sobre o tema, estabelecimento do objetivo do trabalho, levantamento das bibliografias e consultas aos sites disponíveis na internet, todos pertinentes ao tema do estudo. Discussão e Resultados: lançando um olhar para o nosso momento atual a enfermagem ainda segue com os cuidados com o meio ambiente tendo o cuidado para este não causar danos para a reabilitação do paciente e sim torná-la possível. O meio ambiente precisa ser bem limpo e arejado para que o ar ambiente possa circular normalmente e sem levar consigo mircoorganismos patógenos suspensos no ar. A higienização das mãos tem uma extrema importância para o cuidado do paciente, pois apele alberga duas

[1] Acadêmica do 6° semestre de graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Participante do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida do Binômio Mãe-Filho. Bolsista pelo Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica (PAVIC/UNIFOR). Participante do Programa de Monitoria Voluntária (PROMOV) – na disciplina de Semiologia e Semiotécnica, ju25fb@hotmail.com

[2] Doutora em Enfermagem pela UFC, Docente do curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza e enfermeira do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, divalmeida@unifor.br



populações de microorganismos: a microbiota residente e a transitória, com isso as nossas mão agem como um veículo para os microorganismos atacarem os pacientes e até a nos mesmos. A microbiota residente não faz mal ao nosso organismo e cada pessoa tem a sua, se houver uma interação desta com outra pessoa fragilizada como o paciente ele pode desenvolver ficar doente e com a microbiota transitória essa chance aumenta ainda mais. Por isso a higienização das mãos tem que ser um hábito realizado várias vezes por dia, tanto por visitantes como por profissionais de saúde (BRASIL, 009). A imunidade de um cliente hospitalizado é reduzida o que o torna um alvo fácil para os germes e bactérias penetrarem as suas mucosas e desencadearem infecções oportunistas. Florence na sua teoria fala que o meio ambiente e o ser humano estão inter-relacionados, portanto cada um interfere no outro (WALDOW, 1998). Atualmente, a enfermagem realizar a educação e saúde. Com esta a família aprende as técnicas corretas para cuidar do paciente em domicílio, recebe informações sobre a doença e como deve se comportar com relação a esta patologia, além de receber também apoio psicológico. O conhecimento da patologia para Florence entra no tópico saúde-doença da sua teoria. A saúde-doença é um processo dinâmico e influenciável pelas particularidades do ser humano e meio ambiente. Neste processo o ser humano e sua família estão constantemente expostos e para viverem de forma saudável, devem usar recursos do meio ambiente (CARRARO, 1997). A enfermagem atualmente realiza um cuidado com o paciente de forma holística fazendo com que este tenha a melhor recuperação possível e que ela permaneça assim mesmo quando não esteja mais no ambiente hospitalar, para isso ser possível a educação em saúde é realizada para pacientes e familiares quando estão no hospital. Numa percepção prática do enfermeiro, ao analisarmos a sua presença no centro cirúrgico, a presença marcante de Florence deve ser lembrada, pois foi ela a primeira a reconhecer e divulgar a indispensabilidade dos cuidados e da realização de procedimentos direcionados para a limpeza e a higiene do paciente, aspectos que até hoje são essenciais entre as atribuições do enfermeiro da área. Florence também isolava os doentes que se recuperavam dos efeitos imediatos da cirurgia, evidenciando a necessidade de uma sala de recuperação anestésica (BIANCHI; LEITE, 2006). Analisando de uma maneira geral a enfermagem atualmente consegue cuidar



melhor do paciente e têm mais condições de explicar os cuidados que ele e seus familiares devem ter para conseguir uma vida saudável. Os hábitos de vida são constantemente explicados aos clientes para que assim possam minimizar os riscos de desenvolverem doenças do aparelho circulatório e pulmonares que atualmente são as maiores responsáveis por mortes e hospitalizações (SMELTZER; BARE, 2005). Considerações finais: O enfermeiro é um ser humano com todas as suas peculiaridades, portador de uma formação universitária que lhe concede o título de profissional diante da lei e da ética e que deve cuidar do paciente e de seus familiares para possibilitar uma recuperação mais rápida para o paciente, não se esquecendo de respeitar o meio ambiente. Para Florence a interação homem e meio ambiente foi muito respeitada e por isso suas teorias são consideradas a base da enfermagem até os dias de hoje.

Referências:

1. BIANCHI, E.R.F.; LEITE, R.C.O. **O enfermeiro no centro cirúrgico e suas perspectivas futuras-uma reflexão**, revista SOBECC, v. 11, p 24-27, jan/mar, São Paulo, 2006

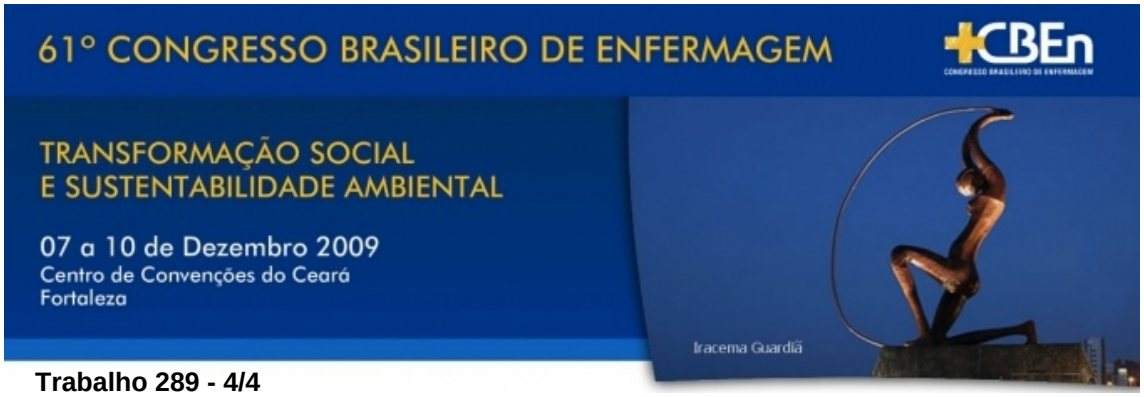
2. BRASIL. **Ministério da Saúde – ANVISA. PORTARIA N° 2.616, DE 12 DE MAIO DE 1998. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS,** Brasília 2000, pelo site http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.htm

3. CARRARO, T.E. **Enfermagem e Assistência – Resgatando Florence Nightingale**. 2ª ed. Goiânia: Ed. Cultura e Qualidade, 1997.

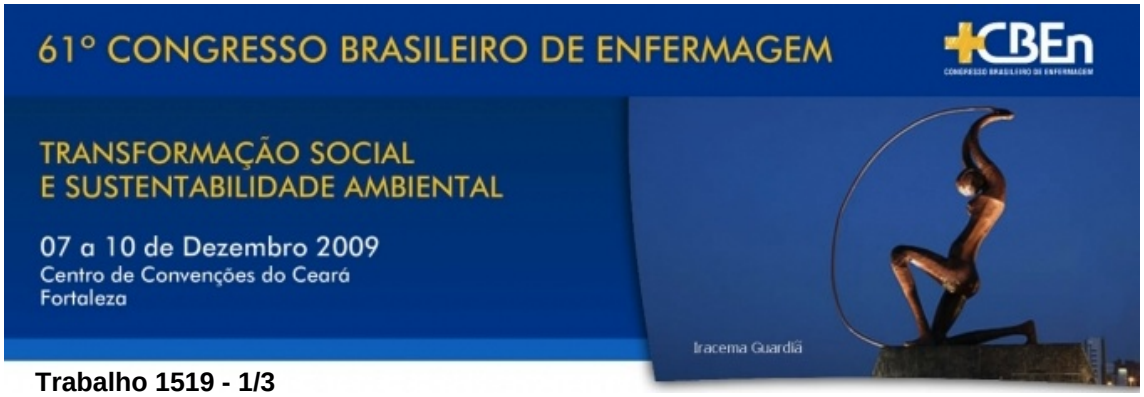
4. CROSSETTI, M. da G., BUOGO, M e KOHLRAUSCH, E. **O cuidado de enfermagem como ação terapêutica na atenção à saúde individual: a especificidade das ações de natureza propedêuticas e terapêuticas de enfermagem e sua interface com as ações de enfermagem complementares aos atos de outros profissionais.** Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Salvador: Bahia, 1998**.**

5. NIGHTINGALE, Florense. **Notas sobre a Enfermagem**. Ribeirão Preto: Aben - CEPEn, 1989.

6. SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.



7. WALDOW, Vera R. (1998) – Examinando o conhecimento na enfermagem. In MEYER et al. Marcas da diversidade*:* **saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artmed.



Trabalho 1519 - 1/3

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO AMBIENTAL: CONHECIMENTO E CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM.

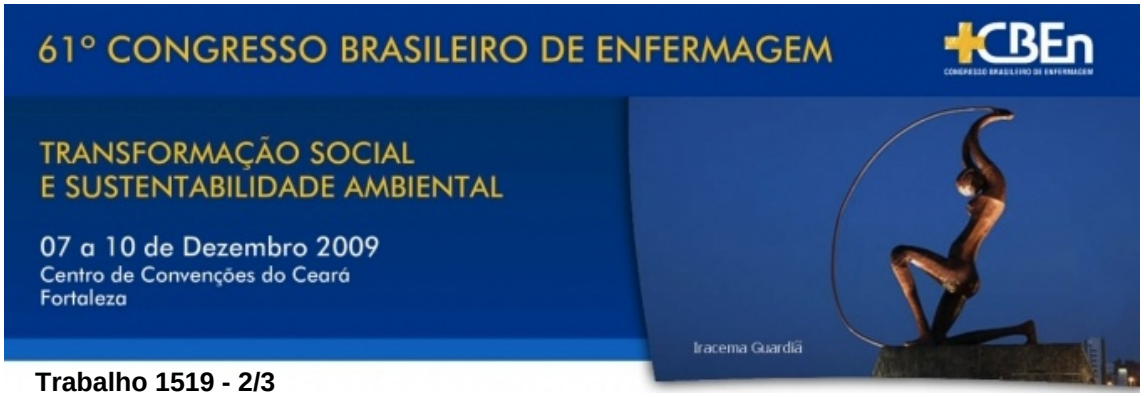
PEREIRA, L. C.[1]
NASCIMENTO, C. S.[2]
MOURA, L. M. A.[3]
ANDRADE, L. S.[4]
SANTOS, A. M. R. [5]
MORAIS, S. C. R. V.[6]

INTRODUÇÃO: A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da Resolução RDC nº 33/2003 define o gerenciamento de resíduos sólidos como "[...] um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, à preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente" (BRASIL, 2003). Os resíduos dos serviços de saúde (RSS) são de extrema importância, pois se manejados de forma inadequada oferecem risco potencial ao ambiente e à vida (CORRÊA et al., 2005). De acordo com Moraes (2004 *apud* CORRÊA et al., 2005) educação ambiental é uma educação comprometida com o resgate do sentido de ambiente em sua totalidade; uma compreensão desse sentido ajuda no desenvolvimento de uma consciência ética, traduzindo em um novo modo de pensar, sentir e agir com o ambiente. Diante da relevância da problemática dos resíduos de saúde contextualizada com a educação ambiental decidiu-se desenvolver este estudo. **OBJETIVOS:** Analisar as produções científicas que abordam o conhecimento e as contribuições da enfermagem no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde aliados à educação ambiental. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, nos bancos de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Bdenf (Base de Dados de Enfermagem) e Scielo (Scientific Electronic Library Online), no período de 2004 a 2005, sobre as contribuições do enfermeiro no gerenciamento dos resíduos sólidos, aliado à educação ambiental. Os descritores utilizados foram: Educação ambiental, Gerenciamento de resíduos,

1 Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI. E-mail: livia.zinha@hotmail.com

2, 3,4 Alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI

5, 6 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPI



Enfermagem. **RESULTADOS:** Quanto ao conhecimento da enfermagem no gerenciamento dos RSS, as produções analisadas demonstraram que: A Enfermagem têm sido atuante nesse serviço, e mostrou que é de grande valia para o serviço de saúde que os profissionais que atuam diretamente no serviço, tenham conhecimento sobre o gerenciamento dos resíduos e trabalhem no sentido de preservação cuidados ambientais em geral. A maioria das produções mostrou que a educação ambiental é importante porque promove uma conscientização dos profissionais para o cuidado com os resíduos gerados durante sua atuação no ambiente hospitalar e proporciona uma visão ampliada das questões ambientais da atualidade. Os estudos mostraram que a interação entre educação ambiental e gerenciamento de RSS promove um maior interesse e estimula a participação do enfermeiro nos programas de qualidade ambiental das unidades de saúde. Vale destacar que grande parte dos artigos analisados citarou que é necessário um investimento em todos os profissionais que atuam nos âmbitos da saúde, para instruí-los e capacitá-los para lidar com essa questão. A maioria das produções ressaltou que essa problemática deve ser abordada desde a formação acadêmica, pois a inserção da educação ambiental torna os sujeitos críticos, e prováveis transformadores da realidade de degradação ambiental vivida atualmente. **CONCLUSÃO:** A perspectiva da educação ambiental aliada ao gerenciamento de resíduos sólidos é de grande relevância já que possibilita um despertar da consciência humana quanto à responsabilidade com o ambiente, e contribui para uma maior atenção quanto aos riscos ambientais decorrentes dos resíduos de serviços de saúde. O profissional de Enfermagem, como elemento constituinte do ambiente de saúde contribui para a preservação do meio ambiente, transformando a questão dos resíduos de saúde em espaço para reflexão, críticas e disseminação do compromisso social com o meio.

DESCRITORES: Educação ambiental. Gerenciamento de resíduos. Enfermagem.

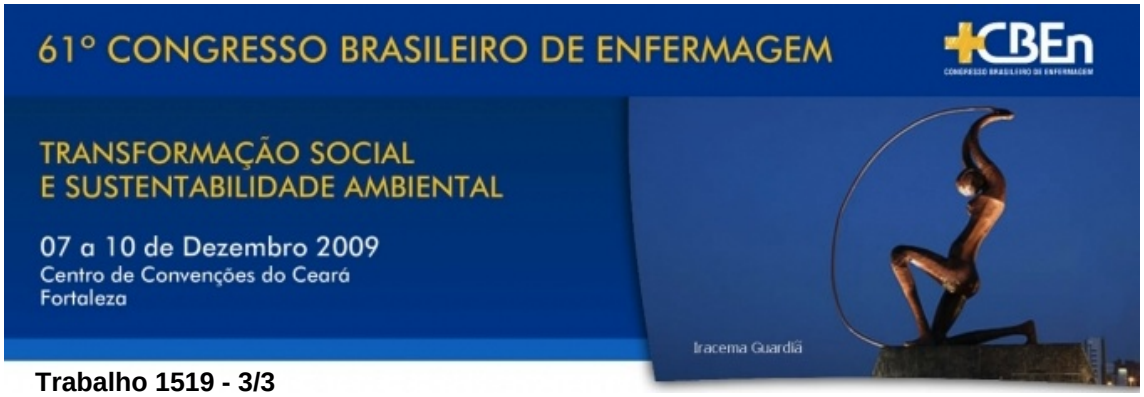
REFERENCIAS:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 33**, 25 de fevereiro de 2003. Brasília: ANVISA, 2003.

1 Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI. E-mail: livia.zinha@hotmail.com

2, 3,4 Alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI

5, 6 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPI

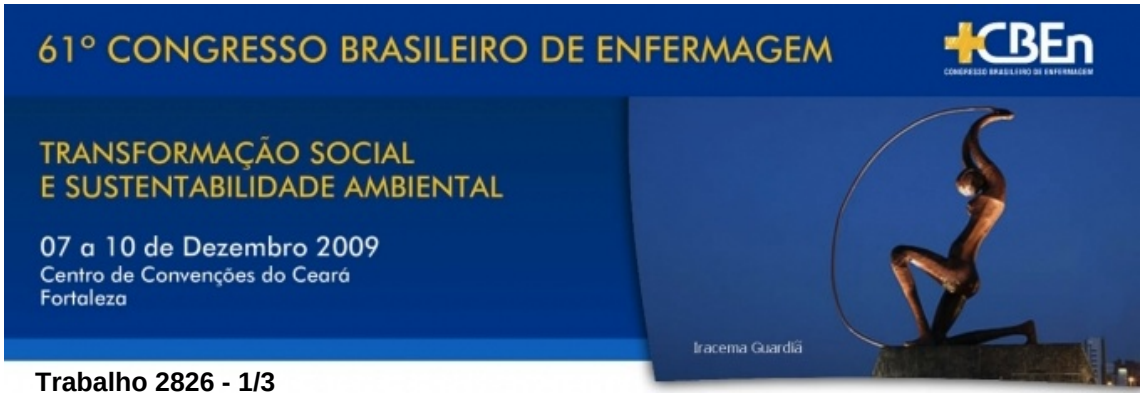


CORRÊA, L. B. et al. O saber resíduos sólidos de serviços de saúde na formação acadêmica: uma contribuição da educação ambiental. Interface - **Comunic., Saúde, Educ.,** v.9, n.18, p.571-84, set/dez 2005. Disponível em: http://www.scileo.br Acesso em: 02 jun. 2009.

1 Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI. E-mail: livia.zinha@hotmail.com

2, 3,4 Alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI

5, 6 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPI



GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS E DESTINO FINAL DO LIXO DOS LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS DO MUNICÍPIO DE RONONÓPOLIS-MT

SILVEIRA, Marcella Santos Machado[1]
FEITOZA, Jacqueline de Moraes[2]
SILVA, Andressa Gonçalves[2]
SOARES, Roseli Pereira[2]
ARAÚJO, Patrícia Karina Barbosa[3]
GOULART, Letícia Silveira[4]

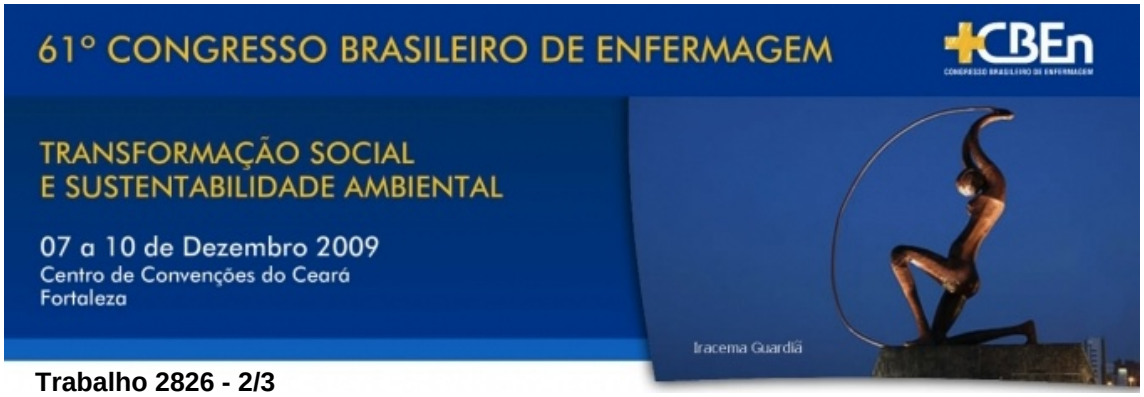
O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) regulamentado pela Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004 (ANVISA) descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos. O gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejamento e implementação a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, possuindo como objetivo minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, dos recursos naturais e do meio ambiente. Os resíduos podem ser classificados de A a E de acordo com seus constituintes, os resíduos produzidos em laboratórios de análises clínicas são englobados no grupo de risco A, devido a presença de agentes biológicos (sangue, líquidos corpóreos, fezes, urina e secreções), que por suas características, podem oferecer risco para infecção. Este estudo teve como objetivos verificar a implantação de ações de gerenciamento dos resíduos laboratoriais, avaliar o destino final destes resíduos, bem como analisar a segurança ocupacional dos profissionais que atuam nesta área no município de

[1] Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal de Mato Grosso – *Campus* Universitário de Rondonópolis – UFMT/CUR. AUTORA do estudo. e-mail: marcella_machado87@hotmail.com.

[2] Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso – *Campus* Universitário de Rondonópolis – UFMT/CUR. Co-autores do estudo.

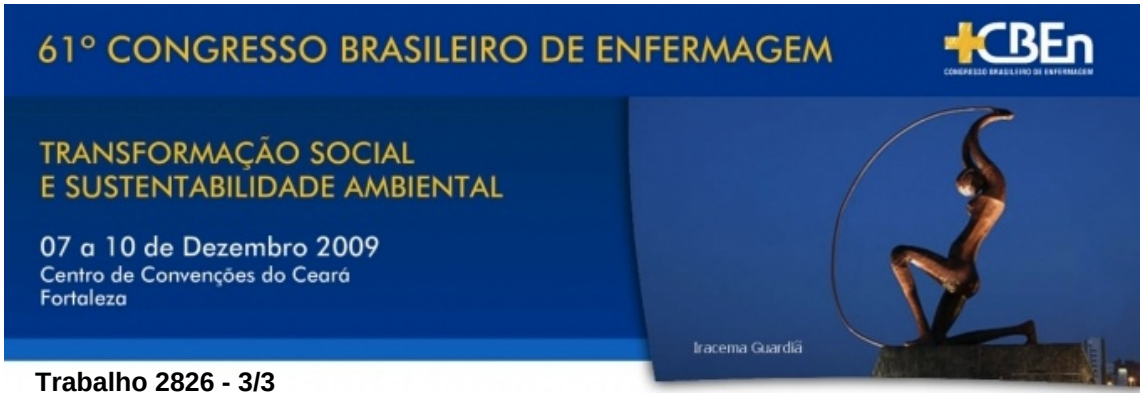
[3] Bióloga. Graduada na Universidade Federal de Mato Grosso – *Campus* Universitário de Rondonópolis – UFMT/CUR. Co-orientadora do estudo.

[4] Doutora, Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso – *Campus* Universitário de Rondonópolis – UFMT/CUR. Orientadora do estudo.



Rondonópolis, MT. Este estudo foi desenvolvido na disciplina de Ecologia em Saúde, sendo realizadas visitas em nove laboratórios de análises clínicas do município, sendo que a escolha dos locais foi aleatória definida por sorteio. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário semi - estruturado englobando questões relativas ao manejo, armazenamento, transporte e destino final dos resíduos, além de questões referentes ao uso de EPI's. As entrevistas foram realizadas com os responsáveis técnicos dos respectivos estabelecimentos durante o mês de maio de 2008. A fim de se avaliar o correto gerenciamento dos resíduos, utilizou-se como base a Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004 (ANVISA). Todos os laboratórios que participaram da pesquisa possuíam responsáveis técnicos, sendo que cinco eram profissionais farmacêuticos e quatro biólogos. Em todos os locais que participaram da pesquisa era disponibilizado EPI's, entretanto, durante as visitas foi identificado o uso inadequado destes equipamentos em três locais. Todos os laboratórios faziam uso de dispositivo rígido de descarte, no entanto, estes não eram utilizados na forma correta. Segundo os entrevistados, todos os laboratórios possuíam uma sala de armazenamento de resíduos estruturada de acordo com a resolução. Nenhum dos participantes da pesquisa possuíam serviço de coleta especializada em resíduos biológicos, sendo que este procedimento era realizado pelo órgão municipal responsável pela coleta de lixo domiciliar, tendo como destino final o aterro do município. A partir da coleta dos dados foi possível observar falhas no processo de descarte final dos resíduos laboratoriais no município de Rondonópolis, falhas estas que comprometem o meio ambiente, promovendo a contaminação do solo e do lençol freático, bem como, aumentam o risco de transmissão de doenças infecto-contagiosas aos indivíduos que freqüentam o local. Neste sentido, faz-se necessário uma conscientização dos profissionais de saúde quanto ao destino correto de resíduos biológicos, uma vez que este processo interliga tanto as questões de saúde pública, quanto ambientais, as quais são extremamente importantes para a qualidade de vida da população.

Descritores: Resíduos, laboratórios, meio ambiente.

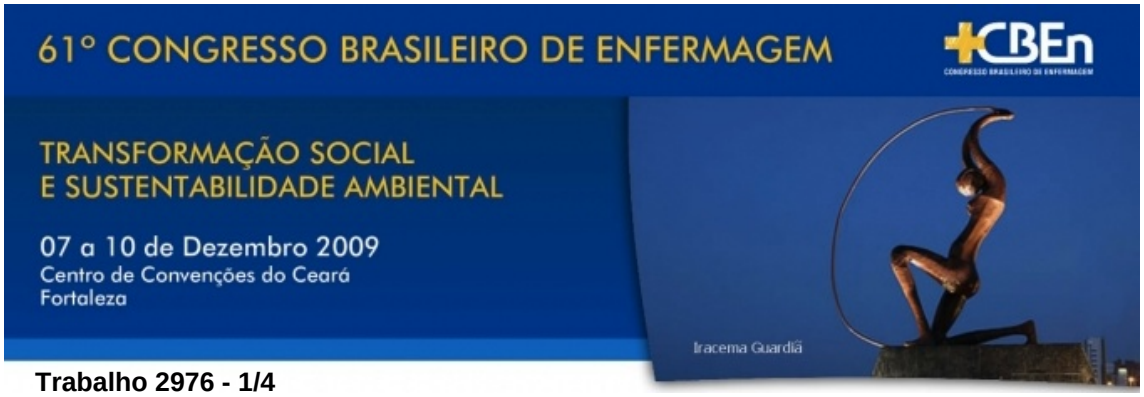


BIBLIOGRAFIA

JACOMO, M V J et al **Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**, julho de 2004. Goiás Disponível em:http://www.visa.goias.gov.br/arquivos/manual_PGRSS.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária .**Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde- PGRSS,** junho de 2008. Biblioteca virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/dicas/162plano_gerenciamento.html

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Resolução RDC nº306, de 07 de dezembro de 2004.** Diário Oficial da União poder executivo, de 10 de dezembro de 2004. Disponível em: http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=13554



Trabalho 2976 - 1/4

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS NO CENTRO CIRÚRGICO E CONTROLE AMBIENTAL: UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM.

NUNES, Tatiana de Paiva[1]

FREITAS, Jackeline Carminda Cabral de[2]

MEDEIROS, Suzane Gomes de[2]

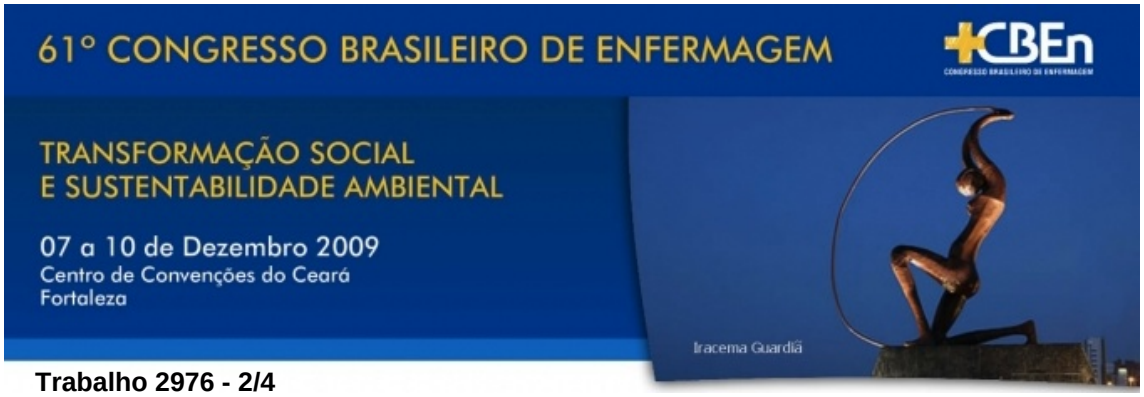
SOUZA, Greice Kelly Gurgel[2]

MARTINS, Cláudia Cristiane Filgueira[2]

O Centro Cirúrgico é uma área do Hospital considerada crítica, apresentando riscos aos pacientes e profissionais para possíveis infecções. Nessas áreas são geradas grande quantidade e diversidade de resíduos considerados infectantes, e isso se deve em sua maioria aos procedimentos realizados neste local. O enfermeiro, por sua vez, é um importante componente da equipe de saúde dentro do Centro Cirúrgico, já que atua supervisionando e organizando o setor. Diante disso, surge a necessidade de desenvolver na sua prática cotidiana um agir educativo, motivando e envolvendo os demais profissionais para a efetiva participação no gerenciamento de resíduos, sendo este um tema de bastante relevância para os dias atuais, pois quando esta prática é negligenciada, várias são as consequências para a sociedade. Sendo assim, os resíduos hospitalares, incluídos na denominação de Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS), representam risco para todos os profissionais que atuam no Centro Cirúrgico e quando acondicionados de maneira inadequada, em especial pela falta de conhecimento sobre o assunto, podem representar perigo não apenas para aqueles que trabalham no hospital, mas também gerar implicações sanitárias para a sociedade urbana moderna e o meio ambiente. Para o manejo adequado destes resíduos, foram determinadas algumas

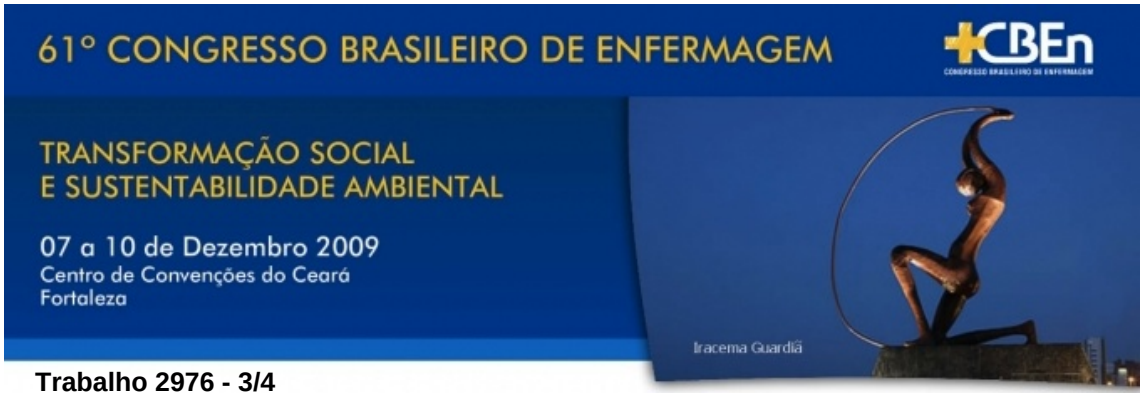
[1] Acadêmica de Enfermagem do 7º período da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN; thaty.paiva@hotmail.com

[2] Acadêmica de Enfermagem do 7º período da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN;



Trabalho 2976 - 2/4

Resoluções que apontam para a obrigatoriedade, de todos os geradores de serviços de saúde, de elaborar e executar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), entendendo-se que a melhor forma de tratamento para os Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (RSSS), é o seu gerenciamento. É importante se conhecer os resíduos gerados nos serviços de saúde, identificando-os de acordo com os grupos, fazendo a correta segregação, coleta e armazenamento na fonte de geração, para que assim se possa elaborar o PGRSS. Diante do que foi exposto, este estudo tem como **objetivo** conhecer a importância do enfermeiro no gerenciamento de resíduos no setor do Centro Cirúrgico. Para tal, utilizaremos como **percurso metodológico**, o desenvolvimento de um trabalho descritivo bibliográfico, a partir de uma revisão de literatura. Os materiais investigados foram artigos publicados em periódicos indexados na internet e sites científicos. Para a busca dos artigos científicos foram utilizados como descritores as palavras: enfermagem, resíduos hospitalares e centro cirúrgico. Ao final, foram delimitados 08 artigos, que acabaram sendo submetidos a diversas leituras e fichamento dos textos para uma posterior reflexão. E, como a pesquisa não envolve, diretamente, seres humanos o Comitê de Ética dispensa os Termos de Consentimento. Em face do exposto, podemos obter como **resultados** que é imprescindível a conscientização de cada ator envolvido nas diversas etapas deste processo, principalmente dentro do Centro Cirúrgico, por ser um setor que requer um maior controle com a infecção hospitalar, tendo-se uma preocupação no gerenciamento e armazenamento dos resíduos gerados. Cada profissional deve reconhecer suas responsabilidades diante dos aspectos que permeiam este tema. No entanto, o que podemos observar é que a falta de conhecimento muitas vezes acaba funcionando como um entrave para o correto descarte destes resíduos. Constatou-se que profissional de enfermagem ainda não está atualizado com o conhecimento necessário para desenvolver o gerenciamento dos resíduos sólidos produzidos nos hospitais, muitas vezes devido à sobrecarga de tarefas/atividades a ele imposta, à falta de capacitação e aos parcos recursos adequados para o manejo do lixo e sua segurança. Portanto, nota-se a importância de se promover capacitação para os indivíduos que de alguma forma entram em contato com estes resíduos sólidos no setor do Centro Cirúrgico. Além disso, a formação do enfermeiro

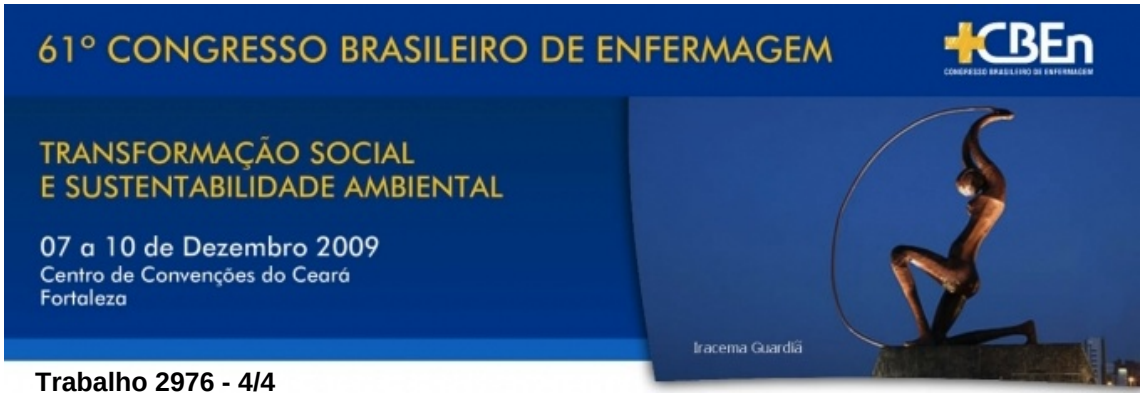


embasada numa consciência crítica e reflexiva acerca do meio ambiente, pode representar uma ferramenta transformadora para que se tenha uma preocupação com o destino dos resíduos dos serviços de saúde. **Conclusões** É preciso que o profissional da enfermagem que atua no Centro Cirúrgico, possa desempenhar o seu papel de educador quanto ao gerenciamento de resíduos, orientando e capacitando sua equipe para a importância destes procedimentos. Foi possível observar as vantagens de uma correta manipulação e descarte dos resíduos hospitalares, através do desenvolvimento e aplicação do Plano de Gerenciamento, que podem ser desde a redução dos riscos ambientais e sanitários, na diminuição do número de acidentes de trabalho, menores gastos no manejo destes resíduos pelo hospital, bem como a redução nos índices de infecções hospitalares relacionadas ao incorreto manejo destes resíduos, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida da população em geral. **Referências**. LAHM, Janaína Verônica; LAZZAROTTO, Elizabeth Maria. **O enfermeiro no gerenciamento de resíduos nos serviços de saúde.** 2° Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Unioeste, 2005. Disponível em: < http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/poster/saude/psau26.pdf > Acesso em: 03 de julho de 2009.

OLIVEIRA, Artur Dias de; SELIG, Paulo Maurício. **Gerenciamento de resíduos hospitalares.** Disponível em: < http://ngs.ufsc.br/artigos/residuos-hospitalares.pdf > Acesso em: 05 de julho de 2009.

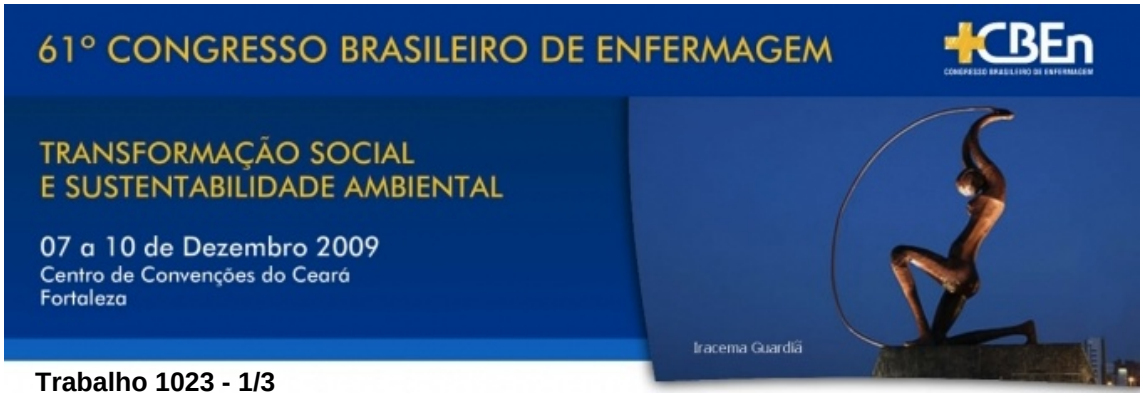
RIBEIRO, Maria Celeste Soares; BERTOZZI; Maria Rita. Reflexões sobre a participação da enfermagem nas questões ecológicas. **Rev. Esc. Enferm**. USP v. 36, n. 4, p. 300-308, 2002.

SILVA, Magda Fabbri Isaac. **Resíduos de Serviços de Saúde: gerenciamento no centro cirúrgico, central de material e centro de recuperação anestésica de um hospital do interior paulista.** Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2004. Disponível em:< http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-19082004-102015/ > Acesso em: 05 de julho de 2009.



Trabalho 2976 - 4/4

DESCRITORES: Enfermagem, Centro cirúrgico, Gerenciamento de resíduos

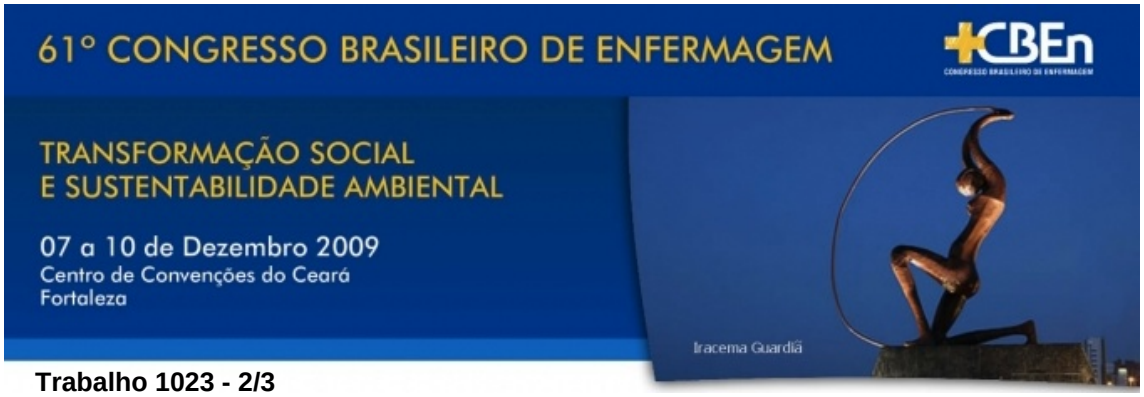


Trabalho 1023 - 1/3

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE: PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS

Barroso, Teresa Kariny Pontes[1]
Santos Filho, Luciano Almeida dos[2]
Feijão, Alexsandra Rodrigues[3]
Lima, Maria Aparecida de[4]
Santos, Janete Romão dos[5]

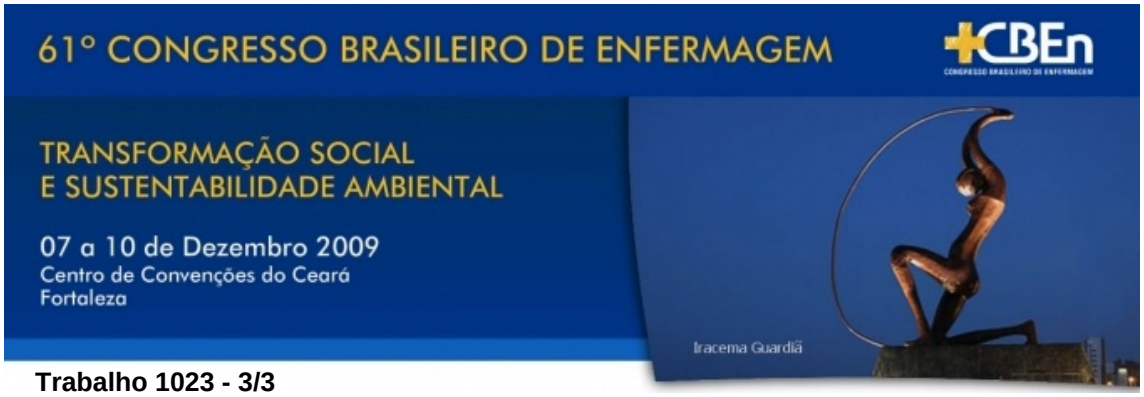
Introdução: Os resíduos são considerados um problema mundial não se restringindo somente aqueles gerados por países subdesenvolvidos ou a partir dos serviços de saúde. Seu volume e concentração tem sido objeto de discussão entre vários seguimentos sociais e alvo de programas de gerenciamento, segregação e reciclagem. O problema de gestão dos resíduos de serviço de saúde são um fato, e a necessidade de resolvê-lo também. Com o crescimento populacional expansivo da cidade também aumentaram as demandas hospitalares e consequentemente os resíduos de serviço de saúde. Aliado a este fato, nos preocupamos em desenvolver um estudo em uma instituição de saúde no qual os profissionais da área pudessem expor suas percepções e experiências sobre o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS. **Objetivo:** Identificar as percepções e experiências de profissionais do setor de higienização sobre gerenciamento de resíduos em um serviço de saúde de Fortaleza-CE. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, desenvolvido no setor de higienização, em maio e junho de 2009 de um hospital da atenção terciária em Fortaleza-CE. As informações foram obtidas junto à gerente de enfermagem e profissionais do setor de higienização, após termo de consentimento livre e esclarecido. Para a coleta de dados, optamos pela entrevista semi-estruturada, orientada por um formulário previamente elaborado, contendo questões relativas às percepções e experiências de implementação do plano de gerenciamento de resíduos; responsabilidade pelos resíduos; geração de resíduos; classificação dos resíduos; levantamento dos tipos de resíduos gerados e etapas do manejo interno. As informações foram categorizadas e organizadas. Após a ordenação iniciamos a leitura ampla, organizando e consolidando as falas em temas por sua semelhança. **Resultados:** Ao categorizar as falas e analisar os dados, vimos que o planejamento e o gerenciamento é vital para considerar o manejo adequado dos resíduos, desde a geração até a



disposição final, contemplando diferentes etapas a serem realizadas dentro do estabelecimento, minimizando e segregando os resíduos no momento de sua geração, diminuindo os rejeitos com potencialidade infectante. Nesta etapa, ainda tem-se a preocupação de adequar produtos, equipamentos e procedimentos, visando a não geração e a minimização da produção dos resíduos. Esclarecer que regras são estabelecidas para manipulação dos resíduos, envolvendo o acondicionamento, com descartes desses rejeitos em recipientes adequados para cada tipo de resíduo, freqüência de coletas, etiquetas de identificação e local de escolha para armazenamento. As falas dos profissionais revelam, ainda, a necessidade de colaboração por parte de todos os trabalhadores de saúde do hospital em realizar o descarte correto no recipiente identificado de acordo com as normas vigente, para evitar acidentes para quem vai manipular no destino final e otimizar o período de separação. Torna-se importante destacar a prevenção de acidentes com funcionários, envolvendo perfurações com agulhas, lâminas de bisturi e outros materiais denominados perfuro-cortantes. Conforme os relatos, o desconhecimento e a falta de informações sobre o assunto faz com que, em muitos casos, os resíduos sejam ignorados, ou recebam um tratamento com excesso de cuidado. Sem dúvida alguma, o gerenciamento correto dos resíduos sólidos de serviço de saúde propicia a otimização de vários aspectos sanitários e ambientais. **Conclusões:** Com base na análise, o gerenciamento de resíduos no serviço de saúde contribui significativamente em cada etapa de sua realização, desde a melhoria da prevenção à infecção hospitalar; reaproveitamento e reciclagem de materiais; minimização de espaço para aterros sanitários, com redução de custos; menos perigo de contaminação no meio ambiente, enfim, uma melhoria significativa da qualidade de vida em relação a outro tipo de manejo, inadequado. A gestão junto aos atores e a pesquisa sobre quem gera os resíduos, a quantidade estimada de produção e o envolvimento de cada um com esses materiais são de indiscutível relevância para o bom gerenciamento dos RSSS (Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde).

Referências Bibliográficas:

CORRÊA, L.B.; LUNARDI, V. L.; CONTO, S.M. O processo de formação em saúde: o saber resíduos sólidos de serviços de saúde em vivências práticas. **Rev. Bras. Enf.** v.60 n.1, Brasília. Jan-fev. 2007.



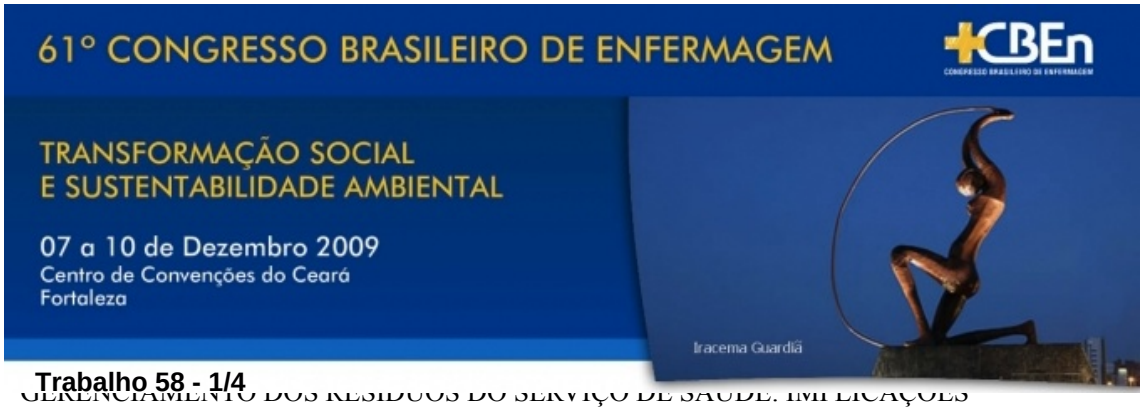
ERDTMANN, B. K. Gerenciamento dos resíduos de serviço de saúde: biossegurança e o controle das infecções hospitalares. **Texto e Contexto.** UFSC. v. 13, nº especial. P. 86-93, 2004.

LEPPEL, M.; BAASCH, S. Modelo de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde para Pequenos Geradores. **Dissertação.** Florianópolis/SC, 2003.

Descritores: Resíduos de Serviços de Saúde. Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde. Práticas de Enfermagem.

---

[1]Enfermeira Assistencial do Hospital Infantil Albert Sabin. Especialista em Neonatologia. End. Rua: Profº Vicente Silveira, 70. Ap. 702, Bairro: Vila União. E-mail: drakarinybarroso@hotmail.com
[2]Discente de Enfermagem do 7º semestre da Faculdade Metropolitana de Fortaleza – FAMETRO e Bolsista de Iniciação Científica.
[3]Doutoranda em Enfermagem pela UFC. Enfermeira do Hospital São José de Doenças Infecciosas e Docente da FAMETRO.
[4]Enfermeira. Gerente do Setor de Higienização do Hospital de Messejana – HM e Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgico.
[5]Discente de Enfermagem do 7º semestre da Faculdade Metropolitana de Fortaleza - FAMETRO e Bolsista de Iniciação Científica.



Trabalho 58 - 1/4

GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DO SERVIÇO DE SAÚDE: IMPLICAÇÕES PARA O MEIO AMBIENTE.

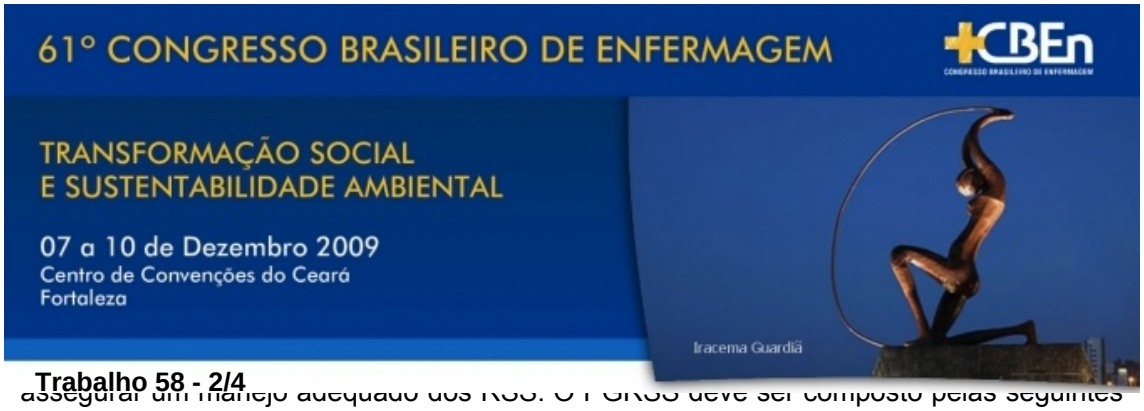
VARELA, Gisele de Castro[1]
EVANGELISTA, Anne Itamara Benigna[2]
LIMA, Kalídia Felipe[2]
VIEIRA, Alcivan Nunes[3]

Introdução: Os problemas ambientais estão em evidência atualmente pela sua relação direta com as formas de se produzir e consumir em sociedade. O desenvolvimento científico e tecnológico ao mesmo tempo em que agrega novos valores traz conseqüências para todas as formas de organização social. Capra (2006) discute os equívocos acerca da sustentabilidade, remetida muitas vezes às ações pontuais sem impacto com as culturas e formas de organizar a vida em sociedade. Com relação aos problemas que afetam o meio ambiente pode-se citar a destinação inadequada dos resíduos gerados. Dentre esses resíduos merecem destaque os resíduos dos serviços de saúde (RSS). Quando não tratados, armazenados e transportados adequadamente esses resíduos favorecem a proliferação de doenças, oferecendo assim riscos à saúde humana ao nível individual e coletivo. Além disso, se não forem manejados corretamente os profissionais de saúde podem estar mais expostos ao risco de contrair doenças como hepatite e AIDS através de acidentes com os resíduos perfuro-cortantes (CAMPANER; SOUZA e col. 2002). Diante disso, um dos grandes desafios deste século é reduzir essa produção de lixo que é gerada, procurando sensibilizar os profissionais e instituições de saúde a respeito do adequado gerenciamento dos resíduos a fim de preservar a saúde deles mesmos bem como o meio ambiente. Nessa perspectiva Brasil (2004) diz que o gerenciamento dos RSS constitui-se num conjunto de práticas de gestão, planejadas e implementadas com a finalidade de minimizar a produção de resíduos, procurando dar um destino adequado e seguro aos mesmos. Essas ações visam à proteção dos trabalhadores e de toda a população bem como a preservação dos recursos naturais e do meio ambiente. Dentre as diretrizes do gerenciamento está preconizada a elaboração de um Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) a fim de

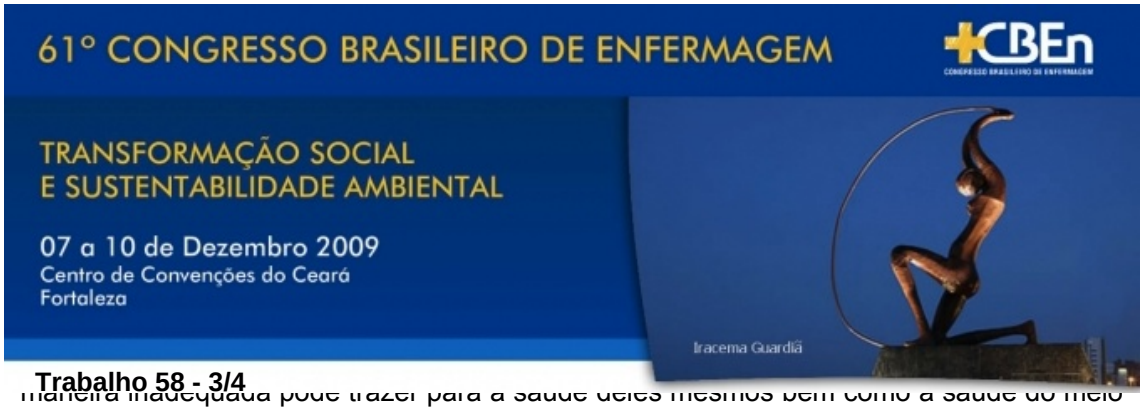
[1] Discente do 5º período do curso de enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN; bolsista do Programa de Educação Tutorial de Enfermagem em Mossoró – PETEM; gisele.c.varela@gmail.com

[2] Discentes do 5º período do curso de enfermagem da UERN; bolsistas do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde – PET-SAÚDE.

[3] Enfermeiro especialista em saúde da família, docente da Faculdade de Enfermagem da UERN e da Universidade Potiguar – UNP Campus Mossoró; aluno do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde – Universidade do Estado do Ceará – UECE.



assegurar um manejo adequado dos RSS. O PGRSS deve ser composto pelas seguintes etapas: segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta e transporte externos, destinação final (BRASIL, 2004). Ainda segundo Brasil (2004) a segregação se constitui na separação dos resíduos no momento e local em que os mesmos foram gerados, de acordo com suas características físicas, químicas, biológicas bem como os riscos envolvidos. Isso é indispensável para a eficácia do PGRSS, pois reduz o volume dos RSS que necessitam de tratamento especial dada suas características físicas, químicas, biológicas e também a ocorrência de acidentes com os profissionais. É necessário especificar que os resíduos possuem uma classificação de acordo com grau de contaminação de cada um. São classificados em resíduos biológicos (tipo A), químicos (tipo B), rejeitos radioativos (tipo C), comuns (tipo D), e perfuro-cortantes (tipo E) (BRASIL, 2005). **Objetivo:** Avaliar a adesão dos profissionais de enfermagem em uma unidade hospitalar da cidade de Mossoró-RN, ao plano de gerenciamento do RSS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo realizado através da observação participante. Segundo Minayo (2000, p.51) a mesma “permite não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar mais também criar um conhecimento partindo da realidade do presente campo”. Será enfatizada a observação da geração e destinação dos resíduos dos grupos A e E, em virtude desses serem os principais produzidos pela equipe de enfermagem do serviço de saúde analisado. **Resultados:** Observou-se que os profissionais de enfermagem, em algumas situações negligenciam o que é preconizado pelo PGRSS da instituição. Alguns não visualizam a importância de se fazer a segregação no momento em que o resíduo está sendo gerado. Muitas vezes, foram observados resíduos perfuro-cortantes acondicionados indevidamente, mesmo por um período curto, nas cuba - rins, contaminando-as e expondo outros profissionais ao risco de contaminação. Enquanto que o procedimento correto seria assegurar um destino adequado a esses resíduos no momento em que eles foram gerados. Além disso, visualizou-se que em certos momentos as agulhas são acopladas aos frascos de soro e desprezadas, enquanto as mesmas deveriam ser jogadas nas caixas para descarte de perfuro-cortante. Percebe-se que este comportamento está atrelado a algumas condições inerentes ao ambiente de trabalho hospitalar. Dentre elas, destaca-se a pressa de se realizar determinado procedimento, a indisponibilidade de insumos e de uma logística que respalde as demais etapas do gerenciamento. Muitas instituições de saúde não oferecem condições para que os profissionais cumpram o que preconiza o PGRSS. Outro fator é que estes profissionais desconhecem as conseqüências que a segregação feita de



maneira inadequada pode trazer para a saúde deles mesmos bem como a saúde do meio ambiente. O inapropriado gerenciamento desses resíduos pode acidentalmente atingir os trabalhadores responsáveis pela limpeza do ambiente e pelo transporte interno dos resíduos. **Conclusão:** Existe uma necessidade de Políticas e Programas voltados para a sensibilização tanto das instâncias administrativas e gerenciais dos serviços de saúde como da equipe de enfermagem quanto ao gerenciamento dos RSS. Nesse contexto, é necessário que a referida equipe esteja envolvida na elaboração do PGRSS e conheça a legislação, devido ao grande número de procedimentos que a mesma realiza e, conseqüentemente a um maior número de resíduos gerados. Além disso, há uma real importância de fazer com que esses profissionais compreendam o risco que eles correm de sofrer um acidente ocupacional, caso esses resíduos não sejam gerenciados de maneira correta. Da mesma forma é necessária uma educação permanente no serviço no intuito de orientar os trabalhadores quanto ao uso racional dos recursos assistenciais, já que “evitar o desperdício é uma medida que tem um benefício duplo: economiza recursos não só em relação ao uso de materiais, mas também no tratamento diferenciado desses resíduos” (GARCIA, 2004, p.749). É de suma importância adotar estas medidas, pois os benefícios que elas trazem refletem-se tanto na segurança do trabalhador do serviço de saúde, na qualidade do seu trabalho e na preservação do ambiente como um todo.

Palavras Chave: Gerenciamento de resíduos. Saúde Ambiental. Enfermagem.

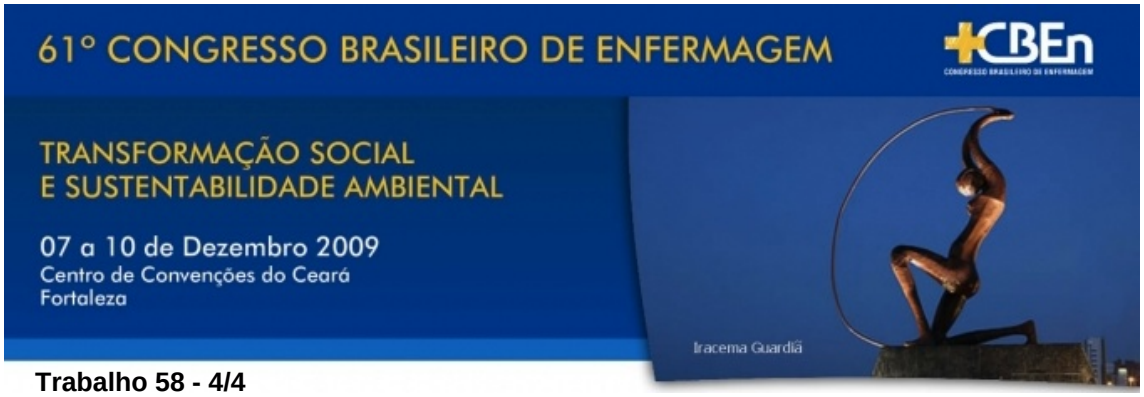
Referências

BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 306**, 7 de dezembro de 2004. Brasília: ANVISA, 2004. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=13554>. Acesso: 02 de jun.2009.

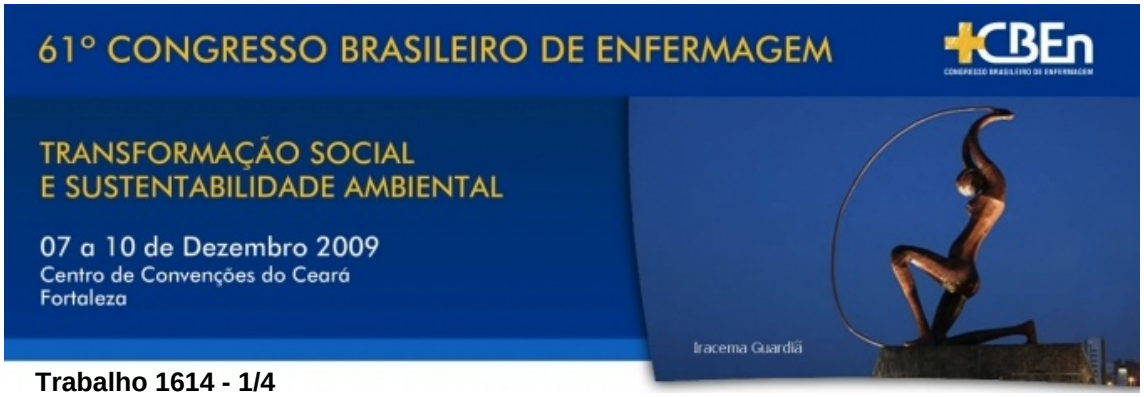
CAMPANER, Madalena Torres Fuster; SOUZA, Paulo Roberto Rebello (colab). **Boas Práticas em Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)**. Outubro, 2002. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/Docs/cecih/Residuos_OUT_2002.pdf>. Acesso: 29 de mai.2009.

GARCIA, Leila Posenato; ZANETTI-RAMOS, Betina Giehl. **Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde**: **uma questão de biossegurança**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, v.20, n.3, p.744-752. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n3/11.pdf> Acesso: 15 de abr.2009.

LAHM, Janaína Verônica; LAZZAROTTO, Elizabeth Maria. **O enfermeiro no gerenciamento dos resíduos nos serviços de saúde**. In: 2° SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL. 13 a 15 de outubro de 2005, Unioeste – Campos de Cascavel. Disponível em:<http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/poster/saude/psau26.pdf>.Acesso: 05 de mai.2009.



Trabalho 58 - 4/4



Trabalho 1614 - 1/4

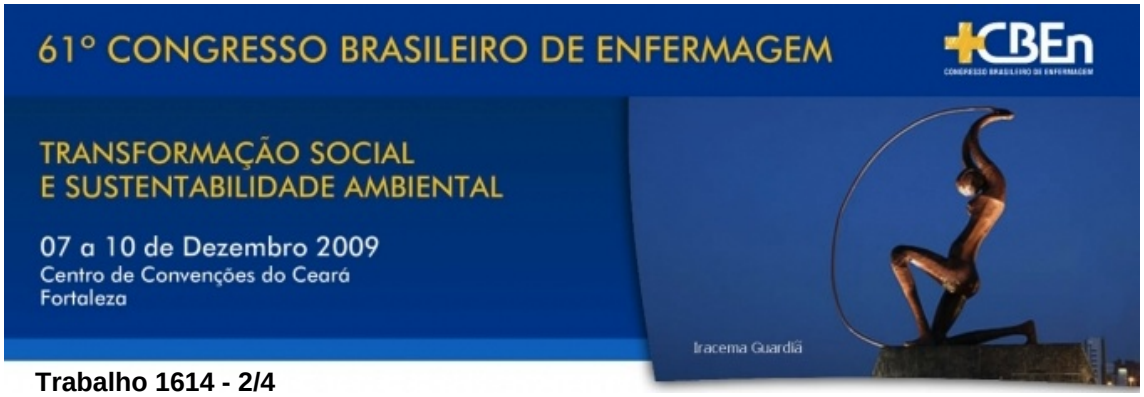
GESTÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO: ENFOQUE NO DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UTI*

INOUE, Kelly Cristina [1]; MATSUDA, Laura Misue [2]

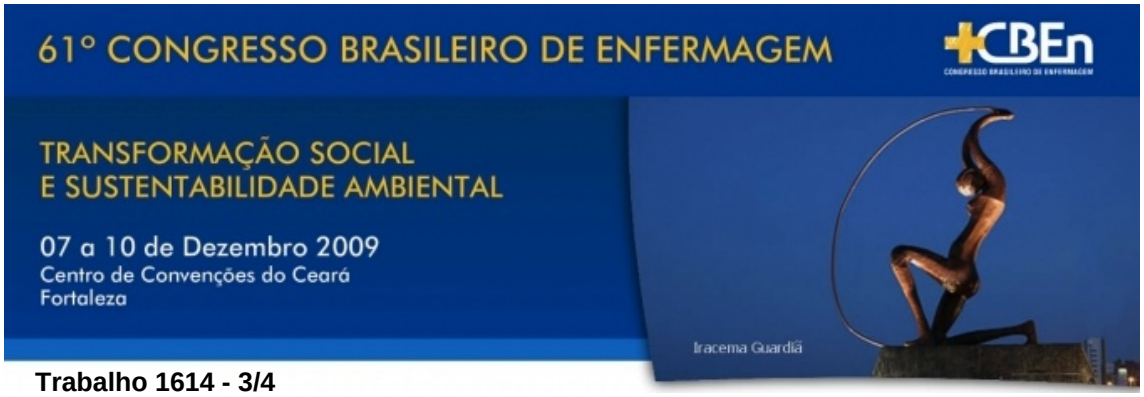
Introdução: Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a legislação brasileira se consolida baseada na preocupação com resultados de qualidade no setor da saúde. Entretanto, os diversos projetos e programas ministeriais ainda são insuficientes para prover os hospitais com a infra-estrutura adequada à prestação de seus serviços e garantir o direito constitucional à saúde, com acesso universal e igualitário às ações/serviços para sua promoção, manutenção e recuperação. A inadequação do número de trabalhadores de enfermagem é um dos fatores que certamente dificultam o alcance da melhor qualidade da assistência de enfermagem no ambiente hospitalar em razão de que, os integrantes dessa equipe (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) cuidam diretamente dos pacientes, durante as 24 horas do dia(1). Para que seja realizado o provimento de pessoal de enfermagem adequado às características da instituição, da clientela e do serviço de enfermagem, o enfermeiro deve realizar o dimensionamento da sua equipe em conformidade com a Resolução COFEN n.º 294/2004(2). Em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em especial, é indispensável que se realize o dimensionamento dos trabalhadores de enfermagem e se garanta número suficiente de profissionais qualificados, visto que o processo de trabalho neste setor se caracteriza por atividades assistenciais que exigem alta competência técnica e científica para tomada de decisões imediatas e seguras. O dimensionamento de pessoal adequado nesse setor, além de contribuir com a garantia da segurança e qualidade da assistência ao paciente e à manutenção de condições favoráveis à saúde do trabalhador, pode auxiliar na racionalização dos custos e otimizar a dinâmica assistencial. Para isso, é importante o uso de instrumentos de medida de carga de trabalho e/ou classificação de pacientes que considerem as

*Estudo resultante da Dissertação de Mestrado "Análise do Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para Adultos".

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade Ingá. Enfermeira da UTI-Adulto do Hospital Universitário de Maringá.
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM. E-mail: lmmatsuda@uem.br.



atividades específicas deste setor. Atualmente, o *Nursing Activities Score* (NAS)[3] é o instrumento mais completo e validado no Brasil[4] para mensurar a carga de trabalho de enfermagem em UTI, em razão de que, além de contabilizar o tempo de procedimentos e intervenções terapêuticas, contempla atividades administrativas e de suporte aos familiares dos pacientes, independentemente do índice de gravidade destes últimos[3]. Na UTI para Adultos (UTI-A) de um hospital-ensino público do Paraná há elevado índice de absenteísmo-doença, o que pode estar associado também à taxa de aproximadamente 100% de ocupação dos leitos. Além disso, a equipe de enfermagem deste setor, no início do seu funcionamento, foi estimada com base na legislação que foi revogada[1] com a promulgação da Resolução COFEN n.° 293/2004 [2], na qual foram estabelecidas mais horas de assistência de enfermagem por nível de complexidade e por leito. **Objetivo:** Dimensionar a equipe de enfermagem da UTI-A de acordo com a carga de trabalho mensurada com o NAS e os critérios da Resolução COFEN n.º 293/2004. **Metodologia:** Estudo descritivo-exploratório realizado numa UTI-A de um hospital-ensino público do Paraná, no período de maio de 2007 a novembro de 2008. Para coleta dos dados aplicou-se diariamente o NAS[4] que foi preenchido de acordo com as definições operacionais adaptadas do Manual do NAS[5], mediante consulta retrospectiva dos prontuários de todos os pacientes que permaneceram internados por mais de 24 horas no setor (n=107). Os dados foram compilados e tratados em planilhas eletrônicas e a análise, se procedeu através da estatística descritiva, utilizando-se o programa Statistica 8.0. O dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-A foi calculado com base na média de trabalhadores estimada pelo NAS, ajustando-se esse número às recomendações contidas na Resolução COFEN n.° 293/2 004, com acréscimo do Índice de Segurança Técnica (IST) empírico de 15% para cobertura de ausências por benefícios e absenteísmos. Estabeleceu-se também a proporção de 52% a 56% de enfermeiros sobre o total de trabalhadores de enfermagem[2]. As exigências éticas e legais, referentes à pesquisa com seres humanos, foram respeitadas. **Resultados:** A partir da soma do NAS de todos os pacientes da UTI-A, contabilizou-se a carga de trabalho diária da equipe de enfermagem desse setor, a qual variou de 479,7 a 1007,2 pontos, com uma média de 697,3 pontos (DP ± 83,5). Ao considerar que, a cada 100 pontos somados é necessário um



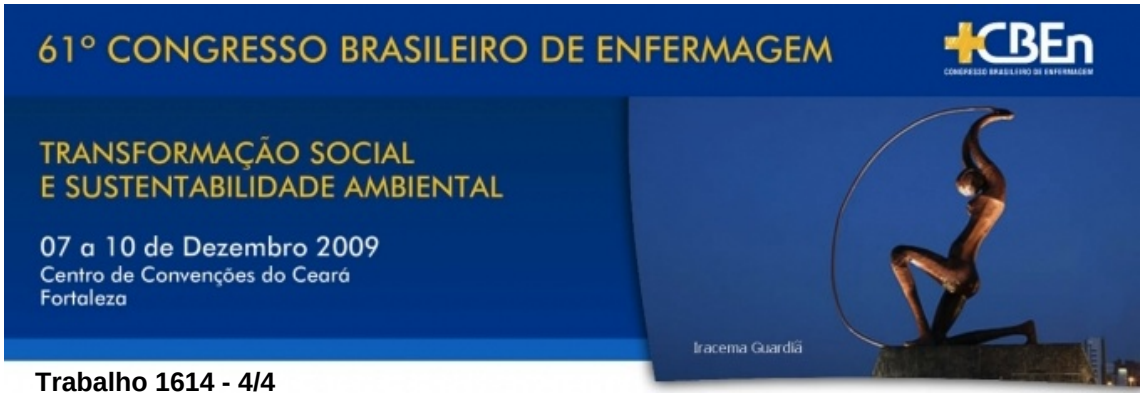
profissional de enfermagem, por turno, nas 24 horas[3], seriam necessários pelo menos 4,8 e no máximo 10,1 trabalhadores, por turno, para desempenhar a assistência de enfermagem na UTI-A. Em média, isto significa, aproximadamente 7 profissionais de enfermagem por turno que, ajustado aos critérios da Resolução COFEN n.° 293/2004 [2], aponta a necessidade de 40 profissionais de enfermagem (o contingente naquele momento era de 28). Assim, para compor as cinco equipes de trabalho, deveriam existir na UTI-A, 21 (52,5%) Enfermeiros e 19 Técnicos de Enfermagem (TE). Neste setor, existiam apenas 10 Enfermeiros, 17 TE e um Auxiliar de Enfermagem (AE). **Conclusão:** Verificou-se *déficit* de 12 (30%) trabalhadores de enfermagem e a proporção de enfermeiros (35,7%) está aquém do recomendado. Além disso, a categoria de AE continua atuando na UTI-A sem distinção com a categoria de TE, o que não deveria ocorrer já que o atendimento a pacientes de alta complexidade é de responsabilidade privativa do Enfermeiro e ao AE apenas se permite a execução de tarefas simples e de natureza repetitiva. De acordo com os resultados, infere-se que há sobrecarga de trabalho na equipe de enfermagem da UTI-A e isso pode influenciar na saúde dos trabalhadores bem como na qualidade do cuidado por eles prestado. O NAS, apesar de algumas limitações, é o instrumento validado em nosso País que melhor caracteriza as atividades e cuidados de enfermagem que são realizados em UTI. Ajustado à Resolução COFEN n.° 293/2004 [2], o NAS pode aproximar o dimensionamento de pessoal de enfermagem às reais necessidades da instituição, do serviço de enfermagem e da clientela, de modo a favorecer as condições de trabalho para uma assistência de enfermagem de melhor qualidade.

Descritores: Gestão de pessoal em saúde. Unidade de terapia intensiva. Dimensionamento de pessoal.

REFERÊNCIAS

1. Inoue KC. Análise do dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para Adultos [Dissertação de Mestrado]. Maringá: Departamento de Enfermagem da UEM; 2008.

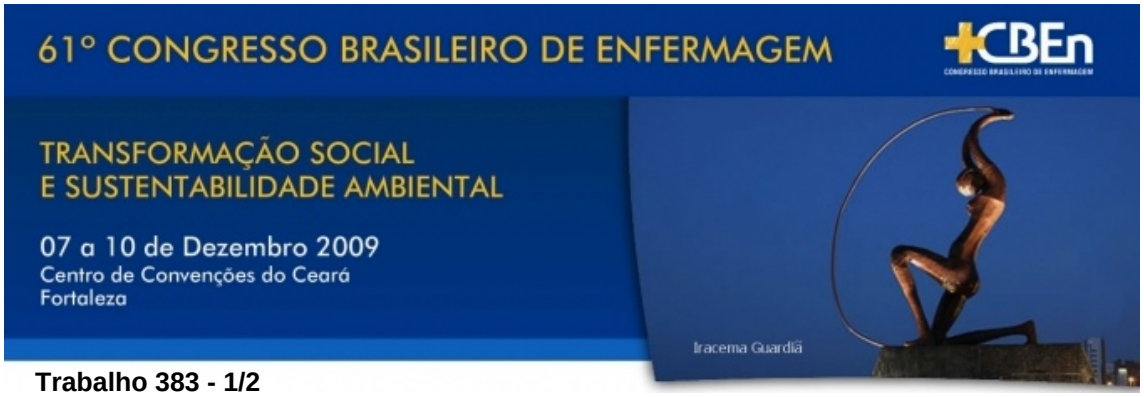
2. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 293/2004. 2004. [Acessado em 2 out. 2006]. Disponível em: “http://www.portalcofen.com.br/_novoportal/detalhe.asp?id=15&infoid=5564”.



3. Miranda DR, et al. Nursing Activities Score. Crit Care Med 2003;31(2):374-82.

4. 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 (NAS) [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.

5. Gonçalves LA, Padilha KG. Nursing Activities Score (NAS): Proposta para Aplicação Prática em Unidade de Terapia Intensiva. Prática Hospitalar 2005;7(42). [Acessado em 17 jul. 2007]. Disponível em: “http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2042/pgs/materia%2033-42.html”.



Trabalho 383 - 1/2

GESTÃO ELETRÔNICA DO AGENDAMENTO CIRÚRGICO

BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho [1]
AMANTE, Lúcia Nazareth [2]
ANDERS, Jane Cristina [3]

O processo de agendamentos cirúrgicos tem sido um grande obstáculo para as enfermeiras de Bloco Cirúrgico, que buscam a excelência de sua gestão. Realizamos uma investigação de desenvolvimento metodológico cujo objetivo foi construir e validar um instrumento de agendamentos e mapas cirúrgicos. A metodologia utilizada baseou-se em procedimentos teóricos, empíricos e analíticos, para a elaboração de uma ferramenta eletrônica. O instrumento foi submetido à análise da adequação semântica e conceitual dos itens, por três peritos, seguido de pré-teste. Os procedimentos empíricos e de validação, compreenderam aplicação da amostra de 1.267 cirurgias, entre dezembro de 2007 a março de 2008. Agendadas eletronicamente no Hospital Santa Catarina de Blumenau-SC. Este estudo resultou no instrumento composto por 31 janelas e 2 ícones. Os resultados revelam a importância e a eficácia da inovação do método de gestão eletrônica de Bloco Cirúrgico pelo enfermeiro, lhe oferecendo segurança, uniformidade de linguagem, qualidade e excelência de gestão.

Referências Bibliográficas:

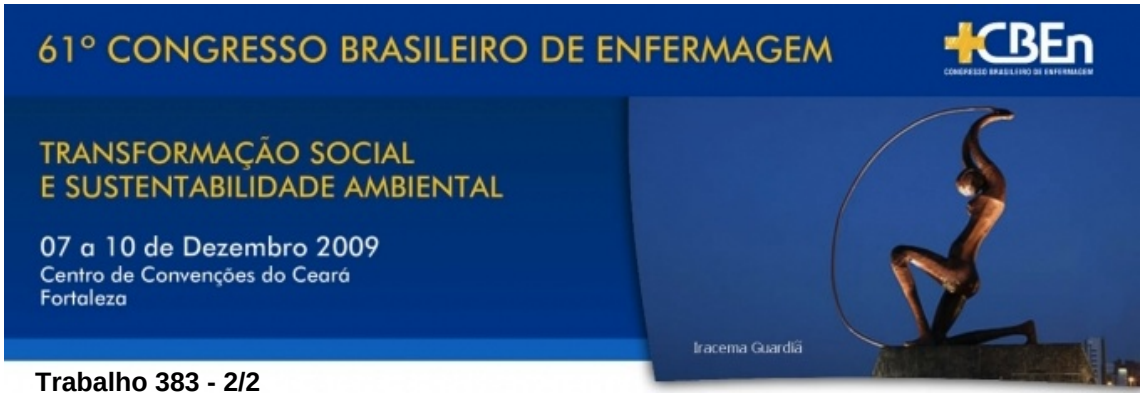
1. SOBECC. Práticas recomendadas da Sobecc. São Paulo, 2007. p. 31.

2. ÉVORA YDM; MELO MRAC; NAKAO JRS. O desenvolvimento da informática em enfermagem: um panorama histórico. In anais do X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde – Informática e Cidadania; 2006 out. 14-18; Florianópolis. Florianópolis: Costão do Santinho; 2006. Disponível em: www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/416.doc

3. POSSARI JF. Centro Cirúrgico: planejamento, organização e gestão. São Paulo: Iátria; 2004.

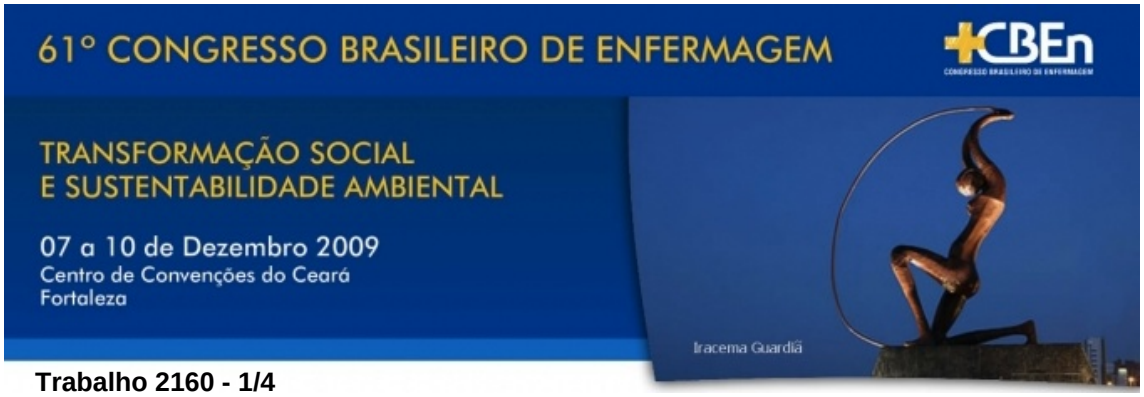
4. BERTONCELLO KCG. Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 226f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Palavras-chave: Enfermagem em Centro Cirúrgico, Informática em Enfermagem, Gestão em Saúde.



Trabalho 383 - 2/2

[1]Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental USP. Docente Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde (GEASS) e do GAO da UFSC. kbertoncello@yahoo.com.br
[2]Enfermeira. Doutora. Docente Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES) e do Núcleo de Pesquisa em Neurologia Experimental e Clínica da UFSC.
[3]Enfermeira. Doutora. Docente Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Estudo Sobre o Cuidado da Criança e ao Adolescente (GPECCA) da UFSC.



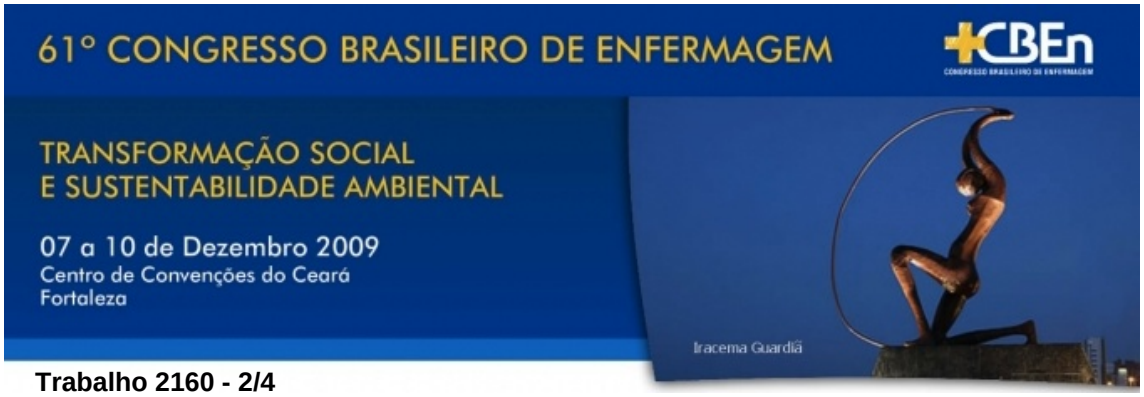
Trabalho 2160 - 1/4

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO HOSPITALAR NA LÓGICA DOS CLIENTES: CONTRIBUIÇÕES Á PRÁTICA DA ENFERMAGEM

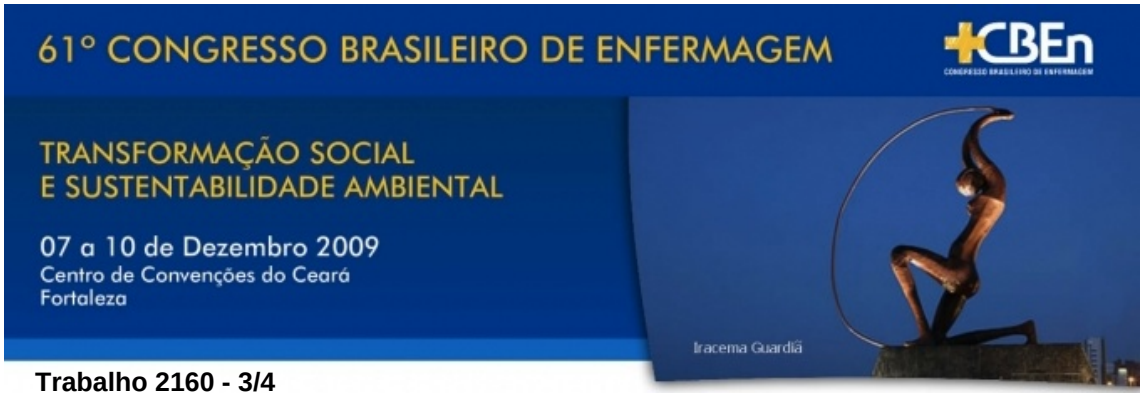
Araújo, Flávia Pacheco de[1]; Ferreira, Márcia de Assunção[2].

Considerações Iniciais: A Política Nacional de Humanização (PNH) traduz o modo de se fazer o Sistema Único de Saúde (SUS), e como tal perpassa os pactos definidos entre os seus gestores, assim como na gestão e na atenção à saúde realizada nas instituições(1). Esta pesquisa alude a esta temática e investigou as Representações Sociais de clientes hospitalizados sobre a humanização. Os objetivos foram: descrever as Representações Sociais de clientes sobre a humanização no cuidado de enfermagem; analisar as ações/práticas de clientes frente aos cuidados que lhe são prestados, tendo em vista suas Representações Sociais sobre a humanização; e discutir as implicações de tais representações para o campo do cuidado de enfermagem. Metodologia: de natureza qualitativa-descritiva cujo referencial é a Teoria das Representações Sociais (TRS), na vertente processual(2). Os sujeitos foram 24 clientes, de ambos os sexos, adultos, na faixa etária de 19 a 89 anos, que estavam hospitalizados nos setores de clínica médica de um hospital universitário, público e federal. Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos da pesquisa após a aprovação da pesquisa do Comitê de ética do hospital-cenário. Os critérios de inclusão foram: serem adultos de ambos os sexos internados nos setores eleitos para a realização da pesquisa, orientados no tempo e espaço, com capacidade de expressão verbal preservada e concordar em participar da pesquisa. Os clientes que não atenderam a esses critérios foram excluídos. As técnicas de coleta de dados qualitativos foram: a) Entrevistas semi-estruturadas baseadas em um roteiro, para que fosse acessado o processo de construção do pensamento sobre o objeto de estudo. Os dados foram registrados em fita magnética; b) Observação participante orientada por um roteiro previamente elaborado, com o objetivo de

[1] Enfermeira; Discente do curso de mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery; Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Membro do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (Nuclearte). Bolsista da Capes; e-mail: pacheco.flavia@gmail.com.
[2] Doutora em Enfermagem; Professora Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental, da EEAN/UFRJ; Membro do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (Nuclearte); Pesquisadora do CNPq, e-mail: marciadeaf@ibest.com.br.



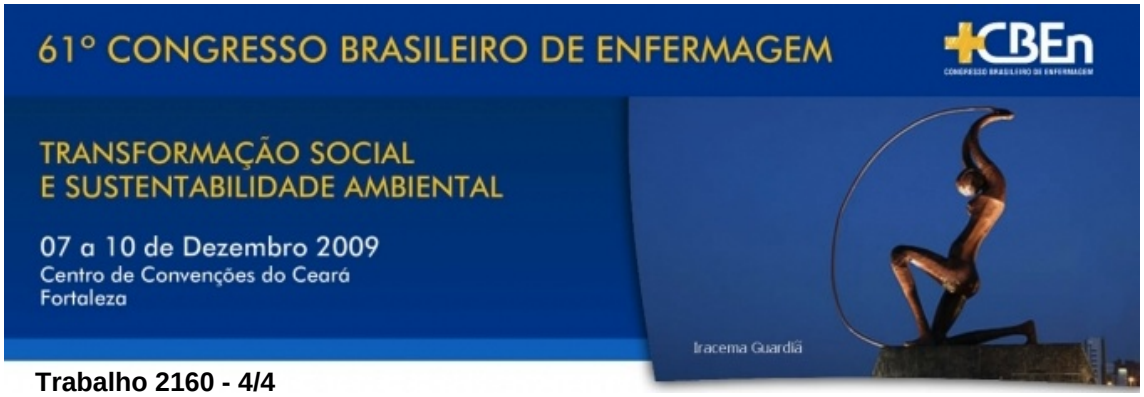
observar as práticas sociais e mostrar de forma fidedigna a ocorrência do fenômeno em estudo, conforme o mesmo se dá no cotidiano. O registro foi feito em um diário de campo. A observação foi realizada no período diurno, totalizando 30 horas. A associação das técnicas de entrevista semi-estruturada e observação participante possibilitou o confronto do que foi dito com o que se vivenciou no cotidiano do cuidado na unidade de internação hospitalar. A utilização de multi-técnicas visou obter mais segurança quanto aos resultados da pesquisa. Quanto a análise, no plano metodológico, foi qualitativa. O tratamento e análise dos dados foi segundo a análise de conteúdo temática, na qual buscou-se o significado das mensagens (núcleos de sentido), contextualizando-as. Após a análise foram organizadas duas grandes categorias denominadas “Gerencial da Atenção à Saúde” com a vertente governamental e a institucional, e “Interpessoal na Política Institucional”. Resultados e discussão: Os elementos temáticos, como quantitativo profissional, condição salarial, recursos materiais e financeiros, que compõem o caráter gerencial da atenção retomam o direito da população à saúde e o dever do estado em promovê-la. Deste modo, pode-se articular o caráter gerencial da atenção à saúde a cidadania, pois a atenção à saúde é caracterizada nos depoimentos como um direito que não é atendido e um dever do estado, que não é exercido. O caráter interpessoal na política institucional determinado pela análise temática, reafirma os atributos pessoais e os aprendidos, como atenção, carinho e outros, para o estabelecimento de uma relação profissional-cliente, assim enfocando o cliente na dinâmica institucional. A instituição de saúde, para os sujeitos, só promovem atenção de qualidade quando estes atributos estão presentes. Então, pode-se verificar a articulação deste caráter com a cidadania classificada como valorativa, pois congrega os atributos como “solidariedade, responsabilidade, bondade, amizade, honestidade e respeito ao relacionar-se com o outro”, sendo determinada na relação interpessoal[3]. Logo, a representação social dos sujeitos desta pesquisa sobre a humanização no aspecto político, apresenta-se pela dimensão gerencial na ótica de uma cidadania de caráter normativo, onde a esfera gestora precisa viabilizar condições necessárias ao exercício de ações de qualidade, fazendo com que os direitos e deveres dos clientes hospitalizados sejam atendidos. Assim como pela dimensão interpessoal na ótica do caráter valorativo pautada na relação entre as pessoas



com atributos pessoais de responsabilização, atenção, respeito e outros, e assim inserida na função gestora institucional, pois abarca os profissionais de saúde que implementam o cuidado. Na representação social dos clientes sobre a humanização identifica-se a lógica de um pensamento diretivo, com ações políticas unidirecionais, hierárquicas e verticais de cunho gerencial, do governo e da instituição de saúde, em prol desta instituição. E, também, no âmbito institucional no que tange à maneira de cuidar pelos profissionais, sempre vinda deles e não como via de mão dupla, exigida pelos clientes por direito. É como se o "tom" do trato tenha que ser sempre definido pelo profissional e não co-construindo com o cliente com membro ativo da relação. Nesse sentido, a representação veiculada mostra que os sujeitos não se reconhecem como ativos no processo assistencial, conforme preconiza a PNH na caracterização da co-gestão. Os sujeitos desta pesquisa, em geral, apresentam um perfil de receptor de ações, refletindo uma cidadania tutelada, ou seja, aquela dada por terceiros. Considerações Finais: Partindo deste referencial para entender a concepção dos sujeitos, a questão da humanização no cuidado à saúde é algo extrínseco a si próprios e postulados por alguém; no entanto, a PNH preconiza a inserção da população nesta dinâmica política. No entendimento de que seja algo extrínseco ao sujeito, não há marcas de suas ações, voltadas ao campo macro do problema. Entretanto, há marcas de seus modos de agir no campo micro, quando o problema detectado por eles se insere na esfera relacional objetiva ou subjetiva que se dá no âmbito o profissional-cliente. Então, o engajamento político governamental e institucional da equipe de enfermagem nas decisões no âmbito da saúde, e o repensar da atuação dos profissionais desta profissão no campo prático, com base nas representações sociais dos sujeitos sobre a humanização no cuidado, permitirá aos mesmos a impressão de um cuidado humanizado, contributivo para o exercício da cidadania dos clientes, por meio da participação social.

REFERÊNCIAS:

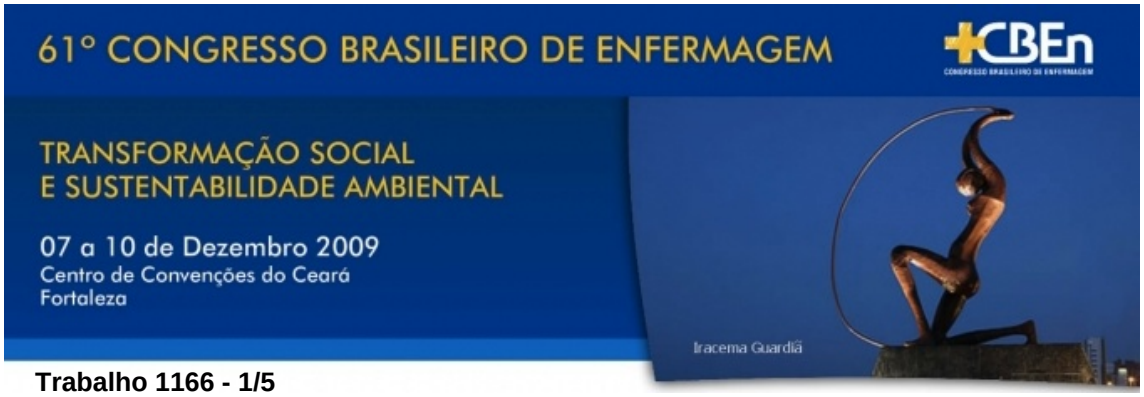
1. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília (DF); 2008.



2. Jodelet, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet, D, organizadora. As Representações Sociais. Rio de Janeiro (RJ): EdUERJ, 2001.

3.Veloso RC, Ferreira M de A. Representações Sociais da cidadania e seus nexos com as ações dos usuários de um serviço de saúde. R. Enferm UERJ, 2007 OUT/DEZ; 15(4): 527-532.

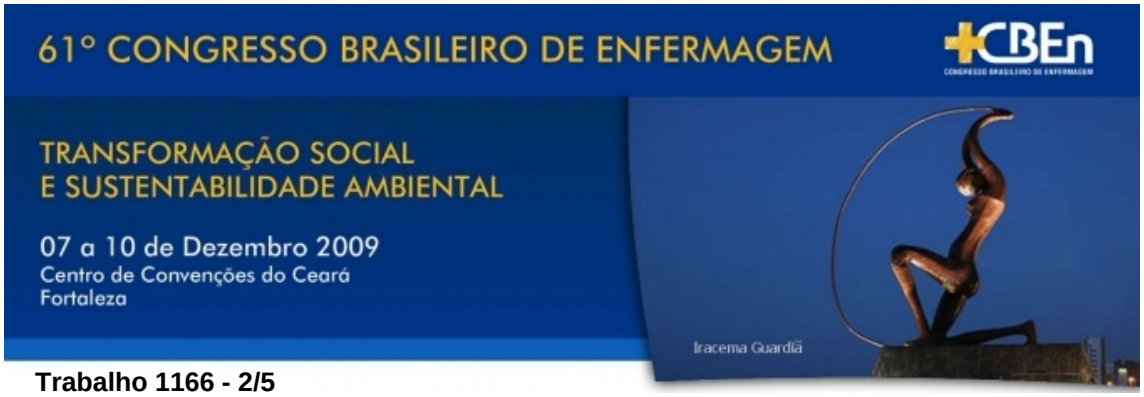
Descritores: Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Humanização da assistência.



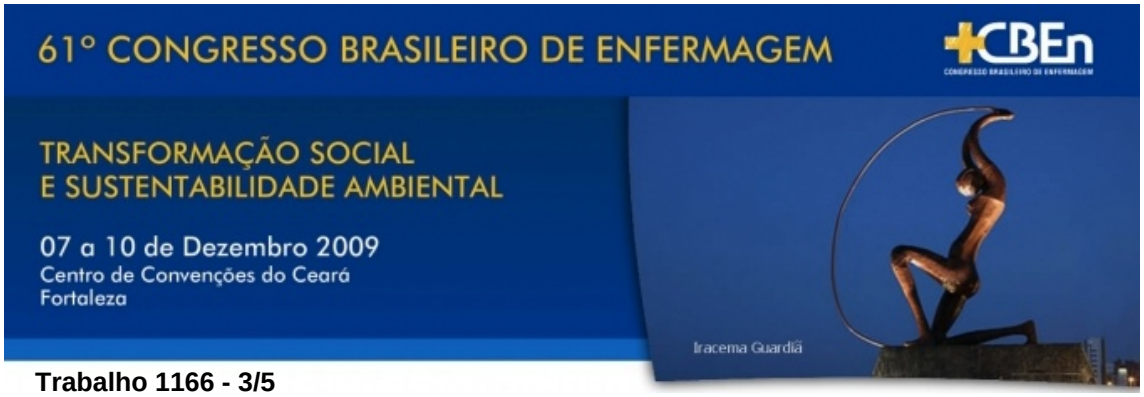
IATROGENIA: ENFOQUE NOS ERROS DE MEDICAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM[1]

GURGEL, Allyne Karlla Cunha[2]
FARIAS, Glaucea Maciel de[3]
COSTA, Isabel Karolyne Fernandes[4]
ROCHA, Karolina de Moura Manso da[5]
FREITAS, Mirna Cristina da Silva[6]
MORAIS FILHO, Luiz Alves[7]

INTRODUÇÃO: associada às inovações tecnológicas introduzidas na prestação de assistência à saúde, cresce a importância dos eventos adversos ocorridos durante este processo. Ao longo dos tempos estes têm recebido várias denominações como erros médicos, eventos adversos relacionados à internação, agravos à saúde, erros de medicação, iatrogenia médica e ocorrências iatrogênicas (OI's) (ROSA; PERINI, 2003). Dentre esses eventos, os erros de medicação, definidos como qualquer falha no processo de prescrição, dispensação ou administração de uma medicação, vêm chamando especial atenção, pois são as OI's que mais frequêntemente ocorrem em hospitais, trazem danos ao paciente, contribuem para depreciação profissional e podem, também, aumentar os custos das internações. Considerando especificamente a equipe de enfermagem, Santos (2007) relata que estes profissionais constituem a ponta final do sistema de medicação, fato que aumenta suas responsabilidades diante da exposição ao erro. Na maioria das vezes, quando estes se conscientizam da falha cometida, podem apresentar sinais de sofrimento psíquico que resultam em uma série de sinais e sintomas. Carvalho e Cassiani (2002) acrescentam outros tipos de consequências para estes indivíduos, que incluem punições as mais variadas, dependendo do grau da infração cometida, podendo chegar até a cassação do exercício profissional. Preocupadas com a frequência desses eventos e suas implicações para os profissionais, questionamos: quais os tipos de erros de medicação provocados pela equipe de enfermagem? Quais as consequências para esses profissionais? Quais as principais estratégias para evitar a ocorrência desses eventos? **OBJETIVO:** identificar na literatura os principais tipos de erros



de medicação, consequências para a equipe de enfermagem e as estratégias para evitar as ocorrências desses eventos. **METODOLOGIA:** trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BSV) como a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). A busca foi realizada durante os meses de outubro e novembro de 2008. Os descritores utilizados foram: doença iatrogênica, erros de medicação e enfermagem segundo a classificação dos descritores em ciências da saúde (DECS). Os critérios de inclusão dos artigos para esta revisão bibliográfica foram: artigos completos relacionados às OI's do tipo erros de medicação, cometidos apenas em seres humanos, relacionados ao ambiente hospitalar e à equipe de enfermagem, publicados entre 2000 e 2007, em português, inglês ou espanhol. Excluímos os trabalhos não disponíveis na íntegra e que estivessem publicados em mais de uma base de dados. Os dados foram coletados mediante a utilização de um formulário estruturado, abrangendo questões condizentes com a proposta da pesquisa como: os principais erros de medicação, frequência do evento, consequências para a equipe de enfermagem e medidas de controle e prevenção. **RESULTADOS:** foram encontrados 77 artigos, dos quais, após o refinamento, foram selecionados 15. Os estudos, em sua maioria, revelaram que os tipos de erros de medicação mais frequêntes compreendem respectivamente à administração de medicamento errado, erro de dosagem, via errada, não cumprimento de horário, omissão da dose, administração de medicamento no paciente errado, aplicação de concentração medicamentosa incorreta e uso de técnicas incoerentes com os conhecimentos técnico-científicos. Em relação às principais consequências para os profissionais responsáveis pelos erros de medicação, destacam-se como as mais comuns, respectivamente, advertência verbal, notificação da ocorrência, orientação, advertência escrita, e demissão. Aliada à própria ocorrência do evento em si, essas punições provocam nos profissionais sentimentos negativos, que contribuem para tornar comum a subnotificação das OI's. Para isso, a literatura recomenda como estratégia de controle e prevenção, o fornecimento de um ambiente seguro para a administração de medicamentos visto que, onde existam muitas atividades, pode haver prejuízos na comunicação dos profissionais entre si e com o paciente, desencadeando em transmissões e recepções incorretas. Outro



meio para minimizar a problemática, encontra-se na tomada de medidas que melhorem a legibilidade, clareza, qualidade da prescrição médica e anotações de enfermagem. Como alternativa para isso, a literatura traz a prescrição eletrônica como instrumento que proporciona aumento da segurança de pacientes hospitalizados, uma vez que elimina a problemática da legibilidade das prescrições, minimizando as OI's. Porém, não anula as ocorrências de erros de medicação provocadas por outros fatores, como falhas de comunicação e omissão da dose, doses e via de administração erradas. Outra estratégia recomendada é a implantação da educação continuada, através de cursos de reciclagem ou treinamentos periódicos na administração de medicamentos, visto que estes proporcionarão melhor preparação técnica e cientifica dos profissionais, reduzindo a incidência de erros, bem como reações de medo perante as falhas, caso ocorram. **CONCLUSÃO:** a partir do levantamento bibliográfico constatou-se que dentre os erros de medicação, os principais são os relacionados à administração de medicamento incorreta em várias modalidades. Com relação aos fatores causais de tais falhas, destacam-se prescrições médicas pouco legíveis ou ilegíveis. Como principal consequência para a equipe de enfermagem, encontrou-se a advertência verbal; e em relação à melhor estratégia para minimizar estas OI's, foi citada a educação continuada para os profissionais de saúde. Diante dessa realidade, torna-se fundamental que a iatrogênia em relação ao erro de medicação, seja revisto pela administração da instituição e gerência de enfermagem como um problema que precisa da implementação de ações educacionais e administrativas, afim de proporcionar uma assistência de enfermagem de qualidade.

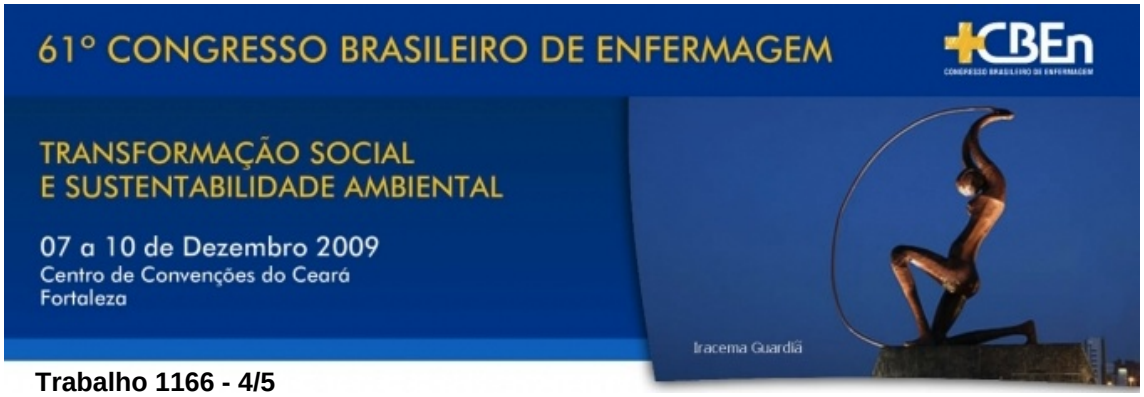
Palavras-chaves: Doença Iatrogênica, Erros de medicação, Enfermagem

Bibliografia

ROSA, M. B.; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi?. **Rev. Assoc. Med. Bras.** Belo Horizonte, v. 49, n. 3, pp. 335-341. 2003.

SANTOS, J. O. et al. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 483-88. 2007.

CARVALHO, V.T; CASSIANI, S.H.B. Erros na medicação e conseqüências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 523-9, jul./ago. 2002b.



Trabalho 1166 - 4/5

EIXO 4: INTERFACE POLÍTICA E AMBIENTAL, POLÍTICAS DE SAÚDE, CUIDADO DE ENFERMAGEM

Dimensão 3. Saúde, ambiente, trabalho e biossegurança na Enfermagem.

1 Trabalho vinculado à base de Enfermagem Clínica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

2 Enfermeira. Professora Associada dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFRN.

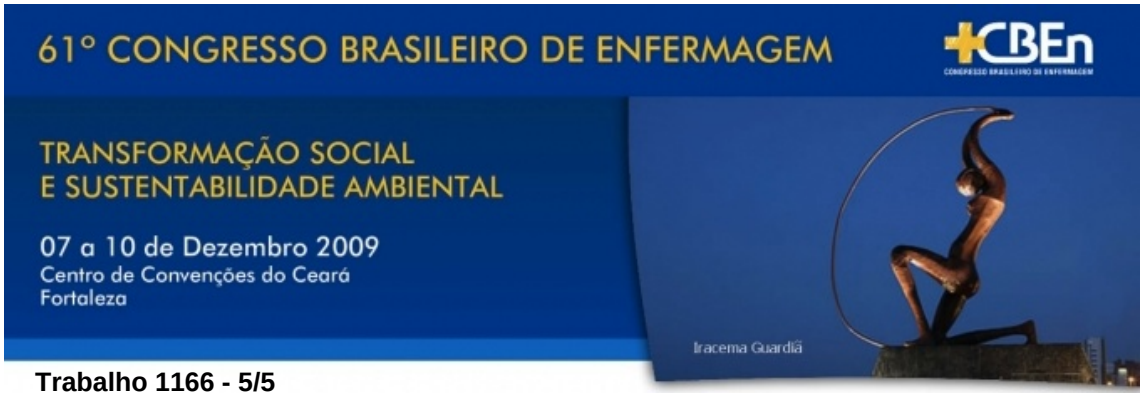
3 Acadêmica do 6º período de Enfermagem da UFRN. Bolsista voluntária de Iniciação Científica. Endereço eletrônico: allyne_k@hotmail.com.

4 Enfermeira. Aluna Especial do Mestrado da UFRN.

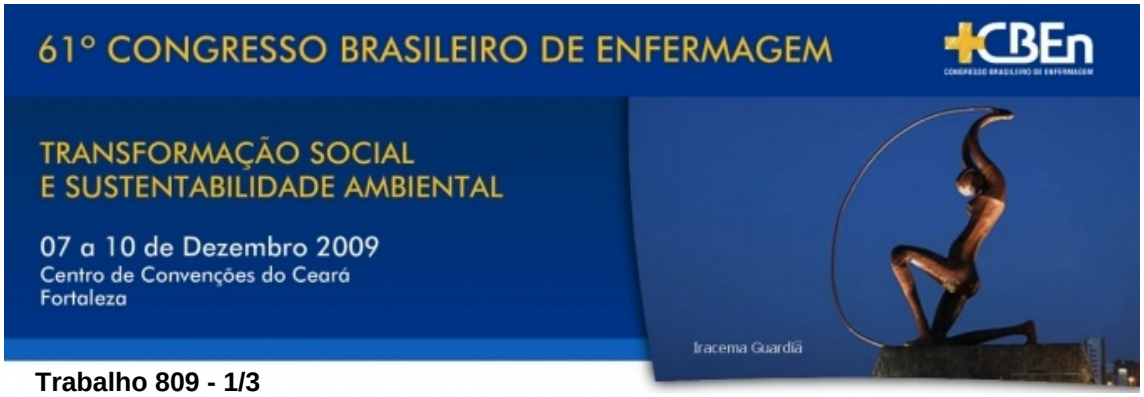
5 Enfermeiranda. Bolsista PIBIq de Iniciação Científica pela UFRN.

6 Enfermeiranda. Bolsista (ProPesq) de Iniciação Científica pela UFRN.

7. Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN



Trabalho 1166 - 5/5

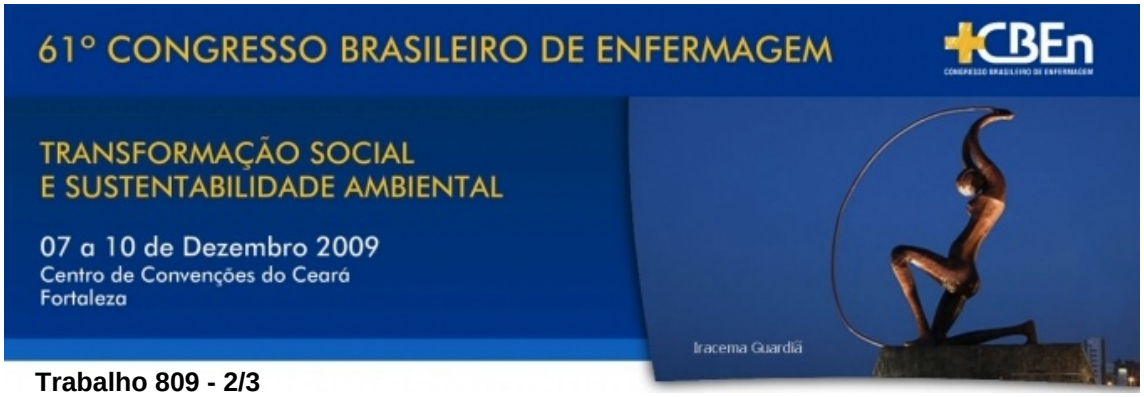


IDENTIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MEDO E ANSIEDADE NAS PACIENTES EM PRÉ-OPERATÓRIO PROGRAMADOS PARA CIRURGIAS GINECOLÓGICAS.

***SURIANO, M.L.F.; **LOPES, D.C.F.; ***MACEDO, G.P.O.S.; ****MICHEL, J.L.M.; *****BARROS, A.L.B.L.**

Resumo

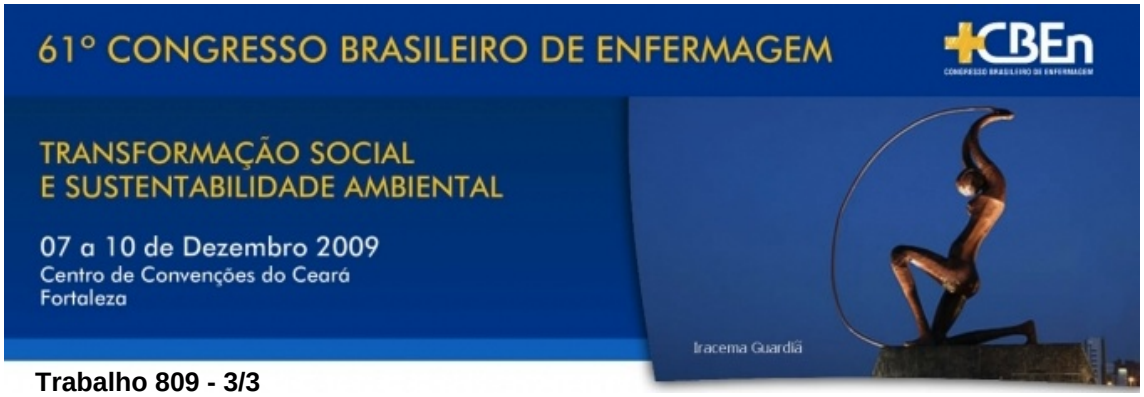
Introdução: A realização de procedimentos cirúrgicos que envolvem órgãos sexuais, com função reprodutiva, é capaz de produzir emoções conflitantes, traumáticas de insegurança, de medo e ansiedade, gerando alterações significativas tanto fisiológicas como psicológicas[1]. Em estudo validado anteriormente, foi identificado à presença da Síndrome da Ansiedade Perioperatória em pacientes programados para cirurgias eletivas[2], ficando evidente a necessidade de outras pesquisas para identificar esta síndrome. **Objetivos:** Identificar a presença das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem Medo e Ansiedade no período de pré-operatório imediato de pacientes submetidas a cirurgias ginecológicas, além de verificar a presença dos sinais e sintomas da Síndrome da Ansiedade Perioperatória nessas pacientes. **Método:** Estudo realizado na Unidade de Ginecologia de um Hospital de Ensino da Cidade de São Paulo. Tratou-se de uma pesquisa de coorte de caráter transversal[3] que contou com a participação de 50 pacientes internadas para realização de cirurgias ginecológicas eletivas no mês de maio de 2007. Fez-se o uso de um instrumento de coleta já elaborado e validado num estudo anterior[2] que possuía as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem Medo e Ansiedade, foram acrescentadas ao instrumento as definições, características definidoras e fatores relacionados da Síndrome da Ansiedade Perioperatória. **Resultados:** Confirmou-se a presença dos diagnósticos de enfermagem de interesse Medo e Ansiedade em 48 pacientes (96,0%) no total das 50 mulheres entrevistadas (100,0%). Dentre os fatores relacionados a ambos os diagnósticos de enfermagem foram mais evidentes a anestesia (93,7%), doença (79,1%), cirurgia (62,5%), pós-operatório (58,3%), hospitalização (35,4%), falta de familiaridade com a experiência (12,5%) e ambiental (2,0%).Com relação à



Síndrome da Ansiedade Perioperatória esta, por sua vez, foi identificada em 48 (96,0%) das pacientes entrevistadas, com as características: apreensão e relato verbal de ansiedade 95,8%; verbalização e angústia 93,7%; excitação e inquietação 91,6%; boca seca 87,5%; nervosismo e medo da morte 70%. Entrevistas associadas ao exame físico das pacientes em estudo, contribuíram na identificação das manifestações clínicas dos diagnósticos anteriormente mencionados e a presença da Síndrome da Ansiedade Perioperatória. **Conclusão:** A pesquisa comprovou a presença dos diagnósticos de enfermagem Medo e Ansiedade[4] nas pacientes submetidas a cirurgias ginecológicas devido as suas manifestações clinicas que, por sua vez, também contribuíram para evidenciarmos a presença da Síndrome da Ansiedade Perioperatória.

Bibliografia:1.Peniche ACG, Chaves EC. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. Rev Latinoam Enferm. 2000; 8(1): 45-50. 2.Suriano MLF. Comportamento das características Definidoras dos Diagnósticos de Enfermagem Medo e Ansiedade identificada no Pré-Operatório Imediato de Pacientes submetidos a Cirurgias Eletivas [tese]. São Paulo (SP): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 2005. 3.Polit D, Beck CT, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004. 4.NANDA – NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, Taxonomia I. Artmed, 2006.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Medo; Ansiedade; Procedimentos Cirúrgicos em Ginecologia.



Trabalho 809 - 3/3

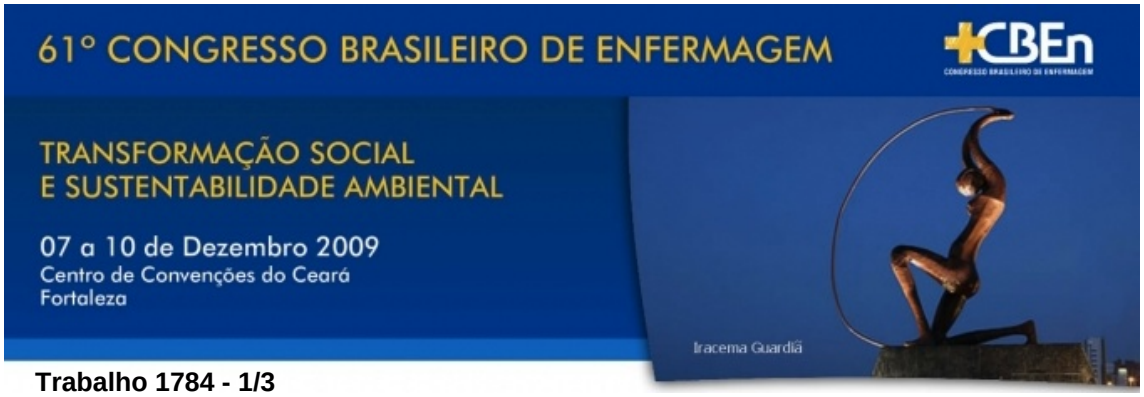
***Maria Lucia Fernandez Suriano**
Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP. São Paulo (SP)/ Brasil.

**** Daniela Cristina da Fonte Lopes**
Enfermeira formada pela Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP – São Paulo (SP)/ Brasil.

*****Giselle Pinto de Oliveira Sá Macedo**
Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva e Emergências Pediátricas pelo Instituto da Criança – ICr/FMUSP. Enfermeira do Hospital São Paulo- Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP – São Paulo (SP)/ Brasil.
gigimacedo@yahoo.com.br **(Relator)**

******Jeanne Liliane Marlene Michel**
Enfermeira. Professora Doutora Adjunta do Departamento de Enfermagem da da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP. São Paulo (SP)/ Brasil.

******* Alba Lucia Bottura Leite de Barros**
Enfermeira. Professora Livre docente, Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP. São Paulo (SP)/ Brasil.



Trabalho 1784 - 1/3

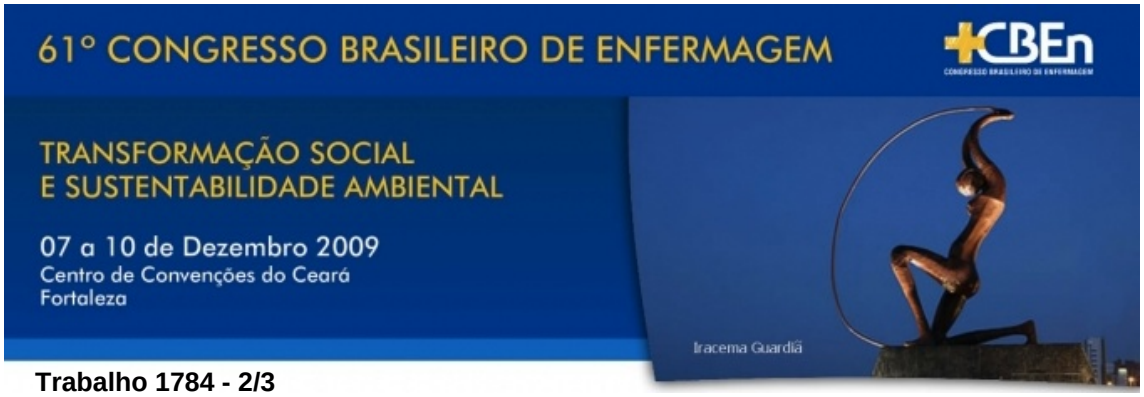
IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DE ERROS NO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA UNIDADE PEDIÁTRICA DO INTERIOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS: PROPOSIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE MINIMIZAÇÃO

Veloso, Izabella Rocha*
Telles Filho, Paulo Celso Prado**

RESUMO: Os erros na administração de medicamentos ocorrem devido a causas multifatoriais e envolvem a ação direta de enfermeiros. Em se tratando de pacientes pediátricos, o erro se torna passível de ocorrer devido à vulnerabilidade do paciente conseqüente à hospitalização. Esta pesquisa teve como objetivo proceder a uma identificação e análise acerca dos erros na administração de medicamentos em uma unidade pediátrica, além de propor estratégias para minimização destes erros. Trata-se de um estudo descritivo realizado em uma instituição hospitalar do município de Diamantina-MG, em 2009. Foram observados os funcionários responsáveis pela administração de medicamentos nos horários padronizados pela instituição no período diurno. Os dados foram coletados através de um questionário dividido em duas etapas: preparo de medicamentos e administração de medicamentos. Durante a observação foram observados itens como: tempo de preparo e administração, ambiente, dose do medicamento, categoria profissional de quem preparou e administrou, bem como outros dados relevantes. Como resultado verificou-se que 77,6% das medicações são preparadas por auxiliares de enfermagem e 22,4% por técnicos de enfermagem. Emergiu dos dados também que nem todos os profissionais envolvidos na administração de medicamentos consultam a prescrição médica

*Acadêmica do 6º Período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Bolsista de Iniciação Científica do CNPq. E-mail: bellarv@hotmail.com

**Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto (EERP-USP), Professor Adjunto II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). E-mail: ppradotelles@yahoo.com.br



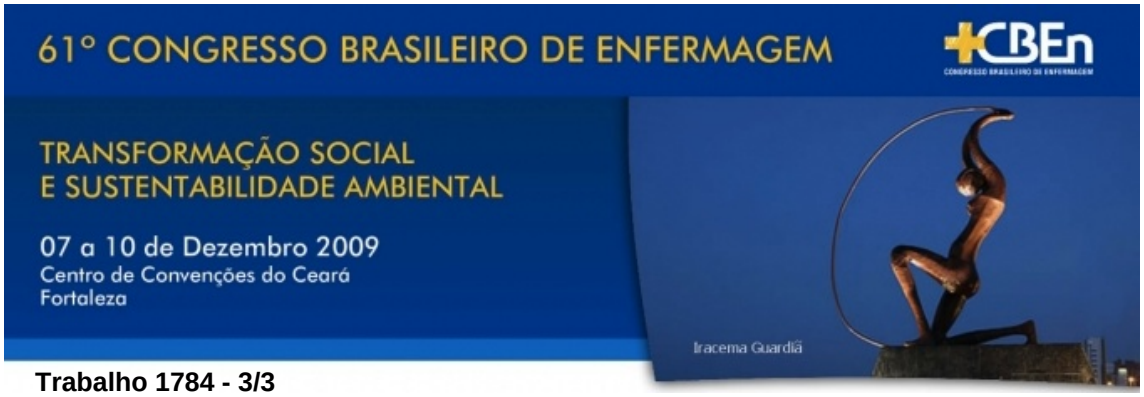
para o preparo, sendo que cerca de 93% a utilizam. Apenas 57,9% dos profissionais utilizam a técnica correta do preparo das medicações, quando analisados aspectos como lavagem das mãos, desinfecção de frascos e ampolas, dentre outros. Pode-se perceber a variação no tempo de administração que está entre 1 e 21 minutos. 75% dos profissionais conferem a medicação com a descrita na prescrição médica. Outro item analisado que despertou interesse foi que cerca de 63% dos profissionais envolvidos na administração não chamam o paciente pelo nome ou perguntam ao responsável pela criança e 48,7% destes profissionais não orientam o paciente ou o responsável sobre o procedimento a ser realizado. Concluiu-se que os erros e inadequações observadas no preparo e administração dos medicamentos foram freqüentes em aspectos básicos, como lavagem das mãos e contaminação do material. Outro ponto observado é a presença de profissionais não capacitados para a administração de medicamentos, o que pode, portanto, ser uma justificativa para os erros encontrados. Propõe-se, assim, a elaboração e distribuição de uma cartilha educativa com abordagem dos principais erros identificados ao longo do processo de pesquisa. Com isso, serão elucidadas questões práticas referentes a administração de medicamentos, contribuindo, assim, para a minimização dos erros observados junto a essa instituição hospitalar.

Bibliografia:

CHIERICATO, C.; CASSIANI, S. H. B.; CARVALHO, V. T. **Instrumento de registro dos erros nas medicações segundo a revisão de literatura.** Acta Paul Enfermagem, 14 (2), 2001, p. 79-90.

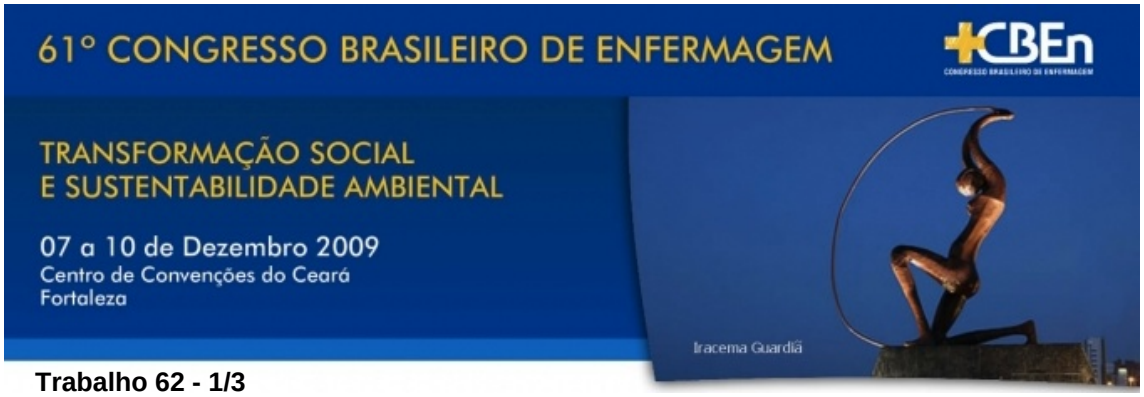
FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. **O Atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada.** Texto Contexto Enfermagem, 16 (4), out-dez, Florianópolis, 2007, p. 609-616.

PARSHURAM, C. S.; TO, T.; SETO, W.; TROPE, A.; KOREN, G.; LAUPACIS, A. **Systematic evaluation of errors occurring during the preparation of intravenous medication.** Canadian Medical Association or its licensors, 178 (1), jan, 2008, p. 42-8.



Trabalho 1784 - 3/3

Descritores: Enfermagem pediátrica, erros de medicação, pediatria.



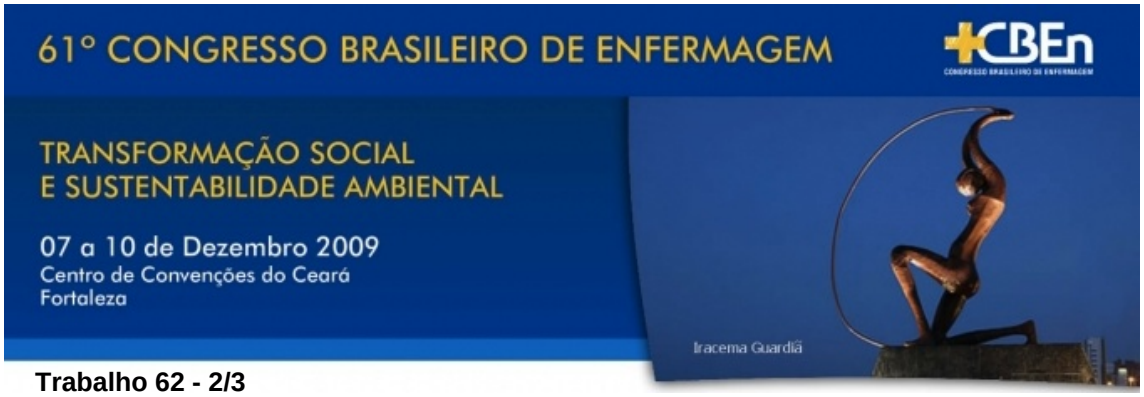
Trabalho 62 - 1/3

IDEOLOGIA NO AMBIENTE DE TRABALHO DE DOCENTES DO ENSINO DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

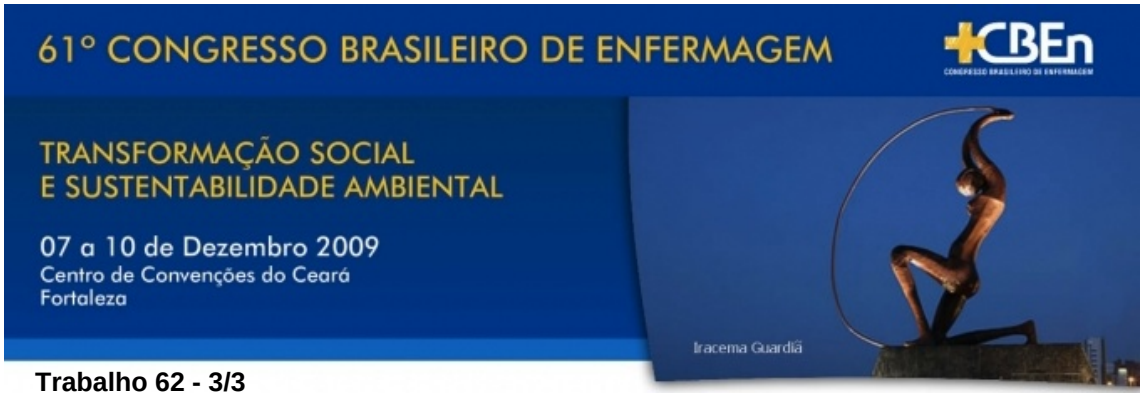
Cardoso, Maria Manuela Vila Nova[1]
Santos, Neiva Maria Picinini[2]

Introdução: Na ambiente que permeou minha vida acadêmica e profissional houve sempre um diálogo entre sujeitos capazes de compartilhar, pela linguagem, um universo simbólico comum e interagir, buscando construir um conhecimento. Assim, de um lado os docentes de enfermagem transmitiam conteúdos teóricos e práticos fundamentados na literatura e na sua própria prática enquanto enfermeiros e, do outro, os discentes assimilavam e reproduziam tal prática no seu ambiente profissional, sem questionar muitas vezes os docentes, suas posturas, seus saberes, suas atitudes, entendendo-os como exemplo de profissionais que dominavam a profissão e garantir-lhes-iam a formação ideal. Nessa perspectiva, as atitudes dos docentes acabavam condicionando uma realidade de reprodução pelos discentes das posturas, atitudes, ações, falas, gestos, estratégias, dentre outros aspectos desenvolvidos pelos docentes no ambiente acadêmico, que na concepção de Thompson (1995, p.22 e 79) são denominados *formas simbólicas*. Assim, a repetição dos discursos e das práticas dos docentes na vida profissional dos discentes, durante algum tempo e com certa regularidade, adquire então um caráter de hábitos ou de rotinas, que não são discutidos nem questionados, são apenas reproduzidos, o garante a sustentação de relações de poder e dominação no ambiente acadêmico. Diante do exposto, o objeto deste estudo é a transmissão e reprodução de formas simbólicas no ambiente de trabalho de docentes da Escola de Enfermagem Anna Nery nos cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem. **Objetivos:** Descrever as atividades de ensino, pesquisa e extensão da prática desenvolvidas por docente no ambiente de trabalho nos cursos de graduação e pós-graduação

[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Metodologia da Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery. Membro do Núcleo de Pesquisa em Educação e Saúde em Enfermagem. Membro da Diretoria da ABEn-RJ – Secretária Geral.
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Metodologia da Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery. Membro do Núcleo de Pesquisa em Educação e Saúde em Enfermagem. Membro da Diretoria da ABEn-RJ – Diretora de Educação.



em enfermagem; Analisar a produção e transmissão cultural das formas simbólicas nesse ambiente pelo docente; e Discutir a reprodução de uma ideologia nas atividades docentes no ambiente de trabalho. **Metodologia:** Como referencial teórico utilizei os conceitos sobre ideologia e cultura de John B.Thompson (1995). Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, desenvolvido na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sendo os sujeitos do estudo seis docentes. Atendendo ao disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996, p.5), este estudo foi apresentado sob o protocolo 072/05 ao Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA e aprovado em Parecer do dia 26/10/2005. Em respeito à dignidade humana, os sujeitos manifestaram a sua anuência à participação desta pesquisa mediante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, os sujeitos foram informados sobre a relevância social da pesquisa e suas vantagens significativas. Na coleta de dados foram utilizadas três fontes: entrevista não-diretiva, observação não-participante e pesquisa bibliográfica. **Resultados:** Constato que a capacitação das depoentes para o ensino se deu no desenvolvimento dos cursos de licenciatura e de mestrado, a capacitação para a pesquisa no desenvolvimento do curso de doutorado, e para a extensão não houve qualquer capacitação. Como influências do ambiente acadêmico para a prática da docência foram mencionadas as docentes da EEAN, além de suas demandas institucionais e sua filosofia curricular, caracterizada pela integração teoria à prática. Atualmente as docentes têm atuado muito mais no ensino dos cursos de pós-graduação do que de graduação, há uma valorização das atividades de ensino e pesquisa em detrimento das atividades de extensão, há sobrecarga no ambiente de trabalho devido ao excesso de atividades desenvolvidas e como estratégias as docentes procuram distribuir melhor a carga horária e integrar alunos de graduação e pós-graduação em orientações conjuntas no mesmo espaço. **Conclusões:** A prática dos docentes de enfermagem do ensino superior, no que concerne à tríade ensino, pesquisa e extensão, mantém uma ideologia que estabelece, sustenta e reproduz relações de poder e de dominação no ambiente de trabalho, a partir das interações, privilegiando pessoas e grupos em detrimento de outros, sendo o elo de tais



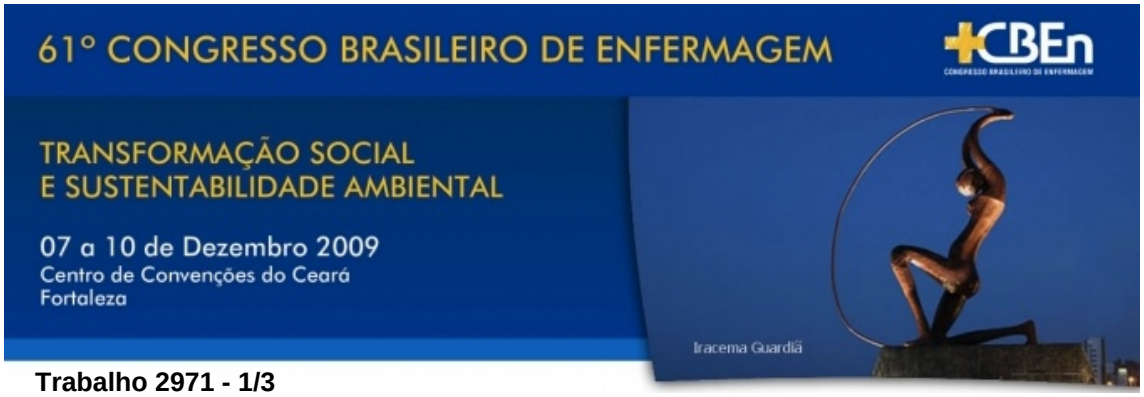
práticas a formação destes professores nos Curso de Graduação e de Pós-Graduação em Enfermagem.

Referências:

1) BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n° 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Lex: Legislação do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 1996. 24p.;

2) THOMPSON, J. B.. Ideologia e cultura moderna. Rio de Janeiro: Vozes, 1995. 427p.

Descritores: Prática do Docente de Enfermagem; Escolas de Enfermagem; Educação Superior.



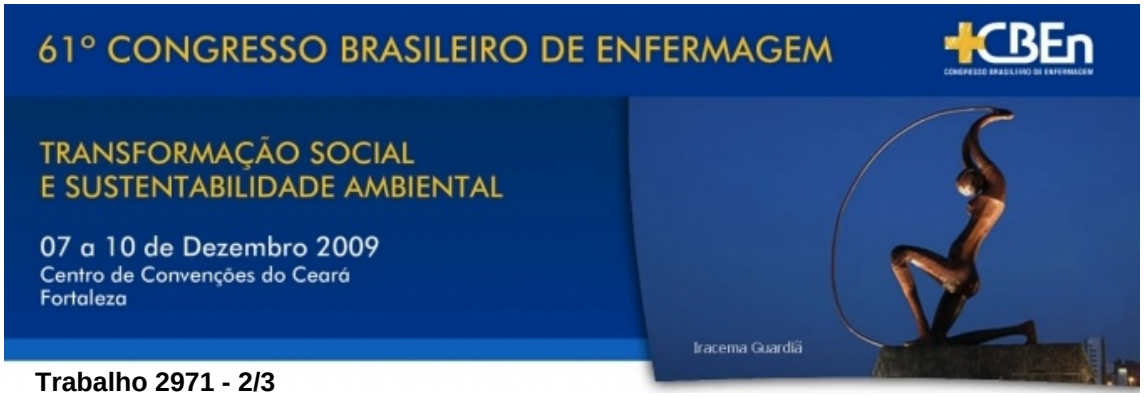
Trabalho 2971 - 1/3

IDOSOS HOSPITALIZADOS: QUAL O CUSTO EFETIVIDADE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?

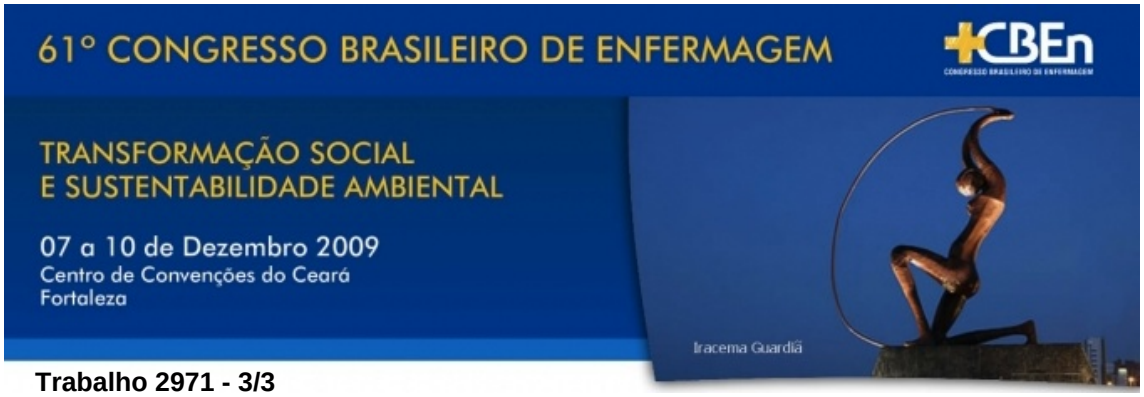
ALCOFORADO, Carla Lucia Goulart Constant [1]
LERMONTOV, Simone Pereira[2]
RODRIGUES, Luciana Miranda[3]
ANDRADE, Marilda[4]
OLIVEIRA, Beatriz Guitton R. B. de[5]
ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do[6]

Resumo: A partir do nascimento começa o processo de envelhecimento, nosso corpo se transforma sem percebermos. A entrada na velhice depende de vários aspectos que ultrapassam limiares da mera cronologia (ALBUQUERQUE, 2005). Segundo a Organização das Nações Unida (ONU), o envelhecimento é um grande desafio do mundo atual, afetando tanto os países ricos quanto os pobres. O número de pessoas com mais de 60 anos, já corresponde a mais de 12% da população Mundial. E até o meio deste século chegará aos 20%. Um em cada 10 habitantes do planeta já tem mais de 60 anos (ALBUQUERQUE, 2005). No Brasil, em 1997, 18,3% do total de hospitalizações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreram em pessoas com 60 ou mais de idade. A autorização de internação hospitalar (AIH) de tipo 1, correspondeu a 2,2 milhão de internações, com um gasto de 629 milhões de dólares americanos. Destas hospitalizações, as doenças do aparelho circulatório foram às causas mais freqüentes de internações hospitalares entre idosos, correspondendo (31,5%). As doenças do aparelho respiratório foram à segunda causa de internações 20,1%, seguidas pelas doenças do aparelho digestivo (9,0%), pelas doenças infecciosas e parasitárias

[1] Enfermeira. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Professora Assistente da UFAC/Campus Floresta/CZS. Mestranda em Enfermagem do curso de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde. Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa / UFF.
Seu e-mail
[2] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do curso de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde. Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa / UFF.
[3] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do curso de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde. Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa / UFF.
[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa / Universidade Federal Fluminense.
[5] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa / Universidade Federal Fluminense.
[6] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEAAC/UFF, Professora Orientadora do MACCS/EEAAC/UFF. Vice Líder do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Enfermagem Gerontológica (NEPEG/CNPq).



(5,8%), e pelas doenças do aparelho geniturinário (5,9%) (LIMA-COSTA, 2000). Diante deste cenário inquietante nos propomos a realizar uma revisão sistemática da literatura, a fim de buscar evidências do custo efetividade na hospitalização de idosos. Traçamos como objetivo Identificar estudos sobre custo efetividade das hospitalizações em idoso e analisar a qualidade dos estudos. A busca foi realizada em bases de dados eletrônicas. Os seguintes descritores, em língua portuguesa, foram considerados: Custo, hospitalização e idoso. A revisão sistemática constou 20 artigos. Após a primeira análise, com avaliação dos títulos, 14 artigos foram considerados elegíveis para a segunda fase desta revisão, que consistiu da leitura dos resumos. Após avaliação dos resumos, os estudos que pareciam preencher os critérios de inclusão foram lidos na íntegra. Ao final, 04 artigos atenderam a todos os critérios de inclusão. Os resultados foram interpretados, analisados e categorizados em eixos temáticos identificados como: Tipo de estudo; tamanho das amostras; principais achados relacionados ao custo da hospitalização de idosos no Sistema Único de Saúde – SUS. Esta revisão sistemática contribuiu para a compreensão da composição dos gastos com a hospitalização do idoso. As maiores taxas de hospitalizações entre idosos, observadas neste trabalho, são consistentes com o verificado em outros estudos desenvolvidos no Brasil. A maior utilização de serviços hospitalares por idosos repercute a maior ocorrência de doenças e condições crônicas nessa fase da vida, muitas vezes com maior intensidade e gravidade. Identificamos como as causas mais importantes de internações hospitalares entre os idosos, para ambos os sexos, nas faixas etárias de 60-69, 70-79 e 80+ anos, são: insuficiência cardíaca, seguida por bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas e pelas pneumonias. Os gastos mais expressivos entre os idosos foram para doenças isquêmicas do coração (R$147 milhões), insuficiência cardíaca (R$133 milhões) e bronquite/enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (R$74 milhões). Conclusão: os resultados deste trabalho mostram a grande contribuição da população idosa para os gastos com hospitalizações no âmbito do SUS, destacando-se os gastos com as doenças dos aparelhos circulatório e respiratório. Constatamos com esta investigação a necessidade de atividades de prevenção e de promoção da saúde para a redução das causas acima mencionadas, relacionadas aos cinco principais fatores de risco

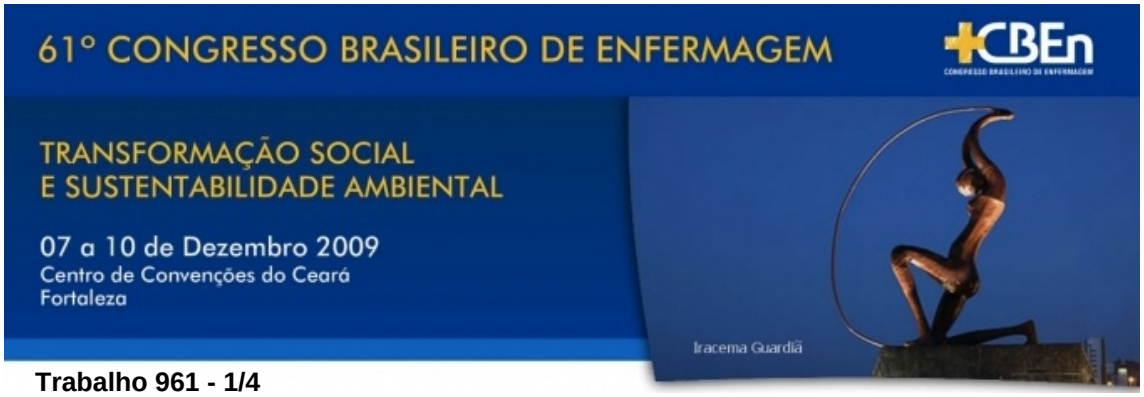


em Saúde Pública: hipertensão; tabagismo; consumo de álcool; dislipidemias; e obesidade ou sobrepeso.

Palavras-Chave: Idoso, Hospitalização, Custo, Efetividade.

BIBLIOGRAFIA:

1. ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Ribeiro Lins de. Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. São Paulo, 2005. Tese (Doutoramento em Ciências)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
2. LIMA-COSTA MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS 2000; 9(1):23-41.

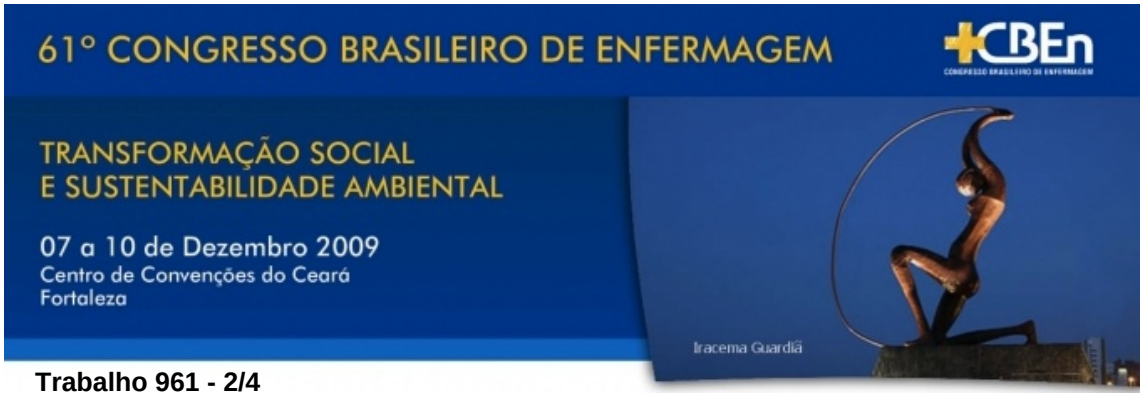


IMPLANTAÇÃO DA SEMANA DO MEIO AMBIENTE EM UMA FACULDADE PRIVADA DE ENFERMAGEM

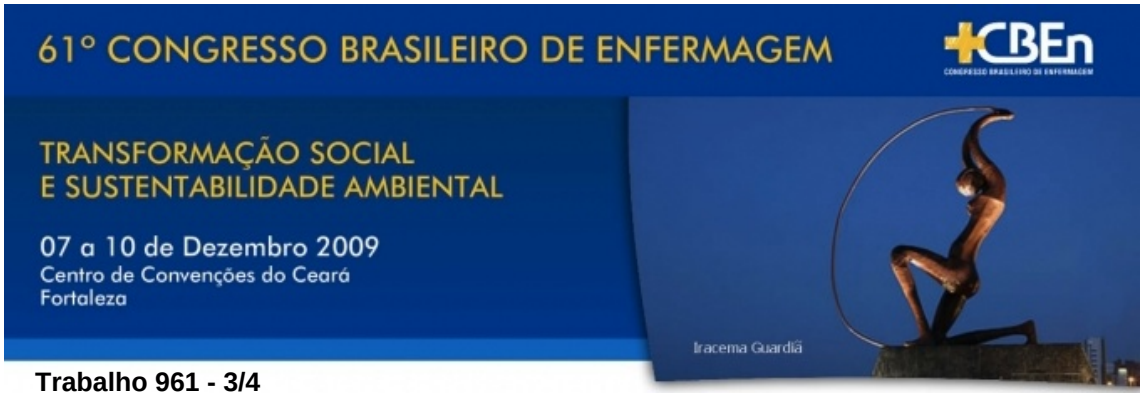
Lima, Sandra Cecília de Souza [1]
Batista, Nancy Nay Leite de Araújo Loiola [2]
Araújo, Paula Roberta Silva[3]
Fernandes, Robspierry de Oliveira [4]
Leal, Sarah Yasmin Pinto [5]

INTRODUÇÃO: O mundo acordou para a necessidade de preservar a natureza após incidentes com a poluição urbana do ar ocorridas no século XVI, na Inglaterra. As reuniões do Parlamento Britânico em Londres, foram adiadas devido aos graves episódios envolvendo poluição ambiental, como o de 1952, no qual um intenso nevoeiro foi responsável por cerca de 4 mil mortes e mais de 20 mil casos de doença. Durante muitos anos, o desenvolvimento econômico decorrente da Revolução Industrial impediu que os problemas ambientais fossem considerados. A poluição e os impactos ambientais do desenvolvimento desordenado eram visíveis, mas os benefícios proporcionados pelo progresso eram justificados como um mal necessário, algo em que o homem deveria aceitar com resignação. Apesar da percepção das agressões ao meio ambiente, foi apenas na década de 1960, que o termo meio ambiente foi utilizado pela primeira vez num evento internacional, a reunião do Clube de Roma, cujo objetivo era a reconstrução dos países pós-guerra e economia, no entanto foi discutido a poluição de rios europeus e os problemas de fronteira, já que vários rios que nascem em alguns países, percorrem vários outros. A partir deste evento, foi introduzida a preocupação com os problemas ambientais (1). No Brasil, os princípios ambientais somente foram incluídos no século passado, com a

[1] Especialista em Enfermagem. Professora da Faculdade Certo (FACE). Email: sandra-hera@hotmail.com.
[2] Mestre em Enfermagem. Professora da Faculdade Certo (FACE) e Faculdade Santo Agostinho (FSA).
[3] Graduando do 5º período de Enfermagem da Faculdade Certo (FACE).
[4] Graduando do 5º período de Enfermagem da Faculdade Certo (FACE).
[5] Graduanda do 5º período de Enfermagem da Faculdade Certo (FACE).

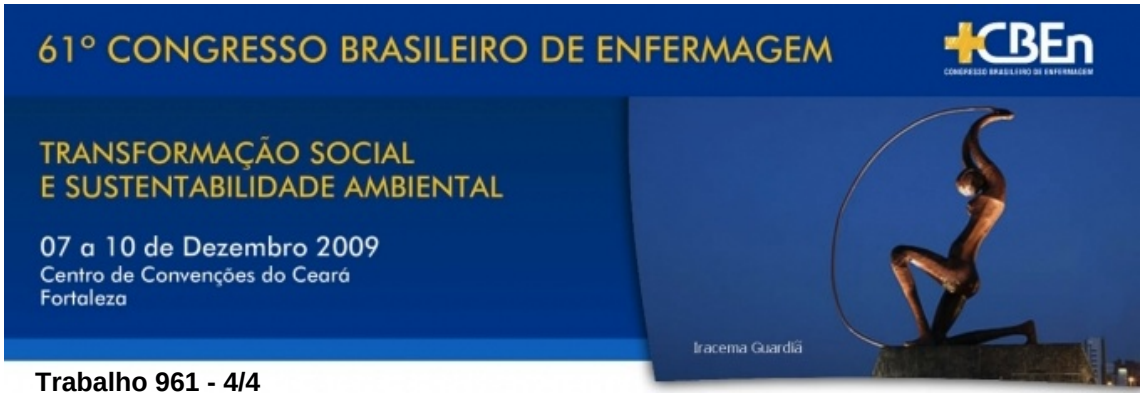


Constituição de 1988, no qual o direito ambiental passou a ser considerado como bem coletivo. Anteriormente, a política ambiental se limitava à saúde pública e controle de epidemias [2]. O século XX testemunhou então o maior e mais rápido avanço tecnológico da história da humanidade e também as maiores agressões ao meio ambiente, decorrentes de um desenvolvimento, que não considerou os impactos relevantes da revolução industrial e a finitude dos recursos naturais. Por outro lado, nas últimas décadas, houve uma maior preocupação dos países com a questão ambiental, fato que pode ser observado na RIO 92 e na RIO+10, as duas últimas grandes conferências mundiais sobre meio ambiente, nas quais verificou-se avanço significativo quanto a abordagem ambiental [1]. O conceito ecológico vem se ampliando, dentro de um modelo de desenvolvimento que busca uma relação de equilíbrio, resgatando uma nova ética na relação do homem com a natureza. Falar em uma consciência ambiental implica na busca e na consolidação de novos valores na forma de ver e viver no mundo, a partir da complexidade ambiental, que possibilita a construção de novos padrões cognitivos na relação homem/natureza, ou seja, na produção de processos cognitivos que reconheçam a interdependência e o inacabamento de qualquer ação, de (des)construir e (re)construir o pensamento a partir da ciência, da cultura e da tecnologia, a fim de mover o processo criativo humano para gerir novas possibilidades diante dos fenômenos da vida e da sobrevivência a partir da sinergia existente no tecido social, ambiental e tecnológico. O mundo atual nos apresenta a soberania da ciência e da tecnologia através dos avanços científicos jamais registrados anteriormente pela história da humanidade. A ciência e a tecnologia confirmaram benefícios para o homem, mas também possibilitou comprometimentos negativos relativos ao ambiente social e natural. Esses efeitos colocaram em pauta a necessidade de uma reapropriação subjetiva do conhecimento. O homem enquanto sujeito deve se reapropriar do conhecimento para promover suas escolhas na perspectiva da construção do pensamento, considerando a convivência com novos valores, culturas e saberes, baseados em princípios éticos [3]. A consciência ambiental deve ser estruturada, na atualidade, sobre fatos reais e confiáveis da ecologia de natureza global, que vem sendo enfocados por organismos de credibilidade internacional como a ONU, que notabilizou o seu programa de estudos ambientais, o PNUMA, cuja importância



vem sendo acolhida inclusive pelas classes empresariais dos países em desenvolvimento [1]. Diante do exposto entende-se a criação da semana do meio ambiente no Brasil e a implantação da mesma em diversos setores como em faculdades particulares. **OBJETIVOS**: Relatar a experiência da implantação da semana do meio ambiente em uma faculdade privada de enfermagem; descrever as atividades desenvolvidas pelos alunos de enfermagem na Faculdade na semana do meio ambiente. **METODOLOGIA**: Trata-se de um relato de experiência desenvolvido pelas docentes e discentes da disciplina Saúde Ambiental do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Certo (FACE) em Teresina-PI, realizada no período de 01 a 05 de junho de 2009, no qual, em cada dia foi abordado uma temática diferente, água, lixo, sacolas plásticas, destino do óleo de cozinha. A experiência primou pela criatividade na forma de exposição de cada tema com palestras proferidas por profissionais de renome na área ambiental e pelos próprios alunos, músicas, exibição de vídeos, confecção e distribuição de folderes educativos. **RESULTADOS**: Sensibilização dos discentes e docentes dos vários cursos da faculdade e dos funcionários para a temática do meio ambiente; envolvimento do grupo organizador; estimulou a criatividade dos alunos que em cada noite desenvolveram atividades diferentes; despertar dos alunos do 5º bloco para proferir palestras, implantação da coleta seletiva de lixo com aquisição pela faculdade de recipientes próprios e adequados a cada tipo de resíduo, coleta de óleo de cozinha usado, pelos vários alunos e confecção e distribuição de sabão feito com esse óleo pelos discentes responsáveis pelo evento, confecção pela faculdade de copos individuais para cada aluno e funcionários para evitar o uso de copos descartáveis. **CONCLUSÃO**: O homem vive num planeta do qual não cuida e o discurso vigente que pequenas ações não mudam as condições ambientais e a passividade do ser humano vem contribuindo direta e indiretamente para a destruição do meio ambiente, portanto ações como a implantação da semana do Meio Ambiente em vários setores da sociedade, como em faculdades públicas e particulares, contribui para a formação de uma nova consciência ecológica na sociedade.

Descritores: Meio Ambiente; Enfermagem; Conscientização.

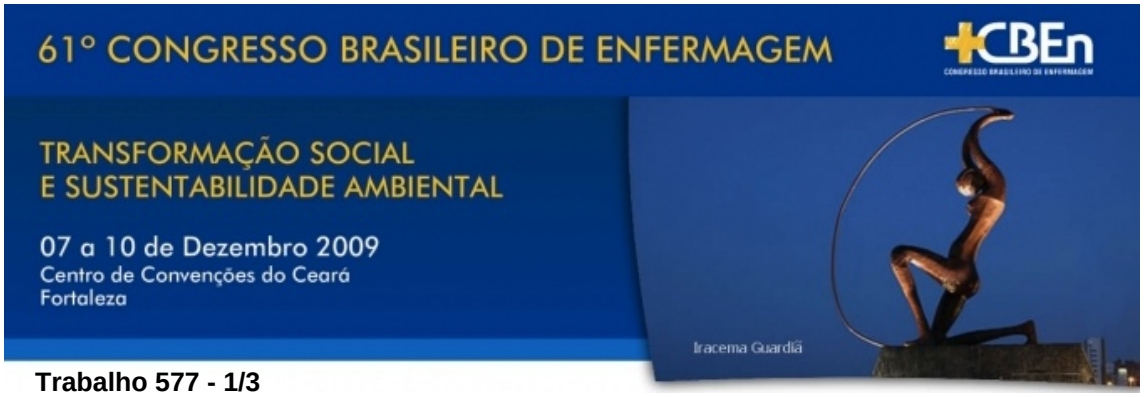


Referências

1. Goldemberg J, Barbosa LM. A legislação Ambiental no Brasil e em São Paulo. Rev.Eco 21, Ano XIV, ed. 96, nov. 2004.

2. Brasil. Constituição, 1998. Constituição da República Federativa do Brasil, 1998. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1989.

3. Soares BEC, Navarro MA, Ferreira AP. Desenvolvimento Sustentado e Consciência Ambiental: Natureza, Sociedade e Racionalidade. Rev. Ciências & Cognição, mar., 2004, 1(2): 76-54.



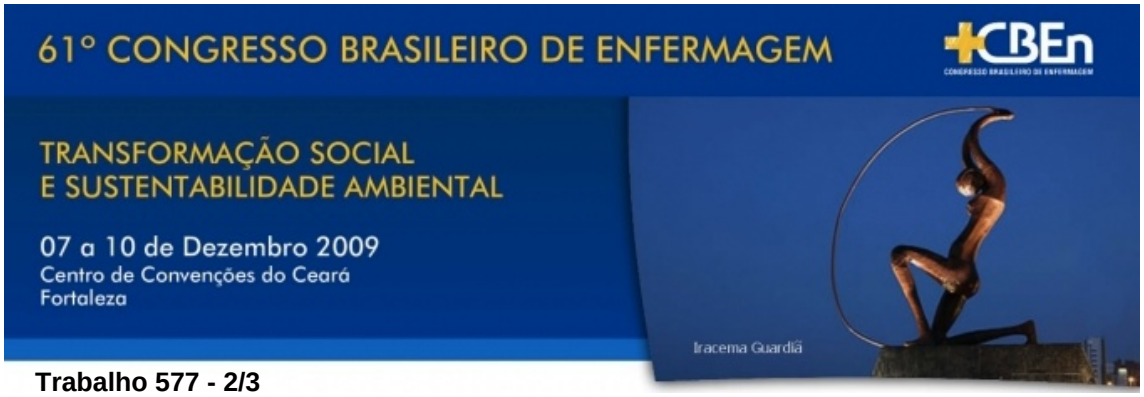
Resumo CBEN

Título: IMPLANTAÇÃO DO GERENCIAMENTO DE RISCO NUM SERVIÇO DE ENFERMAGEM.

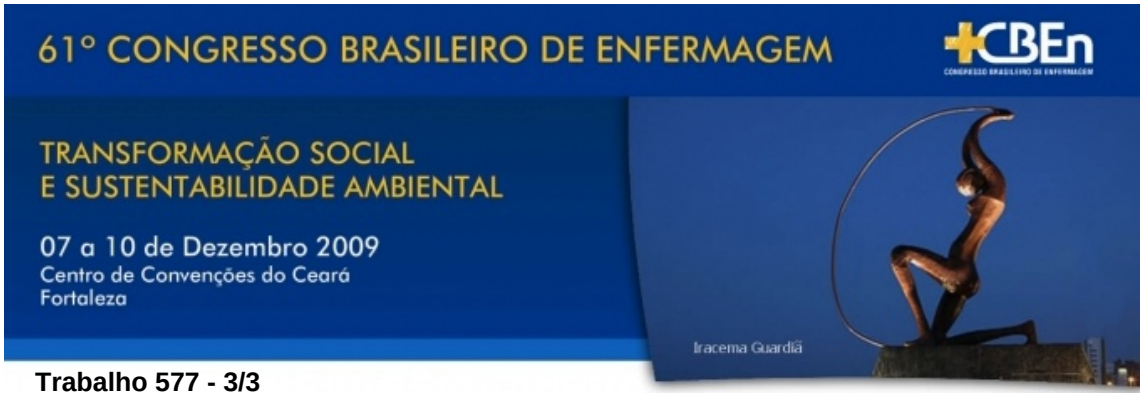
Prado, Lígia Beneli [1],

Kobayashi, Rika Miahara [2],

Introdução: O setor saúde sofreu ao longo dos anos importantes modificações, especialmente no que se refere ao aprimoramento das tecnologias utilizadas na produção de materiais, medicamentos e equipamentos. Este desenvolvimento trouxe a necessidade de capacitação da mão de obra responsável pela manipulação destas novas tecnologias, de modo a identificar, avaliar e gerenciar os riscos inerentes a sua utilização. Para o manejo destes riscos, Souza (2003) explora o conceito de gerenciamento de risco no campo da indústria, o qual trata-se de um processo de tomada de decisão acerca de questões envolvendo riscos, que ameaçam à saúde pública e o meio ambiente, abordando três etapas distintas neste processo: pesquisa de risco, avaliação de risco e gerenciamento de risco. Diferente da indústria, na esfera hospitalar, esta temática ainda é pouco explorada, especialmente no que se refere aos processos de trabalho dos elementos das equipes multiprofissionais. As competências relativas à enfermagem acabam deixando seus trabalhadores mais expostos a riscos tanto relacionados a fatores assistenciais, quanto a fatores ocupacionais, acarretando grave impacto na segurança e qualidade da assistência. **Objetivo**: Este trabalho objetivou descrever sobre a implementação do gerenciamento de risco e de seus indicadores de risco para o serviço de enfermagem. **Metodologia**: Trata-se de um relato de experiência a cerca da implementação do gerenciamento de risco e de seus indicadores no serviço de enfermagem, em ambiente hospitalar, mediante adequação do modelo proposto por Souza (2003) para a indústria. Para tanto seguiu-se cinco etapas, nesta ordem: treinamento, identificação dos riscos, avaliação dos riscos, implantação do gerenciamento de risco e por fim, medidas e análise crítica. Foi realizado em um hospital público de cardiologia da cidade de São Paulo, iniciado em 2008. A coleta de dados foi realizada a partir de resgate documentos existentes no serviço de enfermagem entre 2007 e 2008. Na etapa inicial do treinamento, foi realizado junto ao serviço de qualidade, o treinamento de colaboradores estratégicos de enfermagem. Numa segunda etapa, foram



realizadas reuniões com as gestoras de enfermagem, e destas com equipes multidisciplinares, para identificação dos riscos da enfermagem. Num terceiro momento, adotados os riscos, iniciou-se a etapa de avaliação dos mesmos quanto ao grau de risco e a probabilidade de acontecer e posteriormente, a este monitoramento inicial, obteve-se os indicadores específicos dos riscos para a enfermagem. Uma vez, mensuradas os indicadores, foram realizadas as análises criticas. **Resultados**: Frente a este processo de implementação do gerenciamento de risco, foram identificados os seguintes indicadores: sete riscos assistenciais, sendo eles perda de SNE, risco de flebite, perda de cateter central, úlcera por pressão, extubação acidental, risco de queda, não conformidade na administração de medicações. Outros três relacionados ao centro cirúrgico/hemodinâmica, sendo lesão de pele por queimadura, quebra/falha das autoclaves e sterrad® e perda de instrumentais. Dois específicos a Organização a Procura de Órgãos, sendo um sobre a danificação de órgãos, tecidos e materiais biológicos utilizados para o transplante e o outro sobre o conflito ético-legal no processo de doação de órgãos/tecidos. Um comparativo dentre os riscos assistenciais obtido entre os anos de 2007, antes da implantação da sistemática do gerenciamento de risco e 2008, após sua implementação, observou-se diminuição substancial dos índices de úlcera por pressão (6,71% para 0,30%, respectivamente), perda de sondas gástricas e entéricas (1,31% para 0,92%, respectivamente), extubação acidental (0,46% para 0,20%, respectivamente) e perda de cateter semi-implantável (0,29% para 0,10%, respectivamente), por outro lado, houve aumento sensível nos indicadores de queda (0,06% para 0,10%, respectivamente), flebite (0,27% para 0,30%, respectivamente) e intercorrências com medicações neste mesmo período (0,13% para 0,20%, respectivamente). A fim de gerenciar estes indicadores, foram elaborados planos de ação preventiva e corretiva para cada um deles. Para tanto, as medidas preventivas para estes indicadores foram a realização de treinamentos institucionais aos colaboradores e a elaboração do manual de procedimentos operacionais padrão da instituição. Paralelamente ao estabelecimento destas ações preventivas, foram elaborados planos de ação corretiva para gerenciar os eventos, caso estes venham a ocorrer. O instrumento elaborado aborda informações como, setor em que a ação deve ser realizada, sobre qual problema, quais as propostas iniciais de ação, metas a serem



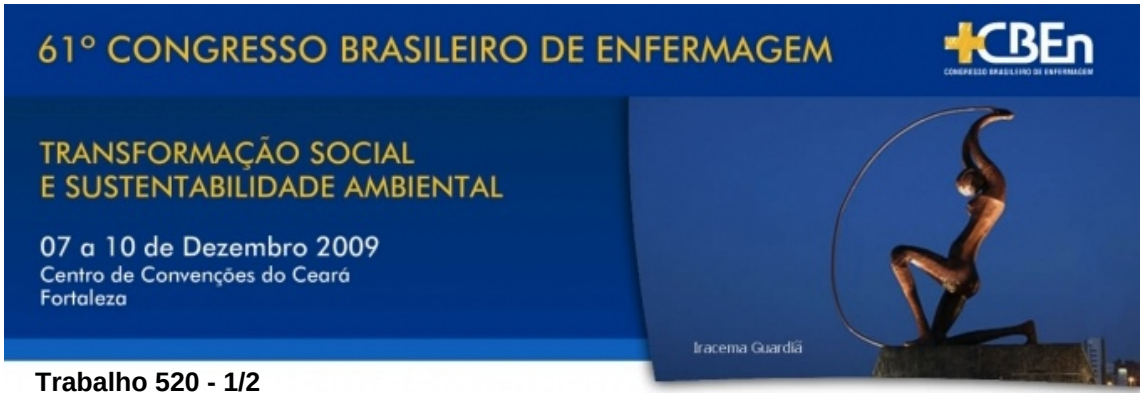
atingidas e sob quais prazos. É descrito também a situação atual do problema, assim como quais ações já foram realizadas e seus resultados. Estabelecidas estas ações pode-se perceber quedas significativas de 2236%, 230%, 190% e 142% para os indicadores de úlcera por pressão, extubação acidental, perda de cateter semi-implantável e perda de sonda nasogastroenteral, respectivamente. Este fato pode mostrar a eficácia da criação de medidas de identificação, avaliação e gerenciamento de risco, já que este método norteou ações para melhora na assistência oferecida e na segurança do cliente. Por outro lado, os indicadores de intercorrência com medicações, queda e flebite demonstraram aumento na incidência, 65%, 60% e 0,9%, respectivamente. Através destes índices pode-se determinar que as ações propostas devam ser revistas, a fim de adequá-las a prevenção destes riscos. **Conclusão**: O gerenciamento de risco na área hospitalar, assim como na indústria, é de grande valia para o gestor do serviço, de modo a proporcionar subsídios para a tomada de decisões quanto ao controle dos riscos inerentes a profissão. Para tanto, faz se necessário o envolvimento dos diferentes agentes envolvidos no processo de trabalho, de modo que as ações desenvolvidas sejam incorporadas a rotina de serviço.

Bibliografia: Souza, José Alberto Porto de. O Gerenciamento de Riscos na Cidade dos Meninos – Um Sítio Contaminado por Pesticidas Organoclorados, no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências)- Fundação Osvaldo Cruz.

Descritores: gerenciamento de riscos, enfermagem, indicadores de qualidade.

[1]Enfermeira em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, com Aprimoramento em Enfermagem Cardiovascular, modalidade residência, do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Contato: Av. Dr. Dante Pazzanese, 500. 7° andar. Fone: (11) 5085-6007/5085-6020. Email: liabeneli@ibest.com.br

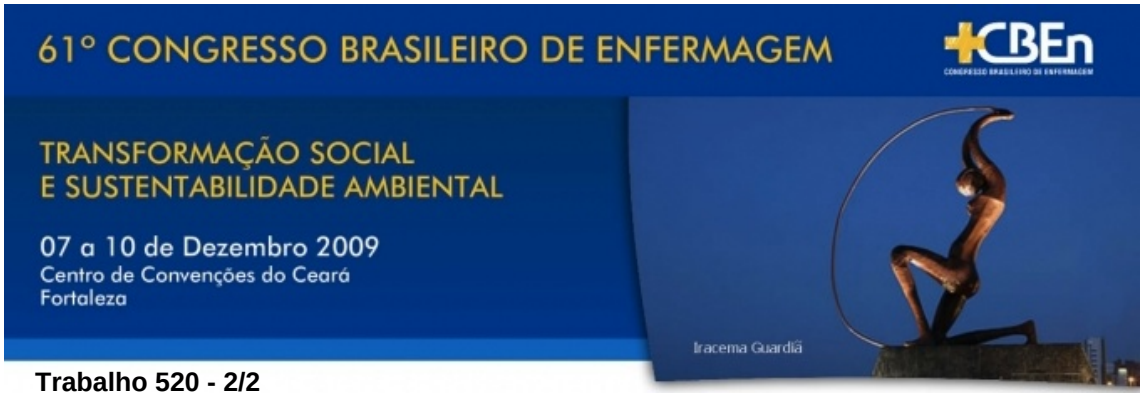
[2] Enfermeira. Pedagoga. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP. Diretora do Serviço de Educação Continuada do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.



IMPORTÂNCIA DAS MODALIDADES DE GERÊNCIA NA PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS CLIENTES EM UNIDADES DE SAÙDE

Marinho, Antonio de Magalhães (*)

INTRODUÇÃO: No estágio supervisionado de alunos do 8º período de graduação (internato) de enfermagem, uma das atividades desenvolvidas é o levantamento de todos os processos de trabalho perceptíveis da instituição de saúde, cenário da assistência prestada aos clientes. Dentre os processos de trabalho foram identificados 15 tipos relacionados às gerências, que podem influenciar direta ou indiretamente na assistência prestada aos clientes. Isto motivou-nos a buscar a opinião dos alunos sobre a importância de cada uma dessas gerências para a prestação da assistência aos clientes. O processo de trabalho é definido como um "conjunto de atividades envolvidas na transformação de insumos em produtos, serviços ou informações" (BRASIL, 2008). Nos cenários, campos da prática dos profissionais de saúde, essas atividades são caracterizadas pelos procedimentos técnico-assistenciais, pelos procedimentos operacionais padrão, pelas rotinas de trabalho e pelos protocolos estabelecidos, tendo como resultado a prestação de um serviço de saúde ao cliente. **OBJETIVOS:**1- identificar, com base na opinião de alunos, os tipos de gerência mais importantes para a prestação da assistência aos clientes em uma Instituição de Saúde; 2- Aplicar ferramentas de exclusão (Votação de Pareto) e seleção (Técnica Nominal de Grupo) no processo de classificação dos tipos de gerência; 3- Destacar os seis tipos de gerência mais importantes para a melhoria da qualidade da assistência aos Clientes. **METODLOGIA:** Estudo exploratório aplicado no cenário de prática da disciplina de Estágio Supervisionado de Administração do Processo de Trabalho. A população do estudo é composta pelos alunos do 8º período do curso de graduação em enfermagem (internato) de uma Faculdade de Enfermagem do município do Rio de Janeiro. A amostra foi composta por 35 alunos de 6 grupos de alunos; sendo 2 de 5, 3 de 6 e 1 de 7 alunos. Etapas de Coleta de Dados: 1- Levantamento dos processos de trabalho da Instituição de Saúde (cerca de 84); 2- Identificação dos tipos de gerência desenvolvidos na Instituição (15); 3- Orientação de cada grupo de alunos para a aplicação correta das técnicas /ferramentas (Votação de Pareto e Técnica Nominal de Grupo); 4- Uso da Técnica de Votação de Pareto; 5- Exclusão dos itens não escolhidos e /ou pouco votados ; 6- Uso da Técnica Nominal de Grupo; 7- Apuração e classificação dos itens pelo grau de importância. A Técnica de Votação de Pareto para este estudo – É uma ferramenta onde cada participante (aluno) é solicitado a assinalar com um "X" os tipos de gerência da Instituição de Saúde que têm mais importância para a prestação da assistência aos clientes. Já na Técnica Nominal de Grupo é solicitado cada participante (aluno) dê pesos de modo decrescente, iniciando do maior para o menor, sem repetição de pesos, no tipo de Gerência da Instituição de Saúde, que têm mais importância para a prestação da assistência aos clientes. **RESULTADOS:** As modalidades gerência de pessoas, gerência de material, gerência financeira, gerência do serviço de enfermagem, gerência do serviço médico e gerência da qualidade foram selecionadas como importantes para a prestação da assistência aos clientes por todos os grupos do estudo. A gerência de custos foi selecionado por 5 dos 6 grupos; a gerência fisico-ambiental foi selecionado por 4 dos 6 grupos e as



modalidades de gerência de resíduos, gerência de hotelaria e gerência de recursos administrativos foram selecionados por metade dos grupos participantes. Por outro lado, as gerências de sinistros e riscos, de odontologia e de informações não foram selecionados por nenhum grupo. Das 15 modalidade de gerência as seis selecionada com maiores pontuações foram, em ordem de classificação: 1º- Gerência de Pessoas; 2º- Gerência Financeira; 3º- Gerência de Materiais; 4º- Gerência da Qualidade; 5º- Gerência de Enfermagem, e 6º- Gerência da Medicina. **CONCLUSÃO E SUGESTÕES:** Com este estudo pode-se concluir que os alunos que cursam o 8º período (internato) do curso de graduação em enfermagem já têm uma visão clara sobre os tipos de gerência que são importantes, e que mais influenciam na prestação da assistência aos clientes nas unidades de saúde. Os alunos que participaram das técnicas de exclusão e seleção demonstraram que, apesar de ainda não terem passado pela experiência como gerentes de unidades de saúde, apresentaram uma classificação semelhantes a dos profissionais / gerentes com larga experiência gerencial (Ermel, 2003). Com os resultados do trabalho sugere-se que os diretores e os administradores das Instituições de Saúde concentrem seus esforços na estruturação e adequação nos tipos de gerências relacionadas às Pessoas, a Recursos Financeiros, a Recursos Materiais, à Qualidade, à gerência de enfermagem e da Medicina, uma vez que são as modalidades de gerência que mais influenciam na prestação da assistência aos clientes nas unidades de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- **BRASIL**, MPOG- Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GESPUBLICA - PQGF. Orientações para a Banca Examinadora-Ciclo 2008/2009; Brasilia; MP, SEGES, 2008. Versão 1/2008.

2- **Camponogara**, S.; **Backes**, V. M. S. Gerenciar em enfermagem: uma reflexão à luz das idéias de Humberto Maturana REME rev. min. enferm;11(3):303-310, jul.-set. 2007.

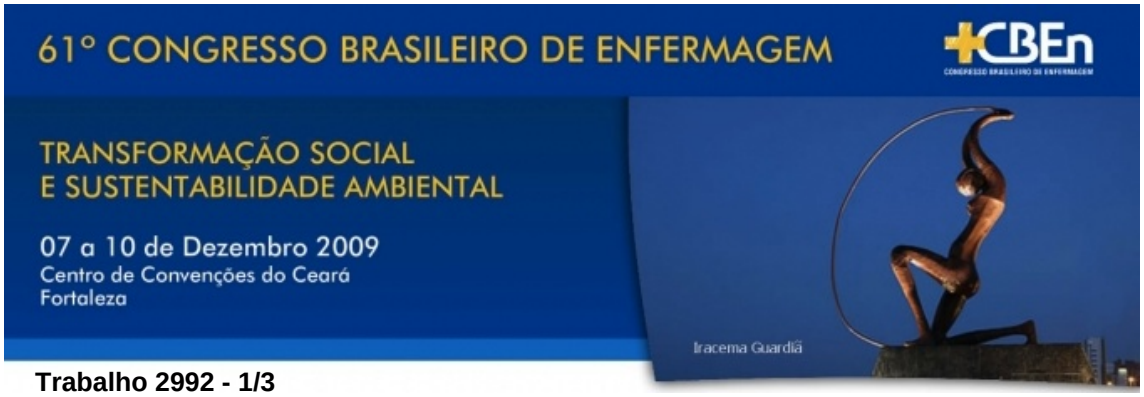
3- **Ermel**, R. C.; Fracolli, L. A. Processo de trabalho de gerência: uma revisão da literatura Rev. Esc. Enferm. USP; 37(2):89-96, jun. 2003.

4- **Nóbrega**, M. F. B.; **Matos**, M. G.; Silva, L. M. S.; **Jorge**, M. S. B. Perfil gerencial de enfermeiros que atuam em um hospital público federal de ensino / Management. Rev. enferm. UERJ;16(3):333-338, jul.-set. 2008. tab

5- **Marinho,** A. M. Técnicas para melhoria dos processos de trabalho da enfermagem nas unidades de Saúde, Curso no XV SENPE, junho 2009

6- **Rocha,** E. S. B.; **Trevizan,** M. A. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar Rev. latinoam. enferm;17(2):240-245, Mar.-Apr. 2009. tab.

(*) Enfermeiro, Mestre, Chefe de Departamento da FE/UERJ / Gerente Administrativo -Divisao de Pesquisa -HUCFF/UFRJ.
Email: dfen.marinho@hotmail.com



Trabalho 2992 - 1/3

INFLUÊNCIAS DO AMBIENTE TERAPÊUTICO DE UM CAPS AD NA REABILITAÇÃO DE SEUS USUÁRIOS DE ÁLCOOL: UMA VISÃO MULTIPROFISSIONAL

SALES, Tatyanne Ferreira[1]
BEZERRA, Amélia Carneiro[2]
GOMES, Antonielle Carneiro[3]
MACÊDO, Suyanne Freire de[4]
REIS, Ana Cândida Serafim dos[5]
NERI, Maria Fabiana Sena[6]

Um dos maiores problemas do mundo moderno é o alcoolismo. Tal patologia tem efeitos maléficos à família, ao trabalho e à sociedade (ESPINOSA, 1998). De acordo com Brasil (2004a), o álcool tem associação com a violência, através de acidentes automobilísticos, homicídios e suicídios. Dias (2004) enfatiza que desde o surgimento da Enfermagem Moderna, com Florence Nightingale, já vem sendo discutida a preocupação com as condições favoráveis a um ambiente terapêutico como fator contribuinte para a cura dos enfermos. Nesse contexto, um dos serviços especializados no atendimento desses indivíduos dependentes de álcool, são os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), os quais devem, ainda, ofertar atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, objetivando impedir o uso de substâncias psicoativas pela primeira vez ou minimizar as conseqüências do uso (BRASIL, 2004b). Estes serviços foram, contudo, estruturados após a Reforma Psiquiátrica e implicam na reorganização das práticas assistenciais. Isso, por sua vez, remete à necessidade de constante avaliação nos serviços

[1]Relatora do trabalho. Enfermeira assistencialista do CAPS I de Aquiraz -CE. Especialista em enfermagem em terapia intensiva e Saúde da Família. Graduada pela UEVA. Email: tatyanne_sales@hotmail.com

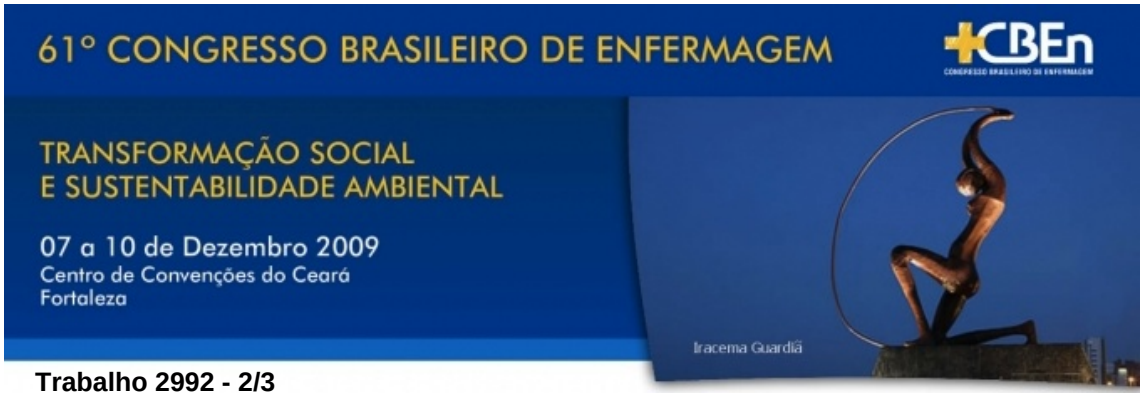
[2]Orientadora do trabalho. Farmacêutica. Doutora em farmacologia, professora titular da Universidade Vale do Acaraú - CE/ UVA. Graduada pela Universidade Federal do Ceará/ UFC.

[3]Enfermeira assistencialista do Hospital Regional da UNIMED-CE. Especialista em enfermagem em terapia intensiva. Graduada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú/ UEVA.

[4]Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Paraipaba-CE. Mestre em enfermagem pela UFC. Graduada pela UFC.

[5]Enfermeira. Especialista em Saúde da Família -UFC. Enfermeira Assistencial do setor Berçário Médio Risco do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Fortaleza/CE

[6]Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Trairi-CE. Especialista em enfermagem obstétrica. Graduada pela UEVA.



envolvendo usuários, familiares, profissionais, entre outros. Diante do exposto, objetivou-se conhecer a visão dos profissionais do CAPS ad de Sobral-CE sobre a influência da organização do serviço na qualidade da assistência prestada aos usuários alcoolistas. Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva, realizado no município de Sobral-CE, em novembro de 2004. Reunimos informações sobre composição e capacitação dos profissionais, material de apoio, estrutura física e avaliação dos profissionais sobre a terapêutica que destinam aos alcoolistas, como instrumento de coleta foi utilizado a entrevista semi-estruturada composta por perguntas abertas e fechadas. Os resultados foram organizados e analisados através de categorização dos discursos, em que serão avaliadas as falas dos entrevistados, organizando-as por grau de semelhança. Esta pesquisa foi desenvolvida após aprovação do comitê de ética em pesquisa, onde foram respeitados os princípios éticos estabelecidos na Resolução 196/96. A equipe terapêutica era composta por treze profissionais, a maioria afirmou que estava em quantidade suficiente e capacitada para desempenhar suas atividades adequadamente, mesmo faltando um Assistente Social. O espaço era inadequado para atividades físicas, havia um único carro para atender a rede de saúde mental do município, não ofereciam uma internação-dia nem atendimento 24 horas e havia despreparo das equipes dos PSF ao encaminhar estes dependentes ao CAPS ad, apesar disso, os gestores municipais disponibilizavam treinamentos direcionados para dependência química, não havia inversões ou sobreposições de papéis prejudicando o trabalho voltado para os alcoolistas. Consideramos que as dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde dentro do ambiente terapêutico do CAPS ad, não afetaram sua boa

[1]Relatora do trabalho. Enfermeira assistencialista do CAPS I de Aquiraz -CE. Especialista em enfermagem em terapia intensiva e Saúde da Família. Graduada pela UEVA. Email: tatyanne_sales@hotmail.com

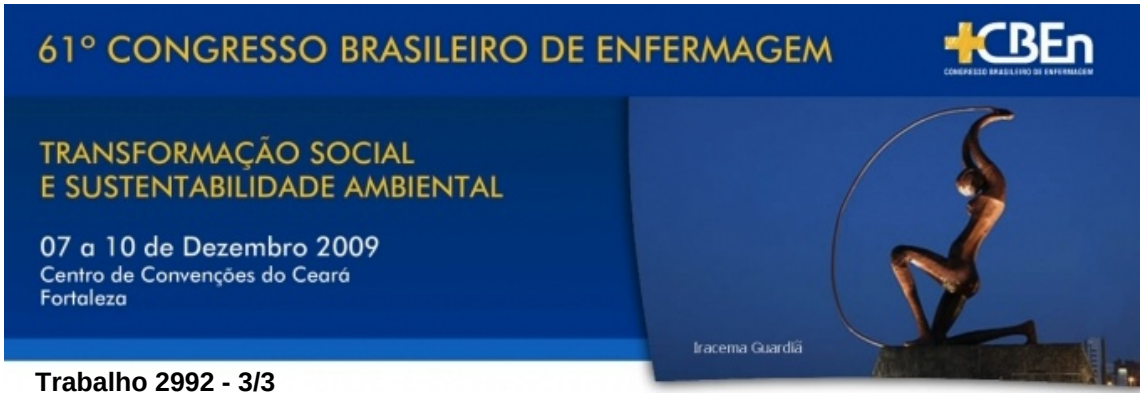
[2]Orientadora do trabalho. Farmacêutica. Doutora em farmacologia, professora titular da Universidade Vale do Acaraú - CE/ UVA. Graduada pela Universidade Federal do Ceará/ UFC.

[3]Enfermeira assistencialista do Hospital Regional da UNIMED-CE. Especialista em enfermagem em terapia intensiva. Graduada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú/ UEVA.

[4]Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Paraipaba-CE. Mestre em enfermagem pela UFC. Graduada pela UFC.

[5]Enfermeira. Especialista em Saúde da Família -UFC. Enfermeira Assistencial do setor Berçário Médio Risco do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Fortaleza/CE

[6]Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Trairi-CE. Especialista em enfermagem obstétrica. Graduada pela UEVA.



qualidade assistencial. A organização do serviço garantia a sustentabilidade de um ambiente terapêutico salutar, proporcionando aos seus usuários sua reabilitação biopsicossocial. De um modo geral, a equipe almeja conscientizar os usuários, incluindo seus familiares, vislumbrando uma melhoria na qualidade de vida dos envolvidos.

Descritores: alcoolismo, serviços de saúde, equipe de assistência ao paciente, avaliação de desempenho

BIBLIOGRAFIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/ Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b .

DIAS, Maria Antonia de Andrade. Resíduos dos serviços de saúde e a contribuição do hospital para a preservação do meio ambiente. **Rev. Academia de Enfermagem**, vol. 2, n. 2, jan/04, p. 21-29.

ESPINOSA, F. A. Traços gerais dos principais transtornos psíquicos. In: ESPINOSA, A. M. F. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: McGrawHill, 2000.

[1]Relatora do trabalho. Enfermeira assistencialista do CAPS I de Aquiraz -CE. Especialista em enfermagem em terapia intensiva e Saúde da Família. Graduada pela UEVA. Email: tatyanne_sales@hotmail.com

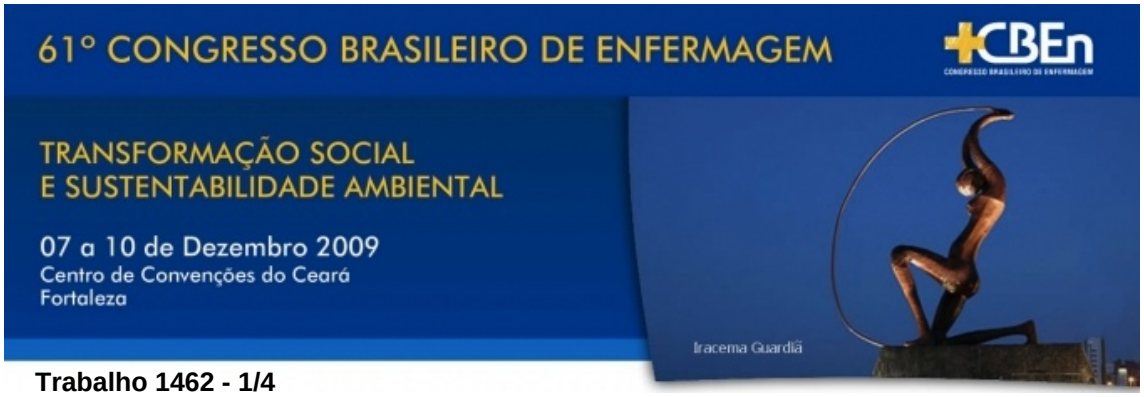
[2]Orientadora do trabalho. Farmacêutica. Doutora em farmacologia, professora titular da Universidade Vale do Acaraú - CE/ UVA. Graduada pela Universidade Federal do Ceará/ UFC.

[3]Enfermeira assistencialista do Hospital Regional da UNIMED-CE. Especialista em enfermagem em terapia intensiva. Graduada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú/ UEVA.

[4]Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Paraipaba-CE. Mestre em enfermagem pela UFC. Graduada pela UFC.

[5]Enfermeira. Especialista em Saúde da Família -UFC. Enfermeira Assistencial do setor Berçário Médio Risco do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Fortaleza/CE

[6]Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Trairi-CE. Especialista em enfermagem obstétrica. Graduada pela UEVA.



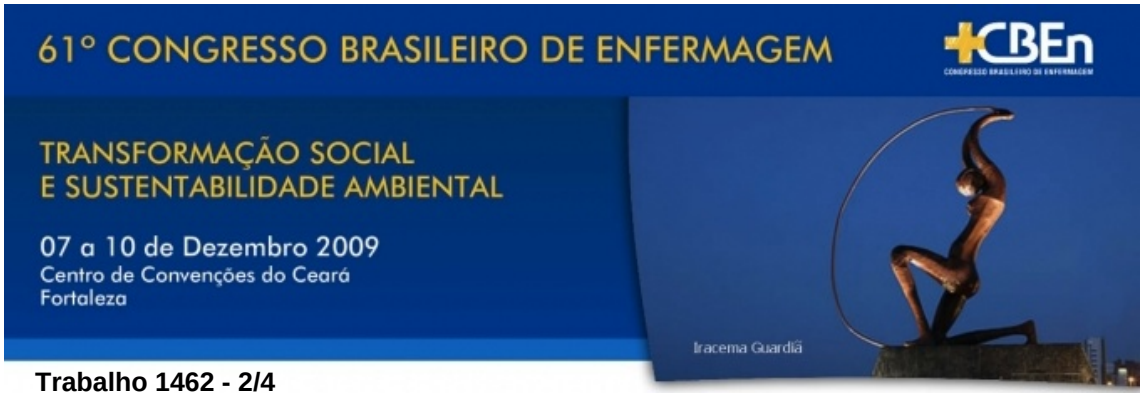
Trabalho 1462 - 1/4

INOVAÇÃO TECNOLÓGICA E CARGAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: O ESTADO DA ARTE NA LITERATURA LATINO-AMERICANA

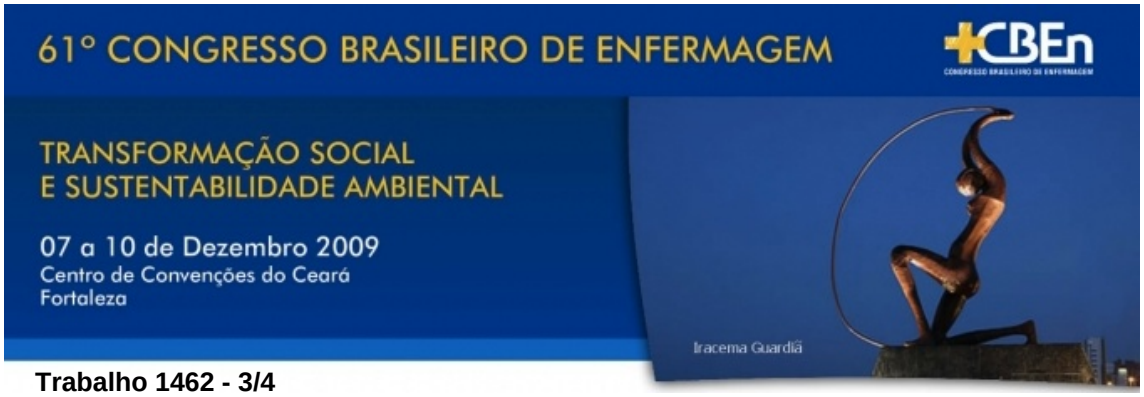
PIRES, Denise Elvira Pires de[1]
SÁVIO, Bruna[2]
BERTONCINI, Judite Hennemann[3]
TRINDADE, Letícia de Lima[4]
MATOS, Eliane[5]
AZAMBUJA, Eliana[6]

Introdução: Um dos aspectos que tem se destacado no processo de transformações em curso no mundo do trabalho é a inovação tecnológica. Sua influência tem maior visibilidade na produção industrial e nos setores de ponta da economia, no entanto têm afetado, de modo diferenciado, todos os setores da produção na sociedade, incluindo o setor de saúde. O debate acerca do impacto da inovação tecnológica no trabalho, e na sociedade, envolve aspectos ético-políticos e econômicos para o futuro da sociedade humana. No campo da saúde, a produção científica sobre tecnologia e inovação tecnológica se intensificou nos últimos anos. No entanto, a relação entre inovação e cargas de trabalho dos profissionais de saúde é pouco tematizada. Assim, este trabalho busca responder: quantos são e o que tratam os trabalhos sobre inovação tecnológica e cargas de

[1] Enfermeira, Mestre em Sociologia Política (UFSC) e Doutora em Ciências Sociais (UNICAMP), Pós-Doutorado na University of Amsterdam, Holanda. Profa. Associada da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Representante do CCS na Câmara de Pesquisa da UFSC, Pesquisadora CNPq, membro do Grupo de Pesquisa "PRAXIS: trabalho cidadania, saúde e enfermagem". piresdp@yahoo.com
[2] Acadêmica de Enfermagem da 5ª fase (UFSC), bolsista de IC PIBIC/PIB 2008-2009.
[3] Enfermeira, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem (FURB), Mestre em Saúde Pública (UFSC), Doutoranda em Enfermagem (UFSC), membro do Grupo de Pesquisa "PRAXIS: trabalho cidadania, saúde e enfermagem".
[4] Enfermeira, Professora da Faculdade de Pato Branco (FADEP), Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem (UFSC), membro do Grupo de Pesquisa "PRAXIS: trabalho cidadania, saúde e enfermagem".
[5] Enfermeira, Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Chefe do Serviço de Ambulatório e Emergência do Hospital Universitário da UFSC, membro do Grupo de Pesquisa "PRAXIS: trabalho cidadania, saúde e enfermagem".
[6] Enfermeira, Doutora em Enfermagem (UFSC). Professora do Curso Técnico de Enfermagem, do Colégio Técnico Industrial Prof. Mário Alquati, da FURG e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG.



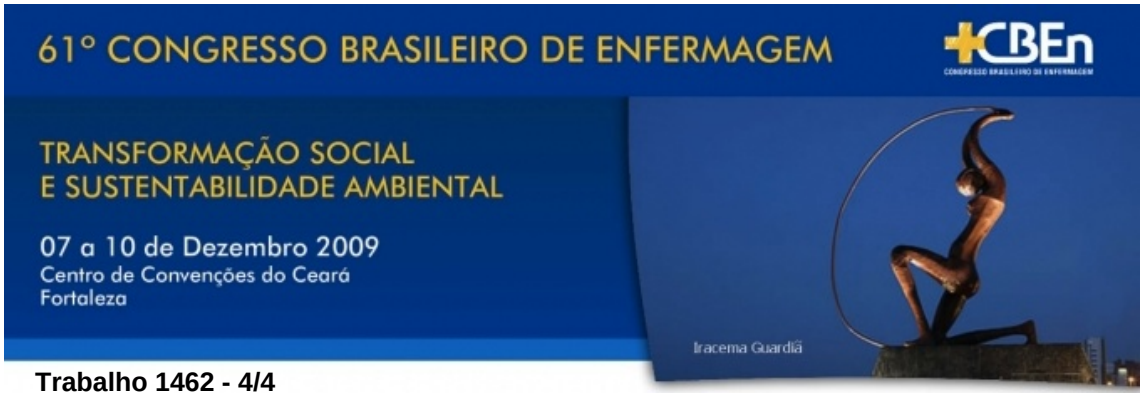
trabalho dos profissionais, publicados na base de Literatura Latino-Americano em Ciências de Saúde (LILACS), nos últimos cinco anos. **Objetivo: i**dentificar a relevância da produção do conhecimento latino-americano acerca do uso de novas tecnologias e de sua influência nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa bibliográfica baseada nos pressupostos da revisão integrativa. O levantamento bibliográfico foi realizado através de consulta em uma base de dados de relevância para a produção latino-americana em saúde e que indexa os principais periódicos brasileiros e latino-americanos da área da saúde. A busca na base de dados foi realizada durante os meses de março a junho de 2009, considerando as seguintes delimitações: estudos realizados nos últimos cinco anos, captados através de 32 cruzamentos de 18 palavras-chave criados intencionalmente de forma ampla, com vistas a propiciar maior campo para captação de textos. Para a constituição da amostra foram selecionados os artigos que atenderam aos seguintes critérios: textos na forma de artigos, teses ou dissertações disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês ou espanhol e que abordam a temática “relação entre inovação tecnológica e cargas de trabalho, em profissionais da saúde”. **Resultados:** Após a aplicação dos critérios estabelecidos para a seleção da amostra chegou-se a um total de 11 artigos. Analisando os onze artigos selecionados, visualiza-se um maior número (36,36%) de publicações oriundas da Região Sudeste do Brasil, principalmente das Universidades do Rio de Janeiro e de São Paulo. Em relação ao tipo de estudo, nove artigos foram resultado de pesquisa de campo, um de reflexão teórica e uma revisão de literatura. No que diz respeito à abordagem metodológica a maioria (72,7%) dos estudos seguiu o delineamento das pesquisas qualitativas. Analisando os sujeitos de pesquisa por categoria profissional visualizou-se um maior número de estudos com os trabalhadores da equipe de enfermagem. As pesquisas foram realizadas predominantemente (81,8%) em instituições públicas. Cabe destacar a prevalência dos estudos no ambiente hospitalar (63,4%). No que diz respeito ao referencial teórico identificou-se a predominância do referencial do processo de trabalho (36,3%) e da ergonomia (27%). Quantos aos objetivos propostos pode-se notar que a maioria não incluiu as palavras tecnologia nem cargas de trabalho. Dos onze trabalhos selecionados apenas três traziam, claramente em seus objetivos, a intenção de



investigar algo relacionado à tecnologia, mas nenhum deles tratou do impacto do uso das novas tecnologias sobre as cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Discussão:** O resultado da análise dos artigos selecionados permite evidenciar um maior número de publicações oriundas da Região Sudeste do Brasil, principalmente das Universidades do Rio de Janeiro e de São Paulo. A concentração de mais da metade (59%) das instituições de ensino superior nesta região do Brasil (MARTINS, 2000), justifica, em parte, a centralização de publicações nesta Região. Os estudos utilizaram, na maioria, pesquisa de campo com abordagem qualitativa o que é consoante ao crescimento do interesse dos profissionais de saúde em pesquisas utilizando métodos qualitativos, assim como das revistas científicas em divulgar estes tipos de estudo. Da mesma forma, uma quantidade crescente dos próprios pesquisadores médicos está usando tais métodos (CAMPOS, TURATO, 2003). Houve o predomínio de instituições públicas e do ambiente hospitalar para realização das pesquisas. Historicamente, o mundo do hospital é o mundo da doença, da produção de novos saberes, onde o saber científico se sobrepõe ao saber e experiências adquiridas ao longo da vida, da técnica que orienta os profissionais a tocar/manipular o corpo, da hierarquia, da ordem e da rotina (AZEVEDO, RAMOS, 2006). Dessa forma, esse passou a ser um local de domínio dos profissionais de saúde o que favorece o livre acesso das pesquisas e o grande interesse dos pesquisadores. Os referenciais teóricos encontrados ao longo dos textos foram o de processo de trabalho e da ergonomia. O referencial do processo de trabalho tem sido usado para estudos sobre as práticas em saúde privilegiando a abordagem histórica, a partir dos seus três elementos constituintes clássicos: o objeto, os instrumentos e a atividade proposta, isto é, o próprio trabalho (GONÇALVES, 1979). **Conclusão:** Percebeu-se que a literatura latino-americana apresenta grande interesse no tema “tecnologia”, no entanto, é carente de estudos que abordem o impacto de novas tecnologias sobre as cargas de trabalho dos profissionais de saúde.

Referências

AZEVEDO, R.C.S., RAMOS, F.R.S. Modos de conhecer e intervir: a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital. **Texto contexto Enferm** 2006; 15: 55-63.

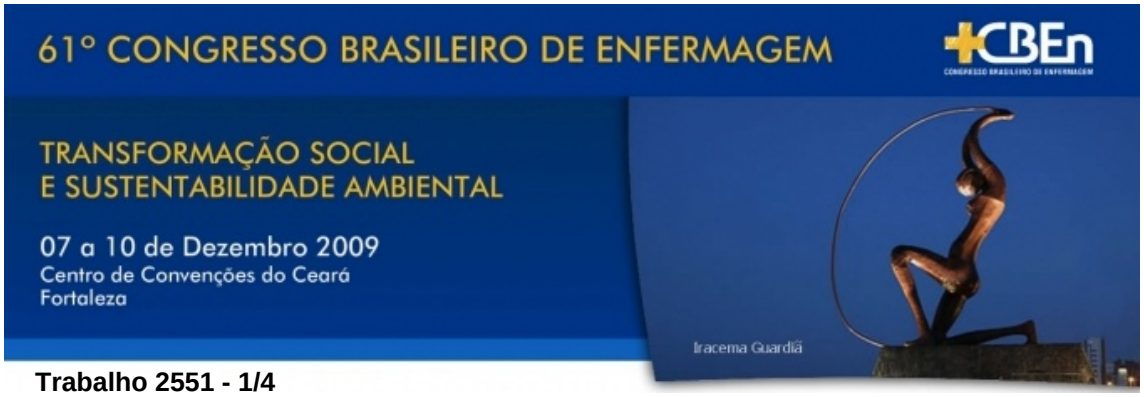


CAMPOS, C.J.G, TURATO E.R. The health professionals' team, the patient with renal disease in hemodialysis, and interpersonal relations. **Rev Bras Enferm** 2003; 56: 508-519.

GONÇALVES, R.B.M. **Medicina e História; Raízes Sociais do Trabalho Médico.** Tese de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.

MARTINS, C.B. **O ensino superior brasileiro nos anos 90**. São Paulo: Perspectiva, 2000.

Descritores: carga de trabalho; ciência, tecnologia e sociedade; pessoal de saúde; enfermagem; medicina.



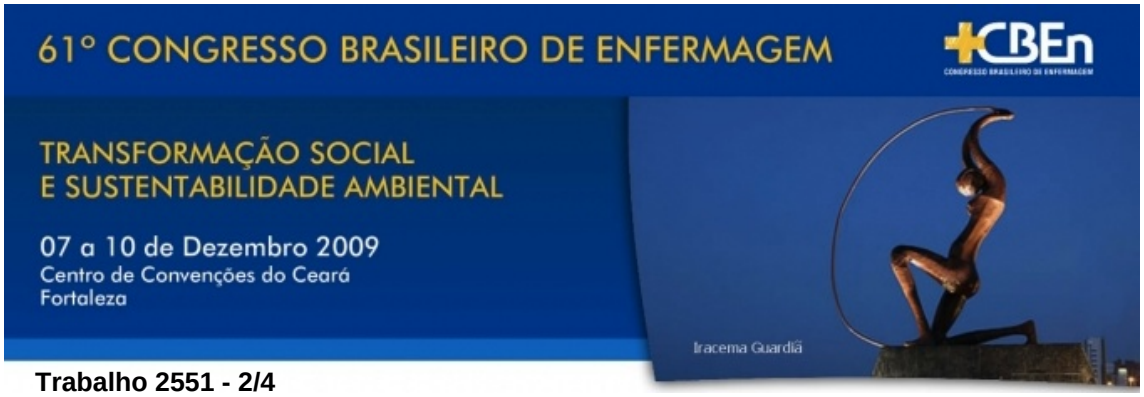
Trabalho 2551 - 1/4

INTERFACE ENTRE O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, O AMBIENTE AMBULATORIAL E OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL

GARLA, C. C.[1]; FUREGATO, A. R. F.[2]

Introdução: Esta reflexão tem como referência o projeto de mestrado 'Perfil dos Profissionais e suas práticas nos Ambulatórios de Saúde Mental do Departamento Regional de Saúde - DRS XIII - Ribeirão Preto - SP' que tem como objetivo caracterizar as diferentes categorias profissionais e sua formação básica, incluindo a Enfermagem, as atividades desenvolvidas pelos profissionais nestas equipes e sua opinião sobre as políticas de saúde mental. Aborda os conceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, suas metas e diretrizes e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra todos os abusos e exclusão vinculam o conceito de saúde mental aos conceitos de cidadania e produção de vida e se tornam metas mobilizadoras de todos os movimentos de reforma de saúde mental da América Latina e Caribe levando a mudanças no modelo de atenção psiquiátrica. O trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, a pluralidade dos saberes e a complexidade das ações e dos serviços assistenciais passam a dominar o campo acadêmico e profissional. Neste processo de transformação da assistência psiquiátrica, permeado pelas idéias e políticas de desinstitucionalização, houve aumento no número de serviços comunitários na rede assistencial de atenção à saúde. No ambiente dos ambulatórios presta-se assistência às pessoas com diversos tipos de transtornos mentais por meio de atendimento individual, atendimento grupal, orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde, visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior, atividades comunitárias. A atenção ambulatorial deverá incluir equipes multiprofissionais cuja composição e atribuições são definidas pela gestão local. A Portaria GM nº175, de 7 de fevereiro de 2001 define que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental possuam, no mínimo, um profissional médico e dois profissionais de nível médio com experiência e/ou

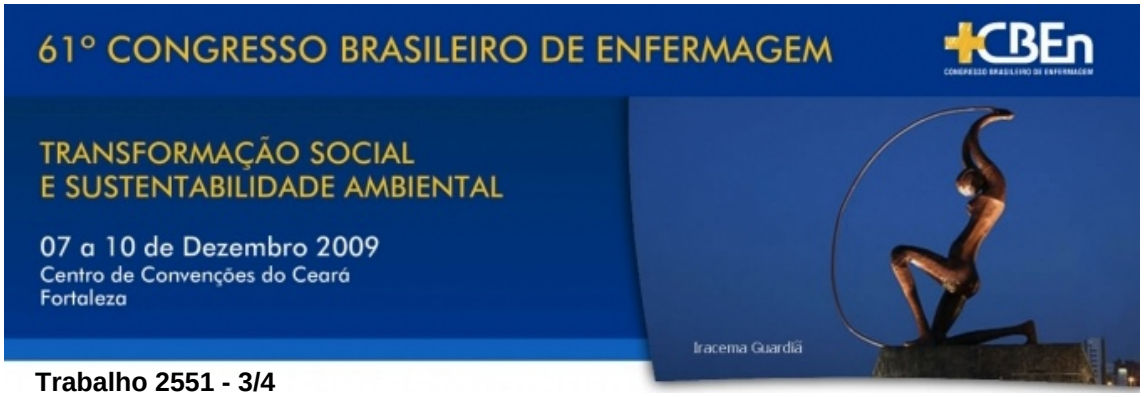
1 Psicóloga, Mestranda em Enfermagem Psiquiátrica – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP. carolgarla@usp.br
2 Enfermeira, Profª Titular do Depto de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP/USP. furegato@eerp.usp.br



capacitação para reabilitação psicossocial. Entretanto, vários problemas como a dificuldade no acesso aos serviços, o descuido com os aspectos de saúde coletiva e a dificuldade de gestão pelas autoridades sanitárias impedem que as reformas produzam os efeitos desejados. Algumas mudanças nas estruturas se esgotaram por não terem atingido os comportamentos e capacidades dos trabalhadores de saúde. Diante deste panorama visualiza-se a importância de avaliar como está ocorrendo o processo de desinstitucionalização, considerando que a formulação de políticas, a organização dos serviços e as práticas terapêuticas baseando-se em informação atualizadas e idôneas. Conhecer os serviços, o trabalho em equipe, os profissionais e suas ações na atenção à Saúde Mental possibilitam poder levar à melhor qualidade da assistência que seja coerente com a realidade de cada país, sua legislação e a demanda da sociedade, conforme preconiza a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Objetivo: Identificação das práticas nos ambulatórios de saúde mental com análise preliminar e qualitativa sobre os dados obtidos e a função do ambiente ambulatorial no processo de desinstitucionalização.

Metodologia: Este estudo faz parte de um projeto multicêntrico ampliando dados do projeto realizado pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas – DEPCH da EERP/USP. Assim, utilizou-se o mesmo instrumento de coleta de dados. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva que visa contribuir com a Saúde Mental das Américas visto que a OPAS/OMS propõe que as políticas e práticas de Saúde Mental no Brasil sejam contextualizadas. Foram escolhidas as cidades da região de Ribeirão Preto, pertencentes ao Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto/SP – DRSXIII que congrega 26 municípios e oferece diferentes serviços de saúde mental, criados de acordo com os índices populacionais exigidos pela legislação atual e sua administração financeira. A amostra desta pesquisa foi definida de forma a permitir análises estatísticas e textuais. Observou-se que a amostra mais significativa seria dos municípios com mínimo de 20.000 habitantes com Ambulatório de Saúde Mental (Batatais, Cajuru, Cravinhos, Jaboticabal, Jardinópolis, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Serrana, Sertãozinho). Todos os profissionais das equipes dos Ambulatórios de Saúde Mental dos municípios selecionados fazem parte da população do estudo. Estimou-se entrevistar 78 profissionais de nível superior



entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais dos serviços farmacêuticos, fisioterapeutas e educadores físicos.

Resultados iniciais: Até o momento, foram contatados os gerentes e profissionais de 6 das 10 cidades (Cajuru, Cravinhos, Jaboticabal, Jardinópolis, Serrana, Sertãozinho) e realizadas 14 entrevistas – todas transcritas logo após a sua realização. Em análise preliminar e qualitativa, observa-se falta de informações precisas sobre o funcionamento de um ambulatório e sua articulação com a rede de serviços; falta de definição dos papéis dos profissionais; falta de supervisão direta; falta de enfermeiros nas equipes. Além disso, os profissionais relatam dificuldade de trabalhar em equipe, rodízios de profissionais, não conhecimento sobre como elaborar os Projetos Terapêuticos dos pacientes, questionam o histórico e os principais conceitos da reforma psiquiátrica e as leis atuais que regem a Política Nacional de Saúde Mental.

Conclusões: No modelo assistencial ambulatorial observou-se funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde, listas de espera e crises no seu funcionamento. O espaço de cuidado ambulatorial, por privilegiar consultas embasadas no modelo curativo, contribui para que a medicalização se acentue como forma principal de tratamento.

Um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a formação de recursos humanos contextualizado à rede de serviços para superar o modelo manicomial de assistência.

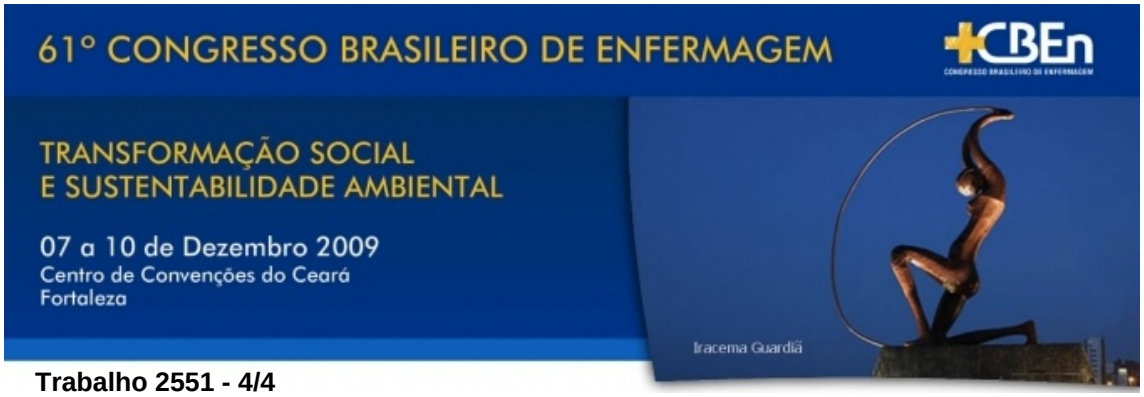
Descritores: saúde mental, serviços de saúde mental, assistência ambulatorial

Bibliografia:

AUSTIN, W.; MILLS, K. & HAYDU, S. The roles of Mental Health Personnel in Three Countries of the Caribbean. Nursing and Midwifery Links: News-Journal of the Global Network of WHO Collaborating Centres for Nursing and Midwifery Development, 9-16. November, 2003.

BARROS, S.; EGRY, E. Y. O louco, a loucura e a alienação institucional: O ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice. Cabral Editora Universitária. Taubaté, 2001. 197 p.

BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 336p.



ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Política de recursos humanos em saúde. Brasil, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistems/arquivos> Acesso em agosto de 2007.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. Manual de Saúde Mental – guia básico para atenção primária. Trad. Willians Valentini. Editora Hucitec. São Paulo, 1997.



INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS EM SAÚDE MENTAL: DEBATES SOBRE CIDADANIA A PARTIR DO FILME "MEU NOME É RÁDIO"*

THERAPEUTIC INTERVENTIONS ON MENTAL HEALTH: DISCUSSIONS ABOUT CITIZENSHIP FROM THE MOVIE "MY NAME IS RADIO"*

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN SALUD MENTAL: DISCUSIONES SOBRE CIUDADANÍA A PARTIR DE LA PELÍCULA "MI NOMBRE ES RADIO"*

Moreira, Maria Rosilene Cândido[I]
Costa, Jonathan Veloso[II]
Oliveira, Edina Araújo Rodrigues[III]
Monteiro, Claudete Ferreira de Souza[IV]

RESUMO

No campo da saúde mental, a conceituação que exprime relação entre loucura e sociedade está fortemente presente nas discussões atuais. Considerando-se imprescindível que reflexões nesse sentido ocorram frequentemente, buscou-se, através de pesquisa-ação com servidores de uma universidade pública, suscitar debates, evidenciando modos de pensar o papel da sociedade nesse contexto. Os participantes se expressaram em seminário impulsionado pelo filme "Meu nome é Rádio", formulando três categorias: "sociedade e o estigma da loucura", "a escola diante do ser-diferente" e "cenas que não serão esquecidas", podendo-se observar que os mesmos identificam exclusão, medo e dificuldade de olhar o ser-diferente com olhos de cidadania, sendo o estigma o obstáculo para compreensão do portador de transtorno mental em sua maneira singular de ser-existência.

Descritores: Saúde Mental; Preconceito; Direitos Humanos.

[I] Enfermeira. Professora Auxiliar do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Especialista em Saúde da Família e em Saúde Mental. Mestranda em Saúde Coletiva/UNIFESP. Bolsista do Projeto Intervenções terapêuticas em saúde mental: uma proposta para redução do estigma (CNPq/UFPI). E-mail: rosilene@ufpi.br.
[II] Acadêmico do 3º. ano do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Bolsista do Projeto Intervenções terapêuticas em saúde mental: uma proposta para redução do estigma (CNPq/UFPI).
[III] Enfermeira. Professora Auxiliar do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Especialista em Saúde da Família. Bolsista do Projeto Intervenções terapêuticas em saúde mental: uma proposta para redução do estigma (CNPq/UFPI).
[IV] Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Ministro Petrônio Portela. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Projeto Intervenções terapêuticas em saúde mental: uma proposta para redução do estigma (CNPq/UFPI).
* Trabalho integrante das atividades do Projeto Intervenções terapêuticas em saúde mental: uma proposta para redução do estigma, apoiado pelo CNPq, sob processo 5752012008-8/CNPQ.



ABSTRACT

In the field of mental health, the concept that expresses a relationship between madness and society is strongly present in the discussions nowadays. Considered to be indispensable that reflections in this sense occur frequently, it was sought through an action-research with employees from a public university, promote discussions, mentioning ways of thinking the society role in this context. The participants have expressed themselves in seminars taken by the movie "My name is Radio", determining three categories: "society and the madness itself", "the school before the different being" and "scenes that will never be forgotten", which can be observed as exclusion, fear and difficulty in looking at the different-being with eyes of citizenship, once that the mark is the obstacle for the comprehension of the person that has a mental disturbing in his or her singular way of existence-being.

Descriptors: Mental Health; Prejudice; Human Rights.

RESUMEN

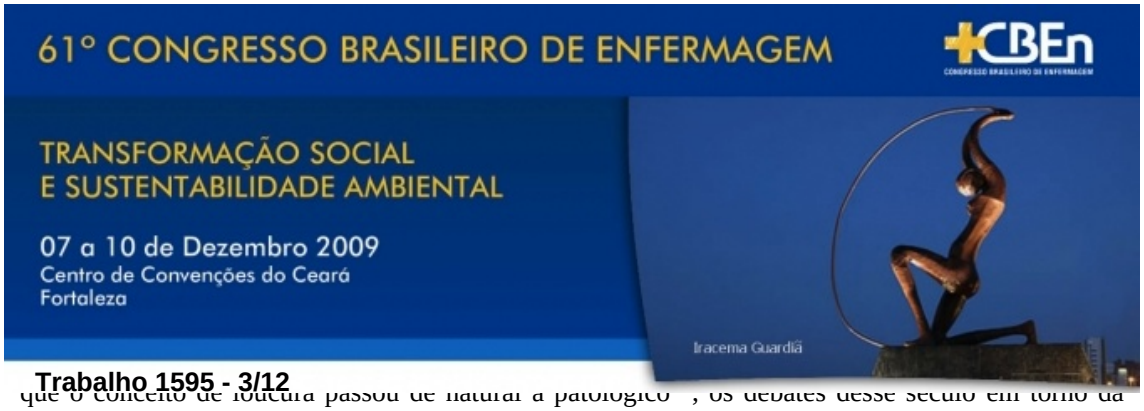
En el campo de la salud mental, la conceptuación que exprime relación entre la locura y la sociedad está fuertemente presente en las discusiones actuales. Considerándose imprescindible que reflexiones en ese sentido ocurra frecuentemente, se buscó, a través de pesquisa-acción con servidores de una universidad pública, suscitar debates, evidenciando modos de pensar el papel de la sociedad en ese contexto. Los participantes se expresaron en seminario impulsado por la película "Mi nombre es Radio", formulando tres categorías: "sociedad y el estigma de la locura", "la escuela delante del ser-distinto" y "escenas que no serón olvidadas pudiéndose observar que los mismos identifican exclusión, miedo y dificultad de mirar el ser-distinto con ojos de ciudadanía, siendo el estigma el obstáculo para la comprensión del portador de disturbio mental en su manera singular de ser-existencia.

Descriptores: Salud Mental; Los Prejuicios; Los Derechos Humanos.

1. INTRODUÇÃO

No processo de compreensão do homem sob suas diferentes maneiras de pensar e agir, a Antropologia, segundo Levi-Strauss[1] distingue-se das demais áreas da ciência por vislumbrar, com objetividade, totalidade e significação, o ser humano enquanto ser-existência, constituindo um sistema de representações influenciado pela linguagem e cultura. Partindo desse pressuposto, entende-se que o homem pensa e se comporta pelo que consegue apreender no processo de socialização.

No campo da saúde mental, a conceituação que exprime relação entre loucura e sociedade está fortemente presente nas discussões atuais. Ao contrário dos séculos XV ao XIX, em



que o conceito de loucura passou de natural a patológico", os debates desse século em torno da saúde mental discutem pontos entravantes a partir da necessidade de ressignificações sociais/culturais, sob o enfoque do novo objeto: o portador de transtorno, outrora denominado doente mental.

O ponto essencial nos discursos emergentes se dá no novo abrigo social da loucura que, indubitavelmente, deixa de habitar os manicômios e de pertencer unicamente ao saber médico sob o rótulo de doença, para ser intitulada de sofrimento psíquico, substituição que extrapola a denominação registrada nos prontuários ou nas mentes daqueles que compõem a equipe de saúde, tratando-se de uma transformação no modo de perceber o indivíduo como ser-existência, e não mais a partir de uma classificação psiquiátrica segregadora[3]. Sob este prisma, emergem diversas nuances acerca do que seria de fato o exercício de cidadania dos portadores de transtornos mentais, uma vez que essa nova roupagem conceitual/discursiva favorece a compreensão relacional entre saúde mental e cidadania.

A lei 10.216 que reorienta o modelo assistencial de saúde mental no Brasil, apesar de abordar a temática social e estabelecer diretrizes para o alcance dos direitos desses sujeitos, não consegue se fazer cumprir em todos os espaços de cuidado psiquiátrico, tampouco na sociedade em geral, haja vista que as conquistas sociais ocorrem na esfera das relações extrainstitucionais e não somente no espaço terapêutico instituído legalmente.

O louco continua sendo visto como um indivíduo que necessita ser recolhido a um espaço de cuidado terapêutico, devendo receber medicações, controlar as crises e manter-se incapaz de realizar atividades rotineiras, sob a alegação de anormalidade. Assim, a sociedade que busca a garantia dos direitos humanos é a mesma que retira do portador de transtorno mental esse direito, pois estabelece relação estreita entre cidadania e normalidade; portanto, o louco estaria definitivamente excluído da condição de cidadão[3].

Considerar o portador de transtorno psíquico como alguém que tem pensamento próprio, livre arbítrio, direito de decidir sobre sua própria condição-existência parece um tanto difícil de ser aceito pela sociedade que carrega historicamente estratégias de exclusão social. Mas assim como os leprosos, os sifilíticos[4] e mais tarde os aidéticos, a loucura também terá, definitivamente, marcas profundas que sobrevivem ao tempo e transferem aos seus detentores (os loucos) os resquícios da interação destas com as sociedades.

O que merece ser pensado é que, contrariamente ao discurso da abolição do preconceito, visto que esse aspecto é inerente ao homem enquanto ser social, pretende-se que a loucura seja uma condição compreendida por todos, para que haja a oportunidade de aceitação da mesma como fator que integra os ambientes naturais e sociais simultaneamente.



Diante dessas colocações e considerando-se imprescindível que reflexões em torno da saúde mental ocorram com mais ênfase no seio da sociedade para que as conquistas sociais dos portadores de transtornos mentais possam ser cada vez mais alcançadas, buscou-se, através de uma pesquisa-ação com servidores técnico-administrativos de uma universidade pública no estado do Piauí, suscitar o debate e evidenciar seus modos de pensar acerca do papel da sociedade diante daqueles que se encontram em sofrimento psíquico.

2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O estudo de cunho qualitativo tratado neste artigo pretendeu, através da pesquisa-ação, vislumbrar caminhos para tentar reduzir o estigma em torno dos portadores de transtornos mentais, a partir do amplo debate sobre a temática.

Adotou-se a pesquisa-ação por se tratar da metodologia utilizada no projeto intitulado "Intervenções terapêuticas em Saúde Mental: uma proposta para redução do estigma", sob patrocínio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que está sendo desenvolvido com o grupo estudado, contando com um grupo de pesquisadores compostos por 3 docentes e 4 alunos do curso de graduação em Enfermagem da referida universidade. Tal estratégia, composta por 12 etapas, permite que ocorra um processo simultâneo de investigação e ação, cuja intenção primordial é o conhecimento e a resolução do problema coletivo a partir dos fatos observados, e que culmina na transformação dos pesquisadores e dos participantes envolvidos no contexto social sítio do problema[5]. Para facilitar a compreensão das discussões sobre a temática em questão, optou-se por detalhar no presente artigo apenas a etapa 6 (realização do seminário).

A reunião teve início com a exposição da temática 'saúde mental e sociedade' pelas docentes, passando-se em seguida a apresentação do filme-documentário "Meu nome é Rádio". Ao término do filme, o grupo foi dividido em quatro subgrupos, tendo quatro servidores e um aluno em cada grupo como coordenador/secretário, promovendo-se o debate acerca dos pontos relevantes evidenciados no material assistido. Um roteiro de perguntas abertas foi previamente elaborado pelos pesquisadores, sendo utilizado em alguns momentos para conduzir a sessão. Observação participante e entrevista coletiva foram técnicas adotadas para coleta de informações. As discussões foram registradas com uso de gravador de voz e anotações em diário de campo, sendo transcritas para livro-ata e analisadas pelo grupo de pesquisadores após o término do encontro.

O encerramento da sessão ocorreu com a fusão de conhecimentos entre participantes e pesquisadores, atrelando conhecimento científico e empírico, formando assim um novo *corpus* teórico-prático conforme preconizado pela metodologia adotada.

Vale ressaltar que o presente estudo está aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (CEP/UFPI) sob CAAE 0022.0.045.000-9 e que os participantes



assinaram, por ocasião do início do Projeto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme normatiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde[6].

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos diversos pontos debatidos no seminário, três categorias temáticas apresentaram-se com maior veemência, as quais serão descritas a seguir: "sociedade e o estigma da loucura", "a escola diante do ser-diferente" e "cenas que não serão esquecidas". Tais categorias podem ser melhor compreendidas quando se detém uma releitura acerca da história da loucura através dos tempos, percebendo-se que a mudança de paradigma em torno da saúde mental depende essencialmente da compreensão do outro, considerando suas peculiaridades, fraquezas e fortalezas, para somente então haver a aceitação das diferenças humanas. Essa evolução paradigmática encontra-se evidente em diversas cenas do filme "Meu nome é Rádio".

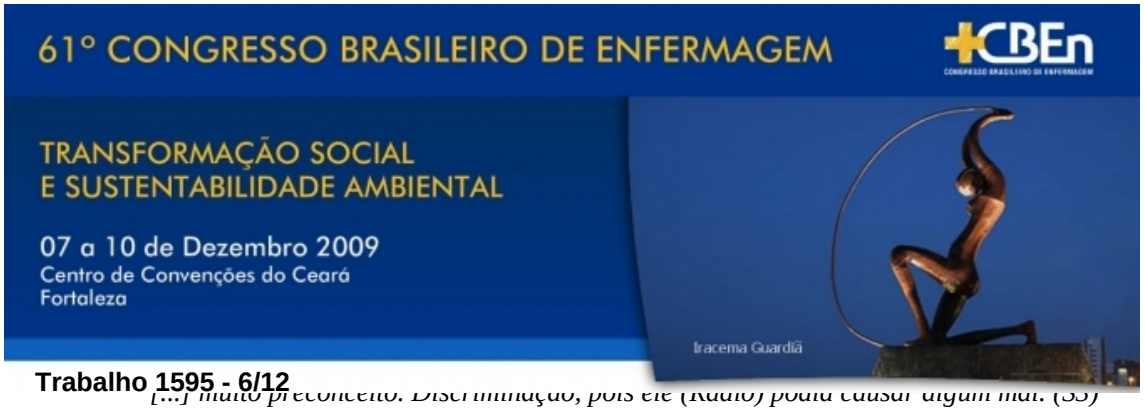
3.1. O ENREDO DO FILME

"Meu nome é Rádio" aborda a questão do preconceito acerca das diferenças humanas, a partir da história do jovem "Rádio" (Cuba Gooding Jr.) que possui um tipo de transtorno psíquico não especificado no documentário. O filme, lançado no ano de 2003 pela Gravadora Sony Pictures e, baseado na história real de James Robert Kennedy, retrata a emergência em se discutir o tema do estigma e da exclusão em saúde mental, sendo esse o material escolhido pelos pesquisadores para abordar o assunto com os participantes do Projeto de uma maneira não convencional.

3.2. SOCIEDADE E O ESTIGMA DA LOUCURA

Vários momentos do filme permitiram observar as relações existentes entre Rádio e outros personagens que representavam a sociedade local, suscitando discussões em torno da convivência com o diferente. O motorista que quase atropela Rádio, a mãe que atravessa a rua quando vê o jovem se aproximar na mesma calçada em que levava a filha para a escola, um transeunte que se esconde em uma loja para não ter que cruzar com Rádio na rua, dentre outros, demonstravam situações reais nas quais ocorre medo e discriminação com o portador de transtorno mental, permitindo que os pesquisadores do Projeto provocassem os participantes quando perguntaram aos mesmos sobre como faziam a leitura dessas cenas:

> *De exclusão total, era um problema social. As pessoas tinham medo. Durante o filme as pessoas se escondem na porta de uma loja ao ver ele passar por perto por medo. (S1)*
>
> *As pessoas tinham medo, só o xingavam, como se ele fosse uma doença. (S12)*
>
> *De exclusão. Só atrapalharia a sociedade sem ter nada a contribuir, isso se responde na distância que as pessoas mantém dele. (S8)*



[...] muito preconceito. Discriminação, pois ele (Rádio) podia causar algum mal. (S5)

[...] mesmo com todas as diferenças ele é um ser humano, ele merece bom tratamento, tem que ser respeitado como ser humano [...] (S16)

Reflete-se nas falas acima o impacto das cenas assistidas em que há posições nítidas do comportamento da sociedade frente ao personagem Rádio, ora de medo, ora de discriminação, denotando a necessidade urgente de intervenções para redução do estigma, contribuição para o exercício de cidadania do portador de transtorno mental.

O medo gerado pela figura do louco e evidenciado nas falas remonta ao século XVI, no qual os desprovidos de razão agregavam as características dos que com ele habitavam o hospital geral, compondo um escudo revestido de desvios sociais, tais como periculosidade e agressividade. Assim, vagabundos, marginais, bêbados, prostitutas e os loucos compartilhavam as mesmas punições sociais[3].

Hoje, em diversos ambientes freqüentados, pessoas de variados segmentos sociais expressam o medo que sentem em relação ao portador de transtorno mental através de reações conscientes e inconscientes, porém, todas com sentido excludente, configurando um dos maiores obstáculos ao exercício de sua cidadania.

Dessa maneira, as práticas e as representações sociais em torno do fenômeno da loucura na modernidade acumulam um espaço com lacunas entre o que é realmente o direito social, incondicionalmente sobreposto à supremacia dos direitos civis e políticos. Os portadores de transtornos mentais são vistos como um problema por uma sociedade já estigmatizada pelo preconceito, pela falsa caracterização destes, vistos como seres emocionalmente instáveis e perigosos, que provocam medo por serem diferentes do padrão normal estabelecido. Influências históricas, culturais e científicas sobre as mentes humanas favorecem a consolidação dos aspectos estigmatizantes impostos pela sociedade, ampliando a problemática[7]. Esse distanciamento social interfere no processo de inclusão defendido pela Reforma Psiquiátrica, gerando o isolamento social, mesmo vivendo em sociedade, uma falsa identidade inconscientemente perdida pelos diferentes.

Permanece-se na esfera do ideal a ser conquistado, pois conviver sem preconceito, especialmente, no tocante ao portador de transtorno mental, revela-se como um dos passos a serem galgados, nos discursos e cenários dos que versam somente no campo da convivência, em detrimento de suas especificidades[8]. Para esses defensores, a convivência, por si só, seria a garantia da ressocialização; porém, alguns grupos ativistas da luta pelos direitos humanos alertam para a existência de grades e de exclusão no próprio espaço social, caracterizando o deslocamento da institucionalização da loucura e da segregação do louco. Dessa forma, já se fala na luta pela "vida sem manicômio" ao invés de "sociedade sem manicômios"[9].



3.3. A ESCOLA DIANTE DO SER-DIFERENTE

Como segundo ponto crítico abordado no filme, o personagem Rádio é matriculado em uma escola regular pelo técnico do time de futebol da escola, Harold Jones (Ed Harris) que o conheceu quando Rádio assistia ao treinamento de seus alunos no campo de esportes da escola.

O relacionamento entre Rádio e o Técnico Jones iniciou-se devido a uma arremessada da bola para fora do campo por um de seus alunos, a partir do qual Rádio apropriou-se daquele objeto e não quis devolvê-lo para o time. No outro dia, com o intuito de dar uma lição em Rádio, o prenderam no depósito de materiais esportivos, amarrado pelos pés e mãos com fitas adesivas. Ao deparar-se com tal cena, o técnico pediu formalmente desculpas a Rádio e passou a relacionar-se diariamente com ele, inclusive, levando-o a freqüentar o espaço da sala de aula.

Quando perguntados sobre a inclusão do personagem no ambiente escolar, opiniões concordantes e discordantes emergiram das falas dos participantes:

> *Teve mudança porque aquilo era diferente e também por que no inicio não o aceitavam.(S1)*
>
> *A escola recebeu por obrigação e tanto os professores quanto a diretora achavam que ele podia atrasar a turma [...] mas essa inclusão é necessária, as pessoas é que precisam aprender a recebê-la [...] (S10)*
>
> *Houve uma mudança pra ele por saber que não estava sendo aceito, ele estava desconfiado só que depois ele passou a conquistar seu espaço. (S4)*
>
> *De início se ele fosse colocado na escola como forma de ressocialização, acho que não daria muito certo. Eu acho que se não fosse o técnico o Rádio não seria aceito na instituição, pois existia uma preocupação da diretora em aceitar esse aluno com transtorno não sei se por medo de atrasar os outros alunos[...] (S12)*

Os depoentes expressaram terem percebido claramente haver resistência por parte da diretora da escola que, preocupada com o rendimento e o aprendizado dos demais alunos, temia o fracasso da iniciativa tomada pelo técnico de futebol em convidar Rádio a freqüentar os bancos escolares. Porém, alguns participantes afirmaram haver situações nas quais o processo de inclusão na escola regular para o portador de transtorno mental é inoperante e, dependendo do caso, poderá acarretar danos aos outros alunos que freqüentam essa escola.

Outro depoimento aponta para o fato de que o Técnico teve participação fundamental no processo de inclusão de Rádio na escola, mencionando que caso não houvesse a intermediação do profissional o jovem não haveria sido aceito naquele ambiente. Esse ponto sinaliza que as ações em prol da cidadania do portador de transtorno mental ainda são pontuais, percebendo-se grande resistência por parte dos diversos segmentos, representados no filme pela instituição escolar.



Uma das maneiras de se promover a inclusão social consiste na ocupação dos espaços socialmente instituídos, a exemplo, o complexo sistema educacional, com a inserção destes portadores já onde os mesmos precisam ser assistidos de maneira especial e também acompanhados para que possam sentir-se parte da comunidade discente sem preconceitos e crescer com todo o apoio psicológico de uma educação sem entraves. A inclusão escolar é necessária como todas as outras formas de inclusão em qualquer instituição social, isto é fato, e é o que tornam importantes as discussões cada vez mais próximas em torno desta temática não somente entre profissionais, mas entre pais e mães e a própria comunidade, abrangendo assim o meio social e trabalhando cada vez mais na construção e evolução de propostas efetivas de (re)socialização.

> *[...] para os professores a responsabilidade é grande, boa parte dos portadores não podem ser incluídos, não podem conviver em sala de aula, pois podem causar danos, mas depende de cada caso, os alunos têm que ser preparados dando apoio, não gerando um problema na turma para não ocorrer atraso [...](S3)*
>
> *Eu acho que as instituições de hoje mantêm os portadores por obrigação em instituições, e em relação a escola no filme a diretora ficou um pouco com o pé atrás , não sei se por o estigma, mas ainda assim de alguma maneira ela queria ajudar o garoto... Mas tem que existir uma especialização dos professores.(S1)*
>
> *Acho que para a inserção ser feita é preciso mais do que gente especializada, é preciso ter gente que goste e tenha prazer em fazer com que essas pessoas portadoras de transtornos mentais ganhem seu espaço. (S4)*

Conflitantes são as opiniões emergentes dessa temática pelos sujeitos da pesquisa, pois enquanto uns acreditam que o caminho da educação em escolas regulares é necessário, outros são contrários a isso, por acharem que os portadores de transtornos mentais atrapalhariam o aprendizado dos demais alunos. Agregam-se a isto opiniões sobre o despreparo técnico do professor, ressaltando-se que a falta de qualificação docente contribui para o processo de exclusão. Tais discussões são salutares para que possam ser construídos caminhos rumo ao exercício da cidadania, por meio de intervenções intersetoriais em saúde mental.

O processo de inclusão social nas variadas camadas e instituições sociais tem que ser acompanhado de preparação prévia, de maneira que o estigma possa ser reduzido com a convivência diária e com a cidadania sendo reconstruída progressivamente. A percepção social do portador é outro fator preponderante, já que o mesmo precisa ser entendido para que se configurem melhorias na qualidade de vida dos indivíduos em sociedade.

Os espaços da loucura que se modificaram ao longo da história, permaneceram com as mesmas intenções segregadoras, promovendo apenas a mudança de ambiente; todos foram cerceados pela dominação da sociedade vigente. A consciência coletiva[10] foi e continua sendo



detentora do poder simbólico de afastamento do louco do convívio social. Para os leigos, intitulados assim aqueles que consideram a loucura como doença ou desvio moral, não se pode abolir as instituições asilares que durante anos calaram a voz e a vez dos indivíduos rotulados de doentes mentais. Essas entidades de saúde devem continuar existindo para que a sociedade tenha ambiente próprio e exclusivo que funcione como mecanismo de eliminação das amarguras e desavenças sociais.

A voz coletiva que emerge nos cenários deste século ainda adota os termos doente e doença mental como rótulos indissociáveis à condição de dominação. Imputa-se nas mentes das pessoas que o louco, mesmo necessitando ser ressocializado, deve permanecer limitado a desenvolver uma cidadania parcial, onde o 'doente' será capaz, após acompanhamento em algum serviço de saúde mental, de desempenhar atividades manuais como limpeza da casa ou lavagem de roupas, porém não há capacidade para o trabalho remunerado, para o casamento, para a manutenção da sua própria independência.

A apropriação da consciência coletiva requer primeiramente a existência de uma identidade também social da loucura e do louco, considerando-se os cenários natural e cultural, que por anos foram ocultados. Pois, numa perspectiva ampliada, saúde mental significa o direito à dignidade humana[11]. Os novos arranjos sociais referentes a saúde mental necessitam rever suas significações e estabelecer uma compreensão ampliada da inserção do portador de transtorno mental no convívio em sociedade, espaço do qual ele nunca deveria ter saído.

3.4. CENAS QUE NÃO SERÃO ESQUECIDAS

Solicitou-se dos participantes que os mesmos relatassem a cena do filme que mais havia despertado atenção dos mesmos, fazendo surgir um consenso grupal de que o processo de humanização da saúde mental segue em sentido único: do portador para a sociedade, como é percebido nas falas a seguir:

> *[...]a solidariedade dele em distribuir os presentes que ele recebeu. Ele trata os outros às vezes até melhor como nós considerados normais nos tratamos. (S4)*
>
> *Quando ele se integra a equipe ajudando a equipe como se fizesse parte da família do time de futebol. [...] ele só guardava bolas mas aquilo era importante pra ele, isso é interessante porque ele se satisfazia com aquilo porque ele só queria fazer parte daquele meio[...] (S5)*
>
> *Alem do fato de terem maltratado ele, me chamou a atenção a perca da mãe; me chocou porque ele sentiu a perda da mãe, seu apoio, mesmo sendo portador de transtorno mental, mas ele entendeu. (S8)*



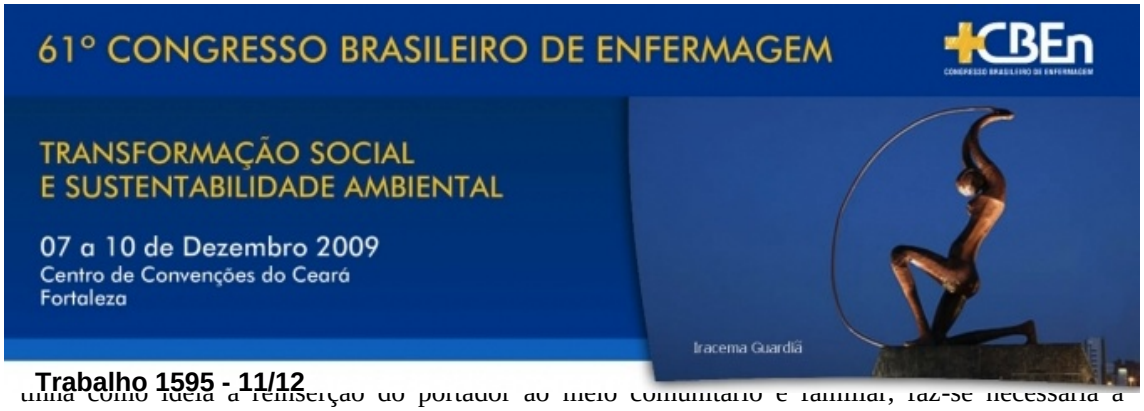
Reflete-se nas percepções dos participantes que a desmistificação da loucura pode ou mesmo deve ser ponto de reflexão não somente a partir de movimentos sociais instituídos ou de entidades constituídas para este fim. Como processo, a desestigmatização deve ser atitude de cada ator social, por iniciativas simples, tais como a integração do personagem ao time de futebol, solidificando um novo paradigma que agregue mais valor aos portadores de transtornos mentais. Assim, do plano micro (ações pontuais) modifica-se o plano macro (a sociedade), criando-se uma consciência coletiva. Essa complexidade e dificuldade no processo de inserção do diferente caminha a muito tempo, transformando o portador em um ser histórico social excluído, sem ter a oportunidade de exercer suas plenas potencialidades e habilidades por falta de condições favoráveis para pleno exercício de sua cidadania[10].

Quando colocadas a termo, em campo, no contexto social essa relação sociedade-portador precisa de intervenções que facilitem o processo de inserção como a inclusão do trabalho, da família e da moradia, todos dentro de uma relação social embutida[8].

As intervenções terapêuticas em saúde mental para redução do estigma social em questão são alternativas coadjuvantes no processo de efetivação da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Antimanicomial, através dos quais as discussões entre saúde mental e sociedade continuam a permear. É consenso que o estigma social em grande parte atrasa o processo de desinstitucionalização e inserção desses indivíduos no cenário social, fazendo-se necessário que esses debates tornem-se cada vez mais rotina entre os grupos sociais diversos.

A loucura desde sua história passa por um processo de intensa transformação dentro do contexto social, embutida em representações humanas de sujeitos vulneráveis ao estigma e exclusão que perdura paralelo a própria história da loucura e sua transformação em doença mental. Seu aspecto biomédico, traduzido em um conjunto de sinais e sintomas codificados pelo saber médico com poder de generalização dos que nessas condições se enquadravam, potencializando a visão unilateral da loucura como doença, descontextualizada[7]. Hoje, já não é mais o hospital psiquiátrico (antigo manicômio) o único dispositivo de assistência ao paciente, colocando o tradicional modelo de internação intramuros em processo de desaparecimento definitivo, ficando cada vez mais restrito às páginas dos livros. Estabelece-se aqui mais um desafio ético nesse processo: a construção de uma sociedade mais tolerante, que transponha os limites históricos e aponte para novas possibilidades em saúde mental[8].

É notório que os manicômios não podem ser extintos imediatamente, pois os governos, as leis e a sociedade ainda não estão preparados para as demandas desses sujeitos; o processo de Reforma é complexo e lento, burocrático, mas está em processo de consolidação. Após quase 20 anos da Declaração de Caracas, que tratava da reestruturação da atenção psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde, da não mercantilização da loucura e da política de inclusão social que



uma como ideia a reinserção do portador ao meio comunitário e familiar, faz-se necessária a criação de espaços sociais de discussão e políticas de ação coletiva dentro do contexto da saúde mental para redução do estigma.

Assim, torna-se imperativo que a cultura se harmonize com as diversas expressões humanas, ou seja, com a heterogeneidade. Nesse sentido, as amarras que prendem os homens ao preconceito, incluindo o desconhecimento do ser-existência, precisam ser desfeitas e estabelecer-se a paz social. Trata-se de compreender que o portador de transtorno mental possui subjetividade própria, maneiras singulares de viver, pensar e agir diante dos aspectos plurais da vida. E é somente através do exercício de cidadania que ele será capaz de recolorir, à sua maneira, as páginas da história que ainda está por vir.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS: PARA NÃO CONCLUIR

As discussões dispostas em pauta em torno da loucura e seus sujeitos que dela tomam parte desvelam um processo rigoroso, lento e complexo, mas com esperanças possíveis de cidadania, de dignidade e qualidade de vida dos portadores de transtornos psíquicos. Há uma sociedade de grupos amedrontados com o risco do desconhecido ao que não é igual, composta de sujeitos defensivos que anulam o próximo.

É fato que o modelo de reforma psiquiátrica brasileira é dificultado pelo elevado grau de desigualdades sociais e estigmatização que por longo tempo sofreu a sociedade, entendendo-se que essa própria sociedade oculta em seu seio situações reais de preconceito, marginalização e exclusão do diferente como cidadão ativo e capaz.

Intervenções terapêuticas em saúde mental constituem fator importante para diminuição das lacunas existentes entre o binômio sociedade/loucura de forma direta e próxima, sendo necessária uma mudança de pensamentos e quebra de barreiras culturais alicerçadas sobre o modelo manicomial de segregação. A construção de uma ciência social em torno da temática da saúde mental e sociedade no cotidiano, através de sujeitos multiplicadores, aponta horizontes correspondentes às expectativas que se tem quanto a redução do estigma, já que não se ensinam ou se repassam fórmulas prontas, mais oferecem-se oportunidade de os próprios agentes sociais "normais" construírem sua concepção em torno da percepção do "louco" como ser-existente e passível de coexistir, dando-lhes oportunidades de exercerem a cidadania plena.

Ideologias excludentes fundamentadas no medo do desconhecido podem se converter em ideologias fundamentadas para aceitação social com equidade, em qualquer instituição da qual faça parte o individuo. Nesse sentido a proposta deste projeto de intervenção é necessária, além de ser uma prática coadjuvante da assistência ao portador de transtorno mental e fazer surgir um consenso grupal de que o processo de humanização tem que ser percebido com olhar inquietante de



mudança na maneira de ver o outro, incluindo o desconhecimento do ser-existência, mas o conhecimento do ser-potencial, livre e capaz de viver em sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Levi-Strauss C. Antropologia estrutural. 5a. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

2. Amarante P. Loucos pela vida – a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2a. ed. Fiocruz, 2002.

3. Oliveira FB. Construindo saberes e práticas em saúde mental. João Pessoa: UFPB, 2002.

4. Foucault M. História da loucura. 3a. ed. Editora Perspectiva, 1972.

5. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: Resolução 196/96. Brasília (DF); 1996.

7. Rodrigues J, Scóz TMX. Muros nas mentes: obstáculo da reforma psiquiátrica. [on line] 2009 [citado em: 13 jul 2009]. Disponível em: http://www.saudemental.med.br/Muros.html.

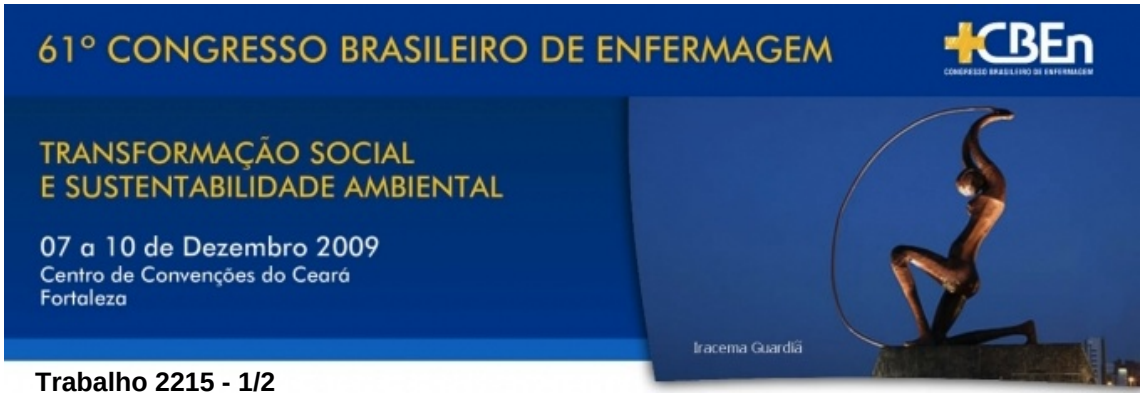
8. Hirdes A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial. Ciência & Saúde Coletiva, 2009; 14(1): 165-171.

9. Luchmann LHH, Rodrigues J. O movimento antimanicomial no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2007; 12(2): 399-407.

10. Medeiros SM, Guimarães J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. Ciência & Saúde Coletiva, 2002; 7(3):571-579.

11. Chamma RC, Forcella HT. O cidadão com transtorno psíquico: reflexões sobre os direitos humanos e os direitos do paciente. Rev. Esc. Enf. USP, 2001; 35(2): 184-190.

12. Fernandes J, Oliveira MR, Fernandes JD. Cidadania e qualidade de vida dos portadores de transtornos psiquiátricos: contradições e racionalidade. Rev. Esc. Enferm. USP, 2003; 37(2): 35-42.



Trabalho 2215 - 1/2

LEISHMANIOSE VISCERAL EM PICOS: RESGATE EPIDEMIOLÓGICO NOS ANOS DE 2004 A 2008

RODRIGUES, Nina Maria Piauilino Matos[1]
OLIVEIRA, Edina Araújo Rodrigues[2]
DUAILIBE, Felipe Tavares[3]
SILVA, Jackelya Araújo da[4]
FORMIGA, Laura Maria Feitosa[5]
BEZERRA, Margareth de Oliveira Holanda[6]

A Leishmaniose visceral é uma doença causada por parasitos do complexo *Leishmania donovani*, tem como vetor o mosquito *Lutzomia longipalpis* e como reservatórios homens, cães e raposas silvestres. No Brasil, os casos concentram-se em todos os estados da Região Nordeste especialmente na Bahia, Ceará, Maranhão e Piauí. Os objetivos deste estudo são descrever a evolução epidemiológica da leishmaniose visceral no município de Picos em humanos e verificar se há associação significativa entre período chuvoso e número de casos confirmados. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e analítico, utilizando dados secundários do período compreendido entre os anos de 2004 a 2008. Os dados referentes à doença humana foram obtidos junto à Coordenação Municipal da Vigilância Epidemiológica através de consulta aos relatórios e às fichas de notificação e investigação dos casos confirmados no Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN). Os

[1] Enfermeira graduada pela Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí – NOVAFAPI. Professora do Centro de Educação Profissional São Paulo. E-mail para contato: ninampmatos@hotmail.com.

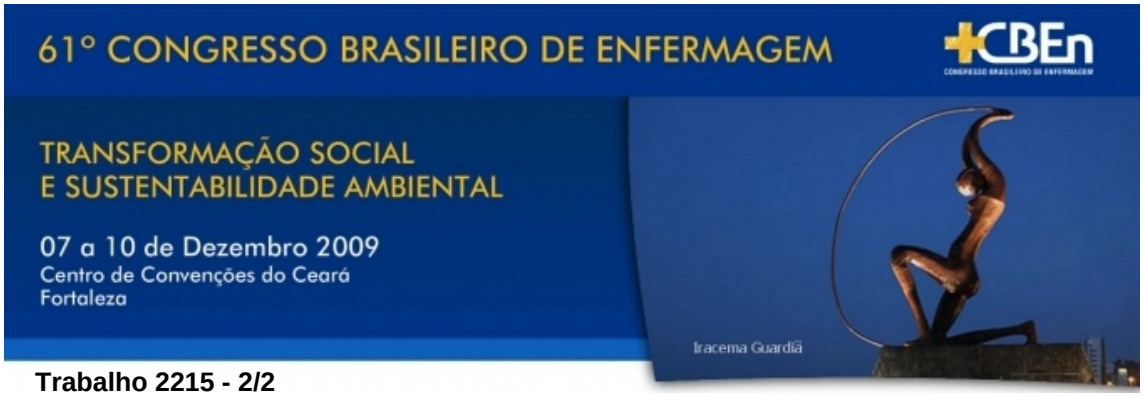
[2] Enfermeira. Professora Auxiliar do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Especialista em Saúde Pública e em Saúde da Família.

[3] Acadêmico do 3º ano de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI.

[4] Professora assistente I da Universidade Federal do Piauí - UFPI. Mestre em Matemática Aplicada e Estatística pela UFRN.

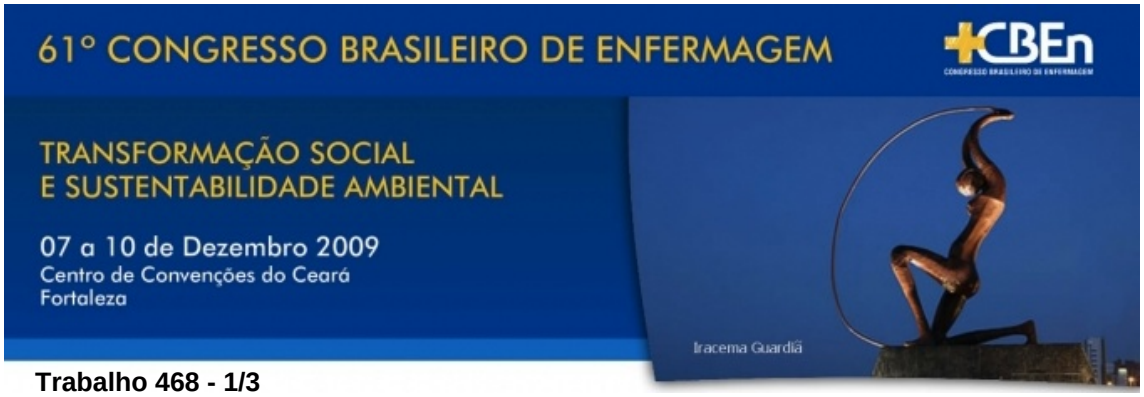
[5] Professora substituta da Universidade Federal do Piauí – UFPI. Especialista em Saúde Coletiva e em Saúde da Família.

[6] Acadêmica do 3º ano de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI.



Trabalho 2215 - 2/2

dados referentes às chuvas foram cedidos pelo Instituto Nacional de Meteorologia – INMET, 3º Distrito de Meteorologia - DISME. Os dados colhidos foram analisados pelo software R para avaliação de existência de correlação direta entre as variáveis. Durante o período foram identificados 42 casos confirmados de leishmaniose visceral. O bairro Morada do Sol foi o mais acometido pela doença com 21,42% dos casos. O ano com maior número de pessoas infectadas foi 2005 com 31% dos casos confirmados. Nos meses de março dos anos em estudo foram detectadas 9 pessoas com leishmaniose (21,42%) estabelecendo assim este mês como sendo o com mais elevada incidência. Neste mesmo mês a média de precipitação pluviométrica foi de 159,72mm³. O bairro mais afetado possui características socioeconômicas e demográficas que justificam alto número de casos como saneamento básico precário, encontrar-se em encosta de morros e em morros com vegetação nativa parcialmente desmatada e ter a presença de reservatórios caninos de *Leishmania* sp. Observa-se que não há correlação significativa entre a precipitação e os casos de leishmaniose visceral confirmados. Considera-se pertinente haver mais estudos sobre leishmaniose visceral no estado do Piauí, em especial na cidade de Picos, desvendando outros fatores determinantes que possam estar associados ao elevado número de casos para melhor fundamentar as políticas desenvolvidas para o seu controle e prevenção. Referências: Referências: 1. Neves, D. P. et al. Parasitologia Humana. 11 ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 2. Rey, L. Parasitologia. 3 ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2001. Descritores: Leishmaniose visceral; Saúde coletiva; Epidemiologia.



Trabalho 468 - 1/3

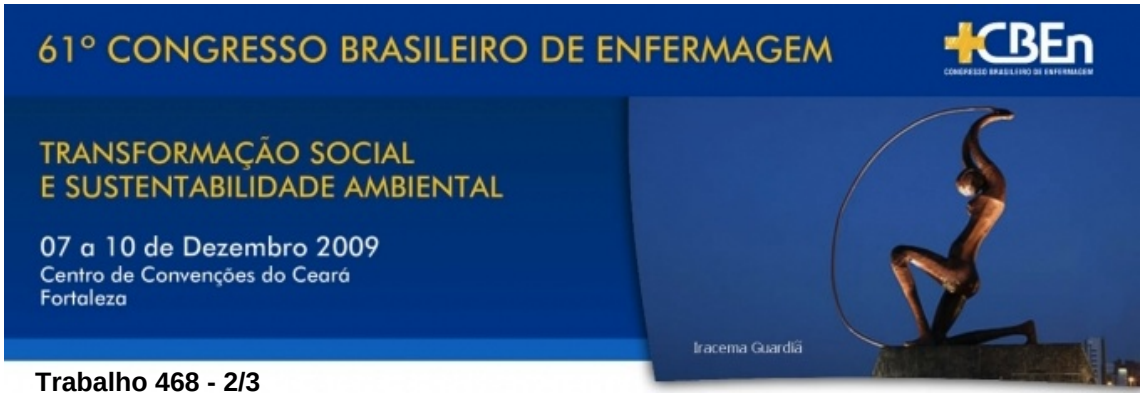
LEPTOSPIROSE E A ENFERMAGEM

SILVA, Wandra Camila Penaforte da[1]
BEZERRA, Juliana da Fonseca[2]
CASTRO, Barbara Ingrid Lotife[3]
PAULINO, Danielle Rodrigues[4]

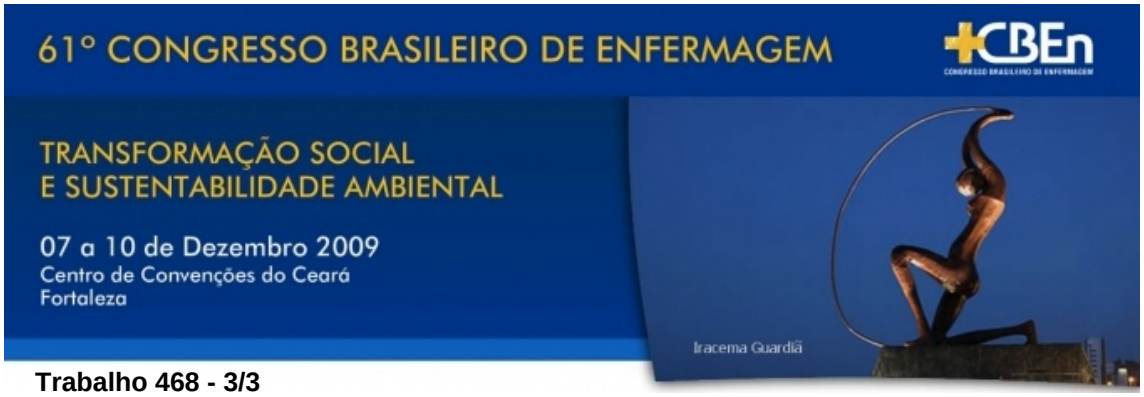
DESCRITORES: Leptospirose, Diagnósticos De Enfermagem, Cuidados De Enfermagem

A leptospirose é uma doença infecciosa aguda causada por uma bactéria chamada Leptospira, presente na urina de animais infectados, com maior ênfase nos da espécie *Rattus norvegicus*. Em áreas urbanas, o rato é o principal reservatório da doença, é transmitida ao homem pela água das enchentes. O contato da pele ou mucosas com a água ou lama contaminadas pela urina dos ratos. A leptospirose pode apresentar-se de várias formas, desde um quadro simples, parecido com uma gripe, até formas graves que podem levar à morte. A leptospirose ocorre em todo o mundo, mais freqüentemente em regiões tropicais e subtropicais onde o calor e as chuvas favorecem a sua transmissão. No Brasil, a doença ocorre com maior freqüência em áreas urbanas e regiões metropolitanas, onde as condições sanitárias precárias e a alta infestação de ratos aumentam o risco de contrair a doença. O alto custo hospitalar, os dias de trabalho perdidos e o elevado grau de letalidade, até 40% dos casos graves podem morrer, demonstram a importância da leptospirose para a saúde pública. Os ratos urbanos (roedores sinantrópicos) constituem o principal reservatório da doença. Outros, de menor importância, são alguns animais domésticos (cães, bovinos, suínos, eqüinos, ovinos e caprinos) e silvestres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). A enfermagem atua na prevenção da patologia por campanhas educativas e ensinando a população que procura o sistema de saúde as técnicas de assepsia e no

[1] Acadêmica do 5° semestre de graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Participante do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida do Binômio Mãe-Filho. Bolsista do CNPQ, camilote_htinha@hotmail.com
[2] Acadêmica do 6° semestre de graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Participante do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida do Binômio Mãe-Filho. Bolsista pelo Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica (PAVIC/UNIFOR). Participante do Programa de Monitoria Voluntária (PROMOV) - Disciplina de Semiologia e Semiotécnica, ju25fb@hotmail.com
[3] Acadêmica do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Participante do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida do Binômio Mãe-Filho. Bolsista pelo Programa de Monitoria Institucional (PROMON/UNIFOR) barbaralotife87@hotmail.com
[4] Acadêmica do 7° semestre de graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Participante do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida do Binômio Mãe-Filho. Bolsista pelo Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica (PAVIC/UNIFOR), danielle_paulino@hotmail.com



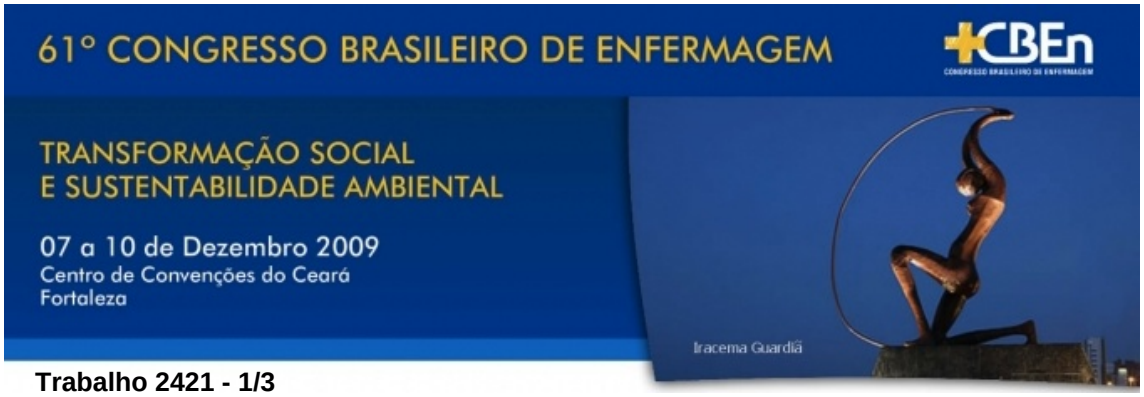
tratamento da doença, realizando a assistência de enfermagem individualizada e voltada para o paciente e os familiares. Objetivos: conhecer a doença, as suas formas de transmissão e os cuidados que a enfermagem realiza ao paciente com leptospirose. Metodologia: o estudo foi uma revisão bibliográfica, onde baseia-se na análise da literatura já publicada em livros, revistas, publicações avulsas, imprensa escrita e até disponibilizada na internet. Resultados: os sinais e sintomas mais freqüentes são: febre, dor de cabeça e dores pelo corpo, principalmente nas panturrilhas; podem também ocorrer vômitos, diarréia e tosse. Nas formas graves aparece icterícia e torna-se necessário internar o paciente. O doente grave pode apresentar hemorragias, meningite, insuficiência renal, hepática e respiratória, que podem levar à morte. Período de incubação**:** de 1 a 30 dias (média entre 7 e 14 dias). O modo de transmissão se dá em situações de enchentes e inundações, a urina dos ratos, presente em esgotos e bueiros, mistura-se à enxurrada e à lama, e qualquer pessoa que tiver contato com elas poderá infectar-se. As leptospiras penetram no corpo pela pele, principalmente se houver algum arranhão ou ferimento. O contato com água ou lama de esgoto, lagoas ou rios contaminados e terrenos baldios também facilitam a transmissão da leptospirose (NEVES, 2005). Veterinários e tratadores de animais podem adquirir a doença pelo contato com a urina, sangue, tecidos ou órgãos de animais infectados. O tratamento é baseado no uso de medicamentos e medidas de suporte, de acordo com os sintomas apresentados e deve ser conduzido sempre por um médico (COURA, 2005). Os casos leves podem ser tratados em ambulatório, mas os casos graves precisam ser internados. Exames realizados para detectar a doenças são: o teste ELISA-IgM e o teste de microaglutinação (MAT) estão disponíveis nos Laboratórios de Saúde Pública de todo o país. Estes exames verificam a formação de anticorpos pelo organismo da pessoa doente, e assim nos indicam se houve contato com a bactéria e se fomos infectados. Para esclarecimento de mortes suspeitas existem outros exames histopatológicos e imunohistoquímica, os quais utilizam fragmentos de coração, rins e fígado (MINISTÈRIO DA SAÙDE, 20009). A enfermagem cuida dos pacientes de maneira holística ressaltando as dificuldades dos pacientes para manter o tratamento e para se defender das doenças, promovendo assim a educação e saúde da população. Com isso a profilaxia da doença também é feita pela enfermagem.



Conclusões: A partir do que foi visto no estudo, percebe-se que uma maneira de se evitar a leptospirose é a educação em saúde, onde a equipe de enfermagem pode orientar a população quanto aos riscos que o lixo encalhado pode trazer durante a época de chuva. Que é perigoso para as crianças tomarem banho em águas desconhecidas, pois estas podem ser reservatórios potenciais da bactéria. Os trabalhadores da zona rural, dentro de suas condições pudessem usar proteção nos pés para evitarem a doença.

Referências:

1. COURA, José Rodrigues. **Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias,** Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.
2. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia, 2009
3. NANDA, **Diagnósticos de enfermagem da NANDA,** editora artmed, Porto Alegre, 2006.
4. NEVES, David Pereira. **Parasitologia humana**, 11ª edição, editora Atheneu, São Paulo, 2005.



Trabalho 2421 - 1/3

LIXO E EDUCAÇÃO AMBIENTAL – TRABALHANDO CONCEITOS E REINVENTANDO VALORES

Dantas, Bárnora Theresa[1]
Souza, Beatriz Medeiros de[2]
Silva, Dayana Pereira da[3]
Melo, Gabriela de Sousa Martins[4]
Silva, Marília de Azevêdo[5]

INTRODUÇÃO: Segundo Fiorillo (2002), lixo e resíduo tendem a significar a mesma coisa. De forma geral, são toda substância resultante da não-interação entre o meio e aqueles que o habitam, ou somente entre estes, não incorporada a esse meio, ou seja, é o resto, a sobra não reaproveitada pelo próprio sistema, oriunda de uma desarmonia ecológica Um dos principais desafios deste século tem sido a conciliação do crescimento econômico com a preservação ambiental, considerando-se o crescimento populacional e da produção de lixo a partir de descartáveis e produtos industrializados (MUCELIN; BELLINI, 2008). A educação ambiental vem sendo incorporada como uma prática inovadora em diferentes âmbitos. Neste sentido, destaca-se sua internalização como objetivo de políticas públicas de educação e de meio ambiente em âmbito nacional, como mediação educativa. (CARVALHO, 2001). A escola é o espaço social e o local onde o aluno dará seqüência ao seu processo de socialização. O que nela se faz se diz e se valoriza representa um exemplo daquilo que a sociedade deseja e aprova. Comportamentos ambientalmente corretos devem ser aprendidos na prática, no cotidiano da vida escolar, contribuindo para a formação de cidadãos

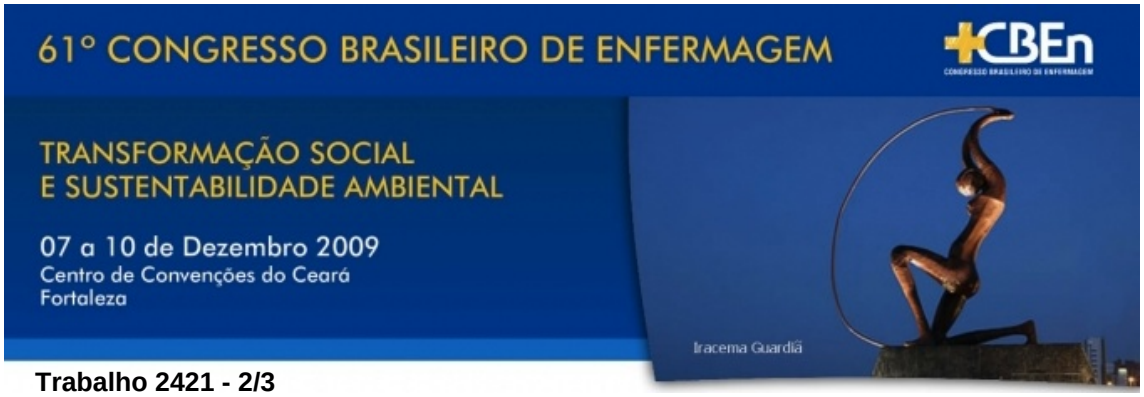
[1] Acadêmica do 7º período do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

[2] Acadêmica do 7º período do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

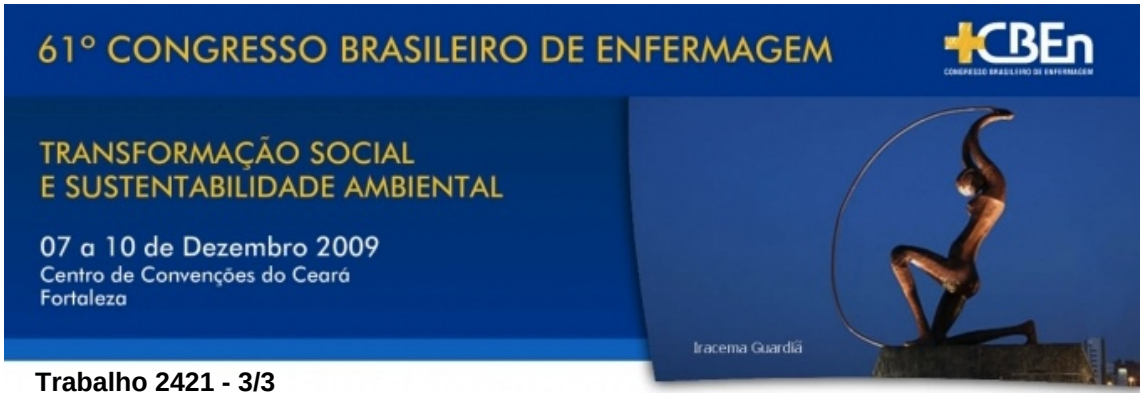
[3] Acadêmica do 7º período do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

[4] Acadêmica do 7º período do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

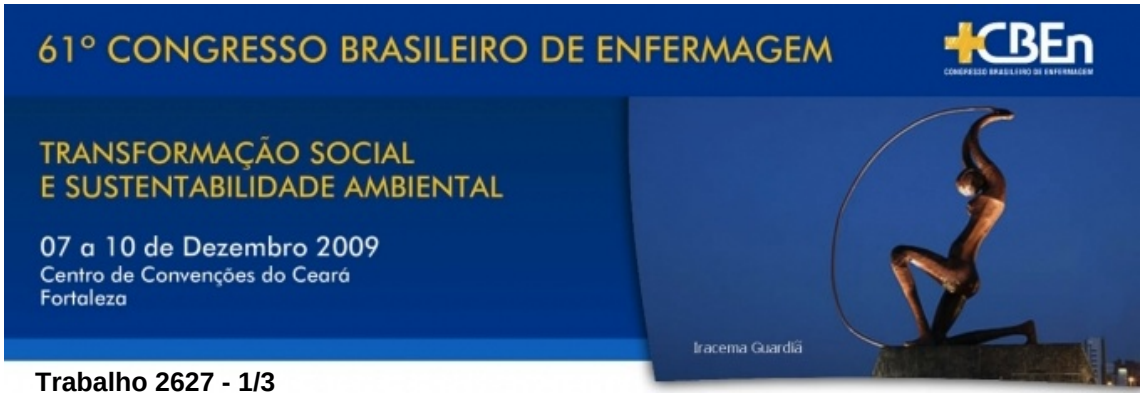
[5] Acadêmica do 7º período do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (marilhinhadeazevedo@hotmail.com)



responsáveis. OBJETIVOS: Promover a educação ambiental e da cidadania, estimular hábitos de preservação do meio-ambiente, conhecer os tipos de lixo, seus destinos e tratamento adequados, identificar prejuízos que causam ao homem e ao meio ambiente; ressaltar a importância e algumas formas de reciclagem do lixo (FRACALANZA, 2004). METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência baseado numa atividade de intervenção que se estruturou a partir da construção do perfil epidemiológico do bairro de Petrópolis, na cidade de Natal – Rio Grande do Norte. Elegeu-se o acúmulo de lixo nas ruas como foco para elaboração de um projeto de intervenção, o qual foi desenvolvido, numa escola de ensino fundamental do referido bairro, por meio de três oficinas*: As doenças vinculadas ao lixo* (realizou-se uma atividade dinâmica relacionando lixo às doenças transmitidas através deles)*, Lixo Também é Arte* (oficina interativa com construção de brinquedos utilizando como matéria-prima o lixo), *Aprendendo Sobre o Lixo (*explanação do conceito de lixo, seus tipos, coleta seletiva e tempo de degradação de alguns tipos de lixo, com posterior atividade dinâmica reforçando os conceitos e conhecimentos trabalhados*)*. RESULTADOS: A partir das oficinas desenvolvidas, pôde ser percebida uma conscientização superficial por parte dos alunos sobre a representatividade do que vem a ser lixo, seus tipos e uso correto das lixeiras seletivas, além da importância da reciclagem, dela como atividade sustentável – a partir de atividades desenvolvidas utilizando como matéria-prima o lixo – e da relação entre lixo e agravos à saúde. CONCLUSÃO: Além das causas ambientais, o lixo também deve ter destino apropriado, pois pode acarretar patologias e agravos à saúde. A intervenção no foco do problema procurou alterar as práticas antes inapropriadas e atender a uma das necessidades identificadas na comunidade, através de uma aprendizagem significativa e prazerosa, visando uma aplicabilidade não só ao público alvo, como também a disseminação do conhecimento transmitido para outros integrantes da população da localidade. DESCRITORES: Lixo, educação ambiental e perfil epidemiológico. REFERÊNCIAS: CARVALHO, I.C.M. *Qual educação ambiental?* Elementos para um debate sobre educação ambiental e extensão rural. Agroecol.e Desenvol.Rur.Sustent., Porto Alegre, v.2, n.2, abr./jun., 2001. FIORILLO, Celso Antônio Pacheco. *Curso de Direito Ambiental Brasileiro*. São Paulo: Saraiva, 2002. MUCELIN, Carlos Alberto; BELLINI, Marta. *Lixo e impactos*



ambientais perceptíveis no ecossistema urbano. *Soc. nat. (Online)*. vol.20, n.1, pp. 111-124, 2008. FRACALANZA, Hilário. *As Pesquisas Sobre Educação Ambiental no Brasil e as Escolas*: alguns comentários preliminares. In: TABLIEBER, J.E.; GUERRA, A.F.S (orgs.). Pesquisa em Educação Ambiental. I CEPEASul. Pelotas: UFPel, 2004. PP. 55-77.



Trabalho 2627 - 1/3

LIXO HOSPITALAR E SUAS CONSEQÜÊNCIAS SANITÁRIAS E AMBIENTAIS: ESTUDO COMPARATIVO EM HOSPITAIS DE BELÉM - PARÁ

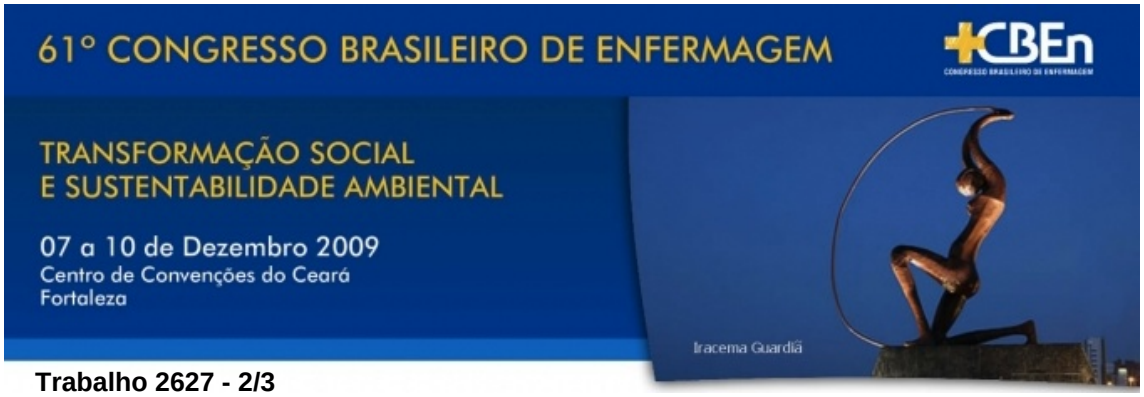
Silva, Renata Glaucia Barros da Silva[1]; Pinheiro, Adriana de Sá[1]; Nogueira, Isabela dos Santos[1]; Alencar, Mônica Florice Albuquerque[2]

INTRODUÇÃO: Os resíduos sólidos hospitalares ou como é mais comumente denominado “lixo hospitalar”, sempre constituiu um problema bastante sério para os administradores hospitalares, devido principalmente à falta de informação a seu respeito, gerando mitos entre seus funcionários, pacientes, familiares, e principalmente a comunidade vizinha às edificações hospitalares e aos aterros sanitários. A atividade hospitalar é por si só uma fantástica geradora de resíduos, inerente a diversidade de atividades que se desenvolvem dentro dessas empresas, devido o grande volume de compras de materiais e insumos para fazer funcionar sua complexa organização. O correto gerenciamento dos resíduos de serviço de saúde se faz necessário, principalmente quanto a idéia ou preocupação de segregação dos diferentes tipos de resíduos. O gerenciamento adequado tem como finalidade, minimizar os efeitos adversos causados pelos resíduos de serviço de saúde do ponto de vista sanitário, ambiental e ocupacional. OBEJETIVO: analisar os procedimentos técnicos utilizadas no manejo dos resíduos de serviço de saúde desde a fonte produtora até a destinação final, assim como também os procedimentos e técnicas de segurança em relação aos trabalhadores que lidam diretamente com os resíduos de serviço de saúde dentro desses estabelecimentos. METODOLOGIA: A pesquisa foi realizada no hospital designado por nª 1, como sendo o hospital de administração privada e hospital nª2 de administração pública, ambos situados na cidade de Belém - Pará. RESULTADOS: Os dados observados na pesquisa tomaram como base o plano de gerenciamento RDC 306 De Dezembro de 2004 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cada hospital deve formular seu plano de gerenciamento de acordo com as características particulares de cada serviço, contemplando os recursos disponíveis e pessoal necessário para a sua

[1] Acadêmica de Enfermagem, 4°Ano da Universidade do Estado do Pará

[2] Enfermeira da Agência Transfusional da Fundação Pública Hospital de Clinicas Gaspar Vianna, Mestranda em Educação

e-mail do relator: renatagbsilva@yahoo.com.br



implementação. Para que mudanças ocorram ao sistema de manejo dos resíduos hospitalares, faz-se necessária a capacitação contínua de profissionais, técnicos, gerentes de todas as unidades e trabalhadores que lidam diretamente com o manejo dos resíduos, assim como avaliações contínuas dos processos aplicados ao gerenciamento de resíduos hospitalares. Dentro deste contexto é importante ressaltar a importância da educação ambiental que propõe atingir todos os cidadãos através de um processo pedagógico participativo, com a clara necessidade de mudar o comportamento do homem em relação à natureza e ao meio em que vive, no sentido de promover sob o modelo de desenvolvimento sustentável a compatibilização de práticas econômicas e conservacionista, com reflexos positivos evidentes junto á qualidade de vida de todos. CONCLUSÃO: Para a diminuição de impactos ambientais tão agravantes, tem-se que perceber a necessidade de uma compreensão sistêmica, que pressupõe a identificação de algumas características fundamentais, destacado-se entre elas a interdisciplinaridade, a dinamicidade e a organicidade. Sendo as mesmas necessárias para as mudanças dentro das organizações, em destaque as prestadoras de serviços de saúde, frente à disposição de seus resíduos sólidos para a integração num sistema de proteção ambiental e para a qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA: ANDRADE AC. **Sistemas de avaliação de prioridades para recuperação de áreas contaminadas por resíduos perigosos**. São Paulo;1996. Dissertação de Mestrado_ Departamento de Saúde Ambiental da faculdade de Saúde Publica da USP; CASTELAR,R.M;MORDELET,P.;GRABOIS ,V. **Gestão Hospitalar: Um desafio para o hospital brasileiro**. Rio de Janeiro: ENSP,1995.Cap-2,p.38-39

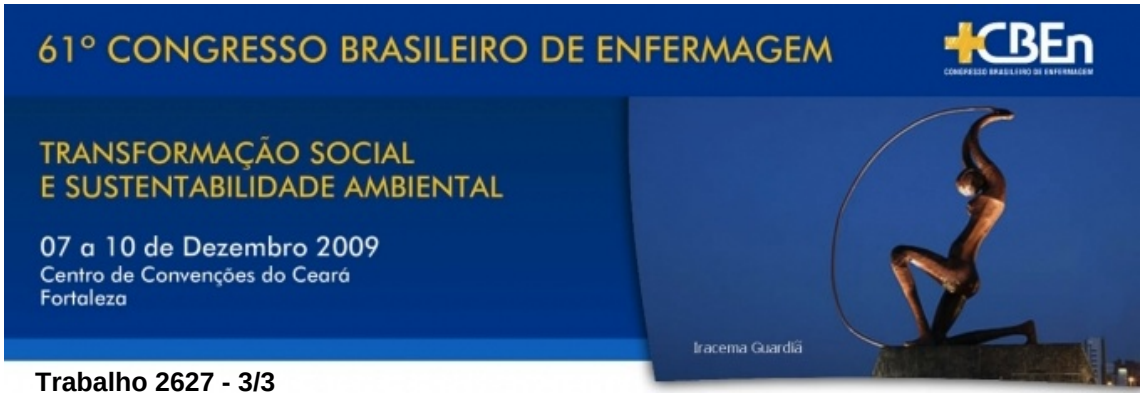
GRABOIS,V. **A implantação das técnicas de organização e de gestão**.IN: Gestão hospitalar: Um desafio para o brasileiro. Rio de Janeiro: ENSP,1995. Cap.4, p.80-84

DESCRITORES: Resíduos de Serviços de Saúde , Gerenciamento, Proteção ambiental

[1] Acadêmica de Enfermagem, 4°Ano da Universidade do Estado do Pará

[2] Enfermeira da Agência Transfusional da Fundação Pública Hospital de Clinicas Gaspar Vianna, Mestranda em Educação

e-mail do relator: renatagbsilva@yahoo.com.br

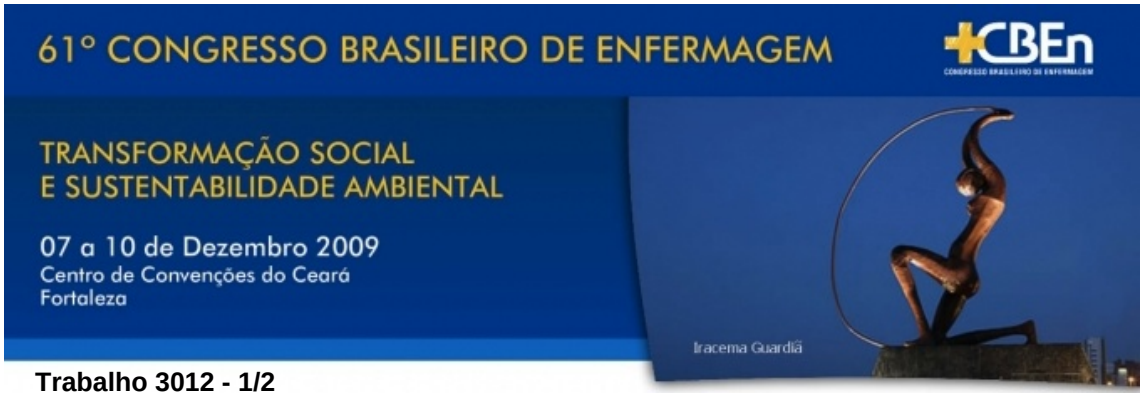


Trabalho 2627 - 3/3

[1] Acadêmica de Enfermagem, 4°Ano da Universidade do Estado do Pará

[2] Enfermeira da Agência Transfusional da Fundação Pública Hospital de Clinicas Gaspar Vianna, Mestranda em Educação

e-mail do relator: renatagbsilva@yahoo.com.br



Trabalho 3012 - 1/2

LOUCURA/TRANSTORNO MENTAL NA ÓTICA DE SERVIDORES PÚBLICOS DE UMA INSTITUIÇÃO PIAUIENSE DE ENSINO SUPERIOR*

COSTA, Jonathan Veloso[1]

COSTA, José Ronildo da[2]

COSTA, Flora Lia Leal[3]

MOREIRA, Maria Rosilene Cândido[4]

OLIVEIRA, Edina Araújo Rodrigues[5]

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza[6]

Os transtornos mentais ganharam palco de discussão dos meios de comunicação no Brasil e atualmente muito se tem ouvido falar sobre o tema, seja por meio da televisão, rádio e até mesmo nos folhetins de jornais que circulam no país. Considerados por uma parcela da sociedade uma falha de comportamento, pensamentos, ações e sentimentos, em se tratando do sofrimento do sujeito, várias são as concepções atribuídas acerca do assunto. É certo que a Reforma Psiquiátrica brasileira contribuiu para uma nova maneira de perceber a pessoa em sofrimento psíquico; porém, muito ainda precisa ser feito para redução do estigma

[1]Acadêmico do 3º. ano do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Bolsista do Projeto Intervenções terapêuticas em saúde mental: uma proposta para redução do estigma (CNPq/UFPI). E-mail: jvcenfermagem@hotmail.com

[2] Acadêmico do 3º. ano do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Colaborador do Projeto Intervenções terapêuticas em saúde mental: uma proposta para redução do estigma (CNPq/UFPI).

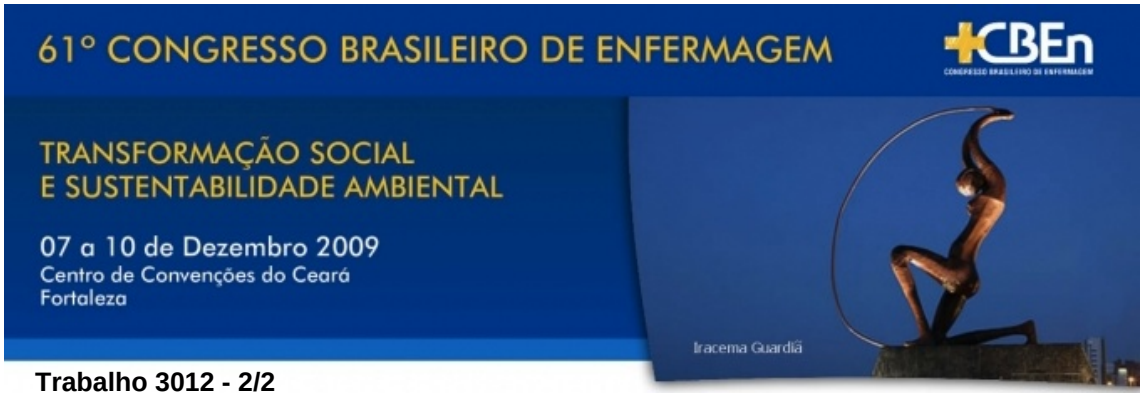
[3] Acadêmica do 3º. ano do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Colaboradora do Projeto Intervenções terapêuticas em saúde mental: uma proposta para redução do estigma (CNPq/UFPI).

[4] Enfermeira. Professora Auxiliar I do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Especialista em Saúde da Família e em Saúde Mental. Mestranda em Saúde Coletiva/UNIFESP. Bolsista do Projeto Intervenções terapêuticas em saúde mental: uma proposta para redução do estigma (CNPq/UFPI).

[5] Enfermeira. Professora Auxiliar I do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Especialista em Saúde da Família. Bolsista do Projeto Intervenções terapêuticas em saúde mental: uma proposta para redução do estigma (CNPq/UFPI).

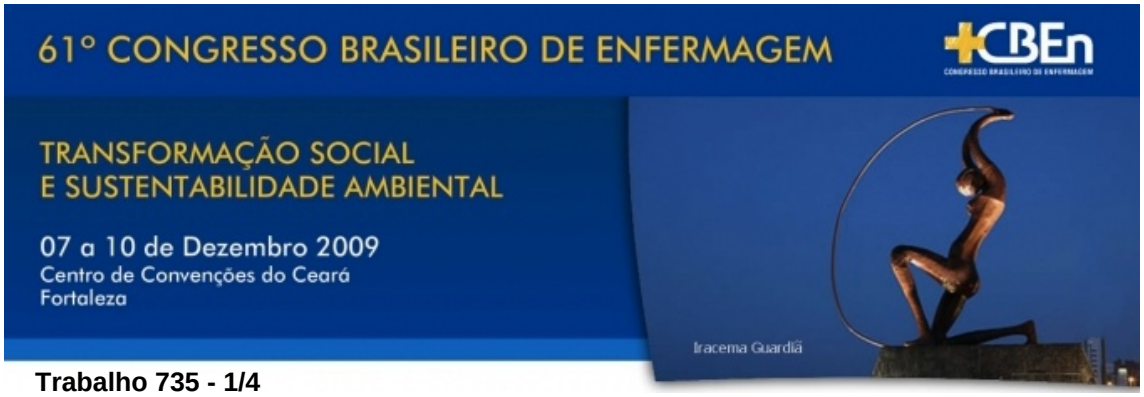
[6] Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Ministro Petrônio Portela. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Projeto Intervenções terapêuticas em saúde mental: uma proposta para redução do estigma (CNPq/UFPI).

* Trabalho integrante das atividades do Projeto Intervenções Terapêuticas em Saúde Mental: uma proposta para redução do estigma, apoiado pelo CNPq sob processo 5752012008-8/CNPq.



que o envolve. Partindo desse preceito, o presente trabalho tratou das concepções de um grupo de servidores de uma instituição de ensino superior sobre loucura/transtorno mental, a fim de verificar o estigma existente e suscitar debates em torno de sua redução. Adotou-se nesse trabalho a metodologia da pesquisa-ação com servidores técnico-administrativos de uma instituição pública de ensino superior como parte das atividades do Projeto Intervenções Terapêuticas em Saúde Mental: uma proposta para redução do estigma, desenvolvido com apoio do CNPq (processo 5752012008-8/CNPq). Os depoimentos evidenciaram não haver definição clara sobre loucura/transtorno mental por parte dos sujeitos, apenas apontando para a existência de características dos sujeitos acometidos, como a disfunção de idéias. Observou-se ainda haver confusão acerca dos papéis desempenhados pelas instituições de saúde mental substitutivas (hospital-dia) ao modelo tradicional (manicômio). Considerou-se a partir desse estudo que a ligação entre preconceito e sofrimento psíquico permanece embutida na sociedade, fato que se reflete nos discursos colhidos e confirma-se pela literatura vasta sobre o assunto, requerendo que o tema continue a ser discutido nos diversos grupos sociais e que projetos e ações para redução do estigma consigam transformar as concepções tradicionais/conservadoras em um novo paradigma de saúde mental. BIBLIOGRAFIA: 1.Foucault M. História da loucura. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1972. 2. Luchmann LHH, Rodrigues J. O movimento antimanicomial no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2007; 12(2): 399-407. 3. Oliveira FB. Construindo saberes e práticas em saúde mental. João Pessoa: UFPB, 2002. 4. Silveira LA, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental**.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 2005;13(4):591-595. 5.Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

Descritores: Saúde mental; Conhecimento; Formação de conceito.



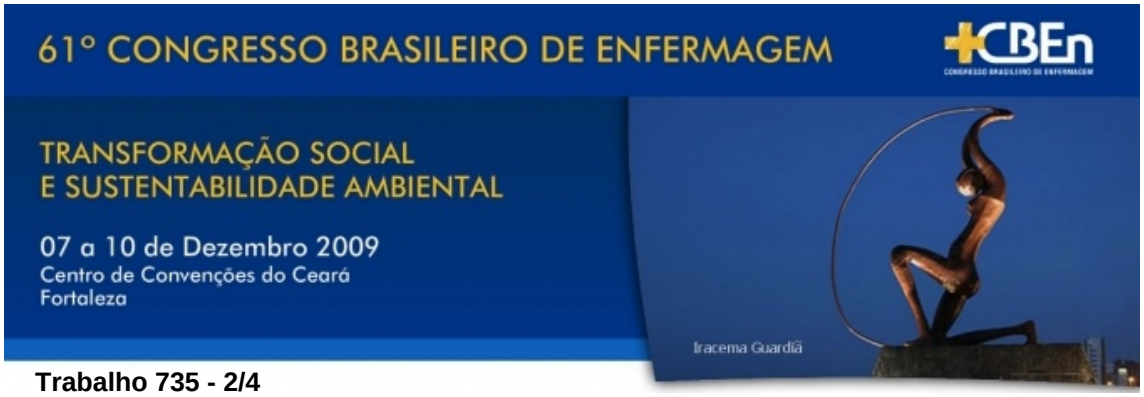
MARKETING EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

GONÇALVES, Daniela Faustino[1]
VAGHETTI, Helena Heidtmann[2]

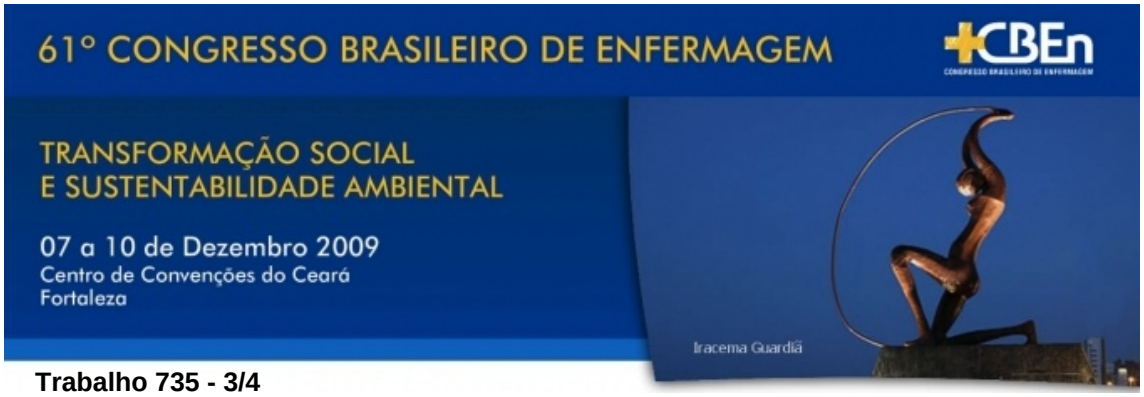
Introdução: Marketing é um processo social e gerencial através do qual os indivíduos e grupos obtêm o que necessitam e desejam pela criação, oferta e troca de produtos de valor. O marketing é utilizado também para vender idéias, imagens, mensagens, podendo enfocar questões sociais e pessoais (KOTLER, 1994; 2000). Com o crescimento de pesquisas na área, surgiram várias ramificações do Marketing que se adaptaram aos interesses de todos os campos profissionais e organizacionais. Na enfermagem, entretanto, isto não vem ocorrendo de uma maneira efetiva, pois a profissão não investe nesta estratégia como possibilidade para aumentar a visibilidade de sua atuação. Esta assertiva está embasada na exígua produção científica sobre o assunto e na observação de que existe um desconhecimento sobre as formas de empreender esta técnica. A utilização do Marketing pode contribuir para a projeção da imagem da Enfermagem junto à sociedade, e, em especial, às organizações de saúde, para que a profissão possa alcançar o reconhecimento enquanto prática social indispensável ao ser humano. **Objetivos:** Conhecer e caracterizar a produção científica sobre Marketing em Enfermagem presente em revistas nacionais. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, entre os meses de março e julho de 2009. Este tipo de investigação busca o entendimento de determinado fenômeno por meio da sumarização de estudos anteriores que abordam o assunto. Na consecução desta pesquisa foram adotados os seguintes passos: identificação do problema (elaboração da pergunta norteadora, definição das palavras-chaves que identificaram os critérios de inclusão dos artigos); captação e seleção dos artigos; coleta, análise, discussão e interpretação dos dados (SILVEIRA &ZAGO, 2006). A questão que guiou a revisão foi: -Qual a caracterização da produção científica sobre Marketing em Enfermagem presente em artigos publicados em revistas da área? A seleção dos artigos ocorreu no

[1] Acadêmica do oitavo semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES). E-mail: gonçalves@vetorial.net

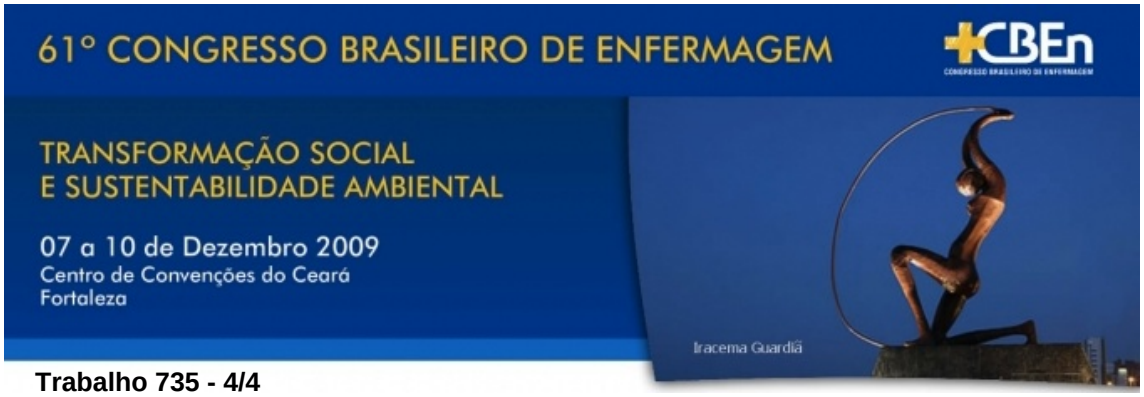
[2] Enfermeira Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Organização do Trabalho em Enfermagem e Saúde (GEPOTES). E-mail: vaghetti@vetorial.net



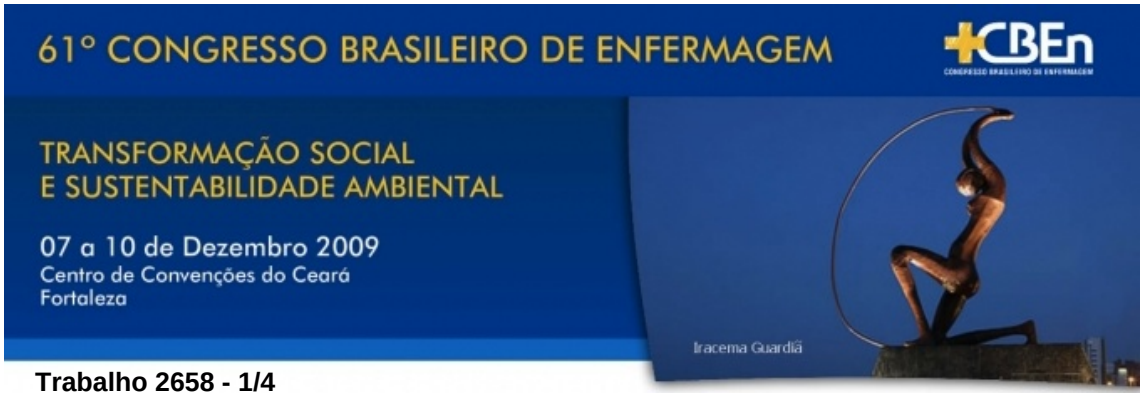
Lilacs Express (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), no SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e na BDEnf (Base de Dados Bibliográficos especializada na Área de Enfermagem do Brasil). Os termos utilizados para a busca foram Marketing e Enfermagem. Foram incluídos na pesquisa todos os artigos encontrados (5) à exceção de um que foi descartado, porque seu conteúdo não era condizente com o descritor. Os artigos analisados foram produzidos entre os anos de 1996 e 2004. Várias categorias emergiram da leitura dos artigos, mas apenas três serão abordadas neste momento: caracterização dos autores, das revistas e do enfoque dos autores sobre o Marketing na Enfermagem. **Resultados:** Quanto aos autores. Nove autores publicaram os 5 artigos, sendo que 1 autor participou de 2 artigos. Dois artigos foram de autoria única e os demais oscilaram entre 2 e 3 autores. Com relação à formação destes autores verificou-se que 88.88% eram enfermeiros e destes 75% eram doutores e os demais mestres. Em relação às instituições de origem, 55.55% dos autores eram da região sul, 33.34% da região centro-oeste e 11,11% da região sudeste. Quanto às revistas. Quatro revistas publicaram os 5 artigos referentes à temática. Três encontram-se na região sul e uma na região centro-oeste. Quanto aos critérios Qualis para classificação dos periódicos da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) verifica-se que dois sulistas e um do centro-oeste possuem avaliação b1 (CAPES, 2009). Uma revista da região sul está estratificada como b3 (CAPES, 2009). Quanto ao enfoque do Marketing na Enfermagem. Dois artigos (uma reflexão e um ensaio) evidenciaram a problemática da dificuldade da comunicação entre o usuário e o enfermeiro como um dificultador do Marketing na profissão. Um artigo de pesquisa reporta a necessidade do Marketing para a melhoria da imagem do profissional enfermeiro. Um ensaio teórico aproxima a temática ao profissional enfatizando a importância do Marketing para o aprimoramento profissional. Uma reflexão sobre o endomarketing destaca a necessidade das organizações de saúde serem ambientes acolhedores aos enfermeiros, uma vez que estes representam a imagem destas instituições. **Conclusões:** A autoria dos artigos segue a tendência da publicação realizada por doutores, pois são estes que possuem a formação e o hábito de divulgarem o conhecimento científico, além de seguirem as exigências de produção dos órgãos de fomento. A publicação com



poucos autores é uma característica da Enfermagem que era notada até bem pouco tempo, mas que vem se modificando pela necessidade da produção conjunta, que demonstre articulação e colaboração entre os pesquisadores. Apesar da concentração dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem e dos recursos humanos qualificados, além das diversas agências de fomento na região sudeste (CAPES, 2009; FAPESP, 2005), observa-se que a procedência de mais da metade dos autores dos artigos é da região sul, o que pode estar relacionado com a origem (sul) da maioria (3) das revistas. A classificação de duas das revistas como b1 no Qualis da Capes indica que estas possuem ampla circulação nacional o que evidencia que a temática do Marketing atingiu vários profissionais. Ficou comprovada a carência de pesquisas na área de Enfermagem no tocante às questões relacionadas ao Marketing. Entretanto, os ensaios e reflexões encontradas parecem indicar uma preparação para a pesquisa aplicada ao assunto, uma vez que o tema é novo na profissão e, realmente, requer esta instrumentalização primeira para a efetivação de investigações empíricas de qualidade e que realmente contribuam para a construção do conhecimento da profissão. Entende-se que a partir do momento em que a abrangência do campo do Marketing na Enfermagem crescer e o assunto for alvo de maior divulgação entre a classe, a tendência será a valorização da mesma tanto entre a população quanto entre os próprios profissionais. **Bibliografia:** CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Disponível em: http://www.capes.gov.br Acesso em: 24 jun. 2009. FAPESP. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Disponível em: http://www.fapesp.br. Acesso em: abr. 2009. KOTLER, P. **Administração de marketing:** análise, planejamento, implementação e controle. São Paulo: Atlas, 1994. _____. **Administração de marketing**: a edição do novo milênio. São Paulo: Prentice Hall, 2000. SILVEIRA, C.S.; ZAGO, M.M.F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Rev. Latinoam. Enfermagem.** São Paulo, n.14, v. 4, p. 614-9, jul./ago. 2006. **Descritores:** Enfermagem; Marketing; Papel do Profissional Enfermeiro.



Trabalho 735 - 4/4



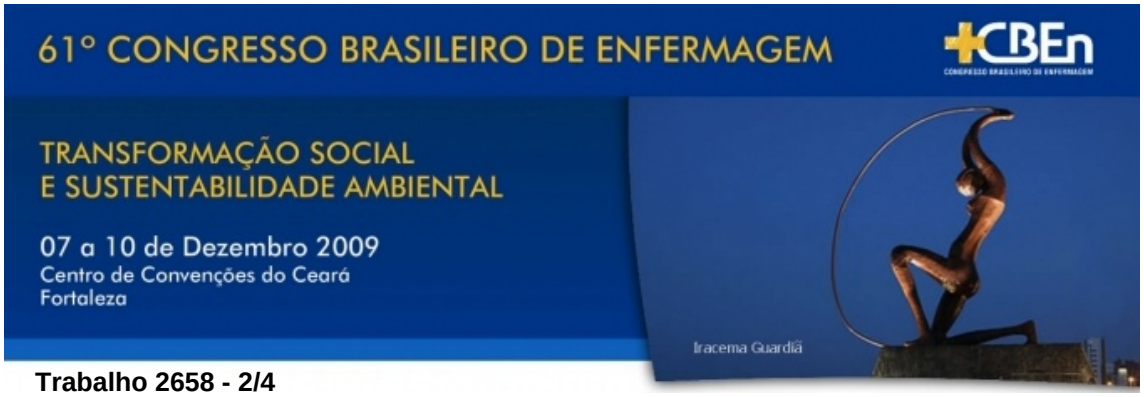
Trabalho 2658 - 1/4

MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA ADOTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DA LITERATURA

CARVALHO, TÂNIA SILVA
MOURA, MARIA ELIETE BATISTA
SILVA, MICHELLY GOMES

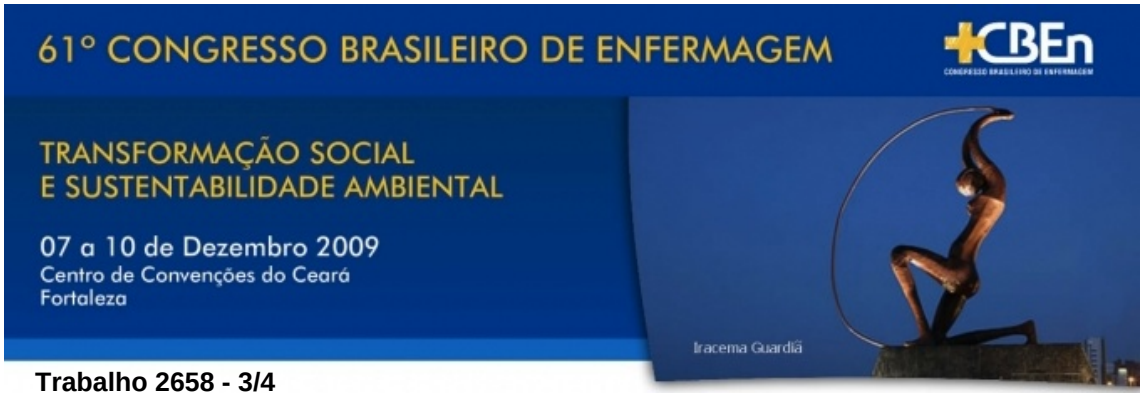
INTRODUÇÃO – Historicamente a relação profissional de saúde e risco de contaminação vem tomando novos rumos, devido principalmente ao reconhecimento das medidas de segurança como auxiliadora direta para diminuir esta realidade. Estes novos segmentos se constataram através de vários estudos e estatísticas que confirmaram que os profissionais de saúde, especialmente os trabalhadores das unidades hospitalares, estão sujeitos a maior número de riscos ocupacionais do que outras categorias. A biossegurança é definida como a qualidade de segurança alcançada por um conjunto de ações destinadas a prevenir, minimizar, controlar ou eliminar riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços que possam comprometer a saúde humana, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos (NEVES et al, 2006). É importante ressaltar que os profissionais de saúde são os mais susceptíveis às exposições aos agentes microbiológicos devido ao contato direto e constante com fluidos corpóreos durante a realização de procedimentos invasivos, manipulação de artigos e superfícies contaminadas. **OBJETIVOS –** Levantar na literatura pesquisas sobre as medidas de biossegurança adotadas pelos profissionais de Enfermagem e discutir as tendências dessas pesquisas. **METODOLOGIA –** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica realizada através do percurso metodológico sugerido por Marconi e Presotto (2000): escolha do tema; elaboração do plano de trabalho; identificação; localização; compilação;

Tânia Silva Carvalho. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pelo IBPEX, Brasil. Atualmente trabalha no CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) taniacarvalho19@yahoo.com.br.
Maria Eliete Batista Moura. Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Professora da Graduação e do Programa de Mestrado em Enfermagem e da UFPI. Coordenadora de Pesquisa da Faculdade NOVAFAPI.
Michelly Gomes da Silva. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família na Atenção Básica e Docência do Ensino Superior.



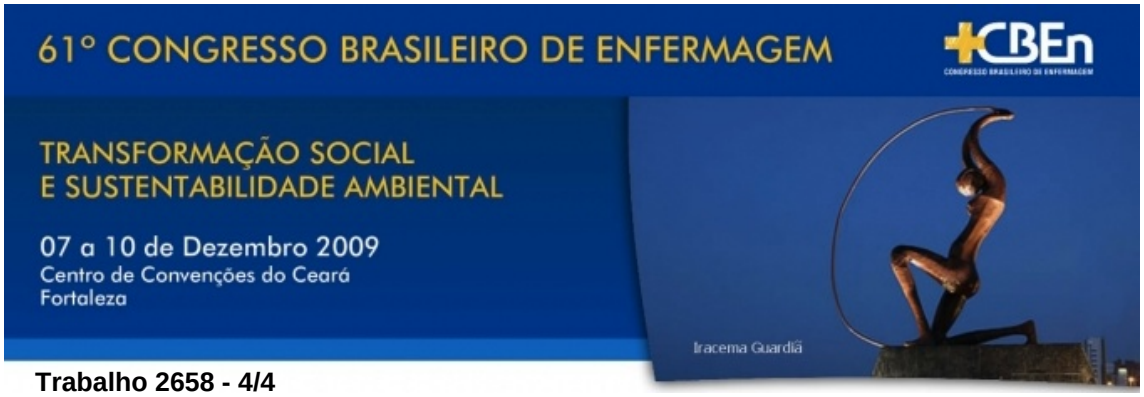
fichamento; análise e interpretação; redação. A busca eletrônica foi feita nos bancos de dados SCIELO, LILACS, MEDLINE, BDENF, BVS, abrangendo publicações nacionais feitas no período de 1999 a 2009. As palavras biossegurança, enfermagem e infecção hospitalar, foram usadas isoladamente e em combinação para realização da pesquisa. A partir desta estratégia, foram lidos e selecionados os artigos que mais se aproximaram dos objetivos propostos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO –** Dos 18 artigos selecionados, 12 se referem aos acidentes de trabalho com material biológico e sua relação com a biossegurança e 06 à importância da adoção das medidas de biossegurança. No que se refere aos acidentes de trabalho com material biológico e sua relação com a biossegurança, as pesquisas traduzem a idéia de que é imprescindível o reconhecimento das medidas de biossegurança no ambiente hospitalar. Segundo Zapparoli et al, (2006) os profissionais de enfermagem estão expostos a uma série de riscos durante a execução de seu trabalho, sejam eles: físicos, químicos, ergonômicos, psicossociais ou biológicos. Ressaltando para a preocupação constante com ambiente de trabalho hospitalar, pois este é considerado insalubre porque agrupa pacientes portadores de diversas enfermidades infectocontagiosas e viabiliza muitos procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores da saúde, onde os mesmos são os mais vulneráveis a exposição a riscos ocupacionais, por manusear em materiais contaminados de forma incorreta, gerando por sua vez um aumento do risco para acidentes. Entre os artigos encontrados observa-se um consenso na idéia da ocasião faz a necessidade, pois a biossegurança não surgiria se os ambientes de trabalho fossem locais mais seguros e sem risco de contaminação apenas para aumentar a segurança dos trabalhadores de saúde, mas, sim, devido à necessidade de proteção devido aos riscos constantes de contaminação a que estes trabalhadores estão sujeitos. No que se refere à importância da adoção das medidas de biossegurança foram encontrados 06 artigos, onde os mesmos citam e atribuem à importância da real adoção das medidas de Biossegurança, pois as

Tânia Silva Carvalho. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pelo IBPEX, Brasil. Atualmente trabalha no CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) taniacarvalho19@yahoo.com.br.
Maria Eliete Batista Moura. Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Professora da Graduação e do Programa de Mestrado em Enfermagem e da UFPI. Coordenadora de Pesquisa da Faculdade NOVAFAPI.
Michelly Gomes da Silva. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família na Atenção Básica e Docência do Ensino Superior.



mesmas assumem uma importância vital para a melhoria da qualidade da assistência à saúde, criando um ambiente seguro, tanto para o profissional, quanto para o usuário dos serviços de saúde. Ao longo do tempo, a adoção das medidas de biossegurança nas atividades dos profissionais de enfermagem tem sido um desafio, pois todos aceitam teoricamente as normas de biossegurança, no entanto, elas ainda não permeiam a prática diária desses profissionais, compreendendo que os mesmos não somente identifiquem as medidas cotidianas de biossegurança que devem ser adotadas durante a assistência, mais também percebam que tais medidas são indispensáveis à sua proteção, independente do diagnóstico do paciente. No que se refere à adoção ou não das medidas de biossegurança pelos profissionais de saúde em um estudo realizado por Farias et al, (2005) constatou que a maioria dos profissionais de enfermagem usam os EPIs (68,2%), dentre estes equipamentos destacaram-se as máscaras simples ou cirúrgicas, máscaras com filtro para partículas>5m (também conhecidas como proteção para tuberculose) e a máscara de proteção máxima com 99% de filtragem como os mais usados entre os entrevistados e (16,66%) utilizam os óculos de proteção durante os atendimentos. Outra medida de biossegurança bastante eficaz é a lavagem das mãos, pois este hábito é imprescindível à prevenção de infecções, constituindo-se em um dos atos mais importantes na profilaxia da infecção hospitalar, pois através das mãos dos profissionais de saúde é que são transportados os microorganismos de um cliente para outro, e também para os equipamentos. Contudo autores comentam que a forma de prevenção mais importante depende diretamente da postura que cada indivíduo adota dentro do seu espaço de trabalho levando em consideração um processo educativo da própria equipe de saúde em aderir a medidas de segurança que busquem a proteção ao risco de exposição. **CONCLUSAO –** Concluímos na realização deste estudo, a importância da biossegurança no ambiente hospitalar, onde através desta pesquisa foi possível constatar uma série de fatores de riscos a que estes profissionais estão expostos, podendo levar à ocorrência de

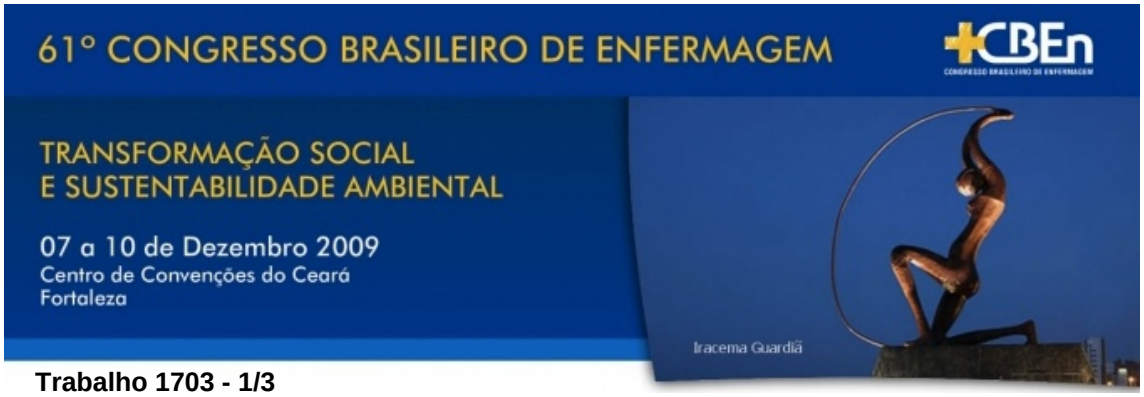
Tânia Silva Carvalho. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pelo IBPEX, Brasil. Atualmente trabalha no CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) taniacarvalho19@yahoo.com.br.
Maria Eliete Batista Moura. Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Professora da Graduação e do Programa de Mestrado em Enfermagem e da UFPI. Coordenadora de Pesquisa da Faculdade NOVAFAPI.
Michelly Gomes da Silva. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família na Atenção Básica e Docência do Ensino Superior.



acidentes por agentes ocupacionais por contato com matérias biológicas durante procedimentos de assistência ao paciente ou até mesmo em outras atividades. Portanto todas as medidas possíveis devem ser adotadas para minimizar os riscos de acidentes ocupacionais devendo haver uma concentração de esforços e recursos para reconhecimento dos riscos no ambiente de trabalho, treinamento, conscientização de práticas seguras e fornecimento de forma contínua e uniforme dos dispositivos de segurança aos trabalhadores da área da saúde. Sabe-se que esta mudança não é uma tarefa fácil, pois necessita de esforços conjuntos tanto do setor hospitalar quanto dos próprios trabalhadores na promoção da saúde e prevenção de seus agravos, desafiando assim a criação de um elo entre segurança e educação.

Palavras Chave: biossegurança, enfermagem, infecção hospitalar.

Tânia Silva Carvalho. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pelo IBPEX, Brasil. Atualmente trabalha no CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) taniacarvalho19@yahoo.com.br.
Maria Eliete Batista Moura. Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Professora da Graduação e do Programa de Mestrado em Enfermagem e da UFPI. Coordenadora de Pesquisa da Faculdade NOVAFAPI.
Michelly Gomes da Silva. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família na Atenção Básica e Docência do Ensino Superior.



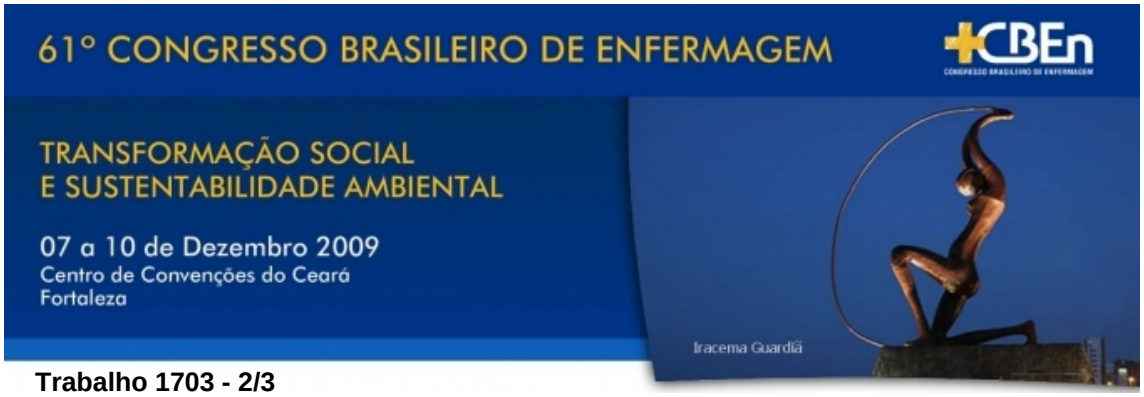
Trabalho 1703 - 1/3

MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA COMO REDUTORAS DOS RISCOS À SAÚDE HUMANA E AO MEIO AMBIENTE: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

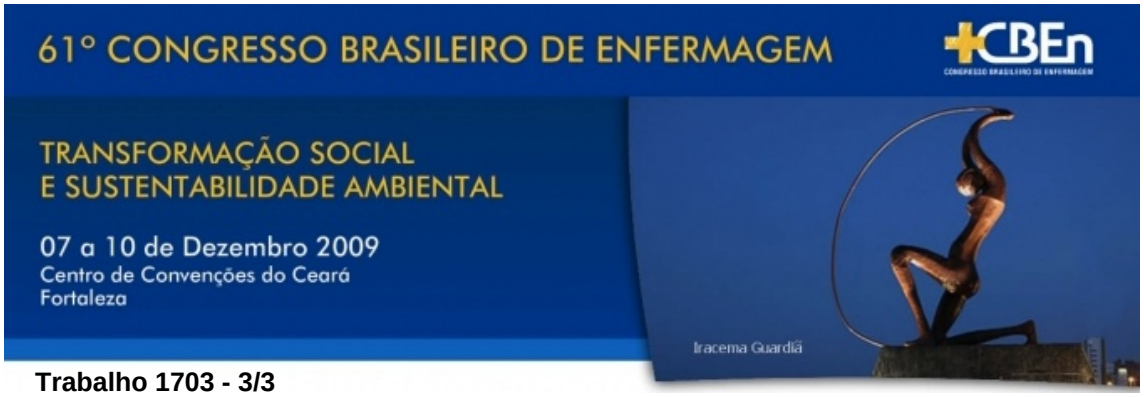
SANTOS, Alanna Tamires dos[1]
SILVA, Danielle Souza[2]
GONDIM, Marianna Cristina Sizenando Maia[2]
AZEVEDO, Dulcian Medeiros de[3]
HOLANDA, Cristyanne Samara Miranda de[4]

INTRODUÇÃO: A biossegurança envolve um conjunto de ações educativas e administrativas que possuem a finalidade de prevenir, minimizar, e eliminar os riscos de acidente a que ficam expostos os trabalhadores, ou ainda que possam comprometer o meio ambiente e a qualidade do trabalho. Esse método deve ser incorporado, sobretudo, pelos profissionais da saúde, uma vez que estes realizam constantemente procedimentos que envolvem riscos biológicos, químicos, físicos e ergonômicos no seu cotidiano. Nesse ponto, é importante salientar que nos serviços de saúde tais riscos não se restringem aos profissionais que ali atuam, mas abrange a todos envolvidos no ambiente de trabalho, desde o usuário que procura este serviço até o responsável pela limpeza e coleta de resíduos hospitalares. Assim, as normas de biossegurança devem ser instituídas e verdadeiramente incorporadas nestes ambientes, pois reduzem significativamente o risco de acidente ou doença ocupacional. É neste cenário que o profissional enfermeiro, enquanto integrante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e coordenador da equipe de Enfermagem, deve atuar através da educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos, alertando sobre os riscos inerentes ao ambiente hospitalar e suas conseqüências para o meio ambiente. **OBJETIVO:** Refletir sobre as medidas de biossegurança adotadas

[1] Relatora. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, 5º Período, Campus do Seridó/UERN, Caicó-RN. E-mail: lanna_and@hotmail.com
[2] Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem, 5º Período, Campus do Seridó/UERN, Caicó-RN. E-mail: daniellerafson@hotmail.com
[3] Enfermeiro. Mestre em Enfermagem (PGENF-UFRN). Professor Assistente I do Curso de Graduação em Enfermagem, Campus do Seridó/UERN, Caicó-RN. E-mail: professordulcian@gmail.com
[4] Enfermeira. Mestre em Enfermagem (PGENF-UFRN). Professor Assistente II do Curso de Graduação em Enfermagem, Campus do Seridó/UERN, Caicó-RN. E-mail: csmhn@hotmail.com



pelos profissionais de saúde, especialmente na área de enfermagem, como redutoras dos riscos à saúde humana e ao meio ambiente. **METODOLOGIA:** O estudo configura-se como uma revisão de literatura, realizada a partir de um levantamento parcial de 10 artigos indexados na base de dados SCIELO (Scientific Electronic Library Online), realizada no mês de julho de 2009. O interesse pelo tema surgiu na disciplina Bases de Semiologia e Semiotécnica, do Curso de Graduação em Enfermagem, Campus do Seridó (semestre 2009.1), após serem abordadas questões sobre biossegurança e a atuação do Enfermeiro na CCIH. **RESULTADOS:** As medidas de biossegurança adotadas pelos profissionais da saúde fornecem proteção ao trabalhador da saúde, segurança aos usuários e ao meio ambiente. Por meio de uma visão holística da saúde, percebemos que essas medidas seguem uma linha de ação preventiva, visando à proteção e segurança em todas as etapas do processo de trabalho. Nessa perspectiva, existe a preocupação com os possíveis meios de contaminação advindos dos materiais infectados e o seu destino final, quase sempre descartados e acumulados no meio ambiente. Dessa maneira, se o descarte e o tratamento não ocorrer de forma adequada, resultará em problemas que afetam diretamente a saúde da população, como a contaminação da água, do solo, da atmosfera e o aumento da suscetibilidade à proliferação de vetores. Uma outra temática envolvida no contexto da biossegurança são os acidentes de trabalho com resíduos hospitalares, relacionados ao desuso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pelos profissionais de saúde, profissionais da limpeza ou aqueles responsáveis pelo tratamento dos resíduos. Esses problemas são agravados quando observamos o descaso com o gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde, que ao certo, deveriam ser separados do lixo comum e, consequentemente, terem sua destinação adequada, o que em muitas realidades não ocorre. A queima deliberada de resíduos hospitalares é uma prática recorrente, responsável por ocasionar sérias implicações para saúde da população, ao liberar uma grande quantidade de substâncias nocivas e inflamáveis ao meio ambiente e à saúde humana. O trabalho da CCIH não perpassa somente a preocupação com o manuseio correto dos materiais hospitalares envolvidos no cuidado à saúde, mas também o destino dos resíduos hospitalares gerados. Cabe ao enfermeiro disseminar as normas de



biossegurança por meio da educação continuada dos trabalhadores e, sobretudo, cobrá-las no pleno exercício profissional, para que efetivamente se configurem como redutoras dos riscos à saúde humana e ao meio ambiente, além de gerar melhorias na qualidade da assistência, diminuição de custos e infecções hospitalares. **CONCLUSÃO:** Mostra-se evidente a importância de se estabelecer e obedecer às normas de biossegurança no âmbito hospitalar e/ou fora deste. Nesse contexto, o exercício do bom senso e da educação permanente, aliado ao treinamento dos profissionais de saúde, são essenciais para garantir a manutenção da saúde do trabalhador, da comunidade e a preservação do meio ambiente, constituindo um ciclo de atividades indissociáveis que beneficia a todos os envolvidos. Para nós acadêmicos de enfermagem, a pesquisa torna-se relevante, pois possibilitou a percepção de que as atividades preventivas desenvolvidas pelos profissionais no contexto dos serviços de saúde, extrapolam a esfera hospitalar, repercutindo em ações de saúde pública e ambiental.

DESCRITORES: Exposição a Agentes Biológicos; Gerenciamento de Resíduos; Meio Ambiente; Saúde do Trabalhador; Equipe de Enfermagem.

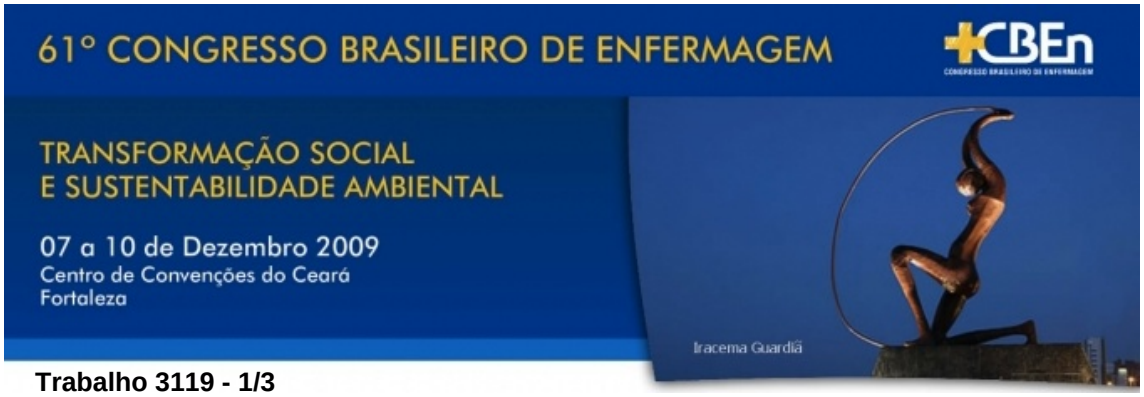
REFERÊNCIAS:

ALAM, M. M.; CEZAR-VAZ, M. R.; ALMEIDA, T. Educação ambiental e o conhecimento do trabalhador em saúde sobre situações de risco. **Ciência & Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, sup. 1, p. 39-47, 2005.

CAMPOS, A. L. A.; GUTIERREZ, P. S. G. A assistência preventiva do enfermeiro ao trabalhador de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 58, n. 4, p. 458-61, jul./ago. 2005.

FERREIRA, J. A.; ANJOS, L. A. Aspectos de saúde coletiva e ocupacional associados à gestão dos resíduos sólidos municipais. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 689-696, maio/jun. 2001.

GARCIA, L. P.; ZANETTI-RAMOS, B. G. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 744-752, maio/jun. 2004.



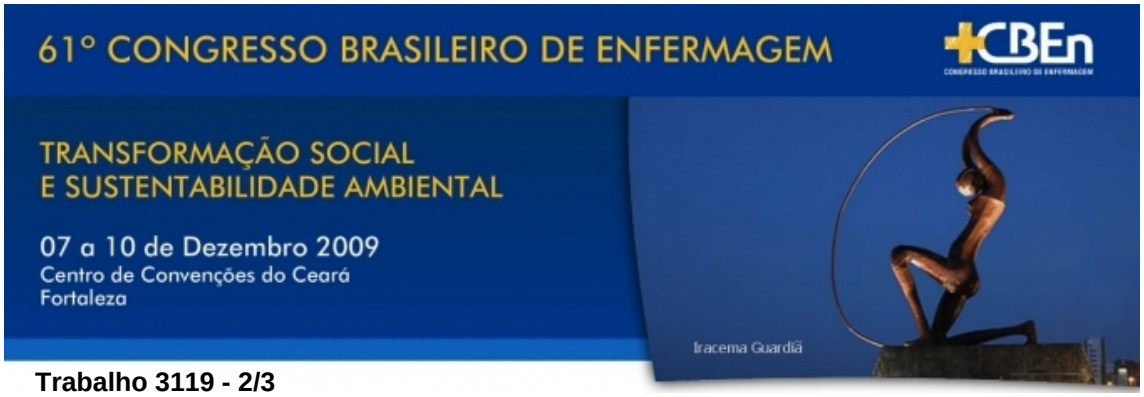
Trabalho 3119 - 1/3

MEIO AMBIENTE E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Moura, Aritana Carvalho de[1]
Sousa, Isaura Danielli Borges de[2];
Neto, Manoel Daniel[3];
Silva, Raysa Emanuela Beleza da[4];
Arrais, Eduardo Líneker Moreira[5].

RESUMO

A influência do meio ambiente sobre as condições de saúde das pessoas é uma preocupação antiga do ser humano. O ambiente se constitui em um espaço de construção e desenvolvimento da saúde, sendo determinante para a mesma. Estão ocorrendo riscos potenciais, e agravos crescentes à saúde e à integridade individual ou coletiva, que têm produzido conseqüências destruidoras no conjunto das populações. Grande parte desses problemas é conseqüência direta de ações humanas sobre o meio, como o desenvolvimento industrial, a falta de resolução dos problemas da fome e desnutrição, o crescimento das desigualdades sociais, as condições de vida das populações urbanas e rurais, as novas tecnologias, a bioengenheirização dos alimentos e dos medicamentos, a resistência aos antibióticos, etc. O objetivo deste estudo foi analisar a produção científica referente ao meio ambiente e o processo saúde-doença na base de dados Scielo Brasil. Na busca foram encontrados 36 artigos, onde apenas sete eram de interesse para o trabalho, sendo divididos em duas áreas temáticas. A primeira área temática relaciona algumas doenças específicas e sua relação com o ambiente, já na segunda área, os artigos relacionam o meio ambiente em geral com o processo de saúde-doença, enfatizando habitação, biodiversidade, sanitarismo e saúde pública. A minoria, dois artigos, foi enquadrada na primeira área temática, já cinco artigos, foram enquadrados na segunda área. A preocupação com o meio ambiente é recente e os estudos relacionados com a saúde também, sendo cinco, dos sete artigos, sendo publicados do ano de 2000



até atualmente. É necessário, então, a articulação das políticas públicas de habitação, saúde, meio ambiente e infra-estrutura urbana, implicando na formação de alianças intersetoriais em uma visão integradora e multidisciplinar com as políticas de saúde pública e de preservação ambiental. **Bibliografia:**

AZEREDO, C. M. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. ***Ciência & Saúde Coletiva***, 12(3):743-753, 2007

FREIRE, M. C. M.Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares de 6 a 12 anos da rede pública de ensino. ***Rev. Saúde Pública***, 33 (4), 385-90,1999.

GAMA, M. E. A. et al. Avaliação do nível de conhecimento que populações residentes em áreas endêmicas têm sobre leishmaniose visceral, Estado do Maranhão, Brasil. ***Cad. Saúde Pública***, Rio de Janeiro, 14(2):381-390, abr-jun,1998

IANNI, A. M. Z. Biodiversidade e Saúde Pública: questões para uma nova abordagem. ***Saúde e Sociedade*** v.14, n.2, p.77-88, maio-ago 2005

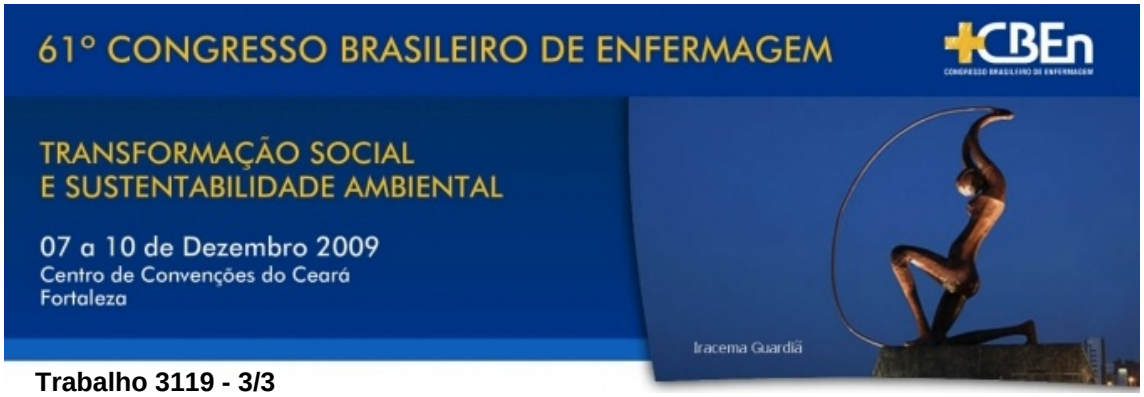
TEIXEIRA, C.C. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. ***Ciência & Saúde Coletiva***, 13(3):965-974, 2008.

Descritores: Meio Ambiente, Processo Saúde – Doença, Saúde Pública

---

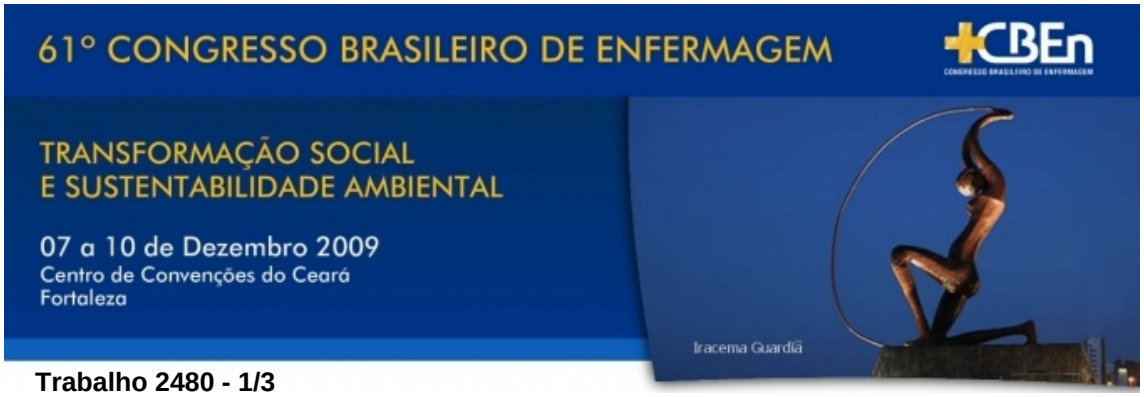
[1]Acadêmica do 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão do Centro de Estudos Superiores de Caxias (CESC/UEMA). Email: aritana_moura@hotmail.com

[2]Acadêmica do 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão do Centro de Estudos Superiores de Caxias (CESC/UEMA).



Trabalho 3119 - 3/3

[3]Acadêmico do 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão do Centro de Estudos Superiores de Caxias (CESC/UEMA).
[4]Acadêmica do 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão do Centro de Estudos Superiores de Caxias (CESC/UEMA).
[5]Acadêmico do 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão do Centro de Estudos Superiores de Caxias (CESC/UEMA).



Trabalho 2480 - 1/3

MEIO AMBIENTE E SAÚDE: COMO OS AGENTES COMUNITÁRIOS COMPREENDEM ESSA RELAÇÃO?

Cristina G. Hansel[1], Gabrielle Romão Gonçalves[2], Rafael Amaral de Andrade[3] João Carlos de Miranda

[1] Enfermeira, BSc., Mestre em Enfermagem, Professora da Faculdade Arthur Sá Earp Neto - FASE/FMP – Disciplina Fundamentos de Enfermagem I, Preceptora de Estágio Supervisionado em Ambulatório Escola – FASE/FMP – Petrópolis – RJ. Brasil e Enfermeira do Fundo de Saúde dos Servidores Públicos de Petrópolis. E-mail: cristinahansel@yahoo.com.br,

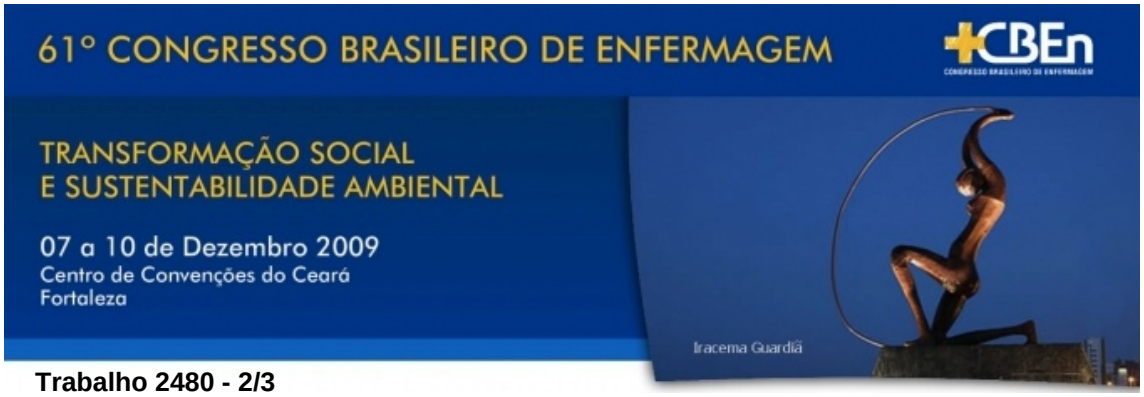
[2] Enfermeira, BSc., Faculdade Arthur Sá Earp Neto - FASE/FMP – Petrópolis – RJ. Brasil E-mail: rggaby@yahoo.com.br

Biólogo, MSc., Mestre em Geografia Física, Professor do Curso de Enfermagem da Faculdade Arthur Sá Earp Neto - FASE/FMP – Disciplina Ecologia e Saúde Ambiental – Petrópolis – RJ. Brasil E-mail: joaomiranda@fmpfase.edu.br

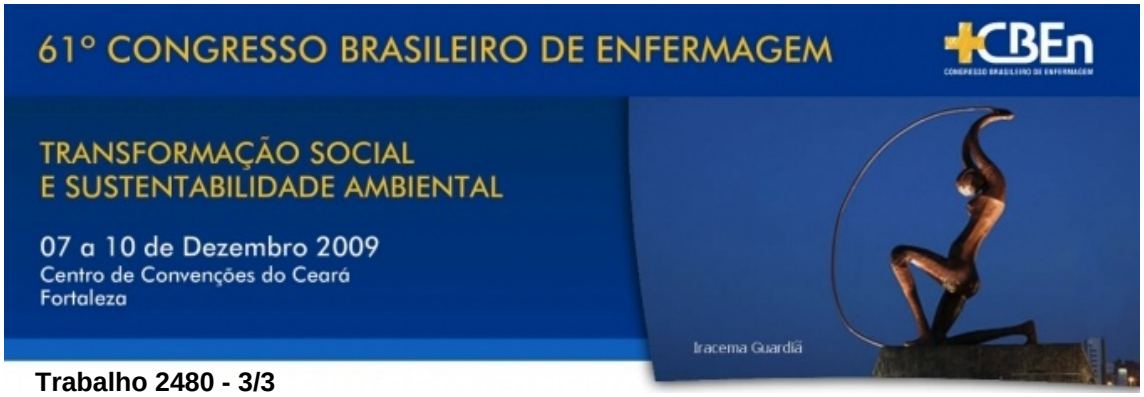
Enfermeiro, BSc., Faculdade Arthur Sá Earp Neto – FASE/FMP – Petrópolis – RJ. Brasil E-mail: ramaraldeandrade@yahoo.com.br

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Agente Comunitário de Saúde; Saúde Ambiental; Enfermagem em Saúde Pública.

INTRODUÇÃO: A conservação e a prevenção do meio ambiente têm sido muito divulgadas e propagadas pelos governos. A perspectiva ambiental consiste em um modo de ver o mundo no qual se evidenciam as inter-relações e a interdependência dos diversos elementos na constituição e manutenção da vida. A alguns processos colocam a questão ambiental em destaque, como a crescente degradação ambiental e o reconhecimento científico dos chamados riscos ecológicos globais; especialmente em regiões urbano-industriais que têm problemas como a poluição industrial, a previsão de escassez de recursos naturais básicos para produção e consumo das sociedades industriais e a crescente pressão política de novos movimentos sociais(1). No Brasil, a situação ambiental está em contínuo processo de degradação, ocorrendo a transição epidemiológica marcada pela prevalência das condições de morbidade e mortalidade, verificadas em alguns setores; a permanência de certas doenças infecto-parasitárias devido à falta de infra-estrutura urbana básica; e o crescimento de doenças crônicas não infecciosas(2). Segundo o entendimento de Freitas (2005)(3), os problemas ambientais são, simultaneamente, problemas de saúde, uma vez que os seres humanos e as sociedades são afetados em várias dimensões. O fortalecimento das explicações existentes entre o ambiente e a saúde pode auxiliar a contestar não só a uma visão biologicista do fenômeno saúde-doença, porém, mais do que isto, ao modelo industrial que se desenvolveu na crença de que a sociedade humana marcha para um progresso isolado da natureza(4). **OBJETIVO:** O presente estudo tem como objetivo inferir o conhecimento e as compreensões dos agentes comunitários de saúde a cerca da questão ambiental e suas implicações sobre a saúde; inferir a responsabilidade que se atribuem em



relação ao seu papel no que concerne à educação em saúde ambiental e identificar as ações realizadas por esses agentes comunitários de saúde em relação á questão ambiental em suas áreas de atuação. **METODOLOGIA:** Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, com enfoque no discurso que agentes comunitários de saúde de Unidades de Saúde da Família de Petrópolis têm acerca da questão ambiental e sua associação com o processo saúde/doença, assim como de seu próprio papel no enfrentamento dos problemas relacionados a este objeto. O estudo foi realizado com 40 agentes comunitários de saúde lotados em 16 equipes de Saúde da Família, instaladas tanto na área rural como na área urbana do município Petrópolis. Foi utilizado um questionário composto somente por perguntas abertas. Sua estrutura possui três partes: informações sobre o profissional – lotação, tempo de trabalho, formação em temas relacionados ao meio ambiente e saúde; conhecimento sobre temas selecionado sobre saúde e meio ambiente; estratégias desenvolvidas pelo profissional/equipe sobre saúde e meio ambiente. **RESULTADOS:** O estudo evidenciou que os agentes comunitários de saúde (ACS) têm dificuldades para orientar a comunidade quanto aos riscos ambientais devido à carência de informações acerca do tema, embora tenham demonstrado muito interesse quanto a relação entre a questão ambiental e o processo saúde/doença, assim como quanto as estratégias que podem ser desenvolvidas no âmbito das Unidades de Saúde que visem à transformação de estilos de vida das comunidades para a construção de ambientes saudáveis. Parte das respostas dos ACS aponta sua percepção quanto à falta de conhecimento e compreensão das comunidades em que atuam com relação a quatro aspectos ambientais considerados de forte relevância na realidade sanitária petropolitana: (i) resíduos sólidos; (ii) animais e plantas de convívio cotidiano; (iii) água e (iv) problemas de origem geomorfológica. Além disso, a falta de educação ambiental, presença de vetores, manejo inadequado de resíduos sólidos e construções inadequadas foram os problemas ambientais da comunidade que os entrevistados atribuíram como questões principais. **CONCLUSÃO:** A principal preocupação dos sujeitos da pesquisa está na educação da população, onde a questão da mudança de valores é o principal aspecto. Os ACS apontam insistentemente a sua percepção quanto à falta de conhecimento e compreensão das comunidades em que atuam com relação aos aspectos ambientais. Chamam a atenção, ainda, de que a identificação de problemas ambientais influencia na saúde das comunidades e; nas formas para atuar junto às comunidades. Além disso, foi possível verificar que o item referente ao conhecimento das situações ambientais do município que impliquem em riscos efetivos ou potenciais à saúde humana foi percebido como um elemento importante pela categoria para trabalhar a relação entre saúde e ambiente. Por fim, em relação às estratégias de enfrentamento, a categoria aponta para ações de educação em saúde como melhor instrumento de intervenção. Neste aspecto, tais ações são entendidas como atividades de informação da população e, quando muito, ações visando à mudança de hábitos.



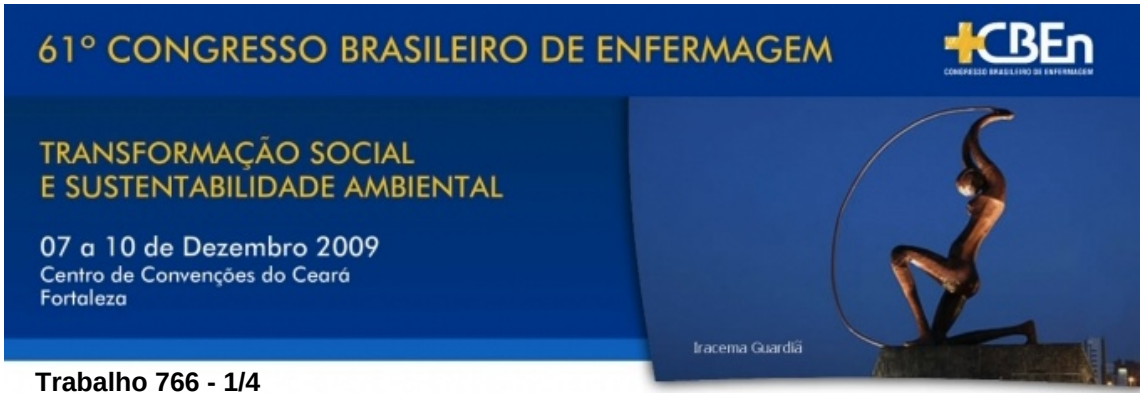
REFERÊNCIAS:

1- PORTO M.F.S. **Saúde, Ambiente e Desenvolvimento: Reflexões sobre a Experiência da COPASAD** - Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável. ***Rev C S Col*** 1998; 3(2):33-46.

2- COHEN, S.C.; ASSUMPÇÃO, R.F.**Habitação Saudável no Programa de Saúde da Família (PSF): Uma Estratégia para as Políticas de Saúde e Ambiente**. Revista Ciênc. saúde coletiva vol 9. nº 3 Rio de Janeiro Jul/Set 2004.

3- FREITAS, C.M. **A produção Científica Sobre o Meio Ambiente na Saúde Coletiva**. Caderno de Saúde Pública, 2005.

4- BARRETO, M.L. Ambiente e saúde. ***Rev C S Col*** 1998; 3(2):21-22.



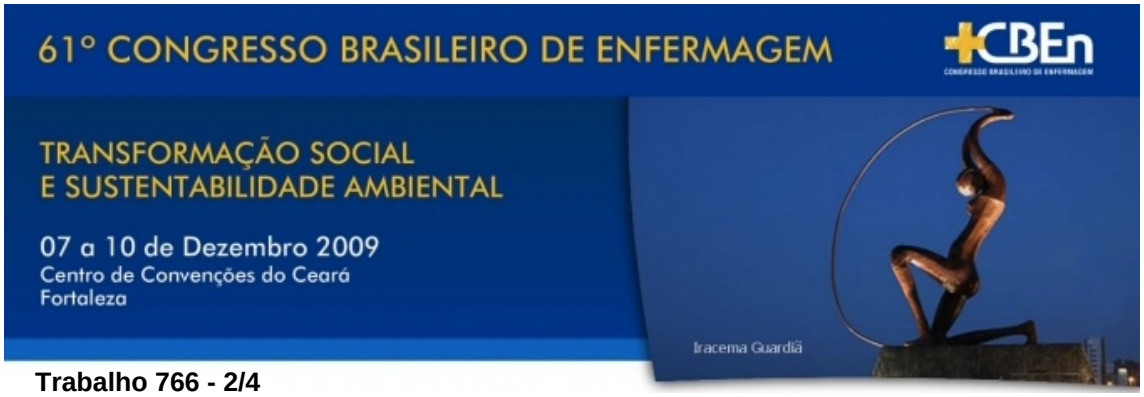
MODELO DE GESTÃO NA VISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA MATERNIDADE, FORTALEZA-CEARÁ, BRASIL

TAVARES, Priscila Garcia Câmara Cabral [1]
OLIVEIRA, Maria Ivoneide Veríssimo de [2]
MOREIRA, Claudia Maria Amorim [3]
BEZERRA, Maria Gorette Andrade [4]
ALVES, Liduina Lopes [5]
PEREIRA, Rafaelly Fernandes [6]

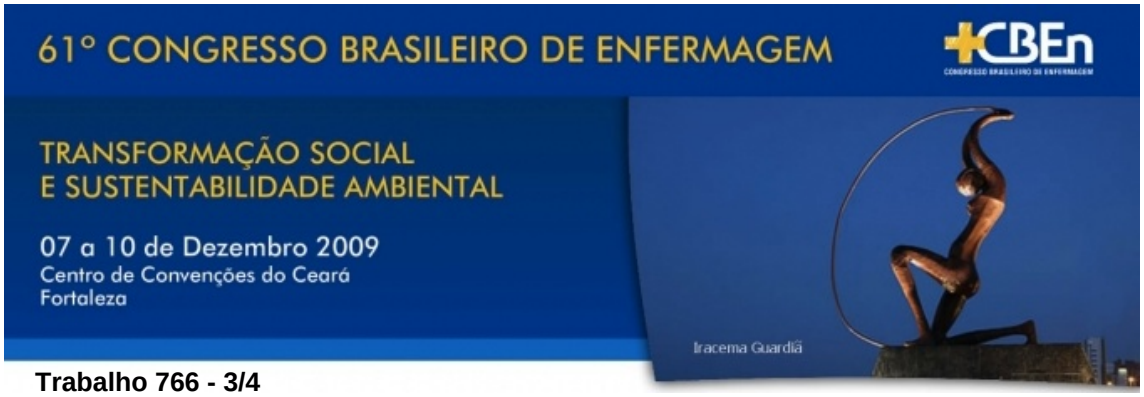
DESCRITORES: Equipe de Enfermagem; Comunicação; Capacitação.

INTRODUÇÃO:A Gestão de Pessoas tem sido responsável pela excelência de organizações bem sucedidas e pelo aporte de capital intelectual que simboliza, mais do que tudo, a importância do fator humano em plena era da informação. Administrar com pessoas significa tocar organização, juntamente, com colaboradores e parceiros internos que mais entendem dela e de seu futuro. Uma nova visão das pessoas, não mais como recurso organizacional, mas como um sujeito ativo e provocador das decisões, empreendedor das ações e criador da inovação dentro das organizações. Além disso, agente proativo, dotado de visão própria e, sobretudo, de inteligência, a maior, a mais avançada e a mais sofisticada habilidade humana. A busca constante por processos de gestão de pessoas faz parte da organização que visa cada vez mais a satisfação de seus funcionários, para que motivados, executem suas tarefas com eficiência e eficácia. Já não basta ter recursos humanos qualificados, é necessário que estes disponham de um amplo leque de competência que lhes permitiam criar e inovar, e que tenha capacidade para aprender, pensar e saber valorizar as suas contribuições. Atualmente, fala-se não apenas em qualidade no trabalho, mas também em qualidade de vida dos empregados. Tomando como parâmetros essa prerrogativa, a partir da realidade por nós vivenciada no serviço de enfermagem na MEAC/UFC,

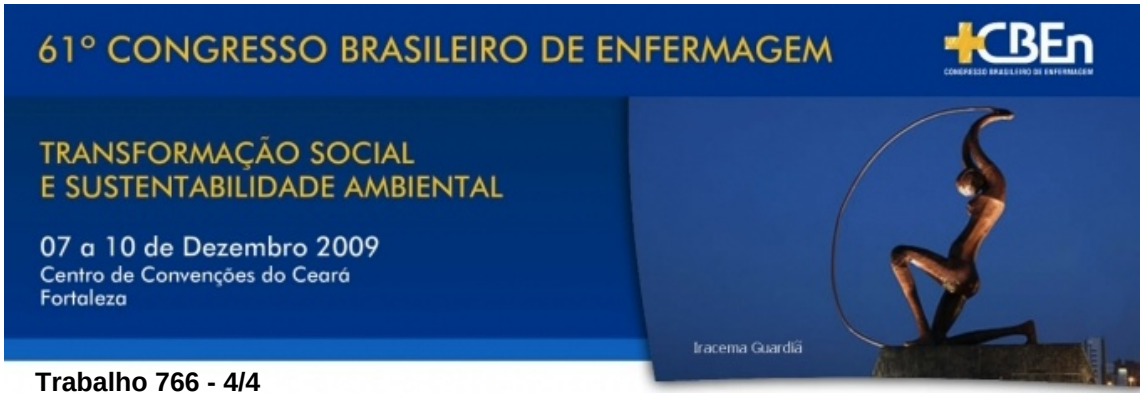
[1]Acadêmica do 7^0 semestre Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Família. Bolsista FUNCAP. pri.garcia_@hotmail.com
[2] Enfermeira Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federam do Ceará/ Universidade Estadual do Ceará (UFC/UECE).
[3] Gestora de Hospitais Universitários.
[4] Enfermeira Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará
[5] Gestora em Hospitais Universitários
[6]Acadêmica do 7^0 semestre de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Integrante do Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Sociedade da Linha Saúde do Idoso. Bolsista PIBIC/CNPq.



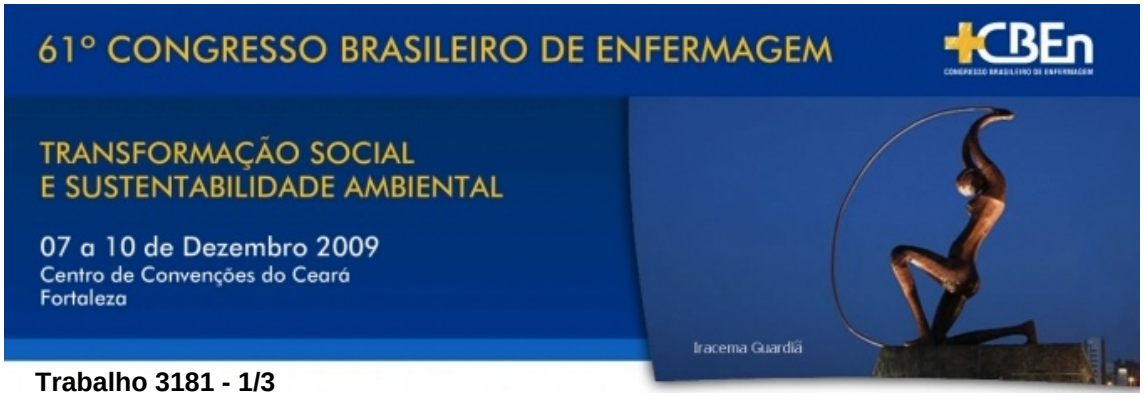
pudemos perceber que inegavelmente, alguns esforços estão sendo empreendidos com vistas a solucionar a questão da precarização de pessoal de enfermagem na instituição por meio de realização concurso público e contratação de pessoal, provavelmente isso contribui para um melhor desempenho profissional dos colaboradores, é um suporte primordial para aferição da eficácia do modelo de gestão vigente. É imprescindível lembrar de que a identificação dos pontos fracos da gestão poderá trazer um foco para motivação dos colaboradores para a satisfação das necessidades institucionais. Espera-se com a realização do estudo a possibilidade de contribuir para o estabelecimento e planejamento motivacional da equipe de enfermagem da Clínica Obstétrica da Maternidade Escola Assis Chateaubriand-Universidade Federal do Ceará, no sentido de possibilitar a sinergia dos anseios de todos os atores envolvidos no processo. OBJETIVO: tem como objetivo descrever o modelo de gestão na visão da equipe de enfermagem de uma maternidade pública de Fortaleza-Ceará, Brasil. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo com utilização de abordagens quantitativas e exploratória. O local do estudo foi um setor da Clínica Obstétrica de uma maternidade, instituição pública federal que presta atendimento, somente a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). A amostra foi composta por 20 profissionais de nível médio (entre técnicos e auxiliares) e 06 de nível superior. No processo de amostragem foram selecionados de modo aleatório. Os dados foram coletados nos meses de junho a agosto de 2007. Foram seguidas todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, contidas na Resolução 196/96. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand - Universidade Federal do Ceará.RESULTADOS: Os resultados revelaram que a maioria dos funcionários (65,4%) compreende a faixa etária de: 31 – 40 anos, (23,1%), 21-30 e (11,5%) menor que 20. O tempo de serviço está na maioria (73,1%) acima de 10 anos de serviço. Provavelmente, contamos com um número de funcionários já desgastados por desenvolverem suas atividades por um período bastante longo e com atividades consideradas estressantes, (15,4%) tem de 5 a 10 anos, e (11,5%) trabalham a menos de 5 anos na instituição. Observou-se que (57,7%) dos funcionários não são consultados para a melhoria dos serviços, seguidos de



(42,3%) que afirmam participar das decisões para a melhoria, certamente, porque devem ser mais interativos, dispostos, dinâmicos e flexíveis a mudanças. (69,2%) dos profissionais acham seu serviço valorizado enquanto (30,8%) não, certamente, esses profissionais precisam ser motivados a aprenderem a gostar do que fazem partilhar conhecimentos, desempenhar melhor o serviço para sentirem-se valorizados. No que diz respeito à relação com a equipe de trabalho, (46,2%) dos funcionários consideram boa, (38,5%) excelente, e apenas (15,4%) regular. (76,9%) dos funcionários consideram uma comunicação aberta e interativa entre os gestores e profissionais em que se discute o pedido de escala, troca de escala e pedidos de folgas e apenas (23,1%) relatam não haver comunicação. Do total de funcionários, a maioria (69,2%) mostra que não é suficiente o número de folgas, isso provavelmente decorre em virtude da carga horária excessiva, estabelecida de 40 horas semanais, isso, possivelmente, poderá contribuir para a desmotivação, falta de interesse e desorganização das atividades, (30,8%) mostram que é suficiente. (53,8%) consideram que o ritmo de trabalho estressante, enquanto, (46,2%) dos funcionários consideram adequado, situação essa, provavelmente, decorrente do cansaço advindo do longo tempo de serviço. Observou-se também que (46,2%) dos funcionários apresentam problemas de saúde, (53,8%). Verificou-se que o tipo de doença mais citada foi a hipertensão (11,5%), seguido de depressão (7,7%) e os outros tipos de doença como tendinite, diabete, labirintite, lombalgia, hérnia de disco, insônia e insuficiência renal (3,8%) com o mesmo percentual. Em relação ao modelo de gestão no setor verificou-se que (69,2%) dos profissionais consideram bom, em seguida (15,4%) ótimo, (7,7%) excelente e (7,7%) ruim. Dos 26 funcionários entrevistados, (76,9%) aprovam e estão dispostos a participar do planejamento do setor, isso é relevante porque eles têm mais conhecimentos das necessidades do setor, provavelmente, porque passam mais tempo no mesmo e assim conseguem identificá-las, e (23,1%) discordaram, visto que muitos profissionais obtêm pouca satisfação pessoal nos seus empregos e auferem pouco senso de realização e criatividade, o que não os permite participar do planejamento na execução das tarefas do setor. Conclui-se, que apesar dos resultados encontrados os funcionários desenvolvem suas atividades com bom desempenho. Sugere-se formação de grupos de trabalho para avaliar o porquê



das insatisfações relatadas neste estudo. Possivelmente, tornaria mais viável à solidificação de uma gestão realmente participativa, cujas partes envolvidas terão oportunidade de encontrar um denominador comum para a solução dos problemas existentes. REFERÊNCIAS: CHIVENATO, I. **Gestão de pessoas; o novo papel dos recursos humanos nas organizações.** 20ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Campus 1999. SANTOS, M. J. N. **Gestão de recursos humanos: teorias e práticas**. Sociologia 2004 jul/dez; 12: 142-158



Trabalho 3181 - 1/3

MONITORAMENTO DOS RISCOS POR PROCESSOS NO HOSPITAL BENEDITO MONTENEGRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

[1]CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm
[2] RICUPEO, Sonya M Leandrini
[3]NEVES, Uelbia P.
[4]FELDMAN, Liliane Bauer
[5]ALVES, Vera Lucia de Souza

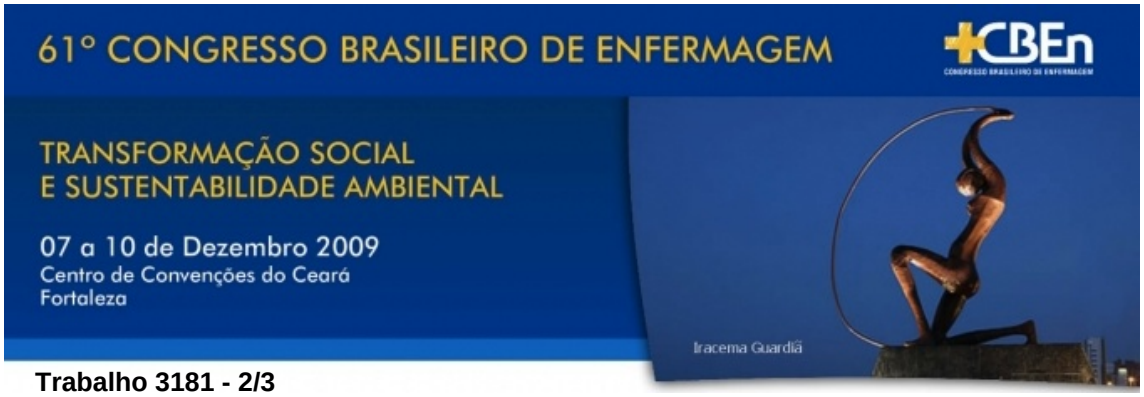
Introdução: Os princípios dos modelos de gestão da qualidade surgiram com a observação das empresas que, sistematicamente, apresentava melhores resultados. Dessa análise, percebeu-se que elas tinham em comum, métodos e padrões bem estabelecidos e documentados, aplicando em sua atividade processos previamente estudados, planejados e definidos de forma coerente e padronizada, tendo como base uma infra-estrutura adequada e foco na segurança. A gestão mediante processos previamente organizados e padronizados é uma necessidade em qualquer atividade, inclusive no de serviços, sendo crescente a visão de sua importância para as instituições de saúde, principalmente com a implantação de programas de qualidade, tendo como objetivos principais a excelência na prestação dos serviços a comunidade e a prevenção de danos ao paciente. Foi buscando esses objetivos que o Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro implantou o Programa de Certificação da Qualidade da Organização Nacional de Acreditação (ONA), conquistando a

[1]Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta e Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Saúde e Gerenciamento de Enfermagem – GEPAG UNIFESP. isabelcunha@unifesp.br
[2]Médica. Especialista em Pediatria e Administração Hospitalar, Diretora Assistencial e Coordenadora da Qualidade do Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro. sonyamr@uol.com.br

[3]Supervisora da Qualidade. Avaliadora Interna ONA do Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro. uneves@PREFEITURA.SP.GOV.BR

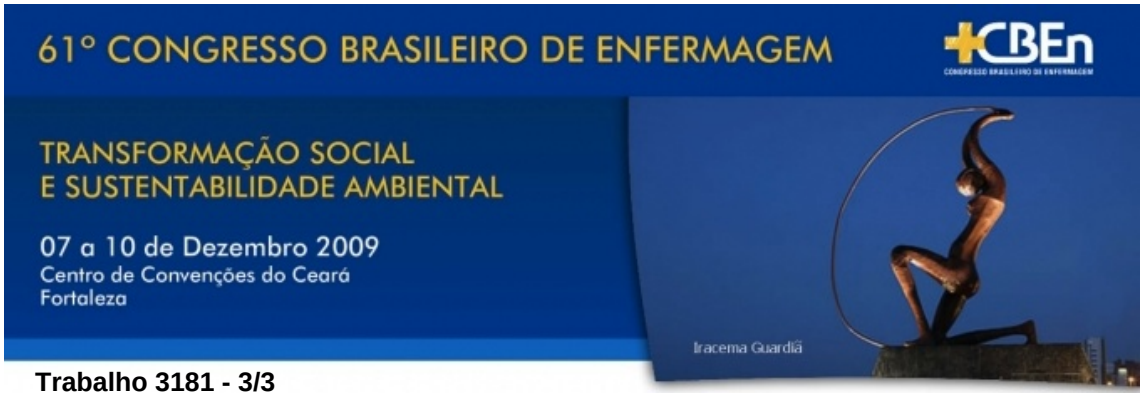
[4]Enfermeira. Mestre em Ciências. Doutoranda em Enfermagem na UNIFESP. Membro dos Grupos de Pesquisa, GEPAG E GEPAV-SE. Consultora e Assessora em Gestão de Risco e Qualidade hospitalar. lilibf@terra.com.br

[5]Enfermeira. Mestre em Ciências. Doutoranda em Enfermagem na UNIFESP. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Gerenciamento dos Serviços de Saúde e Enfermagem - GEPAG da UNIFESP. veravencer@uol.com.br



Acreditação Nível 1 em setembro de 2008 e a manutenção do nível 1 em abril de 2009. Este processo foi viabilizado devido ao estabelecimento de um convênio com a Municipalidade de São Paulo, em 2006, entre um hospital privado e um hospital público, por meio de sua Secretaria de Saúde, firmando compromisso entre as instituições para gestão administrativa focada na qualidade. O hospital realiza atendimentos de urgência e emergência, de baixa e média complexidade e possui 36 leitos de internação, sendo referência para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) da região leste da cidade, na realização de exames laboratoriais, radiológicos e ultrassonografia. A partir da conquista da manutenção do nível 1 em abril de 2009, os gestores buscaram criar estratégias para atender aos requisitos do nível 2. No tópico referente ao gerenciamento de riscos constante no Manual da ONA nível 2, está estabelecido que a organização deve "Gerenciar os processos e suas interações sistematicamente; estabelecer sistemática de medição e avaliação dos processos; possuir programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria dos processos". Visando atender a esses requisitos foram feitas várias reuniões com o Grupo de Gerenciamento de Riscos (GRR). **Objetivo:** monitorar os riscos e eventos adversos através do mapeamento por processos, utilizando como instrumento a ficha de notificação. **Metodologia:**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e quantitativa. Os dados foram coletados nos meses de fevereiro e março de 2009, através das 110 fichas de notificação preenchidas pelos colaboradores do hospital. Estas fichas ficavam disponibilizadas em todos os setores da instituição e após o seu preenchimento eram encaminhadas ao setor de Gerenciamento de Risco para análise e determinação de qual ferramenta da qualidade seria utilizada para o monitoramento de cada risco ou evento notificado. Após esta análise, os integrantes do GRR identificaram que a Ficha de Notificação precisava de reformulação para atender melhor a proposta de notificação. **Resultados**: Após algumas reuniões do GRR no mês de abril de 2009, decidiu-se reformular a ficha de notificação de riscos e eventos adversos, melhorando o layout e a facilidade no entendimento e preenchimento; elaborou-se a ficha de "Monitoramento dos riscos por processo" e foram identificados quais processos seriam mapeados. Esses



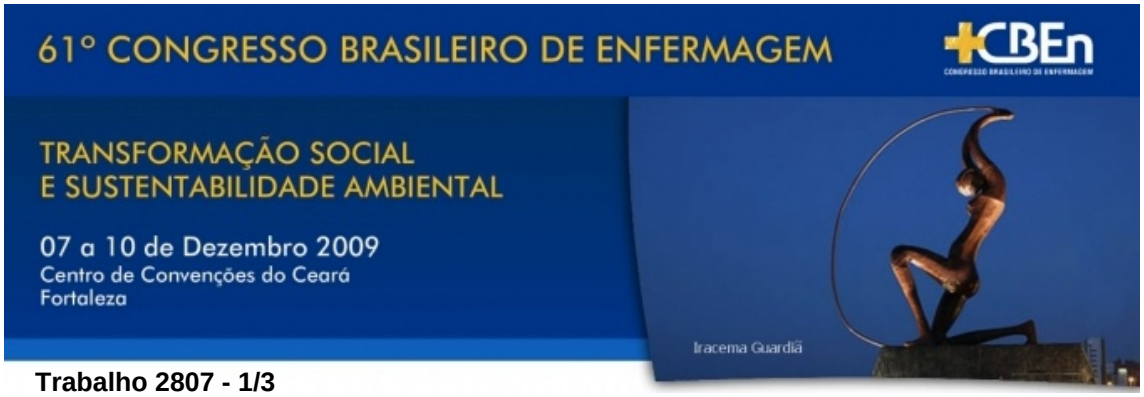
processos foram eleitos após o acompanhamento das notificações dos meses de fevereiro e março de 2009. **Conclusões:** os resultados das notificações evidenciaram que as áreas mais fragilizadas em termos de processos são: Centro cirúrgico, Internação adulto e infantil, emergência, observação adulto, seleção de pessoal e SAME, ressaltando que de sete áreas identificadas, cinco são áreas que englobam diretamente as ações com os pacientes. Mediante isso os integrantes do GGR elaboraram planos de ações com medidas de treinamento e atualização dos colaboradores com visitas in loco, revisão e elaboração de protocolos clínicos e a criação de indicadores. O próximo passo será identificar dentro de cada processo: a causa, conseqüência, se é setorial ou sistêmico, a gravidade, a tomada de decisão e qual indicador fará interface com o risco ou evento identificado em cada processo.

DESCRITORES: Qualidade, Segurança, Enfermagem

EIXO TEMÁTICO: Enfermagem, Saúde das pessoas e proteção ambiental
DIMENSÃO: Cuidado de Enfermagem e responsabilidade social com o ambiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feldman LB. Gestão de risco e segurança hospitalar. Prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. Martinari: São Paulo; 2008.
2. Organização Nacional de Acreditação. Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde: versão 2006. Brasília: ONA, 2006. V. 1. 203 p. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação).
3. Alves, VLS. Gestão da qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. São Paulo (SP): Martinari, 2009.
4. BOHOMOL E. Padrões para Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem. IN: Indicadores, Auditorias, Certificações. Ferramentas de Qualidade para Gestão em Saúde. São Paulo: Martinari, 2006.



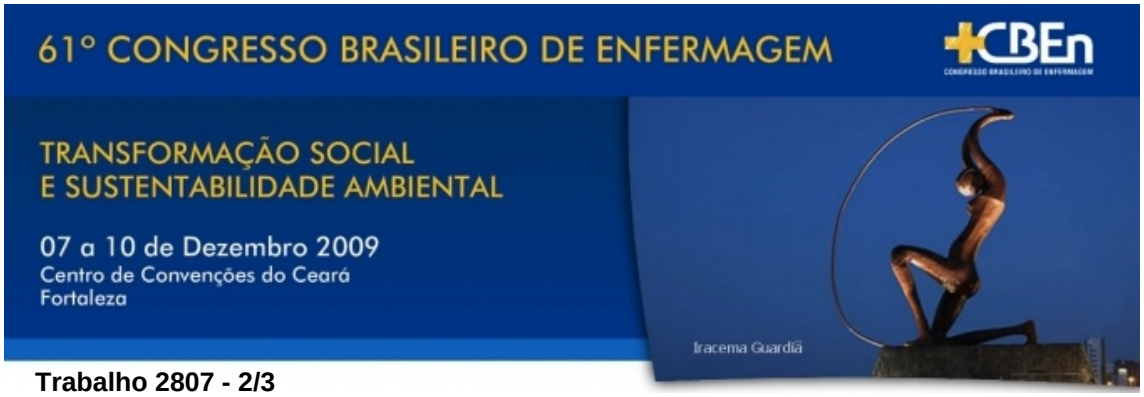
Trabalho 2807 - 1/3

MORTE POR CAUSAS EXTERNAS EM ADOLESCENTES NA CIDADE DE SALVADOR

Palmeira, Cátia [1]
Felix, Jogasil da Silva [2]
Guimarães, Marivalda da Silva [3]
Aráujo, Robson Silva [4]

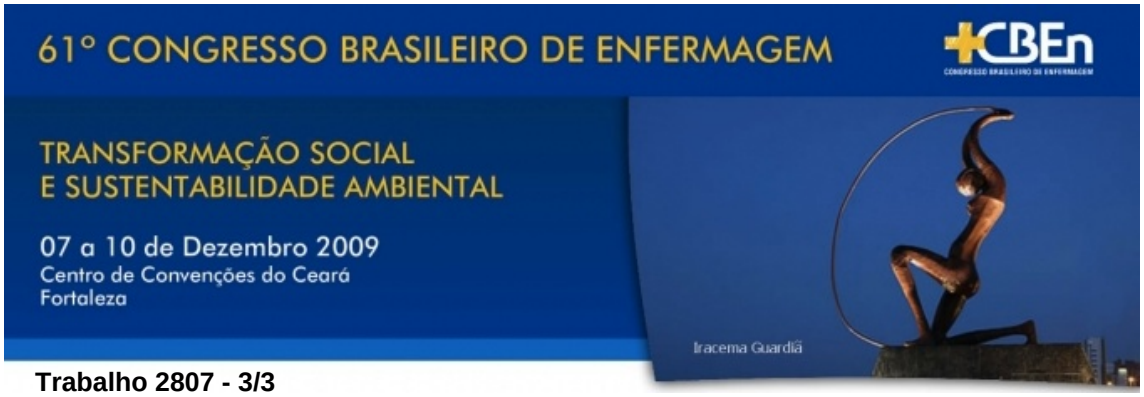
Introdução: Nas últimas décadas, o Brasil vem mudando o seu perfil epidemiológico, representado principalmente pela queda da taxa de mortalidade infantil, a redução na mortalidade proporcional das doenças infecciosas, aumento das doenças crônicas-degenerativas e um aumento das causas externas. Esta última vem representando a segunda causa mais importante de óbito no país, caracterizando-se por uma ocorrência maior nas regiões metropolitanas e faixas etárias mais jovens. Entre as principais causas de morte por causas externas, destacam-se os acidentes de trânsito e as geradas por violências interpessoais, principalmente com armas de fogo. Este problema traz graves conseqüências sociais e econômicas a partir do momento que ceifa a vida de crianças e adolescentes, transformando-se assim em grande desafio para os países desenvolvidos e em paises em desenvolvimento. Contudo, apesar de ser expressiva, em termos quantitativos, a morte por causas externas é de difícil controle pelos profissionais de saúde e órgão competentes. A mortalidade por causas violentas em jovens vem aumentando também Nordeste onde a violência da vida cotidiana dos adolescentes se intensificou devido ao aumento da exclusão e desigualdade social. A análise da mortalidade como indicador de violência é útil na avaliação das condições sócio-demográficas e da saúde de uma população. Em Salvador verificou-se também um crescimento da mortalidade proporcional por esse grupo de causas a partir da segunda metade da década de 80, inferior apenas àquelas observadas para Recife, São Paulo, Porto Alegre e Rio de Janeiro. **Objetivo**: Descrever a mortalidade por causas externas na faixa etária de 15 a 19 anos na cidade do Salvador, no período compreendido entre 2003-2005. **Metodologia:** estudo quantitativo, descritivo,

[1] Mestre em Enfermagem, professora da Faculdade São Salvador, professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e enfermeira do Serviço Médico da UFBA
[2] Graduando em enfermagem da Faculdade São Salvador.
[3] Graduando em enfermagem da Faculdade São Salvador.
[4] Graduando em enfermagem da Faculdade São Salvador.



exploratório que analisou as taxas de mortalidade por causas externas na cidade de Salvador no período compreendido entre 2003 a 2005. Foram trabalhados dados secundários de mortalidade através do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde - SIM/MS apresentado no DATASUS. **Resultados**: No período estudado correram 1168 óbitos em Salvador na faixa etária de 15 a 19 anos de idade, sendo que os óbitos por causa externas foram responsáveis por 683 mortes no período de 2003 a 2005, uma média de 228 óbitos por ano e representaram 58,5% dos óbitos totais, ficando a frente de morte por neoplasias com 90 óbitos e doenças do aparelho respiratório e do aparelho circulatório com 64 e 65 óbitos respectivamente. Estes dados demonstram a magnitude das causas externas como um problema grave de saúde da cidade de Salvador. Os óbitos no sexo masculino representaram 93%, enquanto que as no sexo feminino representam 7%. A mortalidade no sexo masculino foi 13 vezes mais do que no feminino. Com relação aos três anos estudados não houve diferenças significantes entre eles. Os óbitos por homicídio apresentaram os maiores números 416 (403 no sexo masculino e 13 no sexo feminino), seguidos dos eventos com intenção indeterminada 151 óbitos (134 no sexo masculino e 17 no feminino). Por acidentes de transporte ocorreram 39 óbitos e por suicídio 9 óbitos. As mortes decorrentes de agressão por armas de fogo totalizaram 341 nos três anos e por acidente de trabalho apenas uma ocorrencia. Quando analisada a relação entre os números de óbitos e a escolaridade, as mortes ocorreram em maior número entre os jovens com 4 a 7 anos de estudo. **Conclusão:** O número expressivo de morte por causas externas em Salvador, principalmente por homicídios reflete a necessidade de implementação de programas de prevenção da violência. Em decorrência dos limites do estudo com relação ao curto espaço de tempo e aos fatores determinantes envolvidos faz-se necessário a realização de novos estudos que amplie o tempo e os fatores sociais determinantes e agravantes, com o objetivo de melhor levantar dados que possam subsidiar implementação de ações de prevenção e controle eficazes deste agravo. O Enfermeiro como um dos principais atores do cuidado a saúde, deve atuar no diagnóstico desta situação e na busca de soluções através de medidas de prevenção primária, a fim de prevenir o adoecer e o morrer dos adolescentes.

Palavras chaves: mortalidade, causas externas e mortalidade em jovens



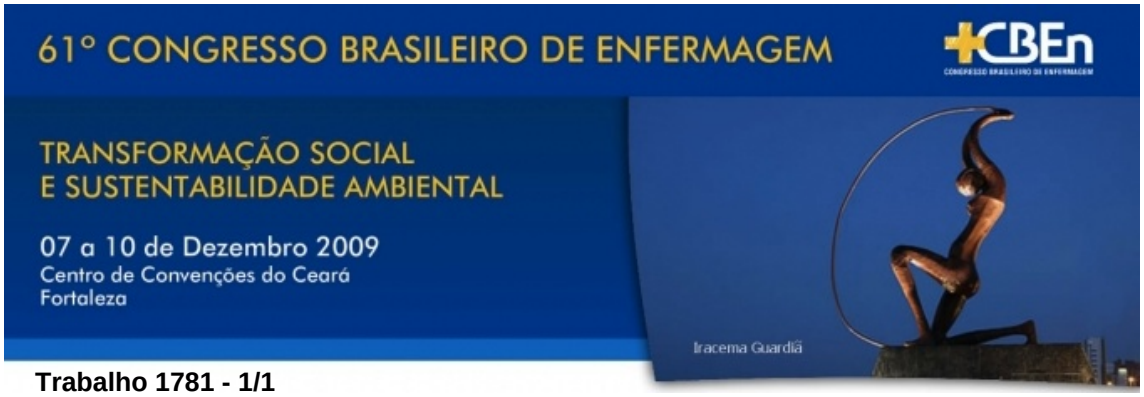
Referências bibliográficas

1. ARAUJO, Edna Maria de et al . Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009

2. COSTA, Inês Eugênia Ribeiro da. et al. Diferenciais da mortalidade por violência contra adolescentes segundo Estrato de Condição de Vida e Raça-Cor na cidade do Recife. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** Disponível em <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecol>. Acessado em 10 de junho de 2009.

3. GAWRYSZEWSKI,Vilma Pinheiro et al. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. In: **Cad. Saúde Pública** vol.20 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2004.

4. MINAYO, Maria Cecília. Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. (introdução) In: **Cadernos de Saúde Pública,** vol.10 suppl.1 Rio de Janeiro, 1994.



Trabalho 1781 - 1/1

MULHERES SUBMETIDAS A TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO QUIMIOTERÁPICO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM [1]

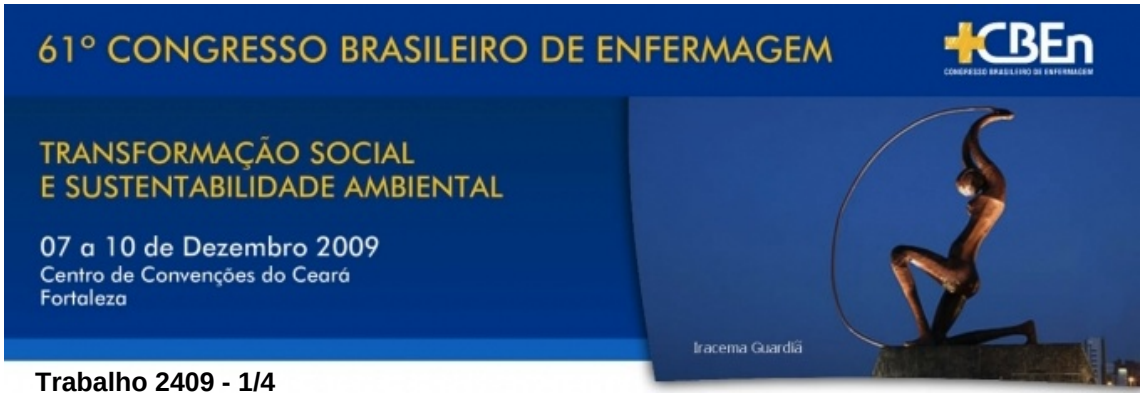
Salimena Anna Maria de Oliveira[2]
Rios Bruna Martins [3]
Melo Maria Carmen Simões Cardoso[4]
Souza Ívis Emília de Oliveira[5]

INTRODUÇÃO: Além dos impactos sociais/psico/biológicos causados pelo câncer, a quimioterapia agrava o quadro, pois está associada à dor, sofrimento, morte e a efeitos colaterais que pode gerar uma sensação de fraqueza e impotência perante a vida. **OBJETIVO:** Conhecer a percepção de mulheres submetidas a tratamento antineoplásicos quimioterápico sobre a assistência de enfermagem. **METODOLOGIA:** Pesquisa qualitativa, desenvolvida com 18 mulheres portadoras de câncer, submetidas a tratamento quimioterápico, num hospital de Juiz de Fora/MG que atende portadores de câncer da cidade e de regiões vizinhas. Valemos da técnica de entrevista aberta e relação de empática para coleta dos depoimentos. **RESULTADOS:** A análise compreensiva desvelou a percepção das mulheres sobre a assistência de enfermagem; a influência das atitudes da enfermagem no tratamento e a expectativa de atendimento da enfermagem. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Consideramos que os enfermeiros devem aprimorar seus conhecimentos e a prática cotidiana, a fim de alcançar um cuidado individualizado e humanizado, para assistência as mulheres/pacientes submetidas à quimioterapia em sua singularidade.

Palavras-chave: Oncologia. Enfermagem oncológica. Quimioterapia.

BONASSA, E.M.A. **Enfermagem em quimioterapia.** 1ª Edição. S P: Atheneu, 1996.
SALES, C. A.; MOLINA, M.A.S. O significado do câncer no cotidiano de mulheres em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, 2004; 57(6): 720-723.
SALIMENA, A.M.O; GARGIULO, C.A.; MELO, M.C.S.C.; BARA, V.M.F; SOUZA, I.E.O. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem,** Florianópolis, 2007; 16 (4): 696-702.

[1] Pesquisa realizada como Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, MG. (FACENF-UFJF).
[2] Orientadora da Pesquisa. Doutora. Profª. Departamento Enfermagem Aplicada da FACENF/UFJF.
[3] Enfermeira. Graduada no 1º sem/2009 do Curso de Enfermagem da (FACENF/UFJF).
[4] Mestre. Professora do Departamento Enfermagem Aplicada da FACENF/UFJF.
[5] Doutora.Titular de Enfermagem Obstétrica - Dep. Enfermagem Materno- Infantil da EEAN/UFRJ.



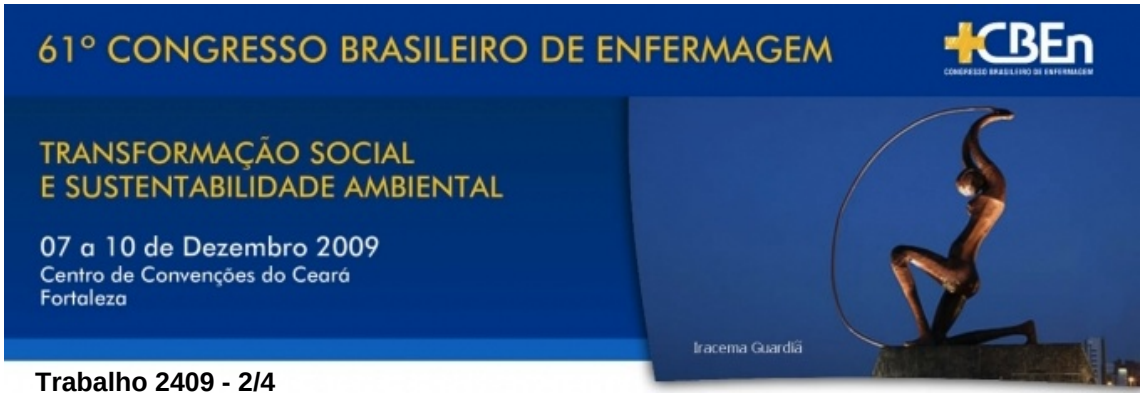
Trabalho 2409 - 1/4

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE AGRAVOS EM UMA UNIDADE PEDIÁTRICA: DIFICULDADES E CONSIDERAÇÕES

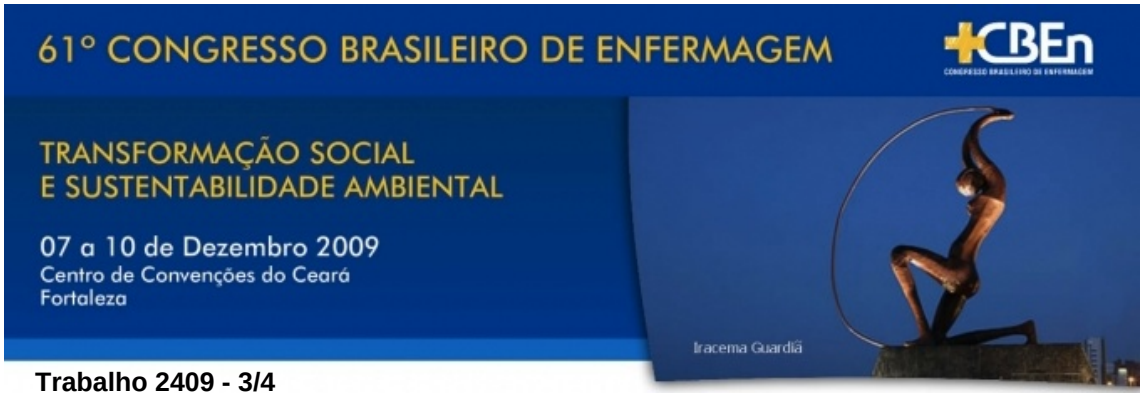
Bento, Deonízio Gercy[1]
Silveira, Patrícia Lovato [2]
Souza, Ana Izabel Jatobá de [3]

Introdução: a preocupação com a notificação dos agravos em saúde ainda é recente nas instituições hospitalares. Embora muitos estudos comprovem que o controle das doenças transmissíveis sempre esteve em pauta percebe-se que ainda há muito por fazer, não apenas para o controle das doenças, mas também na forma pela quais estas devem ser comunicadas para que se institua alguma ação. Sabe-se que o Sistema de Informações das Doenças de Notificação Compulsória e o Sistema de Informações de Mortalidade constituem-se em importantes fontes de dados de morbi-mortalidade no Brasil. Dentro do que se refere à sub-notificação e sub-registro encontramos uma realidade na qual permeia o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre os agravos de notificação compulsória e suas responsabilidades dentro deste processo. Embora, o Ministério da Saúde estabeleça o protocolo de notificação dentro das instituições de saúde, bem como a responsabilidade de cada profissional é relevante destacar as dificuldades destes no que se refere conhecimento sobre as doenças e ao fluxo de encaminhamento. Considerando a importância da enfermagem dentro da equipe de saúde e o seu importante papel na notificação dos agravos, bem como nas ações de controle destes é que este estudo foi organizado. Compreendendo a Vigilância Epidemiológica como uma área multidisciplinar com importantes interfaces nas mais diversas instituições de saúde é que devemos consolidar o papel profissional da equipe de enfermagem no processo de notificação e investigação dos agravos. Sabe-se que a Vigilância Epidemiológica ainda pode ser definida de forma simples, como a informação para a ação. Tradicionalmente, tem priorizado a coleta de dados e a organização

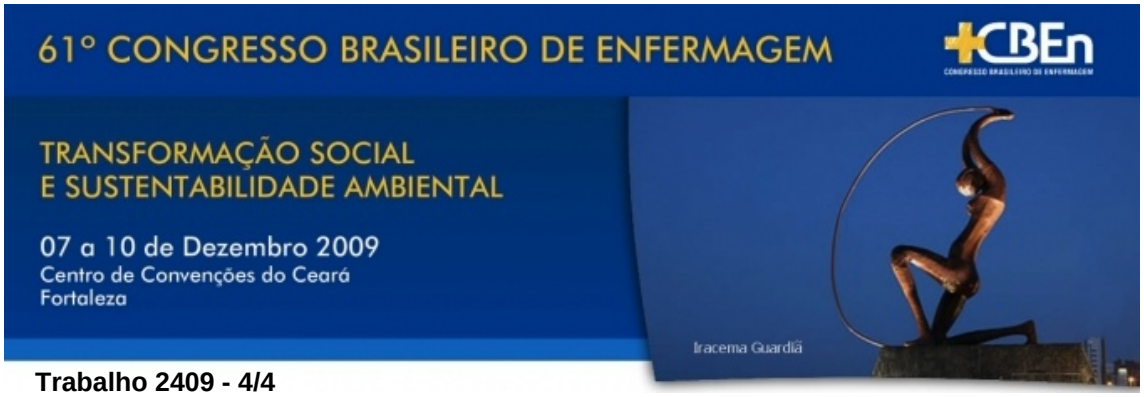
[1] Especializando do Curso de Especialização em Gestão de Saúde Pública da Universidade Baggozi. Técnico de Enfermagem da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Email: bento65@yahoo.com.br.
[2] Especializando do Curso de Especialização em Gestão de Saúde Pública da Universidade Baggozi. Enfermeira.
[3] Dra. em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Email: izabeljatoba@yahoo.com.br.



de sistemas de informação objetivando a implementação de ações oportunas frente a problemas prioritários que requerem intervenção imediata, como também fornecer indicadores para análise epidemiológica de tendências, possibilitando a tomada de decisão e o planejamento em saúde. Portanto, a estratégia voltada para o controle dos agravos em saúde deve ser resultado de uma somatória de ações que analisadas e bem orientadas contribuem para aumentar a qualidade de vida da população. Preocupados com estes aspectos este estudo, com abordagem qualitativa de natureza descritiva e exploratória, teve como **objetivo geral** conhecer as dificuldades da equipe de Enfermagem para a notificação compulsória dos agravos em uma unidade pediátrica. **Metodologia:** a pesquisa foi realizada em uma unidade pediátrica de um hospital geral do Sul do Brasil com 19 funcionários da equipe de enfermagem. Nesta unidade especialmente observou-se um número significativo de internações por motivo de doenças de agravos de notificação compulsória como: sarampo, catapora, rubéola, meningite bacteriana, leptospirose, coqueluche, mordeduras de cão e gato entre outras, em contrapartida verificou-se que nem todos os agravos são notificados para os órgãos competentes, não indo de encontro com as ações estabelecidas no ofício recebido pelo Hospital pesquisado, o qual notifica a reformulação da vigilância epidemiológica para vigilância em saúde. Os dados foram coletados em janeiro de 2009 com a utilização de uma entrevista semi-estruturada, tendo sido analisados sob a perspectiva da análise de conteúdo de Bardin (2002). **Resultados:** como resultados emergiram as seguintes categorias: Identificando o conhecimento da equipe de enfermagem sobre Vigilância Epidemiológica; Identificando e analisando o conhecimento e a importância da Notificação Compulsória para a equipe de enfermagem; Identificando o conhecimento dos profissionais sobre a emissão da notificação e o conhecimento sobre a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória; Identificando quais profissionais já realizaram a Notificação Compulsória e detectando qual o agravo notificado. **Conclusões:** conclui-se que um dos principais fatores que levam a não realização das notificações é a falta de conhecimento por parte dos profissionais, bem como o desconhecimento das ações de vigilância em saúde na unidade pesquisada. Neste sentido, há a necessidade de aprimoramento e capacitação dos profissionais que nela atuam a fim de contribuírem mais eficazmente no processo



de vigilância em saúde. Ações de Vigilância Epidemiológica poderão ter sucesso a partir do controle e acompanhamento dos profissionais da saúde de maneira coletiva, buscando criar ações de prevenção e promoção na comunidade por ela assistida. Há necessidade diante da análise do estudo da conscientização também dos responsáveis pelos serviços de saúde, para isso, as ações não devem ser tomadas ou acompanhadas isoladamente, o ideal seria que a instituição recebesse informações dos dados notificados, bem como de informações da ocorrência de casos na comunidade. Os boletins epidemiológicos, geralmente são recebidos pela Instituição com atrasos e na maioria das vezes desatualizados, além disso, a segunda via da ficha de notificação que deveria ficar em anexo no prontuário do paciente é enviada para o Setor de Comissão de Infecção Hospitalar, onde são arquivadas permanentemente, anulando a informação de doença de notificação compulsória contida no prontuário do paciente. É fundamental o estreitamento da articulação entre as instâncias de epidemiologia e as instâncias hospitalares, a comunicação de ocorrência das doenças de notificação compulsória, bem como qualquer doença de investigação epidemiológica. Não obstante, evidenciamos que a instituição pesquisada efetue a implantação da vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar, pois com este implemento haverá pessoas treinadas para identificar e investigar doenças de agravos de notificação, neste sentido cria-se um elo entre as vigilâncias do Município e Estado, neste entrelaçamento as ações voltadas ao âmbito hospitalar ficariam mais fortalecidas, e os profissionais poderiam ser utilizados da própria instituição, é possível dividir o espaço físico, e trabalhar juntamente com a equipe da comissão de infecção hospital (CCIH), assim, não haveriam perdas de casos de doenças de notificação compulsória com a parte administrativa, pois estes profissionais estariam sempre atentos a casos suspeitos e com isso haveria um planejamento mais eficaz no hospital. Finalizamos, conforme Ribeiro e Malheiro (2007), quando afirmam que a implantação de núcleos hospitalares de epidemiologia permite ao município primordialmente a adoção de medidas de controle oportunas, possibilitando a interrupção da cadeia de transmissão de doenças na população. A instituição de rede de hospitais de referência serve de apoio para o planejamento das ações de vigilância. As atribuições do núcleo de epidemiologia nos hospitais são de fundamental importância e também no



planejamento de Gestão Hospitalar. Portanto, a VE pode trazer grandes contribuições, uma vez que as suas práticas envolvem um conjunto de orientações de caráter clínico-individual, epidemiológico-coletivo e administrativo. O individual atende à demanda espontânea, fundamentada na racionalidade clínica. O coletivo abrange saberes e técnicas que compõem a VE, tais como indicadores de prevalência, de incidência e distribuição dos riscos sociais e de grupo, assim como indicadores de qualidade de vida e de desigualdade social. E o administrativo engloba um conjunto de procedimentos que envolvem coordenação e supervisão de recursos humanos, distribuição das atividades entre a equipe da VE e desta com a equipe de saúde, gerenciamento de programas, controle e supervisão de ações padronizadas, preenchimento, recebimento e análise de fichas, gerenciamento do fluxo de informações, bem como registro de dados.

Palavras Chaves: Vigilância Epidemiologia, Notificação, Enfermagem, Pediatria.

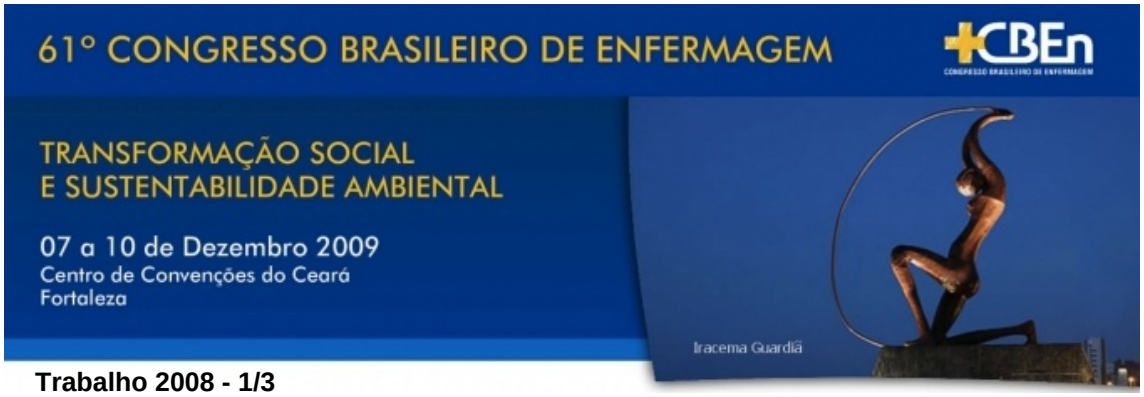
Referências:

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2002.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 6ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

RIBEIRO, A F. MALHEIRO, V. L. **Epidemiologia Hospitalar com ênfase em vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar**. Boletim Epidemiológico Paulista, V.4. n.38, Fev. 2007.

WALDMAN, E.A. **A vigilância epidemiológica como prática de saúde pública**. São Paulo, 1991. (Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública – USP).

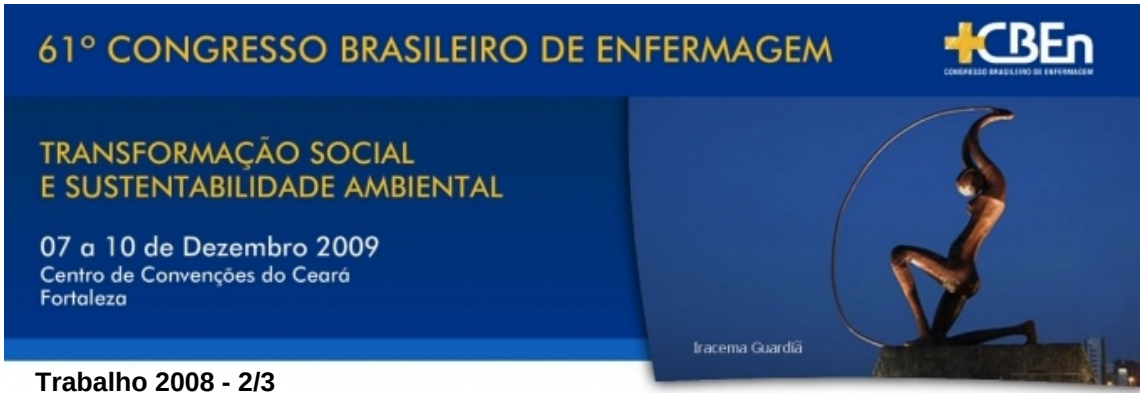


Trabalho 2008 - 1/3

O AMBIENTE DA UNIDADE NEONATAL E A PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO

Magalhães, Fernanda Jorge [1]
Rolim, Karla Maria Carneiro [2]
Gurgel, Eloah de Paula Pessoa [3]
Fontoura, Fabíola Chaves [4]

Introdução: A preocupação com as questões relacionadas à crise ambiental tem sido cada vez mais freqüentes. Os efeitos do processo de degradação do meio ambiente têm impactos, também, sobre a saúde humana, uma vez que são afetados todos os aspectos da vida como: saúde, qualidade do meio ambiente, tecnologia; além de dimensões morais e espirituais. A UTIN é vista como um ambiente desgastante, estressante e tenso, onde, muitas vezes, há dificuldade de prestar uma assistência humanizada ao bebê e sua família. **Objetivo:** Objetivamos investigar a prática da enfermeira na assistência ao recém-nascido (RN) de alto risco na Unidade de Internação Neonatal (UTIN), com base em pressupostos humanísticos, proporcionando um ambiente confortável a esta clientela tão específica. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa investigatória-descritiva, com abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico a Teoria Humanística de Paterson e Zderad**,** na qual afirmam que o ato de cuidar incrementa a humanidade na situação onde enfermeiros e pacientes coexistem, sendo dependentes e interdependentes. O cenário foi uma maternidade pública, na cidade de Fortaleza-CE, no período de outubro a dezembro de 2008. **Resultados:** A análise dos dados foi realizada a partir de observação participante e entrevista semi-estruturada com 10 enfermeiras atuantes na UTIN, mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. As considerações éticas fundamentam-se na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Percebemos que as enfermeiras consideram a assistência ao bebê de alto risco muito importante, cabendo-lhes não a resolução de tarefas de forma rápida e eficaz, mas a percepção da ecologia da UTIN e de todo o estresse que o bebê passa. Proporcionando um ambiente calmo e adequado para o perfeito desenvolvimento neuropsicomotor do RN de alto risco.



Considerações Finais: Concluímos que a saúde na visão holística e na teia de relações que compreende o pensamento ecológico, exige do enfermeiro, em suas áreas de atividades uma percepção crítica concernente ao saber, saber-ser e saber-fazer comprometido com o bem-estar e o estar-melhor como premissa para qualidade da relação enfermeira/paciente.

Descritores: Ambiente; Enfermagem, Neonatologia.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso:** método canguru. Brasília, 2001. 281 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96. Decreto nº 93.9333 de janeiro de 1987. Bioética.** Brasília (DF): Ministério da Saúde 4 (2): 15-25; 1996.

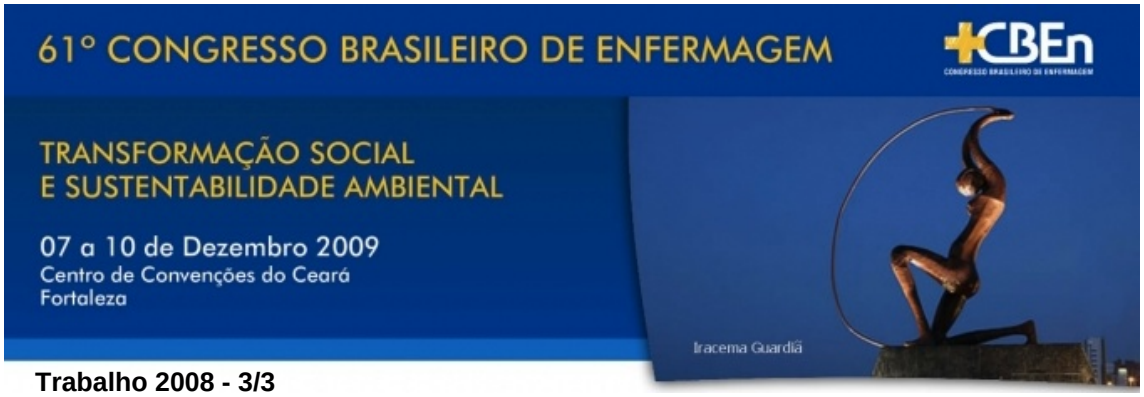
PATERSON, J. G.; ZDERAD, L.T. **Humanistic nursing**. New York (USA): National League for Nursing; 1988.

ROLIM, K.M.C. **A enfermagem e o recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada.** Dissertação. (Mestrado). Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará/UFC; 2003.

ROLIM, K. M. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** mai/jun 2005, vol.13, no.3, p.432-4

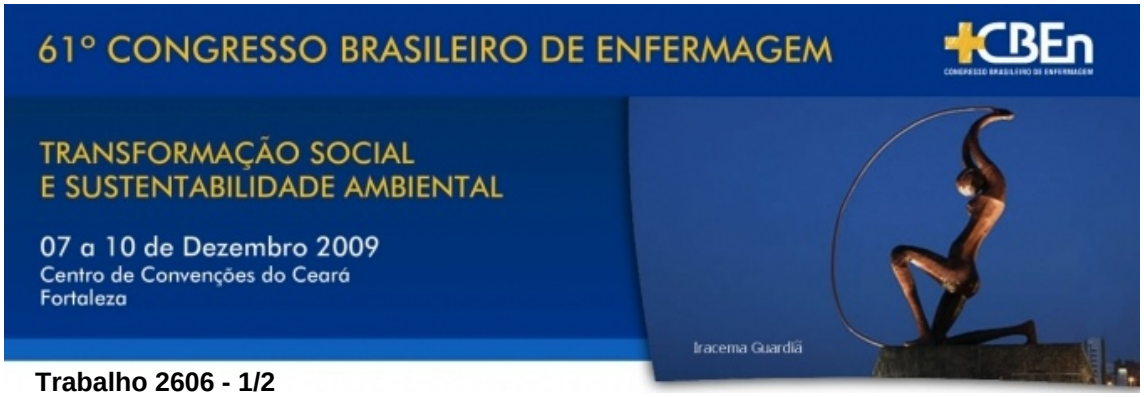
[1] Enfermeira da Unidade de Internação Neonatal do Hospital Regional da Unimed e do Hospital Geral César Calls. Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal da Universidade Federal do Ceará. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva (UNIFOR/CNPq). fernandajmagalhaes@yahoo.com.br.

[2] Enfermeira da Unidade Neonatal da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Pesquisadora do Grupo de Saúde Coletiva (UNIFOR/CNPq). Orientadora. karlarolim@unifor.br



[3] Enfermeira da Unidade Neonatal da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). eloahgurgel@yahoo.com.br

[4] Enfermeira da Unidade de Internação Neonatal do Hospital Regional da Unimed e do Hospital Geral César Calls. Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará (UFC). fabi_fontoura@hotmail.com



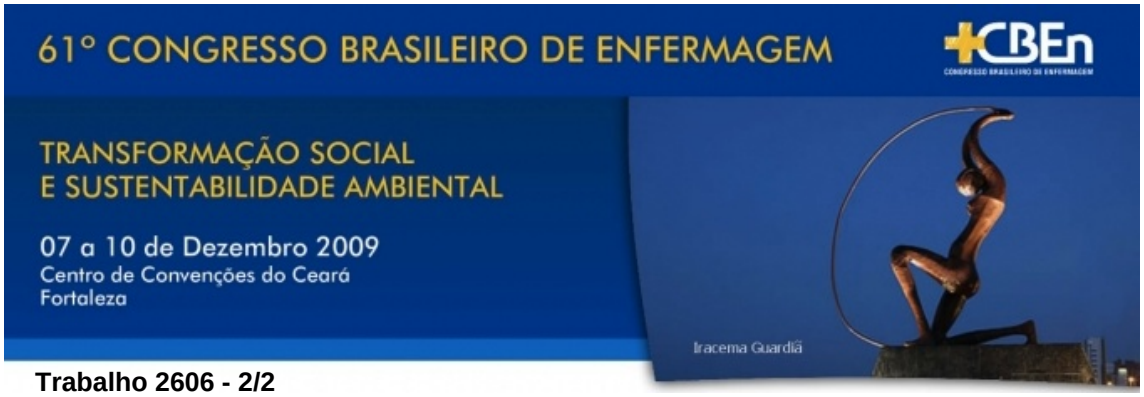
Trabalho 2606 - 1/2

O COTIDIANO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM SÃO LUÍS - MARANHÃ(

SOUSA, Santana de Maria Alves de[1]
CONCONE, Maria Helena Vilas Bôas[2]

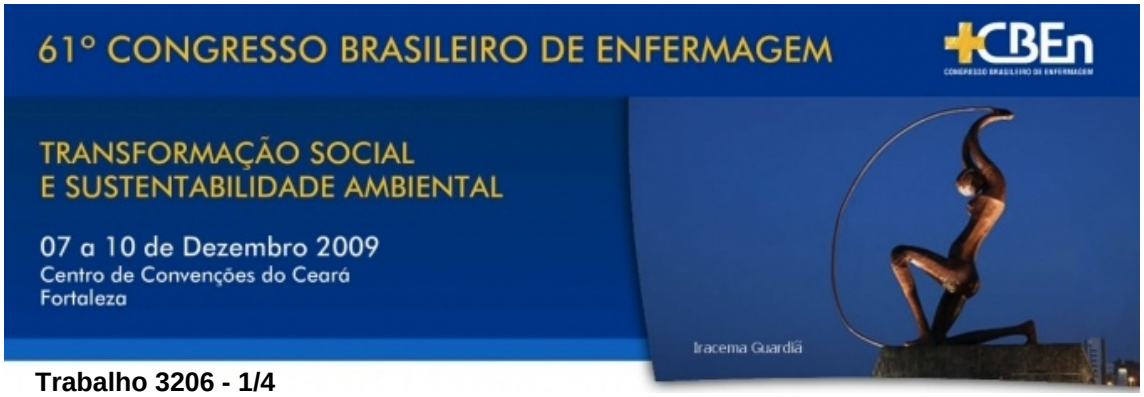
Introdução: O cotidiano é a vida de todos os dias e de todos os homens. Fazem parte da vida cotidiana o trabalho, a vida privada, os lazeres, o descanso. A vida cotidiana é o espaço onde acontecem as rotinas e estabelecem-se as relações, permitindo oportunidade para mudanças e construção do novo. Este estudo aborda a vida cotidiana no trabalho de enfermagem, tendo como **objetivos** apreender o cotidiano das trabalhadoras de enfermagem na clínica cirúrgica de um hospital público em São Luís - MA, e analisar esse cotidiano, partindo da prática hospitalar. **Metodologia:** A pesquisa foi realizada por meio da observação participante, entrevista e análise de fontes secundárias que normatizam o trabalho de enfermagem. A coleta teve início com a observação participante em julho de 2006 e término em setembro de 2007, em seguida foram realizadas as entrevistas. A população foi composta por 11 enfermeiras e 44 trabalhadoras de enfermagem de nível médio. Como critério para entrevista, utilizamos o tempo de permanência no setor durante o período de observação participante, concordarem em participar da mesma e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, além de contemplar todas as equipes de trabalho em todos os turnos. Foram entrevistadas 08 enfermeiras e 09 trabalhadoras de nível médio. **Resultados:** Os dados resultantes das entrevistas e da observação indicaram duas categorias, a saber: cotidiano do trabalho de enfermagem e reflexões sobre o cotidiano; com as subcategorias da primeira: o processo de trabalho e as condições de trabalho. O trabalho de enfermagem caracterizou-se pela predominância do trabalho feminino e divisão técnica e social do trabalho entre seus membros, enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, com as rotinas de serviço prevalecendo na prática hospitalar, a

[1] Enfermeira, Profª Dra. do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.
E-mail: santanasousa@uol.com.br
[2] Antropóloga, Profª Dra. do Programa de Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUCSP (orientadora).



precariedade do contrato de trabalho com jornadas dupla e tripla permeia o cotidiano do trabalho de enfermagem na clínica cirúrgica. A segunda categoria de análise revelou as concepções de cotidiano dos sujeitos em estudo. O cotidiano para as mesmas, embora seja repetitivo, não é igual, por ser executado com pessoas distintas e em quadros clínicos diferentes. **Conclusão:** A importância deste estudo consiste em despertar nos sujeitos da pesquisa o interesse por novas formas de aprendizado, pela lógica da descoberta, mesmo em face da aparente monotonia do dia a dia do trabalho. **Bibliografia:** ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: _____ (orgs.) **O Trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. ALVES, D.B. **Trabalho, educação,e conhecimento na enfermagem –** uma contribuição aos estudos sobre força de trabalho feminina. Aracaju – Sergipe: Ed. da UFS, Fundação Oviêdo Teixeira, 2000. HELLER, Á. **Sociologia de la vida cotidiana**. 3ed. Barcelona: Ediciones Península, 1991. HIRATA, H. **Nova divisão sexual do trabalho?** Um olhar voltado para a empresa e a sociedade. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002. PIRES, D . **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 1998.

Descritores: Trabalho, Normas, Rotinas, Enfermagem



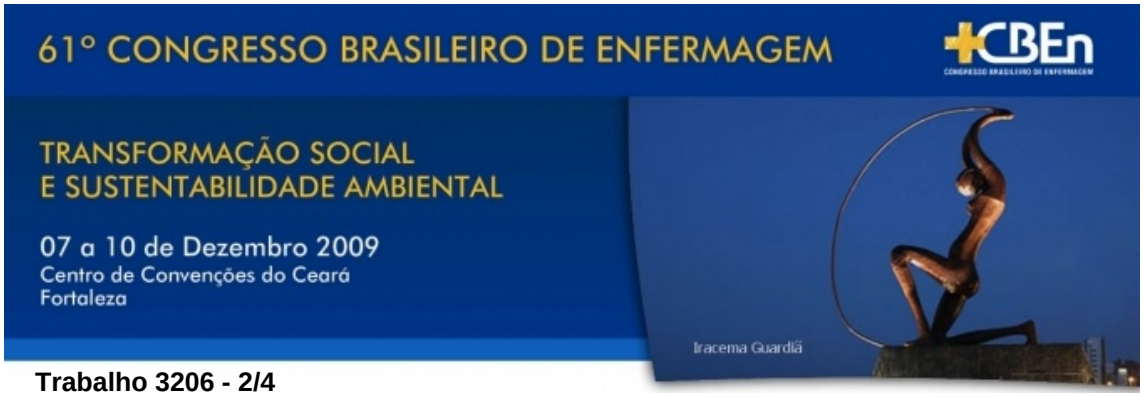
Trabalho 3206 - 1/4

O ENFERMEIRO DE BORDO NO TRANSPORTE AÉREO

[1]Carvalho, Vânia Paula
[2] Dias, Carla Pena

A atividade do enfermeiro no transporte aéreo de pacientes no Brasil é assunto recente. Nas Instituições de ensino deste país não há disciplinas específicas ou correlatas com o tema e o treinamento profissional tem sido oferecido pelas empresas que prestam este serviço, com a supervisão do Departamento de Aviação Civil. Nos últimos anos devido ao crescimento dos serviços de remoção aeromédica tem havido demanda para a capacitação, especialização e qualificação profissional. A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 estabelece que é privativo do enfermeiro os cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, fazendo parte do quadro funcional exclusivamente enfermeiros. O enfermeiro de bordo presta atendimento de urgência e emergência, em ambulância aérea e/ou terrestre, sendo necessário ter formação de nível superior; desejável que tenha mais de uma especialidade, conhecimento intermediário de inglês; que possua ampla experiência em atendimento de emergência e/ou terapia intensiva e que preste assistência direta à todos pacientes criticamente enfermos, seja neonatal, pediátrico e/ou adulto. É imprescindível que tenha controle emocional, capacidade física e mental para trabalhar em condições adversas, capacidade de tomar decisões imediatas, comunicação eficaz com a equipe, dinamismo, capacidade de improvisação e noções básicas de aeronáutica e de fisiologia do vôo. Este estudo se propõe a difundir o conhecimento das atividades e perfil do enfermeiro de bordo no transporte aéreo de pacientes. Trata-se de um estudo descritivo e comparativo entre a bibliografia atual e os protocolos da UNIMINAS. Atualmente a equipe de enfermeiros conta com 10 enfermeiros especialistas, um deles é responsável técnico; 70% são docentes; 70% feminino e 80% com mais de 10 anos de

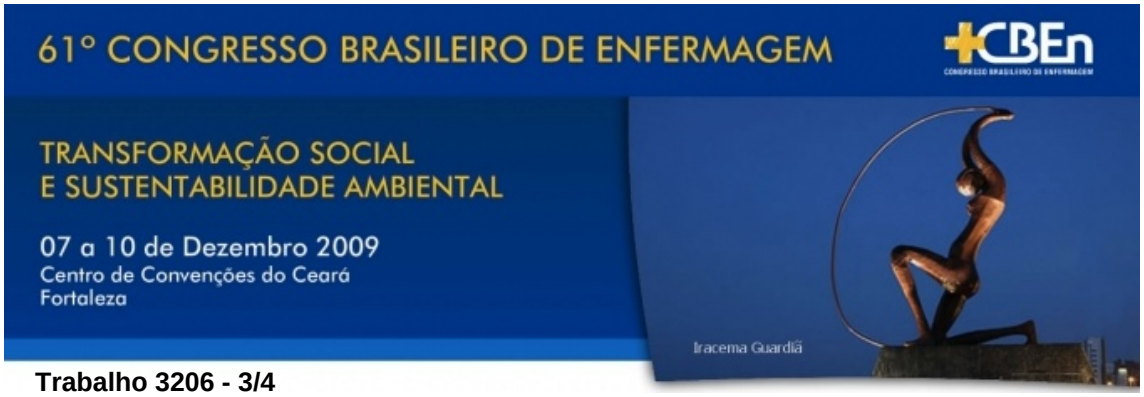
1. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/ Especialista em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência e Docente PUC-MG e Faculdade São Camilo.E-mail: vaniapaula.carvalho@gmail.com
2. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.Especialista em Terapia Intensiva.E-maill: pena.carla@yahoo.com.br



graduação. O Serviço de Transporte Aéreo (STA) da UNIMINAS foi fundada em 1996 pela Federação das Unimeds de Minas Gerais no intuito de oferecer um atendimento diferenciado à sua clientela. Sua base operacional é situada no Aeroporto da Pampulha -BH e presta atendimento 24h por dia em todo Brasil e América Latina. O transporte inter-hospitalar é realizado em aeronaves com infra-estrutura de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com uma equipe especializada tecnologia que conta com sistema de telefonia gravado, onde será realizada a triagem de cada caso em especial e em casos que haja necessidade do STA após o término de todo protocolo, o médico regulador irá disparar a missão. O enfermeiro de bordo é um protagonista da execução do STA o qual após o disparo da missão terá que cumprir etapas denominadas de pré-vôo, per-vôo e pós-vôo. O pré-vôo é uma fase que compreende o preparo de todos materiais e equipamentos necessários para viabilização da missão. É importante ressaltar que a discussão de caso com o colega médico é primordial, pois assim poderemos fazer o planejamento individualizado e holístico para cada cliente.É de responsabilidade do enfermeiro a montagem das aeronaves que serão utilizados no transporte.

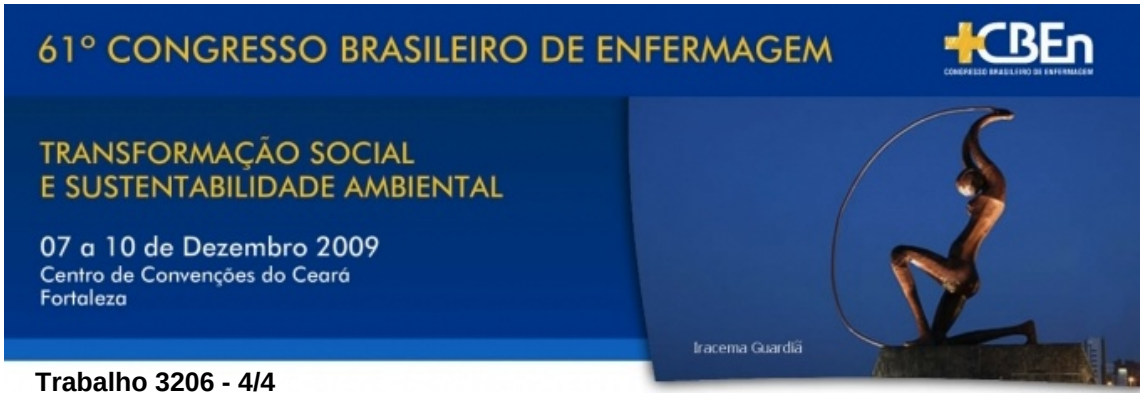
O per-vôo compreende na assistência direta ao cliente, ou seja, é realização da missão propriamente dita. Que deverá ser realizada em conjunto com toda tripulação, controladores de vôo, ambulâncias prestadoras de serviço. É essencial uma comunicação clara e concisa, pois só assim evitaremos transtornos durante os traslados hospital-aeronave-hospital. É função do enfermeiro de bordo avaliar e sistematizar as prioridades do paciente, realizar assistência integral ao paciente, zelar pela integridade física e psíquica do paciente, preservar a segurança do paciente, orientar ao acompanhante as normas e regulamentos na aeronave e assegurar sua segurança, realizar observação clínica e dos parâmetros que forem monitorados durante todo transporte até o hospital de origem, realizar anotações de enfermagem, administrar medicações e assistir ao médico de bordo na realização de procedimentos, promover conforto ao paciente e repassar o caso ao colega enfermeiro no hospital de origem. O pós-vôo compreende a fase final da

1. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/ Especialista em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência e Docente PUC-MG e Faculdade São Camilo.E-mail: vaniapaula.carvalho@gmail.com
2. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.Especialista em Terapia Intensiva.E-maill: pena.carla@yahoo.com.br



missão, ou seja, é o retorno a base operacional. Nesta etapa o enfermeiro irá realizar o preenchimento da ficha de gastos, nela deverá conter todos os materiais e medicamentos que foram utilizados durante a missão. A reposição dos kit's é função da farmacêutica e/ou acadêmica de farmácia e posteriormente, será realizada nova conferência pelo enfermeiro plantonista. Deverá ser realizada a solicitação de desinfecção da aeronave; os materiais que serão reprocessados deverão ser encaminhados ao expurgo e serão posteriormente preparados e encaminhados para esterilização por óxido de etileno; as roupas de cama serão devidamente acondicionadas nos contêineres específicos e posteriormente encaminhadas para lavanderia; as fichas de vôo após preenchimento completo pela equipe deverão receber o número de vôo (por ordem crescente) e arquivadas. O enfermeiro deverá realizar registro no livro de relatório dos enfermeiros. Conclui-se então que a importância da qualificação do profissional enfermeiro é primordial nessa área, bem como a realização de treinamentos e reuniões periódicas no serviço.Portanto, a atuação do enfermeiro de bordo e o reconhecimento de suas atividades no cenário da saúde são constantes desafios na prática do transporte aéreo de pacientes.

[Digite texto]
1. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/ Especialista em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência e Docente PUC-MG e Faculdade São Camilo.E-mail: vaniapaula.carvalho@gmail.com
2. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.Especialista em Terapia Intensiva.E-maill: pena.carla@yahoo.com.br



Descritores: Transporte aéreo de pacientes, Enfermeiro de bordo, Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1Andrews GJ, Holmes D, Poland B, Lehoux P, Miller KL, Pringle D, McGilton KS. Airplanes are flying nursing homes': geographies in the concepts and locales of gerontological nursing practice. J Clin Nurs. 2005 Sep;14(8B):109-20. Review.

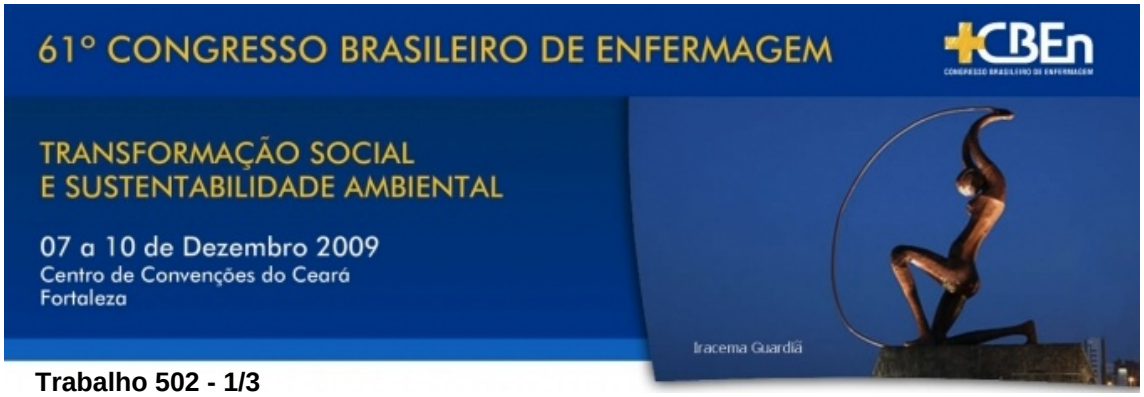
2 Lacey S, Cox K, O'Donnell R. Mod Healthc. 2008 Jun 30;38(26):26. No abstract available. Flying the murky skies. The roles nurses can play in solving 'never events'.

3 GENTIL, R.C. Remoção Aeromédica: implantação de um serviço privado em a implantação de um serviço privado em São Paulo (Tese de Mestrado - Faculdade São Camilo de Administração Hospitalar), São Paulo.

4 BRASIL. MS. Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:<http://www.saude.gov.br>. Acesso em 30/05/2008.

5 Manual de Legislação e normas COREN-MG- Ano 07 Nº 01 junho/ 2001- 28p -artigo 8º 'g/h; PEREIRA JÚNIOR. G.A. et al. Transporte do paciente crítico. Medicina Intensiva. n. 34. p.143-153. 2001. Disponível em:<http://www.bireme.com.br >.

[Digite texto]
1. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/ Especialista em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência e Docente PUC-MG e Faculdade São Camilo.E-mail: vaniapaula.carvalho@gmail.com
2. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.Especialista em Terapia Intensiva.E-maill: pena.carla@yahoo.com.br



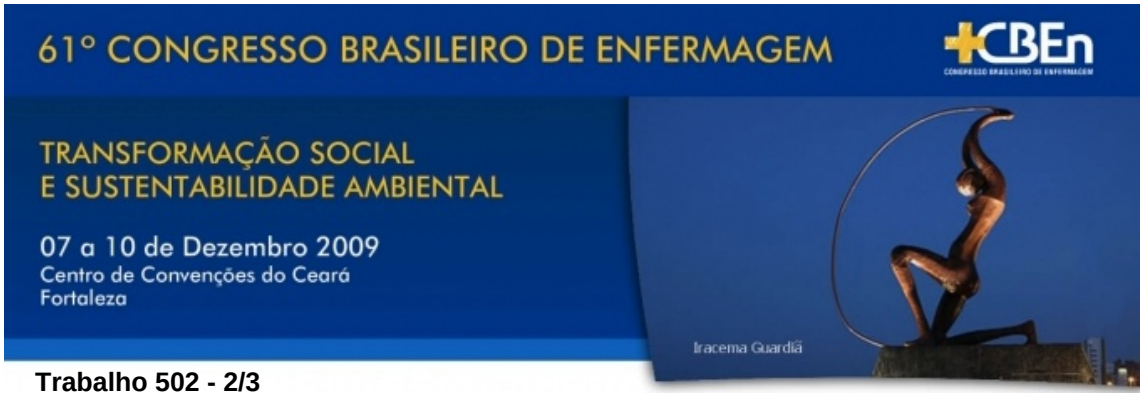
Trabalho 502 - 1/3

O ERRO DE MEDICAÇÃO E A SUA ABORDAGEM SISTÊMICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

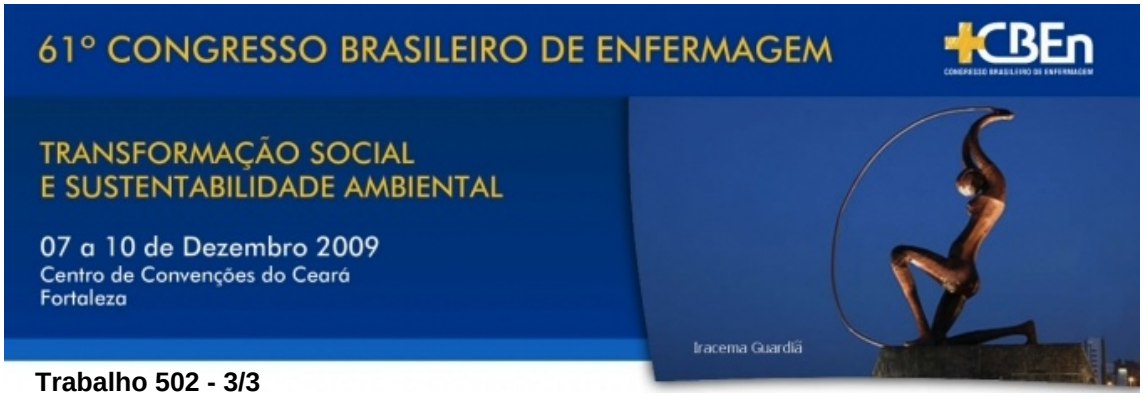
SOUSA, Elaine Celina Batista de[1]
MEDEIROS, Samuel Sóstenes Araújo de[2]
SILVA, Tatiana Gomes Freire da[3]
LIMA, Natália Araújo[4]
TORRES, Gilson de Vasconcelos[5]

INTRODUÇÃO: Conceitua-se erro de medicação como sendo qualquer efeito evitável que pode ter sido causado devido ao uso inapropriado de medicamentos, levando a um dano ao paciente, quando a medicação está sob o controle dos profissionais de saúde, do usuário e dos familiares. Os medicamentos ocupam um lugar dominante no sistema de saúde e no tratamento de doenças, e o número de erros que ocorre é cada vez mais evidente e inaceitável, representando uma triste realidade no trabalho dos profissionais de saúde, com sérias conseqüências para pacientes e para a organização hospitalar. A ocorrência de erros relacionados a medicamentos aumenta em duas vezes o risco de morte em pacientes hospitalizados e a morbimortalidade relacionada ao uso dos mesmos pode ser considerada uma das principais doenças em termos de recursos consumidos, podendo ser minimizada através do correto diagnóstico e prescrição. Dentre um leque de estudos sobre erros na área de saúde, os erros de medicação chamam a atenção e são pontos de interesse de muitos pesquisadores, visto serem considerados freqüentes dentro dos hospitais. Esta revisão apresenta e discute os fatores predisponentes relacionados aos erros de medicação, e a maior importância desse estudo é a de repensar a conduta multiprofissional frente a estes erros, estabelecendo uma alteração no processo de assistência prestada ao cliente. **OBJETIVOS:** Identificar e analisar as propostas de abordagem acerca dos erros de medicação nas diversas publicações, fundamentando novas pesquisas sobre o tema. **METODOLOGIA:** Foram analisadas as publicações

[1] Graduanda do 6º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. <elainesouza3@yahoo.com.br>
[2] Graduando do 6º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
[3] Graduanda do 6º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
[4] Graduanda do 6º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
[5] Profº. Dr. do curso de Graduação e Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



científicas indexadas nos bancos de dados Bdenf, Lilacs e Scielo. A amostra foi constituída por 15 publicações que foram analisadas quanto aos tipos de abordagem envolvendo os fatores de risco dos erros de medicação, tendo como critérios de seleção a relação com erros na terapia medicamentosa no contexto hospitalar envolvendo a equipe de enfermagem; estudos teóricos e clínicos em seres humanos adultos; ser gratuito, completo, estar disponível on line e terem sido publicadas entre os anos de 2004 a 2008. **RESULTADOS:** Identificaram-se pontos de fragilidade no que concerne à terapia medicamentosa, envolvendo as atuais lacunas existentes no sistema de medicação e na sua abordagem dentro de uma cultura organizacional ainda arcaica, que identifica erros como falhas ativas (individuais) e esquece que estes também ocorrem devido às falhas do sistema. Porém, destaca-se que a abordagem sistêmica – a qual leva em consideração as limitações humanas e os erros latentes de um "sistema doente" – vem encontrando apoio na literatura recente, inviabilizando a permanência da visão individualista, que considera os erros como atos inseguros cometidos por pessoas desatentas, desmotivadas e com treinamento deficiente. **CONCLUSÕES:** Considerando-se que o erro na administração ainda é atribuído, em sua maioria, a fatores relacionados ao profissional – enfoque individual –, a mudança de paradigmas faz-se iminente, buscando melhorias na qualidade e na eficiência do sistema de saúde e na segurança do paciente. É preciso que o foco sistêmico seja adotado pela área de saúde, considerando que medicar pacientes depende de ações humanas e os erros fazem parte dessa natureza; sendo a construção de sistemas de medicação mais seguros, bem-estruturados e planejados capaz de promover condições que minimizem e previnam erros, implementando normas, regras, ações e processos a fim de auxiliar os profissionais envolvidos. É imperativa, ainda, a reestruturação do sistema pelos gestores institucionais, visando à obtenção de melhorias dos recursos humanos e do ambiente de trabalho com estratégias que coloquem o paciente no centro das ações de saúde, garantindo a qualidade e a segurança na assistência prestada. Dessa maneira, um sistema seguro, ecologicamente adaptado e restaurado será garantido a todos os profissionais e usuários. É fato que a condição humana, notadamente falível, não pode pretender a perfeição e a anulação de erros; entretanto, é preciso humildade e sabedoria para aprender com os erros



cometidos e usar este conhecimento para melhorar a assistência prestada. Sugere-se, assim, uma reflexão urgente sobre os aspectos abordados para que medidas proativas sejam implementadas. A melhoria da qualidade é imperativa nesse sentido, visando à segurança dos pacientes. **BIBLIOGRAFIA:**

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Perceptions about medication errors: analysis of answers by the nursing team. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14, n.6, p.887-92, nov./dez. 2006.

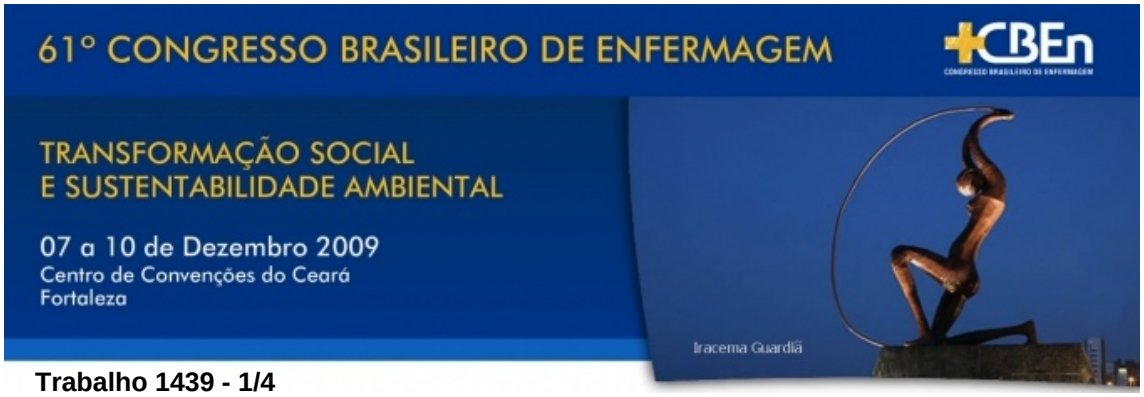
CASSIANI, S. H. D. B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.1, p.95-99, jan./fev. 2005.

MIASSO, A. I. et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v.14, n.3, p.354-363, maio/jun. 2006.

SILVA, A. E. B. C. et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta paul. Enfermagem,** v. 20, n. 3, p. 272-276, jul./set. 2007.

SILVA, D. O. D. et al. Medication preparation and administration: analysis of inquiries and information by the nursing team. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.15, n.5, p.1010-1017, set./out. 2007.

Descritores: Erros de Medicação. Ambiente Hospitalar. Enfermagem.



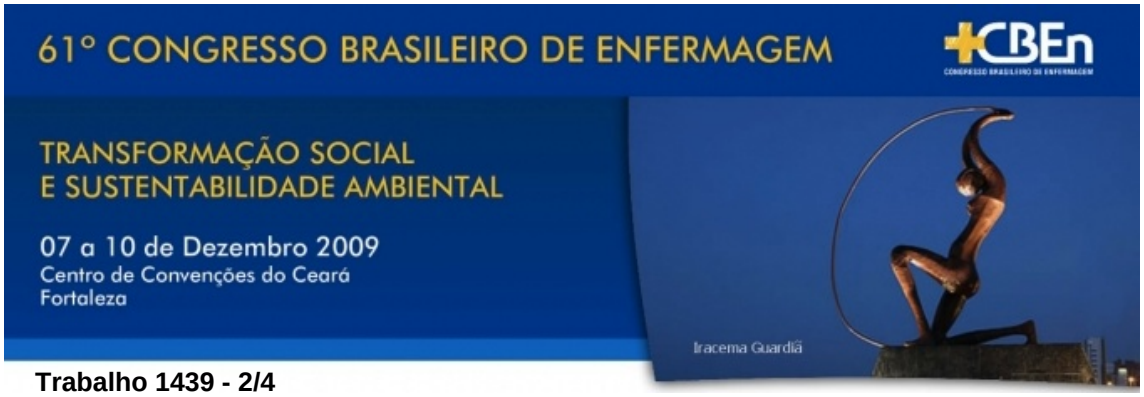
Trabalho 1439 - 1/4

O ESPAÇO INSTITUCIONAL E O EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA NO CUIDADO AO PACIENTE PORTADOR DE TBP

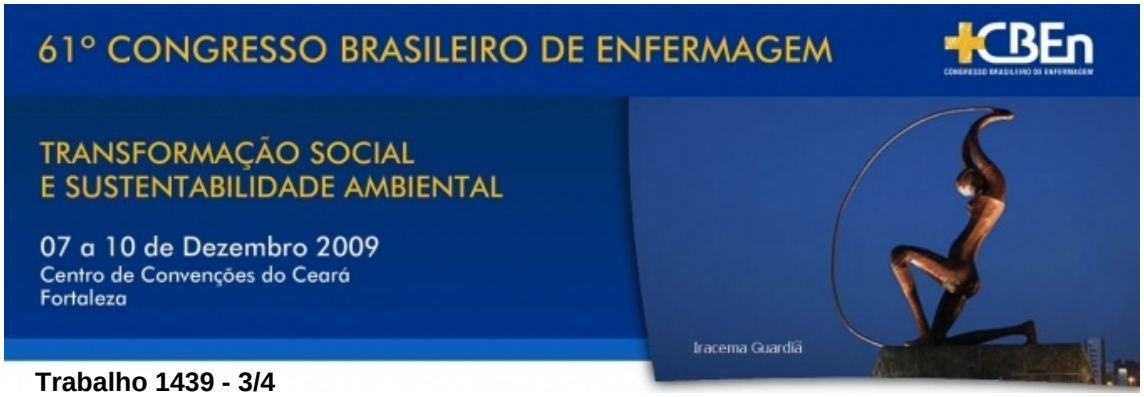
Marques, Luzia da Conceição de Araujo[1]
Kritski, Afrânio Lineu[2]
Bosi, Maria Lucia Magalhães[3]

Introdução: É elevada a carga de tuberculose (TB) no mundo (1). No Brasil, o problema é maior na região Sudeste (2), onde cerca de 30% dos pacientes são diagnosticados em hospitais gerais. É elevado o risco de infecção por *Mycobacterium tuberculosis (Mtb)* entre estudantes e profissionais de enfermagem que desempenham atividades em hospitais gerais ou universitários (3). Destacam-se, três níveis hierárquicos de medidas preventivas contra a TB: controle administrativo, ambiental ou de engenharia e a proteção respiratória pessoal (respiradores) (2). Objetivamos apreender as situações relacionadas à incorporação do equipamento de proteção respiratória, como medida de controle da infecção por TB no espaço institucional. Metodo: O campo de pesquisa foi o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, referência para TB. Optou-se pela técnica de grupo focal, com a questão "*como vocês percebem o respirador, durante o cuidado ao paciente portador de TBP?* Quatro grupos focais foram realizados com a participação de 19 entrevistados em 2005, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo: 114-04-CEP). Resultados: Emergiram como temas: *paciente portador de TBP, tempo destinado ao cuidado; escala de trabalho, cuidar no isolamento respiratório (precaução aérea) ou na enfermaria; dúvidas do profissional; conservação, armazenamento e a falta do respirador; além da responsabilidade profissional e institucional ante o uso deste equipamento*. Discussão: Apreendemos algumas situações relacionadas ao processo de organização de trabalho (4) da enfermagem e associamos ao uso do equipamento de proteção respiratória, pois é na forma da organização sócio-ambiental que as doenças

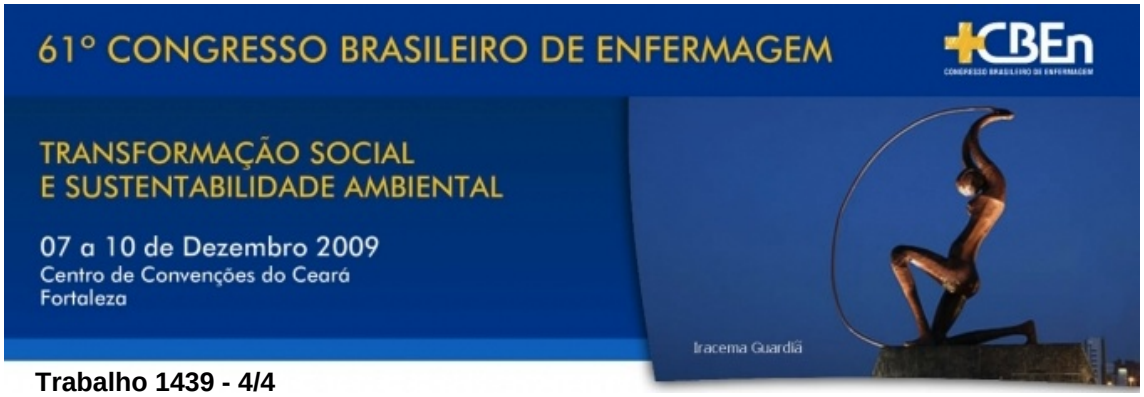
[1] Prof Adjunto FENF/ UERJ. Chefe da Seção de Pesquisa- Serviço de Desenvolvimento- HUCFF/UFRJ. Rua Maria Amália, n 237 apt 101, Tijuca. CEP 20510130
[2] Prof Adjunto FM/ UFRJ
[3] Prof Adjunto FCM



encontram espaço para emergir ou ganhar novas faces [5]. Devido a complexidade e co-morbidades a garantia do cuidado ao *paciente portador de TBP,* em um hospital universitário, depende do tempo, já que apresenta maior dependência da enfermagem, o que se configurou como *tempo e o cuidado*. As questões assinaladas apontam para o modo como esses profissionais organizam o seu trabalho e tentam garantir os preceitos descritos no Código de Ética. Reafirmam que o trabalho em saúde produz certo modo de cuidar, que poderá ou não ser curador ou promovedor da saúde. Apreendemos a *escala de trabalho* como elemento essencial para a organização do cuidado. É ela que poderá garantir a não permanência do profissional cuidando do paciente portador de TBP em todos os plantões. A percepção do cuidado ao paciente portador de TBP, na *enfermaria e* no *isolamento* é diferente. Por não dispor de aeração e/ ou ventilação natural, cuidar do paciente em quarto de precaução é motivo de preocupação e contribui para que o profissional opte por cuidar deste pacientes nas enfermarias. A enfermaria não é um espaço apropriado para manutenção do paciente portador de TBP, pois não é possível garantir a ventilação natural adequada para a promoção da limpeza do ar ambiente. A manutenção do paciente portador de TB junto a outros pacientes, principalmente imunodeprimidos, portadores de diabetes, em uso de quimioterápicos, entre outros aumenta o risco de infecção e adoecimento por TB. Aos profissionais apontamos a sua vulnerabilidade a doença. O quarto de precaução aérea destinado a estes pacientes, não dispõe das condições necessárias para o estabelecimento do cuidado, o que se afasta do que é concebido pela literatura. Destacaram-se, como *dúvidas do profissional* o uso da máscara *cirúrgica concomitante ao respirador* e a *validade* do equipamento. O uso da máscara cirúrgica sob o respirador pode interferir com sua fixação na face e propiciar o aparecimento de áreas de fuga entre a face e o respirador, principal fator que limita a sua efetividade. As situações que contribuem para a deterioração dos respiradores são a umidade, a sujeira e o desgaste ocasionado pela manutenção do equipamento dobrado. Este equipamento pode ser reutilizado pelo mesmo profissional, por períodos longos de trabalho, em várias ocasiões e durante vários meses; desde que o seu filtro esteja íntegro. O que dependerá da temperatura do ambiente e das características individuais do profissional que possibilitam a ocorrência de



transpiração. Em relação à conservação e o armazenamento, as opções do profissional são para manter o respirador *em armário pessoal, dobrado no bolso, pendurado no pescoço ou no botão do jaleco ou na gaveta do posto de enfermagem*. Estas não são condições ideais para sua conservação. A *falta do respirador* foi expressa pelo quantitativo insuficiente ou ainda por inadequada avaliação e organização para distribuição do equipamento aos profissionais, desvelando o limite institucional, para atuar no controle desta doença. Aspecto ainda mais significativo se considerarmos que o espaço de estudo é um Hospital Universitário, espaço, portanto, de formação. Não obstante o profissional tenha *responsabilidade* pelo uso do respirador, concebemos que ele não deve ser advertido pelo não-uso ou uso incorreto deste equipamento. Isto não deve ser configurado como culpa pessoal e sim como parte do processo, inserido nos aspectos apreendidos até aqui. De acordo com a Norma Reguladora 32 a garantia de equipamentos de proteção é de responsabilidade da Instituição. Estas circunstâncias nos conduziram à *responsabilidade profissional e institucional*. Conclusão: Em relação à Instituição, emergiram situações vinculadas aos espaços destinados a este cuidado (a enfermaria e o quarto de isolamento) e à organização do trabalho de enfermagem (o tempo para realização das atividades e as escalas de trabalho). Foram apontadas dúvidas do profissional em relação ao uso do respirador e os aspectos associados com a conservação, o armazenamento, a não garantia do respirador para uso, além da responsabilidade institucional e profissional ante estas situações. Torna-se necessário reavaliar a área física do setor e disponibilizar espaços que possibilitem o armazenamento e a conservação deste equipamento, pois é imprescindível que o respirador permaneça em local de fácil acesso ao profissional, preferencialmente próximo à unidade onde se encontra o paciente em precaução respiratória. É preciso garantir que informações novas cheguem até os profissionais, que se promovam treinamentos em grupos em que seus integrantes sintam-se participativos e capazes de falar acerca de seus medos, porque só assim será possível superar as questões histórico-culturais que envolvem o cuidado ao paciente portador de TBP. A prestação de cuidados a este paciente pressupõe a garantia de equipamentos, além da organização do ambiente e do trabalho.



Referências

(1) World Health Organization. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing :** WHO report 2008. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2008.393). Disponível em <http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/>. Acesso em 14 jul. 2008.

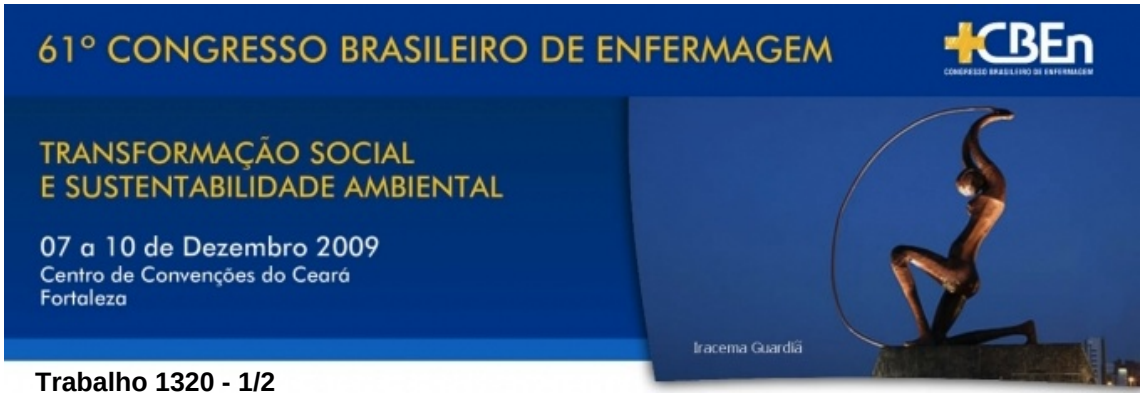
(2) Castelo Filho, A. ; Kritski, A. L.; Barreto, Â. W. ; Lemos, A. C. M. ; Ruffino Netto, A. ; Guimarães, C. A.et al. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. São Paulo: **Jornal Brasileiro de pneumologia**, [online], v.30, suppl.1, p. S57-S86, june, 2004. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/portugues/suplementos_>.

(3) Roth VR, Garrett DO, Laserson KF, Starling CE, **Kritski AL**, Medeiros EA, Binkin N, Jarvis WR. A Multi-Center Evaluation of Tuberculin Skin Test Positivity and Conversion Among Healthcare Workers in Brazilian Hospitals. Int J Tuberc Lung Dis, 2005; 9 (11): 1-8

(4) Merhy, E. E. O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um Ensaio sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo). In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES**/ FLEURY, S. (organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997. Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Câmara Brasileira do Livro, São Paulo, Brasil. Disponível em: **<**www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Destaque76.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2008.

(5) Pignatti, M.G. Health and environment: emergent diseases in Brazil. **Ambiente e Sociedade**, Campinas [SP], v. 7, n. 1, p. 133-147, [S.I.], 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em: 19 Jan. 2008.

Descritores: Tuberculose pulmonar. Exposição ocupacional. Dispositivos de proteção respiratória. Equipe de enfermagem.



Trabalho 1320 - 1/2

O EXERCÍCIO DA LIDERANÇA DO ENFERMEIRO: OPINIÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

LEMOS, Catiane Vidor [1]
ROSADO, Luiz Francisco Jardim [2]
CARDOSO, Teresinha Valduga [3]

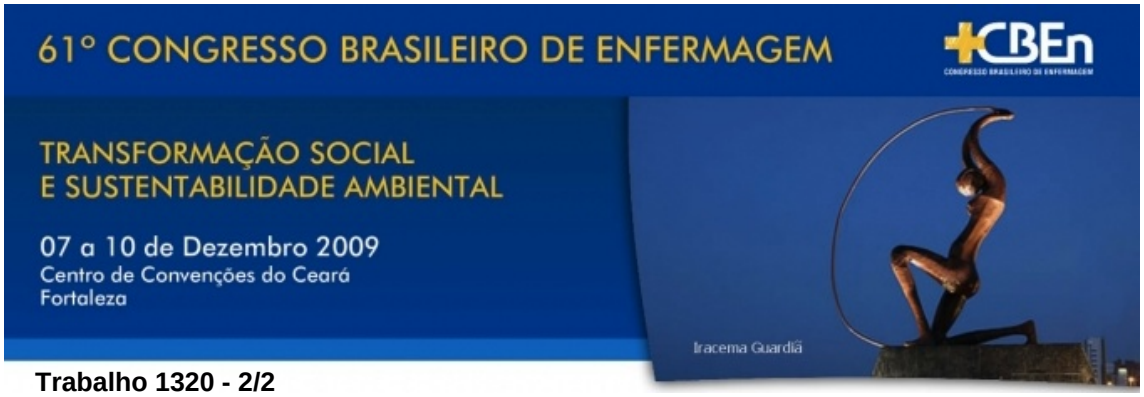
INTRODUÇÃO – Liderança moderna é entendida como o fortalecimento do grupo de trabalho, que ressalta e valoriza as competências individuais, diluindo o poder na equipe de trabalho. Isso faz com que cada membro reconheça o objetivo e o significado do seu trabalho, diferentemente da ênfase dos estudos iniciais, que centravam a liderança na pessoa e no poder detido pelo líder.[1] **OBJETIVO –** Conhecer a opinião dos técnicos de enfermagem acerca da liderança exercida pelo enfermeiro. **METODOLOGIA –** A pesquisa caracteriza-se como descritiva exploratória com abordagem qualitativa, que enfatiza a compreensão da experiência humana como é vivida.[2] Realizada pelos pesquisadores, após aprovação do Comitê de Ética da ULBRA, no mês de maio de 2009 e envolvendo 15 técnicos de enfermagem que atenderam os critérios de inclusão (estar atuando na área hospitalar por mais de três anos e cursando até o quarto semestre do Curso de Enfermagem da ULBRA - Canoas/RS). A captação das informações deu-se por entrevistas semi-estruturadas, gravadas, transcritas e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.[3] **RESULTADOS –** Das verbalizações, emergiram unidades de registros que deram origem as sub-categorias inseridas nas três categorias definidas pelos objetivos do estudo: **compreensão do significado da liderança:** comprometido com o trabalho; ser referência; identificado com a profissão; ter conhecimento; trabalhar em equipe e capacidade de gerenciar; **características positivas de liderança**: competência; inter-relacionar; ética; saber ouvir; transmitir segurança; humildade; responsabilidade e humano; **características negativas de liderança**: omissão; insegurança; abuso do poder; injusto; falta de diálogo e arrogante. **CONSIDERAÇÕES FINAIS –** Os resultados mostram que os profissionais expressam a funcionalidade do desenvolvimento da liderança pelo enfermeiro com conhecimento, sabendo avaliar o que facilita e o que dificulta o trabalho. Na percepção dos técnicos de enfermagem a habilidade de liderança exercida pelo enfermeiro é fundamental para a construção de um trabalho harmonioso, cooperativo, organizado e principalmente valorizado.

PALAVRAS-CHAVE: Técnico de Enfermagem; Enfermeiro; Liderança.

REFERÊNCIAS

1 MOTTA, P.R. Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 9ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1998.

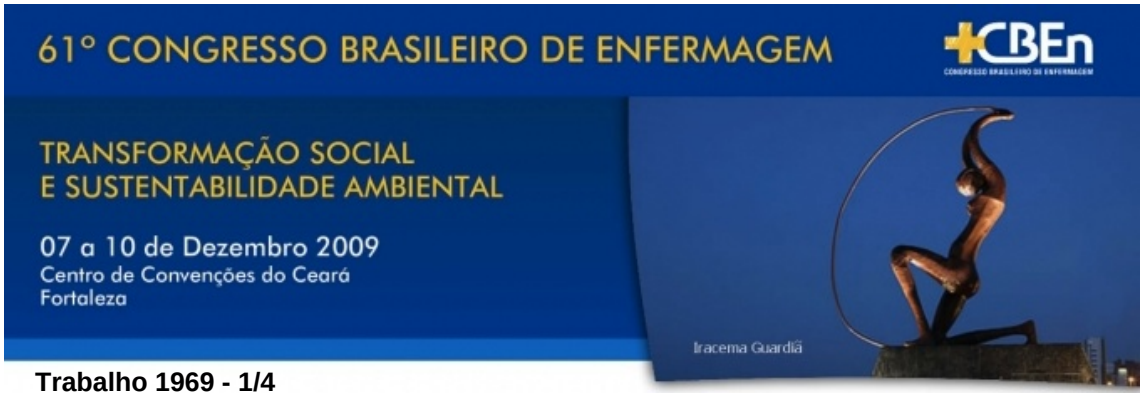
[1] Academica do 8º semestre Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil - ULBRA – Canoas/RS.
[2] Acadêmico do 8º semestre Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Canoas/RS.
[3] Mestre em Saúde Coletiva, Professora Titular do Curso de Enfermagem da ULBRA – Canoas/RS E-mail: terevalduga@ig.com.br



2 POLIT, Denise F.; **BECK**, Cheryl T.; **HUNGLER**, Bernadette P.. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização.** Trad. Ana Thorell.-5ª ed.-Porto Alegre: Artmed, 2004.

3 BARDIN, Laurence. **ANÁLISE DE CONTEÚDO.** 3º Ed. Revisada e Ampliada. Lisboa/Portugal: Edições 70, LDA. 2004.

[1] Academica do 8º semestre Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil - ULBRA – Canoas/RS.
[2] Acadêmico do 8º semestre Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Canoas/RS.
[3] Mestre em Saúde Coletiva, Professora Titular do Curso de Enfermagem da ULBRA – Canoas/RS E-mail: terevalduga@ig.com.br



Trabalho 1969 - 1/4

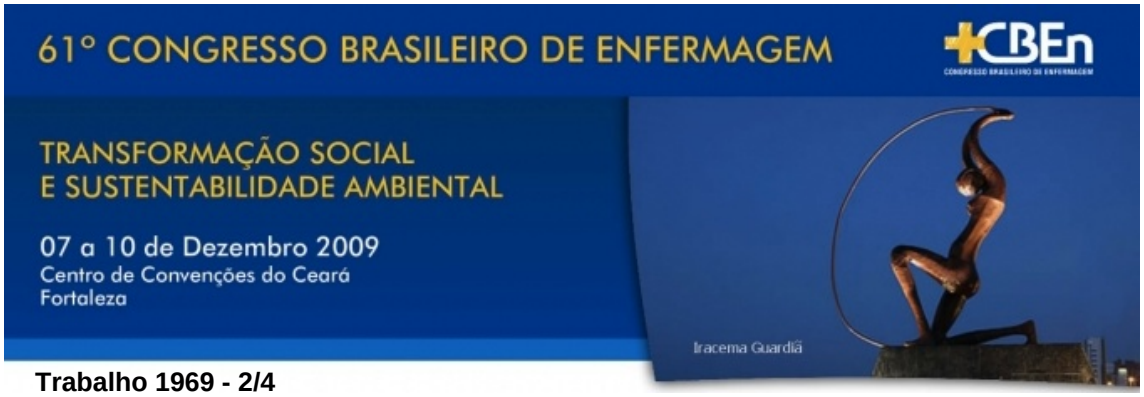
O GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DO SETOR DE ESTERILIZAÇÃO QUÍMICA NA PERSPECTIVA DA SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL.

MORAIS, Jocasta Maria Oliveira[1]
BARBOSA, Antônio Benson Abreu Santiago[2]
BARBOSA, Elane da Silva Barbosa[2]
GOMES, Joéder Soares[2]
NASCIMENTO, Maria Elizabeth do[2]
VIEIRA, Alcivan Nunes[3]

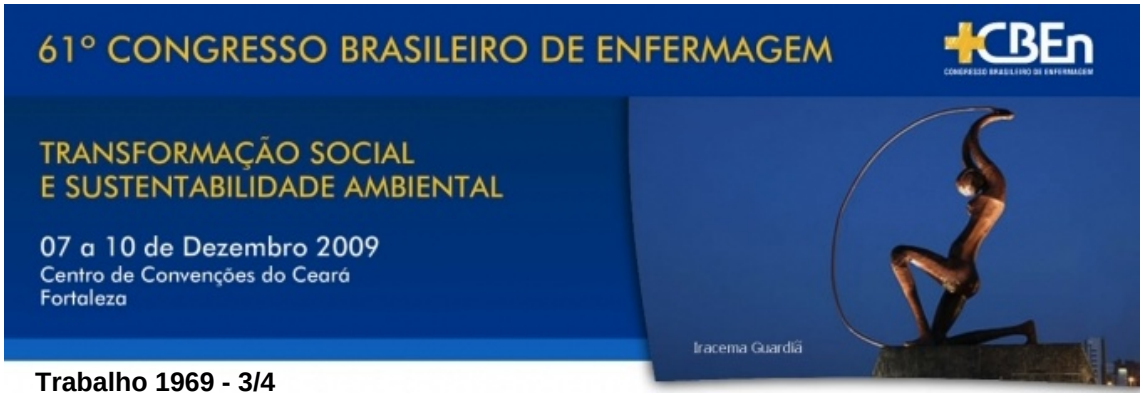
DESCRITORES: Enfermagem. Gerenciamento de resíduos. Saúde ambiental.

A esterilização constitui-se em um processo utilizado para a destruição de todas as formas de vida microbiana presentes em artigos hospitalares (TEIXEIRA e VALLE, 1996). Pode ser obtida por meio de dois processos: o físico e o químico, os quais serão selecionados em função da natureza dos artigos a serem esterilizados. Os processos físicos – calor úmido saturado sob pressão, calor seco, irradiação ionizante, irradiação ultravioleta e a filtração – são os mais indicados, pois garantem a destruição total dos microorganismos. A esterilização química é bastante utilizada. No entanto, diferentemente do processo físico, gera uma quantidade maior de resíduos químicos que precisam ter um destino adequado, dada a sua capacidade de gerar danos ao meio ambiente (TEIXEIRA e VALLE, 1996; BRASIL, 2001). Descrever o processo de esterilização química em uma instituição hospitalar, e sua relação com o gerenciamento dos resíduos de saúde advindos desse procedimento. Trata-se de um estudo descritivo; realizamos atividades de captação da realidade em uma instituição hospitalar da cidade de Mossoró-RN, por meio da observação direta da realidade. De acordo com resolução nº. 358/2005 do Conselho Nacional do Meio Ambiente - CONAMA, o Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde – RSS *apud* Oliveira (2009) pode ser compreendido como o planejamento e a execução de ações que visam ao correto manejo dos resíduos gerados em estabelecimentos de assistência à saúde. Conforme determinado na RDC ANVISA nº. 306/2004

[1] Discente do 5º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Endereço eletrônico para contato: jocasta-enfermagem@hotmail.com.
[2] Discentes do 5º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem do Estado do Rio Grande do Norte.
[3]Enfermeiro, Aluno do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde - UECE. Docente da Universidade Potiguar e da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.



e na Resolução CONAMA *apud* Oliveira (2009) a etapa de planejamento consiste na elaboração de um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, composto pelas seguintes fases: segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta e transporte externos e disposição final (*apud* Oliveira, 2009). Essas etapas do GRSS consistem respectivamente em: separação do resíduo no momento e local de sua geração, separar pelas características físicas, químicas, biológicas e também pelo estado físico. Posteriormente, esses resíduos precisam ter um tratamento adequado justamente para não agredir o meio ambiente. Todo este processo pressupõe equipes de profissionais qualificados e comprometidos com os princípios adotados pela política nacional, assim como de uma logística institucional que favoreça a organização das suas etapas. A aproximação da realidade das práticas de esterilização desenvolvida na instituição observada evidenciou a disparidade no que tange as ações realizadas pelos profissionais, principalmente quando estabelecemos um comparativo com o manual de esterilização da Central de Material e Esterilização (C.M.E.) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). Assim, segundo Brasil (2001) os materiais a serem esterilizados não devem ter contatos com outros artigos potencialmente contaminados e deve-se utilizar os EPI (Equipamento de Proteção Individual) durante todo o processo. Na captação da realidade, observou-se que os artigos transitavam em áreas do tipo: necrotério e corredores, os quais veiculam materiais contaminados e que, por conseguinte, podem contaminar os materiais a serem esterilizados. E quanto ao uso de EPI, na verdade não foi visualizado na prática. Isso porque a enfermeira do setor negligenciava a necessidade do uso de vestimenta adequada, a utilização de calçado fechado, gorro e jaleco. Foi percebido também no referido setor que os resíduos não passavam por nenhum processo de classificação quanto à sua natureza, acomodação ou ainda destino final: havia uma mistura dos resíduos químicos com o lixo comum e com o lixo biológico produzido na CME. Sendo este depositado na rede de esgoto sem nenhuma preocupação quanto aos danos que poderá vir a causar. Garcia e Zanetti-Ramos (2004) nos assinalam que a disposição simultânea de resíduos químicos e biológicos juntamente com outras substâncias pode acarretar contaminação ambiental no espaço do serviço e fora



dele. Romano e Quielhas (2006) destacam a importância do enfermeiro nesse processo, já que desenvolve um papel fundamental no gerenciamento do setor e na coordenação das atividades. Atua, portanto, na articulação da equipe e no desenvolvimento das normas e rotinas, alertando quanto à importância na execução das técnicas corretas em todas as atividades. Dessa feita, percebemos que as regulamentações de proteção e segurança à saúde do trabalhador são negligenciadas. O gerenciamento dos resíduos químicos produzidos após a esterilização não estava em conformidade com a Resolução CONAMA nº 358 de 29/04/2005 *apud* Oliveira (2009). Esta medida possibilita a organização da geração dos resíduos, minimizando sua dispersão**,** possibilitando o armazenamento e um destino adequado, diminuindo os impactos ambientais. Desse modo, inferimos a necessidade do enfermeiro, enquanto coordenador da Central de Material Esterilizado, abordar a importância do Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde junto ao processo de qualificação de sua equipe. Esse contexto, acaba se constituindo em uma grande contradição, uma vez que nós, profissionais do setor saúde, ao mesmo tempo que defendemos uma atenção à saúde a partir dos princípios do SUS, a saúde enquanto qualidade de vida, também contribuímos para a poluição do meio ambiente quando não respeitamos os princípios éticos, técnicos e científicos em nossa prática.

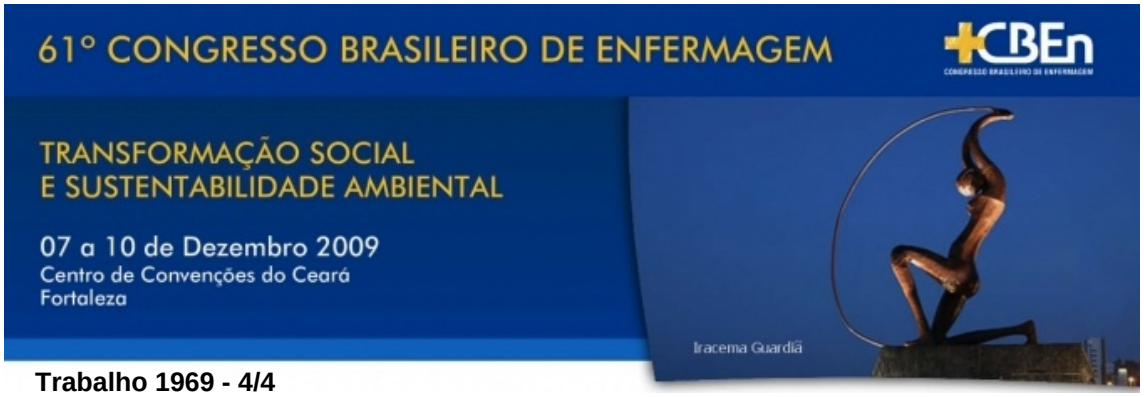
BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações Gerais para Central de Esterilização**, 2001. Disponível em http://www.corensp.org.br/072005/legislacoes/pareceres/esterilizacao_MS.pdf . Acessado em: 13 de março de 2009.

GARCIA, Leila Posenato; ZANETTI-RAMOS, Betina Giehl. **Gerenciamento dos resíduos de serviços em saúde**: uma questão de biossegurança. Publicado em 2004. Disponível em www.scielo.br/pdf/csp/v20n3. Acessado em 12 de fevereiro de 2009.

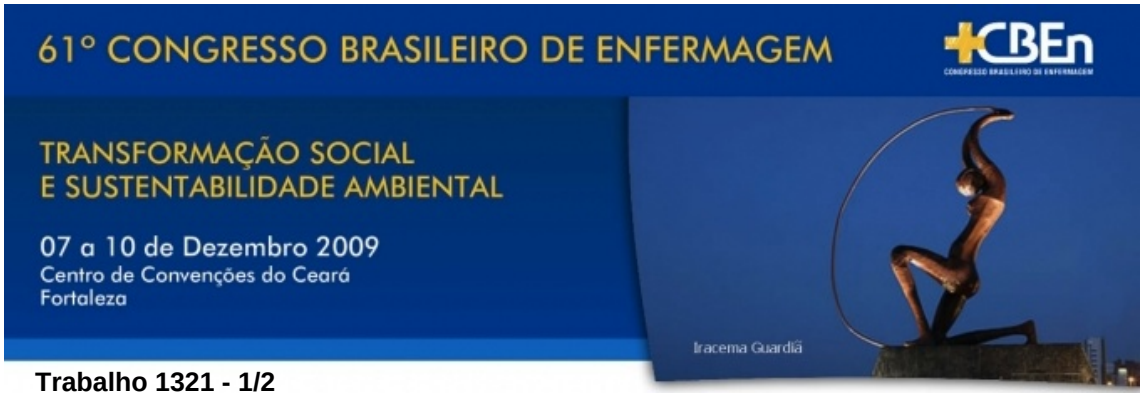
OLIVEIRA, Artur Santos Dias de. **Gerenciamento de Resíduos Hospitalares**. Publicado em 2006. Disponível em www.ngs.ufsc.br/artigos/residuos-hospitalares. Acessado em 13 de fevereiro de 2009.

ROMANO, Juliana Capellazzo; QUELHAS, Maria Cristina Ferreira. **Central de Material de Esterilização**. 2006. Disponível em www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/defcme.htm. Acessado em 13 de fevereiro



de 2009.

TEIXEIRA, Pedro;VALLE, Sílvio (Orgs.). **Biossegurança**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro:Fio Cruz,1996.



Trabalho 1321 - 1/2

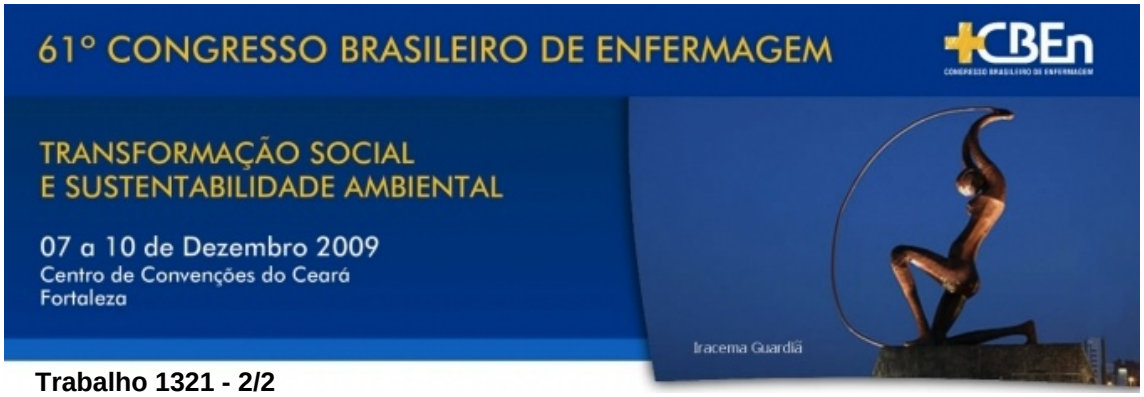
O IMPACTO AMBIENTAL DA PRÁTICA DE LAVAGEM DE CARROS NAS MARGENS DO RIO PARNAÍBA NA CIDADE DE TERESINA-PI

SOARES, Rayza Andrea Apolônio[1]; LEITE, Daniele de Oliveira[2]; RODRIGUES, Iellen Dantas Campos Verdes[3]; CAMPELO. Diego Sousa[4]; CAMPELO.Thaís Portela Teixeira[5]

RESUMO

INTRODUÇÃO: A bacia do rio Parnaíba é um das mais importantes, tanto no aspecto sócio econômico quanto ambiental para o Piauí e Maranhão. Desta forma, a atividade de lavagem de carros à margem direita do rio Parnaíba em Teresina vem preocupando o setor público bem como a população em geral. OBJETIVO: A pesquisa objetiva compreender as repercussões ambientais da prática de lavagem de carros nas margens do rio Parnaíba na cidade de Teresina-PI. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa qualiquantitativa, com dados coletados por questionário estruturado composto de 6 questões aplicadas a 15 lavadores de carros que realizam a prática na Avenida Maranhão à beira do Rio Parnaíba entrevistados e escolhidos de forma aleatória; com leitura e posterior assinatura do termo consentimento pelos participantes as entrevistas que permitiram a gravação para futura, transcrição, analise e categorização para melhor análise dos resultados. Foram entrevistados 15 lavadores de carros, RESULTADOS Após análise dos dados foram formuladas categorias e conseqüentemente subcategorias divididas em núcleos temáticos referentes aos resultados: que destacaram a prática de lavagem de carros com o uso da água do rio como uma questão de grande interferência no aspecto ambiental quando nos referimos ao equilíbrio do rio como um campo fértil de atuação no aspecto

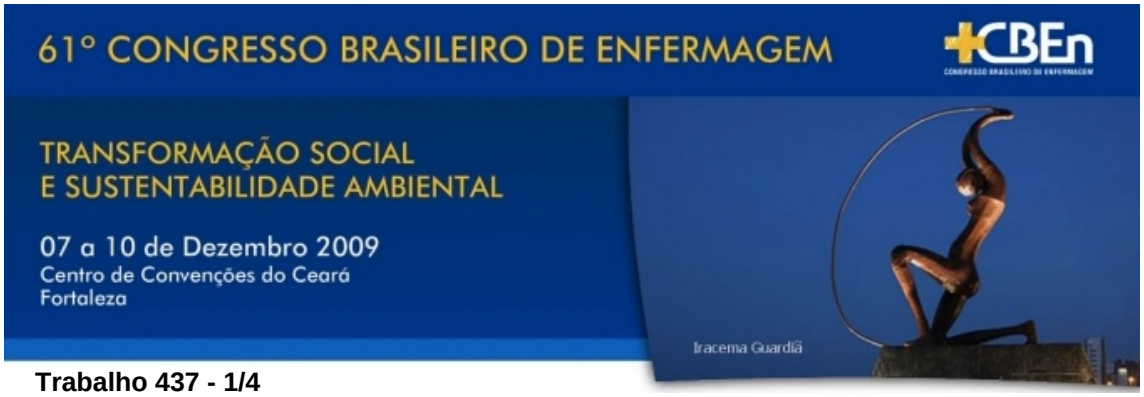
1- Rayza Andrea Apolônio Soares- Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológica do Piauí (NOVAFAPI)- E-mail: rayzaandrea@hotmail.com
2- Daniele de Oliveira Leite- Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológica do Piauí (NOVAFAPI)
3- Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues- Graduanda do curso de enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).
3- Diego Sousa Campelo-Enfermeiro Graduado pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), enfermeiro do PSF do CS Anita Ferraz.
4- Thaís Portela Teixeira Campelo- Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), especialista em Auditoria dos Serviços de Saúde, enfermeira chefe da Clínica Santo Antônio



preventivo. CONCLUSÃO: A realização da lavagem de carros de forma indevida, pode acarretar graves problemas, resultantes da lavagem de carros constituídos de sabões, detergentes, ceras, graxas, silicone, querosene, gasolina. Estes poluentes afetam o meio ambiente e comprometem a qualidade da água do rio e consequentemente quanto à saúde da população que utilizam essa água. BIBLIOGRAFIA: (1) análise quali-quantitativa da água do rio parnaíba no trecho dos lavadores de carro na avenida maranhão em teresina/pi .Patrícia CRUZ; Aryane BARROS; Jacqueline BRITO; Luiz CARVALHO; D'AGUILA, P. S.; ROQUE, O. C. C.; MIRANDA, C. A. S. & FERREIRA, A. P., 2000. (2) Avaliação da qualidade de água para abastecimento público do Município de Nova Iguaçu. *Cadernos de Saúde Pública*, 16: 791-798; (3) CAIRNCROSS, S. & KOLSKY, P. J., 1997. Re: Water, waste and well-being: A multicountry study. *American Journal of Epidemiology*, 146:359-361.

PALAVRAS CHAVES: Impacto Ambiental; Lavagem de Carros; Saúde Pública

1- Rayza Andrea Apolônio Soares- Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológica do Piauí (NOVAFAPI)- E-mail: rayzaandrea@hotmail.com
2- Daniele de Oliveira Leite- Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológica do Piauí (NOVAFAPI)
3- Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues- Graduanda do curso de enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).
3- Diego Sousa Campelo-Enfermeiro Graduado pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), enfermeiro do PSF do CS Anita Ferraz.
4- Thaís Portela Teixeira Campelo- Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), especialista em Auditoria dos Serviços de Saúde, enfermeira chefe da Clínica Santo Antônio



Trabalho 437 - 1/4

O MEIO AMBIENTE DO TRABALHO EM HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS

VAGHETTI, Helena Heidtmann[1]
PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza[2]
COSTA, Cesar Francisco da[3]
LUNARDI FILHO, Wilson Danilo[4]
PIRES, Alexandre da Costa[5]

Introdução: Na atualidade, o direito ambiental do trabalho e a proteção ao ambiente de trabalho estão voltados à necessidade de um ambiente saudável que permita o bem-estar e a promoção da saúde física, mental e social dos trabalhadores. A idéia de sustentabilidade disposta nesta assertiva volta-se para a responsabilidade das organizações com a qualidade de vida de seus trabalhadores atuais e futuros. O conceito de meio ambiente na Constituição Brasileira de 1988 abrange, além do fator natural e físico, o cultural, o artificial e o meio ambiente do trabalho, que pode ser entendido como o conjunto de condições existentes no local de trabalho relativo à qualidade de vida daqueles que ali exercem suas atividades. O meio ambiente do trabalho, neste sentido, é o conjunto de fatores físicos, climáticos ou outros que, interligados, ou não, estão presentes e envolvem o local de trabalho do indivíduo (SANTOS, 1999). O meio ambiente deve ser considerado, também, como um bem a ser protegido pelas legislações para que o trabalhador possa usufruir de uma melhor qualidade de

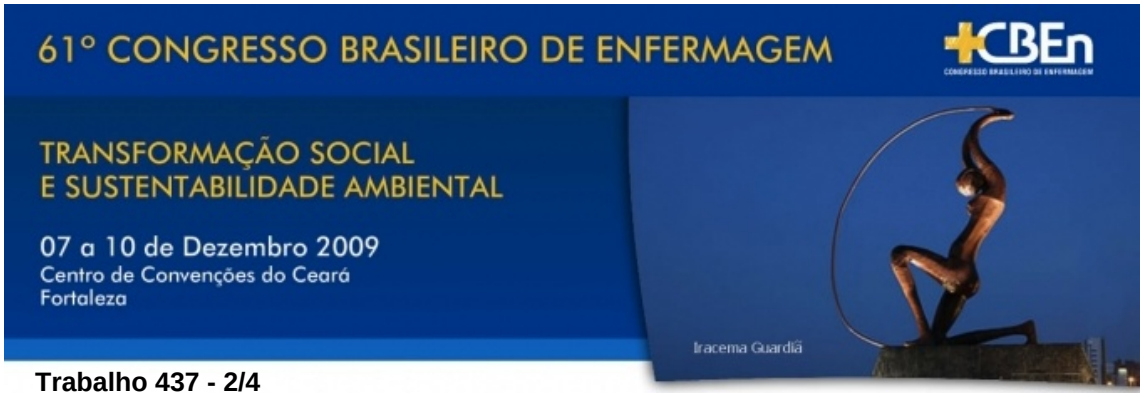
[1] Enfermeira Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Organização do Trabalho em Enfermagem e Saúde (GEPOTES). E-mail: vaghetti@vetorial.net

[2] Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Líder do GEHCE. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Pós-Doutorado na Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing at University of Toronto/Canadá.

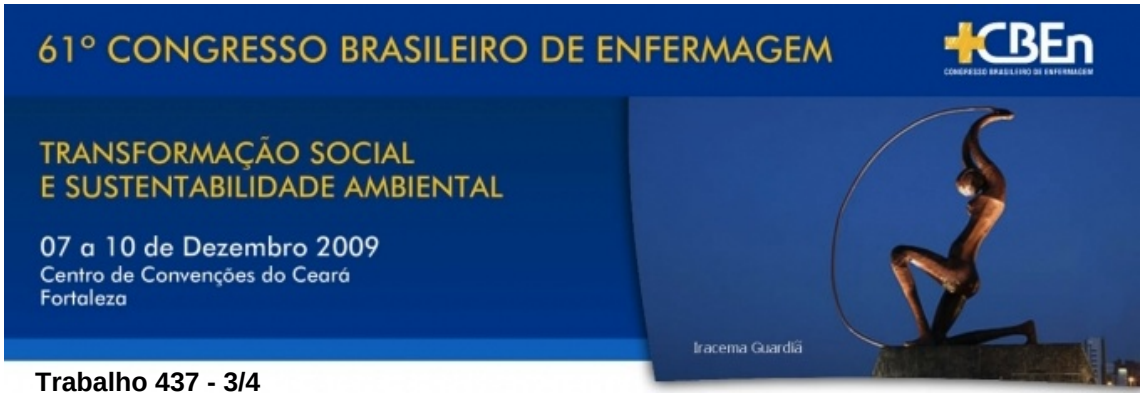
[3] Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES).

[4] Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES).

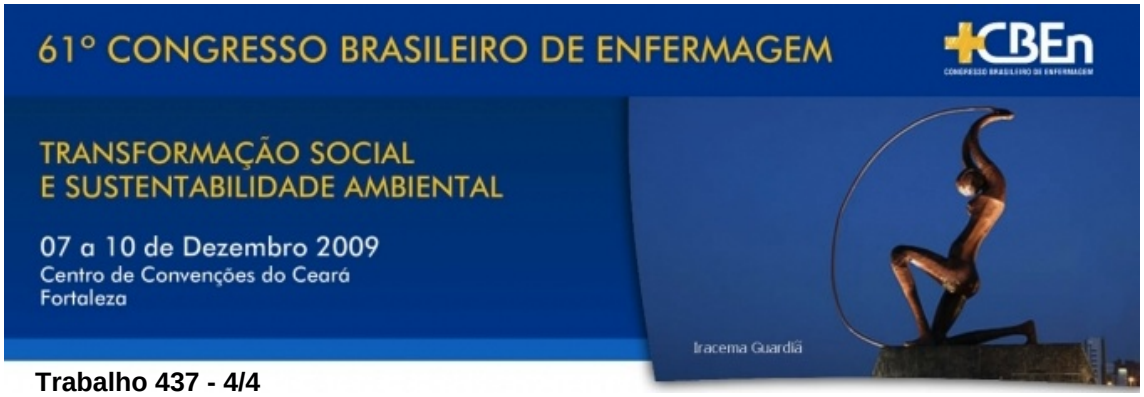
[5] Acadêmico do oitavo semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Bolsista de iniciação científica PIBIC/CNPq. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES). E-mail: acosta_sm@hotmail.com



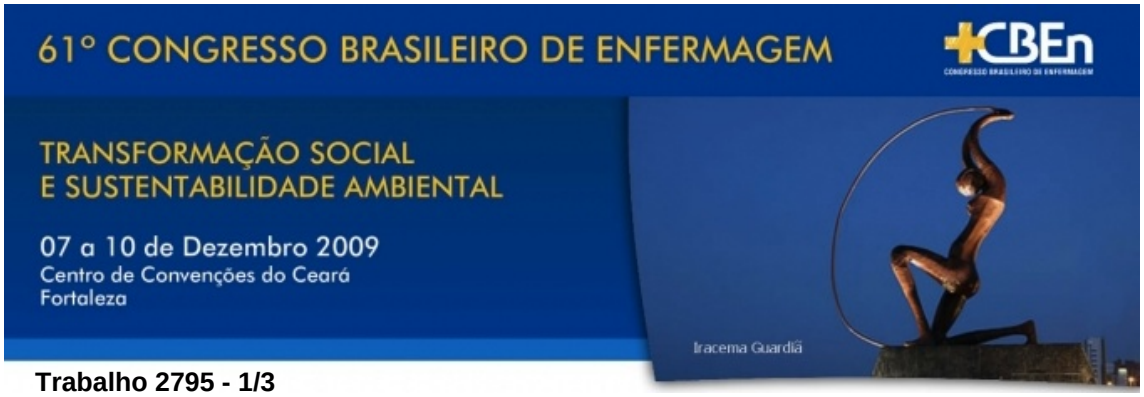
vida (GROTT, 2003). Este assunto ganha ênfase quando se trata do ambiente de trabalho de hospitais públicos brasileiros, uma vez que os significados produzidos por trabalhadores hospitalares sobre este tema traduzem traços da cultura que viceja nestes espaços e afetam a assistência que é prestada nestes locais (VAGHETTI, 2008). Assim, esta pesquisa voltou-se para o estudo dos significados do ambiente do trabalho expresso na cultura de hospitais públicos brasileiros. A instrumentalidade da investigação ocorreu em teses e dissertações que enfocavam o tema cultura organizacional de hospitais vinculados ao SUS, buscando responder a seguinte questão: como os significados sobre o ambiente do trabalho se evidenciam na cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros? Tomou-se por referencial teórico a perspectiva subjetivista da antropologia simbólico/ interpretativa, defendida por Clifford Geertz (1989). **Objetivo:** interpretar os significados expressos por autores de estudos empíricos com a temática cultura organizacional de hospitais públicos, sobre aquilo que os sujeitos de suas pesquisas expuseram sobre o ambiente físico destes espaços. **Metodologia:** Pesquisa descritiva qualitativa de cunho documental em três teses e sete dissertações produzidas em Programas de Pós-graduação brasileiros (2002 e 2006), que continham em seu texto a temática cultura organizacional de hospitais públicos integrados ao SUS. Fragmentos textuais encaminharam a constituição desta estrutura de significação que evidenciou significados sobre o ambiente de trabalho nos hospitais, a qual foi analisada e interpretada, segundo algumas concepções sobre pesquisa cultural propostas por Geertz (1989). **Resultados:** Os achados demonstraram a precariedade do ambiente nos hospitais públicos caracterizada, entre outros, pela má conservação ou inadequação dos espaços de trabalho que se estende desde pinturas descascadas, infiltrações, pisos irregulares, ventilação inadequada, expurgos mal localizados, iluminação deficiente, até a ausência de áreas de descanso e de desenvolvimento da socialização. Também há indicação de que os hospitais não são locais confortáveis para o trabalho, sendo que os trabalhadores, de uma maneira geral, sentem-se desmotivados pelo mau estado de conservação das instalações físicas e materiais para o atendimento aos pacientes. A inexistência de mobiliário adequado reduz o desempenho dos trabalhadores que estão sempre buscando adaptar o ambiente físico às necessidades do seu trabalho. Isto



tudo provoca desestímulo, afetando o desempenho dos trabalhadores na assistência. **Conclusões:** A situação do ambiente do trabalho hospitalar atinge não só o desempenho do trabalhador no atendimento ou na assistência que é prestada ao usuário do sistema de saúde, mas também sua auto–estima, comprometendo, igualmente, sua saúde, pelas condições insalubres que existem nestes espaços. A inexistência de ambientes de sociabilidade, na maioria dos hospitais, não permite vivências de integração que proporcionem o exercício da interação. Com isto, há dificuldade de formação e consolidação das relações informais necessárias ao bom convívio e à qualidade de vida social nestes ambientes. Pode-se afirmar que o ambiente físico dos hospitais é uma evidência cultural simbólica, cujos significados apontam para a valoração dos trabalhadores da saúde dos hospitais. A qualidade do espaço do trabalho também é a representação das relações de poder que existem no interior das organizações e as condições degradantes do ambiente de alguns hospitais são a materialização do desprestígio dos seus trabalhadores perante a administração, a sociedade, os usuários e seus iguais. Sabe-se o quanto é difícil a mudança deste quadro a partir da negociação no micro espaço dos trabalhadores. Entretanto, deve-se ter a clareza de que a qualidade do ambiente do trabalho é um direito constitucional, cuja conquista requer mais uma luta dos trabalhadores dos hospitais na arena de responsabilidade do Estado. Diante do exposto, é urgente que sejam formuladas estratégias que caminhem ao encontro de uma gestão hospitalar sustentável, que se dedique, entre outros, a majorar a qualidade de vida dos trabalhadores nos hospitais e implique na responsabilidade social e civil dos gestores quanto a este assunto. Considera-se que este estudo poderá fornecer subsídios para reflexões sobre o ambiente de trabalho hospitalar e como este se insere e repercute na existência dos trabalhadores, promovendo, também, discussões acerca do mundo do trabalho nos hospitais, que, por vezes, é estressante, desgastante e desanimador, mas no qual os sujeitos encontram sentidos ao seu viver. Da mesma maneira, há a pretensão de que os resultados aqui dispostos disseminem idéias sobre a premência de uma gestão sustentável para os hospitais voltada para uma atenção efetiva ao ambiente do trabalho, adequando-o aos novos anseios mundiais de desenvolvimento sustentável e de qualidade de vida, o que trará vantagens aos trabalhadores e à sociedade. **Bibliografia:** GROTT**,** J.M.



Princípios ambientais: a salvaguarda do trabalhador. Curitiba: Jurua Editora, 2003**.** Geertz C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro (RJ): LTC; 1989. SANTOS, A.S.R. Meio ambiente do trabalho: considerações. **Rev. Meio Ambiente Industrial (SP).** São Paulo, n.21, p. 50-51, nov./dez. 1999b. VAGHETTI, H.H. **As perspectivas de um retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros: uma tradução, uma bricolagem** [tese]. Florianópolis (SC): Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2008. **Descritores:** Hospitais Públicos; Ambiente de Trabalho; Ambiente de Instituições de Saúde; Desenvolvimento Sustentável, Cultura Organizacional.



Trabalho 2795 - 1/3

O PAPEL SOCIOAMBIENTAL DO ENFERMEIRO: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO A SAÚDE PARA PREVENIR A INFECÇÃO PELO VÍRUS INFLUENZA A H1N1.

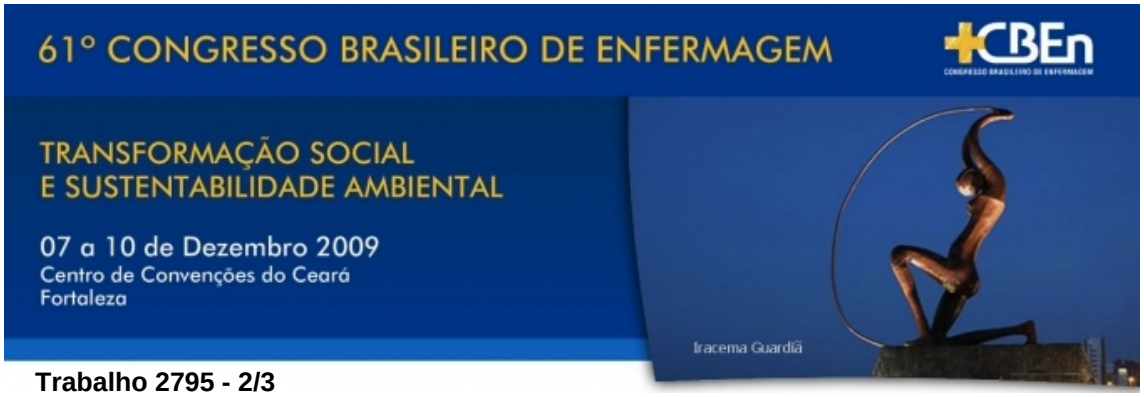
Pinheiro, Adriana de Sá[1]; Nogueira, Isabela dos Santos[1]; Silva, Renata Glaucia Barros da Silva[1]; Alencar, Mônica Florice Albuquerque[2].

INTRODUÇÃO: Fatos atuais vêm assustando o mundo para a ocorrência de uma nova pandemia de gripe causada pela influenza suína mutante, detectada inicialmente no México, estendendo-se para 40 países, incluso o Brasil, com milhares de casos detectados e centenas de mortes já confirmadas mundialmente. A existência de múltiplos reservatórios deste vírus na natureza favorece recombinações que circulam em humanos e animais. A gripe suína é uma doença que circula entre porcos, e é causada pelo vírus influenza tipo A. Atualmente, esse vírus tem atingido humanos de vários países do mundo e já considerado um problema de saúde mundial. O transporte aéreo contribui para uma possível propagação rápida da doença, colocando em risco a população mundial. Desta forma, o sistema de saúde brasileiro precisa estabelecer uma vigilância epidemiológica efetiva, disponibilizar medicamentos, materiais e equipamentos adequados à resolução do problema eminente, além de profissionais de saúde treinados e preparados para identificar os agentes infecciosos, cuidar dos infectados, proporcionando, assim, a educação em saúde para que a população seja informada sobre vários aspectos da doença, desmistificando alguns fatos e fortalecendo a prevenção. OBEJETIVO: destacar o papel socioambiental do enfermeiro através da utilização de estratégias de cuidado a saúde para prevenir a infecção pelo vírus influenza A H1N1 nos vários ambientes do cuidado. METODOLOGIA: Levantamento sistemático de publicações mais relevantes para obter informações atualizadas sobre o tema. RESULTADOS: De acordo com a World Health Organization (WHO) de Genebra, os cuidados básicos de saúde devem ser implementos e seguidos pelas

[1] Acadêmica do 4º ano do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará.

[2] Enfermeira da Agência Transfusional da Fundação Pública Hospital de Clinicas Gaspar Vianna, Mestranda em Educação.

E-mail do relator: adrianadesapinheiro@hotmail.com

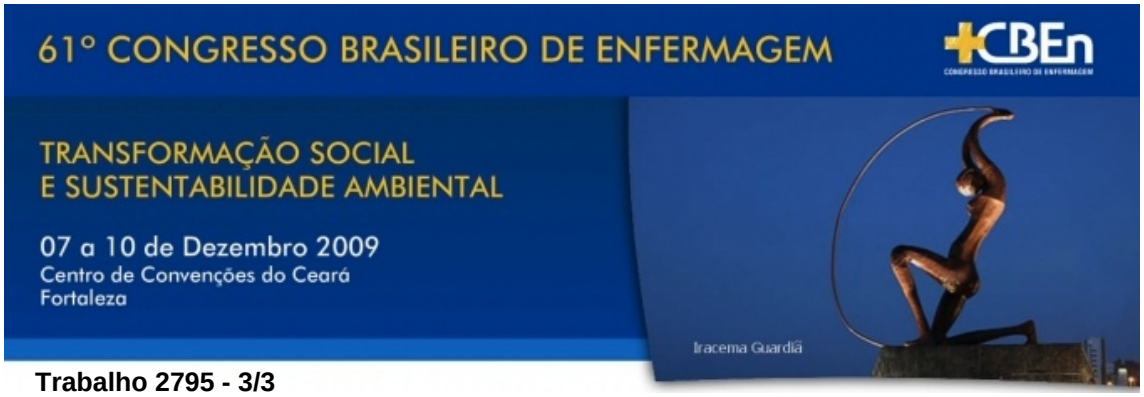


comunidades afetadas no sentido de minimizar a transmissão entre pessoas. Algumas medidas devem ser tomadas para reduzir o risco de contaminação pelos perdigotos expelidos pela tosse e espirro de pessoas infectadas: ter bons hábitos de saúde como boa alimentação, sono e repouso adequado, atividade física diária, higiene pessoal e ambiental adequadas; estar informado sobre os sinais e sintomas da doença, evitar locais fechados e aglomerados, além de outras medidas como evitar contato próximo com pessoas sob suspeita, lavagem das mãos e evitar tocar olhos, nariz e boca. CONCLUSÃO: A Influenza H1N1 é uma doença causada pelo vírus influenza tipo A com características epidêmicas. Estratégias de prevenção e controle devem ser tomadas para diminuição do risco de infecção nos vários ambientes do cuidado em que o enfermeiro está inserido, estas incluem a educação em saúde para todos os usuários dos serviços de saúde, tanto nas salas de espera, que devem ser remanejadas para lugares abertos e ventilados, quanto no desempenho de suas várias atribuições, além de incentivar a equipe multiprofissional para o uso dos equipamentos de proteção individual e de medidas preventivas de contato. Portanto, doenças infecciosas continuarão a emergir e re-emergir, apresentando novos riscos à saúde humana e animal. Os cientistas chamam a atenção para o papel do homem nestes eventos, através de sua ação sobre o meio ambiente. Por outro lado, o avanço no desenvolvimento de técnicas de diagnóstico, vigilância, produção de vacinas e medicamentos é a resposta da ciência a este desafios. Assim, espera-se dos profissionais de saúde e autoridades responsáveis pela saúde pública que continuem seus esforços no sentido de prevenir e evitar grandes epidemias, preservando vidas. BIBLIOGRAFIA: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de preparação brasileiro para o enfretamento de uma pandemia de influenza. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Donalílsio MR. Pandemia de influenza: Seminário Internacional de Influenza. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2005. WHO. Plan Mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza. WHO: Geneva, 2005.

[1] Acadêmica do 4º ano do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará.

[2] Enfermeira da Agência Transfusional da Fundação Pública Hospital de Clinicas Gaspar Vianna, Mestranda em Educação.

E-mail do relator: adrianadesapinheiro@hotmail.com



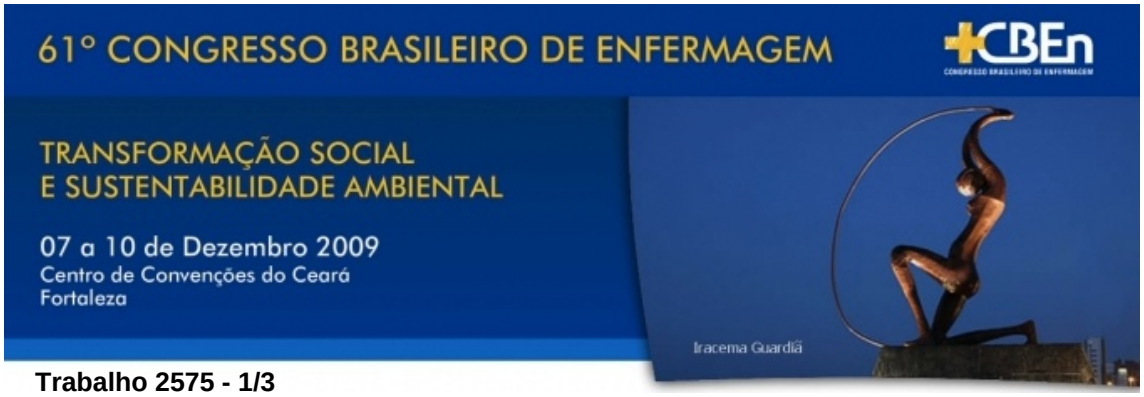
Trabalho 2795 - 3/3

DESCRITORES: Cuidado, Prevenção, Gripe Suína.

[1] Acadêmica do 4º ano do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará.

[2] Enfermeira da Agência Transfusional da Fundação Pública Hospital de Clinicas Gaspar Vianna, Mestranda em Educação.

E-mail do relator: adrianadesapinheiro@hotmail.com



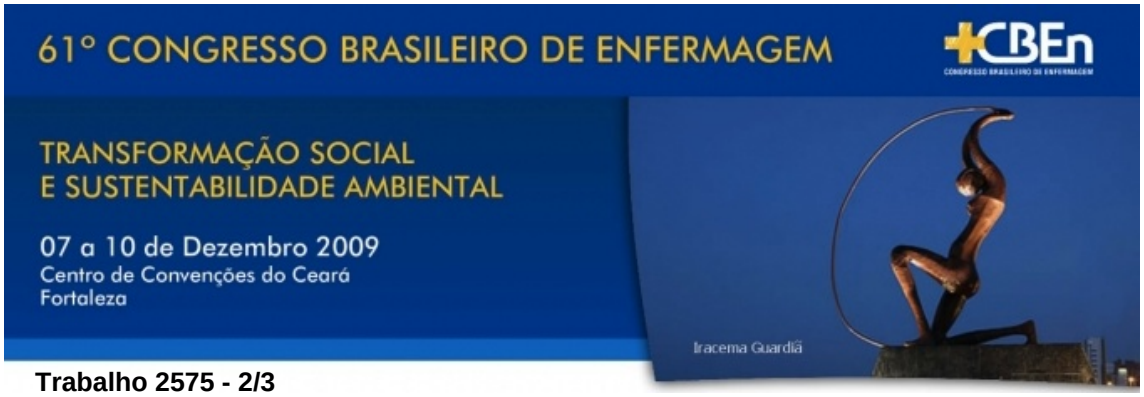
Trabalho 2575 - 1/3

O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM AO AMBIENTE DO CUIDADO/CONFORTO DA UTI

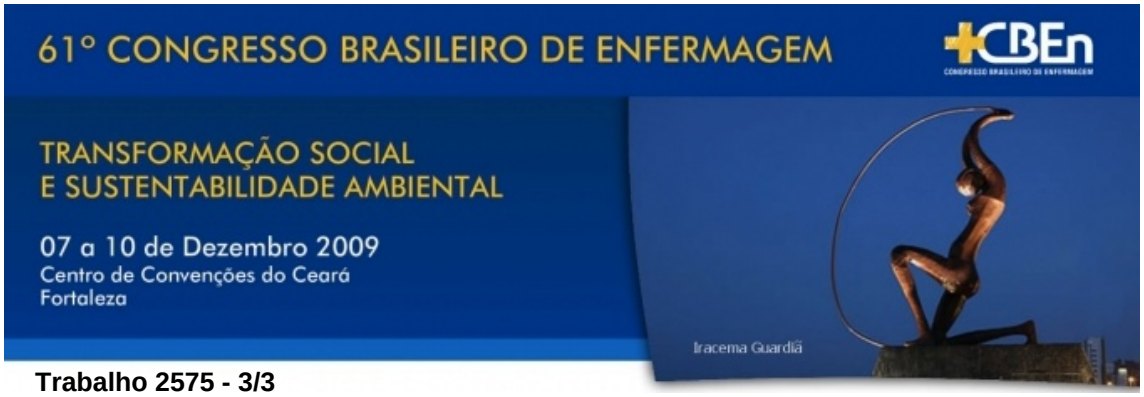
OLIVEIRA, FABRÍCIO[1]; RÊGO, MARGARETHE MARIA SANTIAGO[2]

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por algumas vezes, não é vista como um local de restauração da saúde, devido a proximidade da morte de muitos dos clientes/pacientes que estão ali internados, gerando sobrecarga emocional ao cliente/paciente, seus familiares e, também, para todos os profissionais envolvidos com o tratamento[1]. A enfermagem é uma das principais profissões a sofrerem do estresse ocupacional, por viverem freqüentemente próximos as situações de sofrimento, dor e de morte, assim como da responsabilidade com a vida dos clientes/pacientes[2]. Os profissionais da equipe de enfermagem, tendo em vista os fatores que colaboram para o desgaste físico e emocional no local de trabalho, necessitam se adaptar ao ambiente da UTI, como forma de prestar um cuidado ao cliente/paciente de melhor qualidade e de, até mesmo, evitar o desencadeamento de doenças ocupacionais. A qualidade de vida do ser humano está interligada aos aspectos relacionados ao ambiente onde desenvolve suas atividades laborais. Diante do exposto, relacionado a inserção da enfermagem no ambiente da UTI, este trabalho tem por objetivo identificar elementos que facilitam e dificultam a adaptação da equipe de enfermagem ao ambiente do cuidado na UTI. Metodologia. Este estudo foi realizado em um hospital militar da cidade do Rio de Janeiro, após prévia autorização do Comitê de Ética e Pesquisa, considerando os aspectos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram onze enfermeiros (as), que atuam a mais de um ano em UTI adulto e que concordaram em participar da pesquisa, através de autorização no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a coleta de dados, foram utilizadas duas técnicas. A observação participante, realizada através de dois roteiros de avaliação. O primeiro proposto pelo Manual de Acreditação Hospitalar

[1] Enfermeiro; Mestre em Enfermagem pela EEAN/UFRJ; Enfermeiro Assistente da UTI do Hospital Naval Marcílio Dias (Marinha do Brasil). E-mail: fabricioriomar@hotmail.com
[2] Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ; Professora Adjunta do DEMC/NUPENH/EEAN/UFRJ



da Organização Nacional de Acreditação – ONA, utilizando a subsecão Enfermagem e a referente à Unidade de Tratamento Intensivo; o segundo roteiro utilizado, foi desenvolvido em torno dos itens: “Cuidado ao Paciente” e “Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente”, contidos no Manual Internacional de padrões de certificação hospitalar editado pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação- CBA/*Joint Commission International*. A segunda técnica de coleta de dados foi à entrevista semi-estruturada, composta de perguntas abertas, cujos depoimentos foram gravados, após solicitação e autorização dos participantes, e posteriormente transcritos, categorizados e analisados. O tratamento dos dados foi realizado através da análise de conteúdo temático proposto por Laurence Bardin (2004). Resultados. A primeira teórica da área de enfermagem, Florence Nightingale, já destacava a importância do agir das enfermeiras sobre o ambiente do cuidado, oferecendo melhores condições ambientais para promover o restabelecimento da saúde[3]. O ambiente do cuidado pode ser descrito como *“[...] o espaço em que ás práticas de cuidar acontecem”* [4]. A UTI se distinguiu de outras unidades hospitalares, devido à promoção de um quantitativo maior de cuidados, sentido, conforme relatos, como hostil e a primeira vista assustador. A grande quantidade de procedimentos, muitas vezes fontes de sofrimento, tanto para quem cuida como para quem é cuidado, pode ser visto como um fator estimulador ao oferecimento de um cuidado/conforto de qualidade a uma clientela altamente dependente. Conclusões. A partir dessas duas vertentes, isto é, ambiente assustador e ambiente de aprendizado é possível inferir que, na realidade, a UTI é um ambiente no qual a complexidade dos cuidados pode estabelecer estratégias de alcançar a qualidade a partir da motivação para aprender a cuidar, do cliente/paciente, cada vez melhor. Desse modo, consideramos que a promoção do cuidado/conforto no ambiente de UTI deve buscar integrar a dimensão teórica com a aprendizagem baseada na prática de enfermagem. Assim, é possível constatar, através dos depoimentos, que alguns dos profissionais que atuam em UTI podem, inicialmente, apresentar dificuldades no processo de adaptação neste cenário devido, principalmente, pela multiplicidade de equipamentos de alta tecnologia usados para promover o cuidado/conforto. Entretanto, esses obstáculos podem e devem ser superados através de estratégias como: qualificação, seleção e educação permanente. Vale



ressaltar, nestas estratégias, a importância da valorização da humanização. Ao contrário dos relatos de muitos enfermeiros, a tecnologia não pode ser vista como o maior problema dentro das UTIs. Este atributo é dado á falta de cuidados, também chamado de desumanização[5].

Bibliografia

1. SEVERO, G.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Scientia Medica*, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 1, jan./mar. 2005

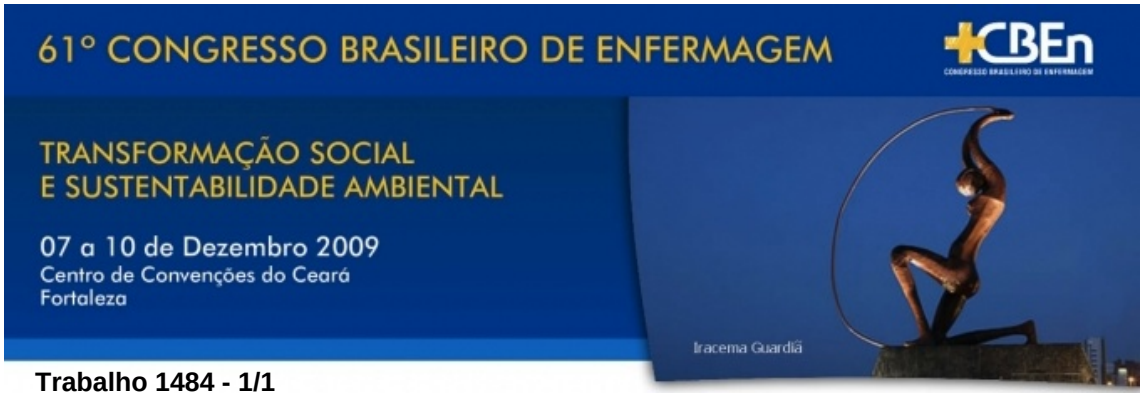
2. Ferrareze, M. V. G.; Ferreira, V.; Carvalho, A. M. P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. Acta Paul Enferm 2006;19(3):310-15.

3. CANO, M. D. A. Florence Nightingale, la primera gran tórica de enfermería. Rev. Cubana Enfermer, vol. 20, n. 3, 2004. Disponível em: file:///D|/revistas %20para%20web/vol20_3_04/enf09304.htm (2 of 11). Acesso em: 28/10/2004.

4. FIGUEIREDO, N. M. A. VIANNA, D.L. Fundamentos do uso de tecnologia na Enfermagem. São Paulo: Editora Yendis, 2005.

5. SILVA, R. C. L.; PORTO, I. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. REFLEXÕES ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E O DISCURSO DE HUMANIZAÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA. Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 12, n. 1, p. 156-9. 2008.

DESCRITORES: Enfermagem; ambiente de instituições de saúde; estratégias de adaptação; cuidado.



Trabalho 1484 - 1/1

O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DA SUSTENTABILIDADE: aplicação na prática de Enfermagem

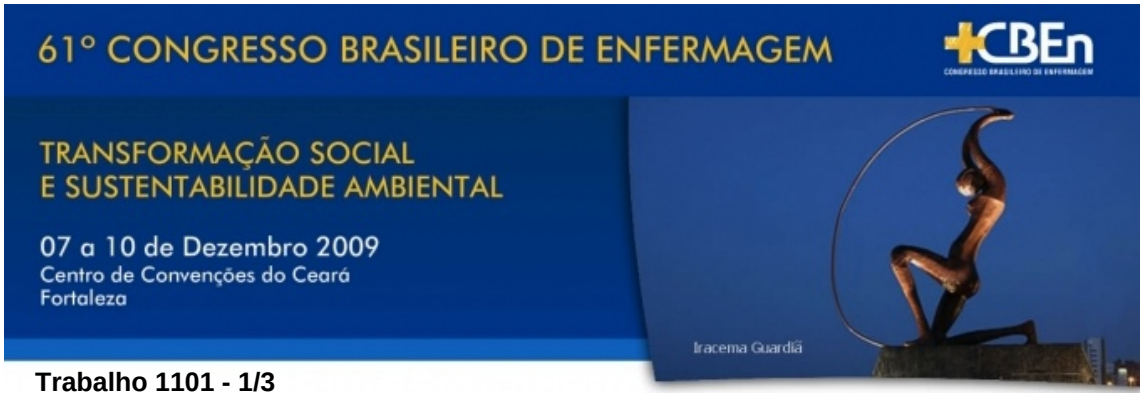
ANDRADE, Dailla de Souza [1]
PEREIRA, Natalia Antunes [1]
ALVES, Jaqueline Ester [1]
AMARANTE, Sandra Terezinha[2]

RESUMO

INTRODUÇÃO: A preocupação com o meio ambiente e o cuidado com resíduos tem sido o enfoque predominante do conteúdo acadêmico ministrado na graduação em Enfermagem. Na prática, também verifica-se a preocupação com o gerenciamento de resíduos, principalmente porque há um gasto maior com a incineração, que é dispendiosa, neste processo. No entanto, verificamos os princípios de sustentabilidade, que poderiam ter maior abrangência de ações proativas, considerando-se a riqueza de ações as quais poderiam ser implementadas no processo de vida dos profissionais e seus usuários; são esquecidos, desvalorizados ou desconhecidos. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é identificar, caracterizar e relacionar princípios da sustentabilidade ministrados em um curso de graduação em enfermagem, às ações profissionais observadas em campo de estágio. **DELINEAMENTO METODOLÓGICO:** O método utilizado foi qualitativo, com a técnica de análise de conteúdo; o campo foi um Curso de Graduação em Enfermagem em uma Instituição de ensino da Região Metropolitana de São Paulo; os sujeitos foram 25 alunos da 2ª. série, que cursaram a disciplina Saúde Ambiental e tiveram contato com a prática de enfermagem no âmbito hospitalar e em saúde coletiva. O roteiro de coleta de dados constituiu-se de questões relacionadas à descrição de princípios de sustentabilidade ministrados durante o conteúdo teórico e a relação que os alunos puderam fazer com as ações para a prática de enfermagem observada; além dos relacionados ao gerenciamento de resíduos sólidos. **RESULTADOS:** A totalidade dos alunos relacionou os princípios de saúde ambiental ao gerenciamento de resíduos e à importância de sua segregação. O conceito e princípios de sustentabilidade, após serem introduzidos no roteiro das questões sobre sua significância do contextoestudado, puderam estimular a relação de ações no processo de trabalho de enfermagem capazes de incluir o cuidado com os próprios profissionais; atenção às jornadas e condições de trabalho, bem como as salariais, evidenciando a necessidade de participação nas decisões gerenciais, manutenção econômica das organizações empregadoras, sem esquecer a participação da sociedade, considerando-se que a saúde é o maior bem que o ser humano possui. Ações simples veiculadas nos meios de comunicação em massa, como o controle de gastos com água, energia elétrica, material de consumo surgiram como categorias levantadas pelos alunos. . **CONCLUSÃO:** Os princípios de sustentabilidade na esfera ambiental, social e econômica poderiam ser ampliados e a criatividade dos acadêmicos emergiria espontaneamente de situações no cotidiano, considerando-se a riqueza de ações a serem implementadas ainda no processo de trabalho em Enfermagem.

Descritores: Enfermagem, Ensino em Enfermagem, Sustentabilidade.

1 – Graduanda em Enfermagem – Faculdade de Medicina do ABC.
2 – Enfermeira, Doutora – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina do ABC



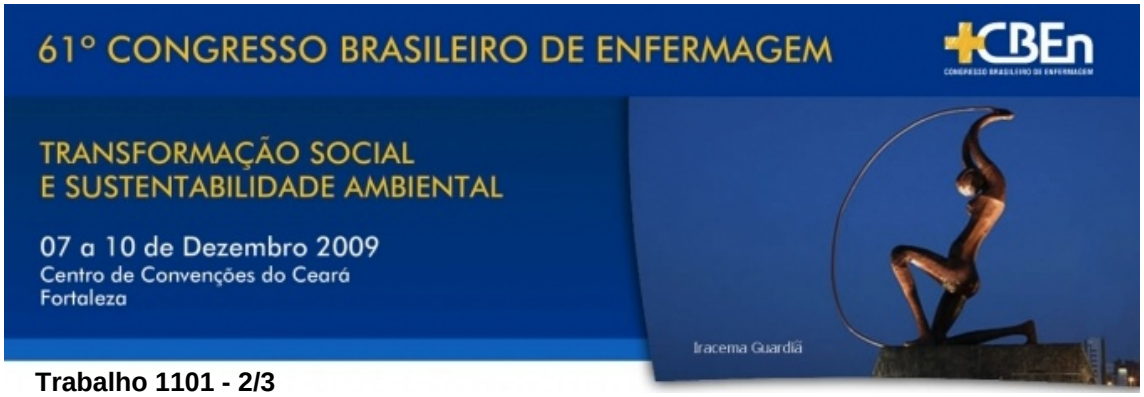
Trabalho 1101 - 1/3

O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE BELO HORIZONTE NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

Meiriele Tavares Araújo[1]
Marília Alves[2]
Isabela Silva Câncio Velloso[3]
Thays Batista da Rocha[4]
Gelmar Geraldo Gomes[4]

No contexto do Sistema Único Saúde (SUS), a atenção às urgências caracteriza-se como fonte de permanente tensão decorrente das dificuldades encontradas desde seu processo de implantação, concernentes à efetivação de suas diretrizes no capítulo das urgências que apresenta insuficiências na descentralização, na integralidade, hierarquização e financiamento. A combinação desses fatores delineia a rede de urgências bem como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com um perfil assistencial negativo e incompleto aos olhos da população e profissionais de saúde, fundamentada em vivências. Entretanto, desde a década de 90, os serviços de atendimento pré-hospitalar, no Brasil, vêem sofrendo mudanças. Essas tiveram maior expressividade nos grandes centros urbanos, como Belo Horizonte, devido ao aumento da demanda gerada pelos crescentes índices de violência urbana e acidentes de transito. O atendimento pré-hospitalar não era vinculado à rede de serviços de saúde, ficando apenas a cargo do Corpo de Bombeiro. O surgimento do Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar, denominado Resgate, em Belo Horizonte data de 1994, a partir de um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e o Corpo de Bombeiros. Em 1995, a equipe médica da SMSA passou a compor o sistema, realizando triagem de casos das ligações do 193, monitorando a ação dos socorristas e regulando a transferência de casos. Em 2003, devido a Política Nacional de Urgências, foi inaugurado pela SMSA, um serviço de atendimento

[1]Mestranda em Enfermagem pela UFMG. Enfermeira da SMS Betim-MG. Membro do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE).
[2] Doutora em Enfermagem. Diretora da EEUFMG. Prof.do Programa de Pós-graduação e Dep.de enfermagem Aplicada da EEUFMG. Diretora da EEUFMG.
[3] Doutoranda em Enfermagem pela EEUFMG. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG (EEUFMG) e membro do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE).
[4] Bolsistas de Iniciação Científica do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG.



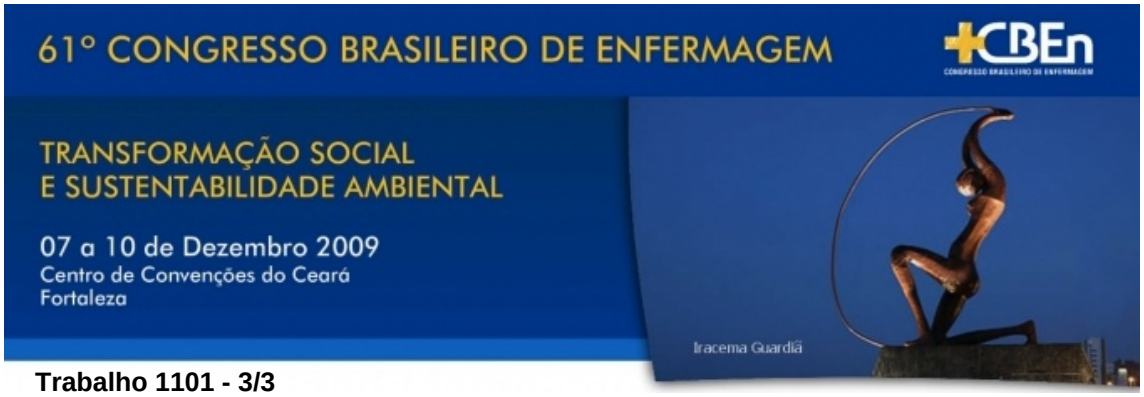
pré-hospitalar reestruturado e separado do Corpo de Bombeiros, denominado SAMU, assim como em outras capitais brasileiras, com acesso telefônico gratuito pelo 192. A implantação do SAMU objetivou atender antecipadamente as situações de emergência no local da ocorrência, reduzir progressivamente o fluxo de usuários das portas de entrada das urgências com a adequada orientação e encaminhamento, manter um sistema articulado para atender às chamadas excepcionais, e dar suporte técnico as unidades em situações críticas. O objetivo do estudo foi conhecer o serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte sob a percepção das enfermeiras que vivenciaram o processo de implantação e ampliação do mesmo em Belo Horizonte - MG. Trata-se de um Estudo de Caso Qualitativo, cujos dados foram coletados por meio de um grupo focal com 05 (cinco) enfermeiros que trabalham no SAMU desde sua implantação. Este teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Prefeitura de Belo Horizonte - MG. Todos assinaram e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram gravados, posteriormente transcritos e submetidos à Análise de Discurso. Pela análise percebe-se que durante a parceria dos Bombeiros havia grande valorização da disciplina e da ordem pelo grupo treinado para atender urgências. Assim, o SAMU foi organizado e estruturado com base nesta disciplina, mas com a desvinculação esta foi ficando esquecida.

(...) na época de bombeiro agente tinha uma postura de autoridade, as pessoas trabalhavam, com mais empenho... com disciplina, hoje uma parte perdeu-se (...) porque era um regime militar né (...) E_3

A seleção desses profissionais, durante a implantação do SAMU, foi feita com base no conhecimento e experiência na área de urgência ou terapia intensiva. O que os tornava um grupo seleto de profissionais.

(...) Agente foi selecionada com base no currículo. Ou éramos enfermeiras de Terapia Intensiva ou de urgência e emergência. Muitas vezes me via orientando um bombeiro. No inicio, a impressão que eu tinha é que eles não gostavam, com o passar dos anos, eles passaram a nos respeitar, apartir do momento que eles viram a autoridade do conhecimento(...) E_1

Atualmente, a ampliação do serviço gerou mudanças nos processos seletivos e na estrutura do SAMU, há relatos de que se perdeu a característica do novo e



diferente, sendo incorporado ao cotidiano da cidade.

"Eu acho que perdeu, até a seleção, antes quem trabalhava aqui era gente boa de serviço mesmo. Não tem aquele pré-requisito, mudou muito a forma de selecionar. A impressão que eu tenho é que antes agente trabalhava muito por amor a camisa" E_4

"Eu acho que isso é uma coisa que tinha que constar, o feitiche do macacão. A perda da identidade com o laranja foi triste... Era uma coisa de menor número também né, era uma elite. É assim, qualquer cidadezinha do Brasil conhecia". E_3

Entretanto, os profissionais do SAMU construíram frente à rede de serviços um espaço, tendo em vista que suas decisões passaram a ser acatadas pelas demais unidades de saúde. E à medida que o serviço foi se desenvolvendo o mesmo conseguiu fazer elos com os demais serviços da rede.

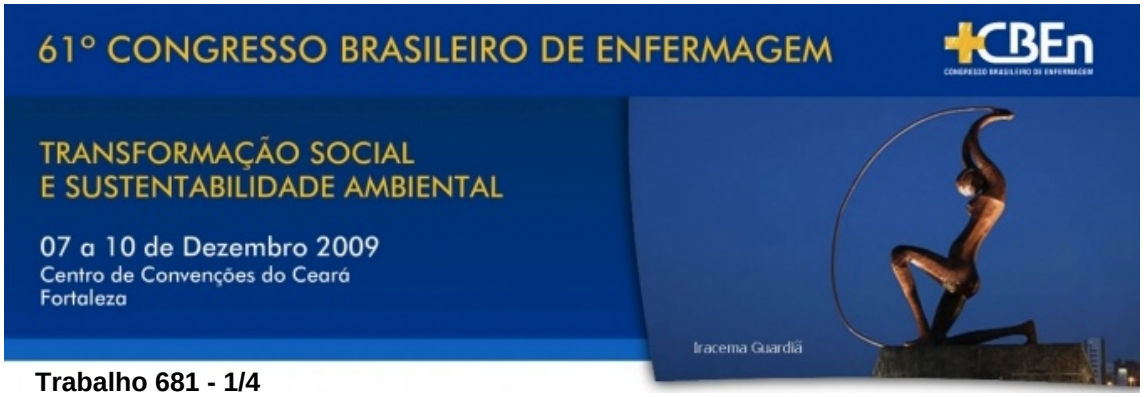
"(...) A mudança nas unidades aconteceu com a entrada do SAMU literalmente. Porque quando era resgate era muitttooo difícil, de serem encaminhados os nossos pacientes pra uma UPA (...)"E_2

"(...)O que aconteceu foi que vendeu a grife do SAMU para a rede básica... (...) e pras UPAS nós vendemos, a seguinte historia... de que agente garantia qualquer emergência deles... em contrapartida.. as vezes agente ia encaminhar uma emergência simples, e eles toparam e a rede básica topou... O que não ta resolvido é emergência de pequeno e médio porte... ai sim eles vêm como um paciente a mais...(...)" E_1

As urgências no Brasil descrevem um quadro de necessidades não só físicas ou mentais mais também sociais. Com isto, os profissionais do SAMU colocam que houve melhora do acesso daqueles que antes eram considerados indigentes ou renegados sociais, mas ao mesmo tempo esse tipo de atendimento feito traz um estigma para o serviço.

(...) O que antes era bicho de rua, hoje o SAMU atende e encaminha, com isso o que acontece a pessoa que bebia, ia atropelado e morto e o IML recolhia... O SAMU vai antes e tira ele da rua (...) " O SAMU carrega bêbado" é uma fala que tem ai o tempo inteiro né. Minha resposta pra quem diz isso... "Bêbado também morre"(...) E_5

O SAMU é um espaço de decisão em relação às urgências, influenciado por determinantes econômicos, políticos e simbólicos que influenciam no desenvolvimento de seu papel e no estabelecimento de relações de poder entre as diferentes forças sociais.



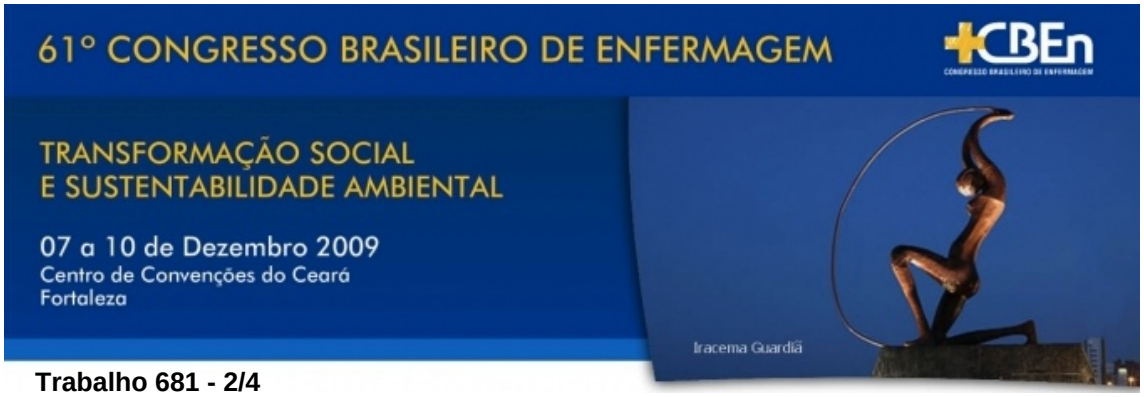
Trabalho 681 - 1/4

O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NA VISÃO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA[1]

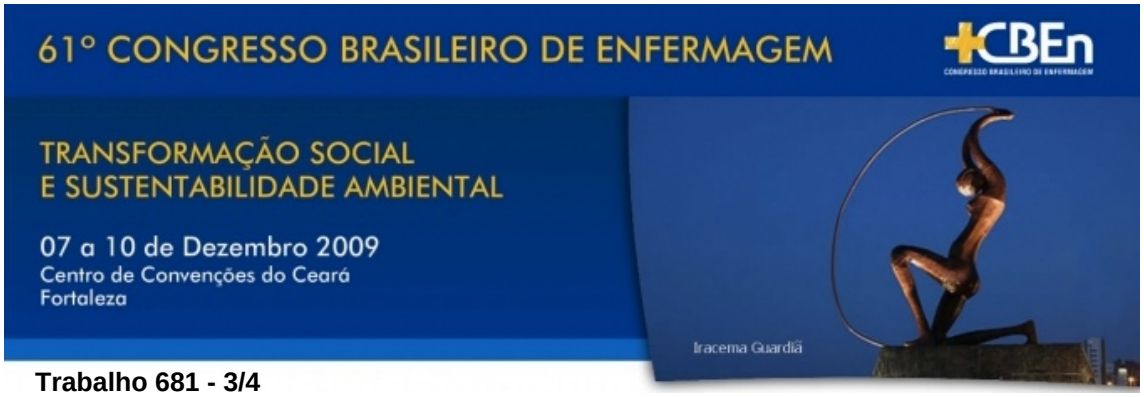
Gomes, Gelmar Geraldo[2]
Rocha, Thays Batista da[3]
Araújo, Meiriele Tavares[4]
Rocha, Renata Lacerda Prata[5]
Alves, Marília[6]

A urgência é definida como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata (1). No entanto, esse conceito se modifica em função de quem percebe ou sente uma situação de urgência, sendo diferente essa percepção para os profissionais de saúde e usuários. Para esses últimos, a urgência pode estar associada a uma ruptura da ordem do curso da vida e a uma ansiedade de não poder esperar pelo atendimento. Dessa forma, a questão da urgência, ganhou nova dimensão e maior visibilidade, principalmente entre usuários dos serviços de saúde, a partir da Política Nacional de Atenção às Urgências, incluindo seu componente pré-hospitalar móvel, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em 2003. O SAMU se caracteriza como "atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde e que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte" (2). Tal serviço tem como função prestar atendimento e/ou garantir transporte adequado ao usuário, levando-o a outro Serviço de Saúde da rede hierarquizada do SUS, quando necessário. Ele é parte da rede regionalizada e hierarquizada de atendimento às urgências e emergências que recebe solicitações de usuários e profissionais de saúde em situações caracterizadas como de urgência/emergência em diferentes pontos da cidade. No entanto, há escassez de estudos sistematizados sobre a

[1] O projeto original "Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: representações sociais de usuários e profissionais" teve apoio financeiro da FAPEMIG e Bolsa de Produtividade em pesquisa e de Iniciação Científica do CNPq.
[2] Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Bolsista de Iniciação Científica do CNPq. Membro do Núcleo de Pesquisa Admnistração em Enfermagem (NUPAE). Aluno do 6° período de graduação em Enfermagem. gelmargomes@yahoo.com.br.
[3] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Bolsista de Iniciação Científica da FAPEMIG. Membro do Núcleo de Pesquisa Admnistração em Enfermagem (NUPAE). Aluna do 6° período de graduação em Enfermagem.
[4] Mestranda em Enfermagem pela UFMG. Enfermeira da SMS Betim-MG. Membro do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE).
[5] Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UNA.
[6] Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Aplicada e do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Líder do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE).



percepção dos usuários sobre o serviço, apesar da intensa utilização do mesmo pela população. Este estudo tem como objetivo analisar as percepções dos usuários da Atenção Básica sobre o SAMU. Foi realizado um Estudo de Caso qualitativo cujos dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas com 11 usuários em outubro de 2008, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), de Belo Horizonte. Para definição da amostra foi utilizado o critério de saturação e os dados foram submetidos à Análise de conteúdo, segundo Bardin [3]. O projeto de pesquisa, atendendo à Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foi avaliado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas: UFMG, (Protocolo nº. 215/08) e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, (Parecer nº. 014/2008). Foi garantido o sigilo das informações, anonimato dos participantes, além do esclarecimento quanto à participação voluntária e o direito de se retirar a qualquer momento da pesquisa. Os resultados mostram que 81,82% dos usuários são do sexo feminino e a idade teve uma grande variação de 25 a 78 anos. Dos entrevistados 45,45% são solteiros, 36,37% casados, 9,09% viúvos e 9,09% não informaram o estado civil. Em relação à ocupação, 27,27% são desempregados, 36,37% aposentados, 9,09% cuidadores de idosos, 9,09% Agente Comunitário de Saúde, 9,09% do lar e 9,09% não informaram a ocupação. No que diz respeito à moradia 90,91% moram em casa própria e 9,09% não sabiam. Quanto à remuneração, em salários mínimos, 9,09% não recebem nenhum salário, 18,185% recebem um, 27,27% recebem dois, 18,185% recebem quatro e 27,27% não informaram. Dessa população 27,27% foram atendidos uma vez pelo SAMU, 36,37% de 2 a 4 vezes, 9,09% 5 ou mais vezes, 18,18% 10 ou mais vezes e 9,09% não souberam informar. A grande maioria dos entrevistados relatou receber bom atendimento pelos profissionais do SAMU, referindo-se aos mesmos com carinho e gratidão em agradecimento pelo serviço prestado. Ressaltaram como pontos positivos a rapidez, eficiência, paciência e educação dos profissionais. No entanto, alguns entrevistados alegaram falta de paciência e nervosismo de quem atende a ligação, a demora no envio da ambulância ou falta dessa no momento. Em relação ao atendimento, oito dos onze entrevistados tem uma percepção positiva do atendimento, para eles o melhor no SAMU é o atendimento competente, que tranqüiliza e proporciona segurança ao usuário.

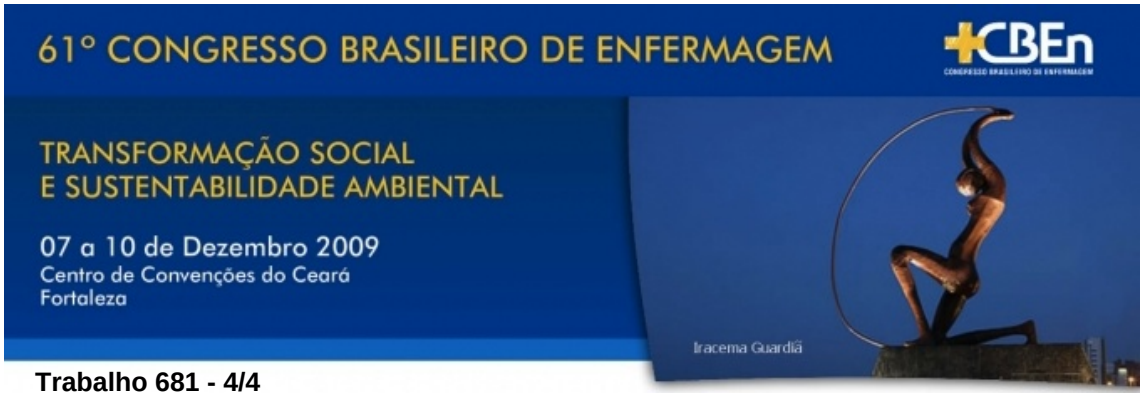


Referiram-se aos profissionais como, pessoas capacitadas, que estão sempre ajudando a quem precisa com educação, responsabilidade, rapidez, agilidade e atenção. Duas pessoas afirmaram que o atendimento dos profissionais é bom, mas o serviço deixa a desejar quando não enviam ambulância e orientam os usuários a buscar meios próprios para levar o paciente. Torna-se importante ressaltar que a solicitação de atendimento é analisada pelo médico regulador que, pelo protocolo pode enviar uma ambulância, encaminhar para um serviço de saúde com meios de locomoção próprios ou passar uma orientação. Os entrevistados, indagados sobre as situações em que consideram necessário acionar o SAMU apontam situações de urgência e emergência, imobilidade, atropelamento, quedas, risco de lesão medular, problemas cardíacos e respiratórios. Esses percebem o SAMU como “vantajoso” para a população devido à rapidez, praticidade, eficiência, bom atendimento, paciência, preferência no atendimento hospitalar, carinho com o paciente e administração de medicamentos. Ressalta-se que a maioria percebe diferença em ser atendida pelo SAMU ou em outro serviço, porque segundo eles os profissionais do SAMU são treinados para atender acidentes, tem experiência, atendem na hora, inclusive à noite e encaminham o paciente para hospitais. No entanto, dois usuários afirmam que o pessoal do SAMU é tão bom quanto o pessoal da UPA e da UBS. Quanto ao que necessita ser modificado apontaram a demora e o atendimento por telefone, no qual fazem muitas perguntas.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Enfermagem em Saúde Pública, Tratamento de Emergência.

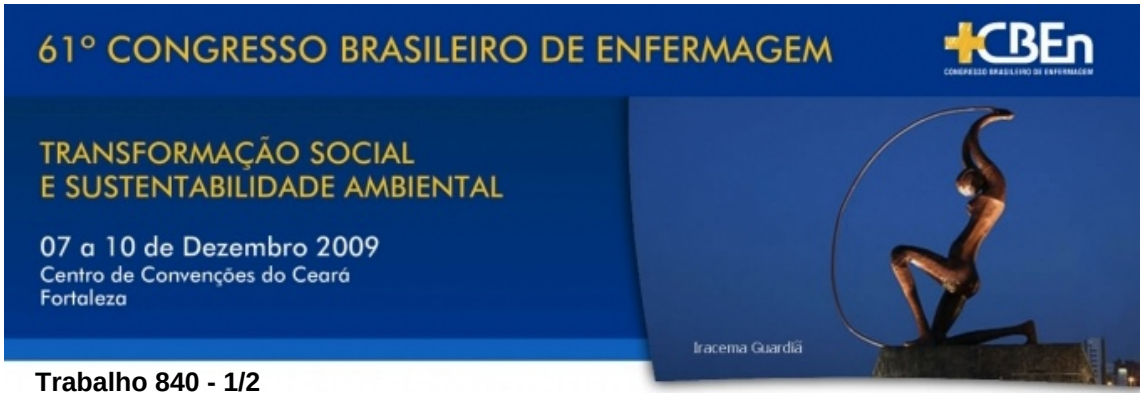
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução n° 1.451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto-socorros. Brasília: Diário Oficial da União, 1995.



2. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM No. 2.048, de 05/11/2002. Dispõe sobre a organização do atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

3. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70, Lisboa: 2004.



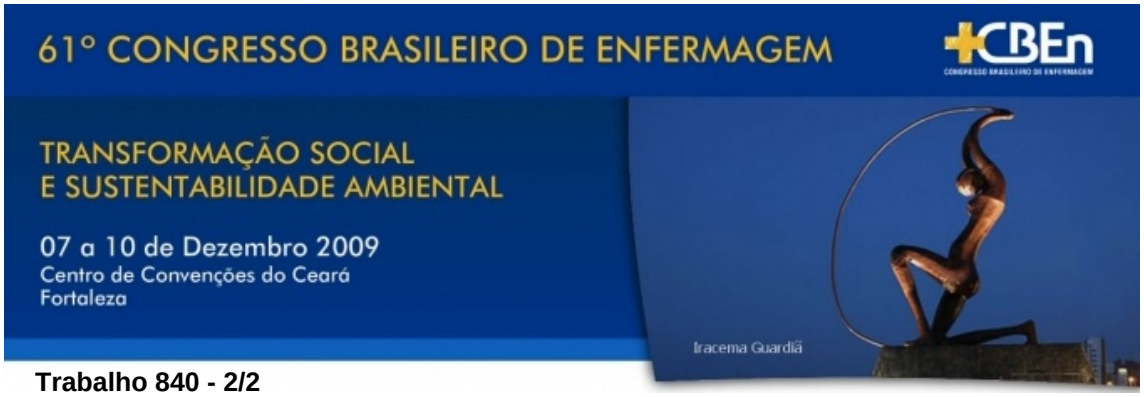
Trabalho 840 - 1/2

O significado da tecnologia no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca: reflexões acerca das implicações do uso de tecnologias duras na assistência de enfermagem ao cliente crítico em unidades de terapia intensiva

Silva, Roberto Carlos Lyra da [1]
Kaczmarkiewicz, Caroline da Costa [2]
Cunha, Juliana Jenifer da Silva Araújo [3]
Meira, Isis Cruz [4]
Figueiredo, Nébia Maria Almeida de [5]
Porto, Isaura Setenta [6]

Introdução: Na tentativa de conceituar o cuidado, devemos considerar, entre outras coisas, que ele sempre esteve vinculado historicamente com a enfermagem. Entretanto, podemos constatar que nas últimas duas décadas o cuidado tem merecido a atenção de um número significativo de estudiosos, pesquisadores e teóricos de outras áreas de conhecimento, cada qual, procurando trazer suas contribuições no sentido de possibilitar uma melhor compreensão acerca de suas diferentes significações e conceitos atribuídos a ele nos diferentes espaços. Aproximando-nos um pouco mais do cotidiano das terapias intensivas, acreditamos que em função de sua especificidade, o cuidado que lá se desenvolve, traz em seu escopo algo que o diferencia daqueles cuidados prestados em unidades com características diferentes dessas unidades. Objetivos: Identificar o significado da tecnologia no cuidado de enfermagem a clientes críticos dependentes de tecnologias duras pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca; e analisar como

[1] Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Rua Doutro Xavier Sigaud, 290 – URCA. E-mail. proflyra@gmail.com; Tel. 21-8118-3764;
[2,3] Bolsistas de Iniciação Científica. E-mail. proflyra@gmail.com;
[4] Ex-Bolsista de Iniciação Científica. E-mail. proflyra@gmail.com;
[5] Professora Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. E-mail: nebia@unirio.br;
[6] Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem Alfredo, Rio de Janeiro. E-mail: isauraporto@superig.com.br;



esses significados influenciam o cuidado de enfermagem. Metodologia: Estudo quanti-qualitativo, do qual participaram 84 profissionais. A análise e discussão se deram a luz da multireferencialidade. Resultados: Enfermeiros e técnicos parecem pensar de modo bem parecido com relação às situações que poderão contribuir para a idéia de desumanização na terapia intensiva. Existem disparidades em relação a algumas situações, como por exemplo, a falta de privacidade do cliente, a supervalorização da tecnologia e a escassez de diálogo entre o profissional e o cliente. Conclusões: O estudo mostrou que embora o uso de tecnologias em UTI possa ser associado a idéia de desumanização, são as situações relacionadas ao descuidado, como o barulho constante e os comentários inoportunos a beira dos leitos que mais preocupam esses profissionais.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados de Enfermagem; Desenvolvimento de Tecnologias; Cirurgia Cardíaca.

Referências:

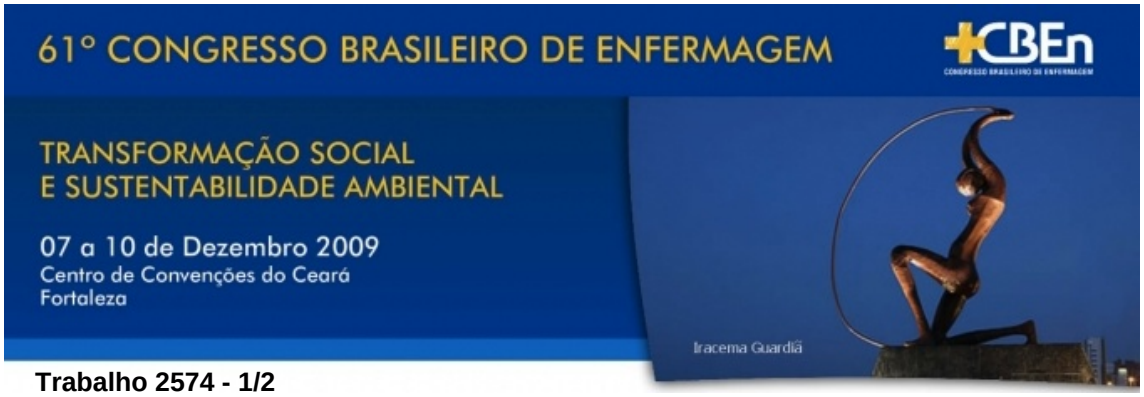
1- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1992.

2- BOFF, L., 1999. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

3- SIBILIA, Paula. O homem pós-orgânico: a reformatação dos corpos e das almas à luz das tecnologias digitais. Dissertação de mestrado, Niterói, UFF, 2002.

4- BOFF, L., 1999. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

5- BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2000.



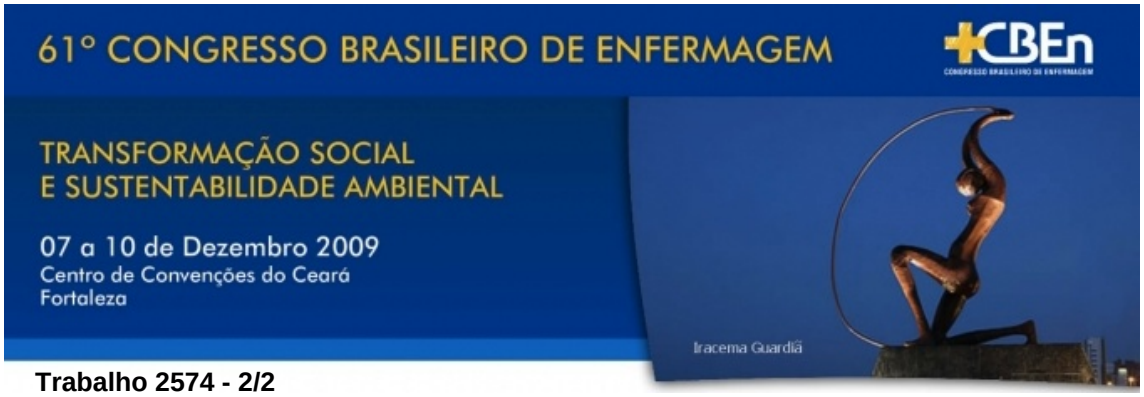
Trabalho 2574 - 1/2

O significado da tecnologia no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca: reflexões acerca das implicações do uso de tecnologias duras na assistência de enfermagem ao cliente crítico em unidades de terapia intensiva

Silva, Roberto Carlos Lyra da [1]
Kaczmarkiewicz, Caroline da Costa [2]
Cunha, Juliana Jenifer da Silva Araújo [3]
Meira, Isis Cruz [4]
Figueiredo, Nébia Maria Almeida de [5]
Porto, Isaura Setenta [6]

Introdução: Na tentativa de conceituar o cuidado, devemos considerar, entre outras coisas, que ele sempre esteve vinculado historicamente com a enfermagem. Entretanto, podemos constatar que nas últimas duas décadas o cuidado tem merecido a atenção de um número significativo de estudiosos, pesquisadores e teóricos de outras áreas de conhecimento, cada qual, procurando trazer suas contribuições no sentido de possibilitar uma melhor compreensão acerca de suas diferentes significações e conceitos atribuídos a ele nos diferentes espaços. Aproximando-nos um pouco mais do cotidiano das terapias intensivas, acreditamos que em função de sua especificidade, o cuidado que lá se desenvolve, traz em seu escopo algo que o diferencia daqueles cuidados prestados em unidades com características diferentes dessas unidades. Objetivos: Identificar o significado da tecnologia no cuidado de enfermagem a clientes críticos dependentes de tecnologias duras pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca; e analisar como

[1] Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Rua Doutro Xavier Sigaud, 290 – URCA. E-mail. proflyra@gmail.com; Tel. 21-8118-3764;
[2,3] Bolsistas de Iniciação Científica. E-mail. proflyra@gmail.com;
[4] Ex-Bolsista de Iniciação Científica. E-mail. proflyra@gmail.com;
[5] Professora Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. E-mail: nebia@unirio.br;
[6] Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem Alfredo, Rio de Janeiro. E-mail: isauraporto@superig.com.br;



esses significados influenciam o cuidado de enfermagem. Metodologia: Estudo quanti-qualitativo, do qual participaram 84 profissionais. A análise e discussão se deram a luz da multireferencialidade. Resultados: Enfermeiros e técnicos parecem pensar de modo bem parecido com relação às situações que poderão contribuir para a idéia de desumanização na terapia intensiva. Existem disparidades em relação a algumas situações, como por exemplo, a falta de privacidade do cliente, a supervalorização da tecnologia e a escassez de diálogo entre o profissional e o cliente. Conclusões: O estudo mostrou que embora o uso de tecnologias em UTI possa ser associado a idéia de desumanização, são as situações relacionadas ao descuidado, como o barulho constante e os comentários inoportunos a beira dos leitos que mais preocupam esses profissionais.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados de Enfermagem; Desenvolvimento de Tecnologias; Cirurgia Cardíaca.

Referências:

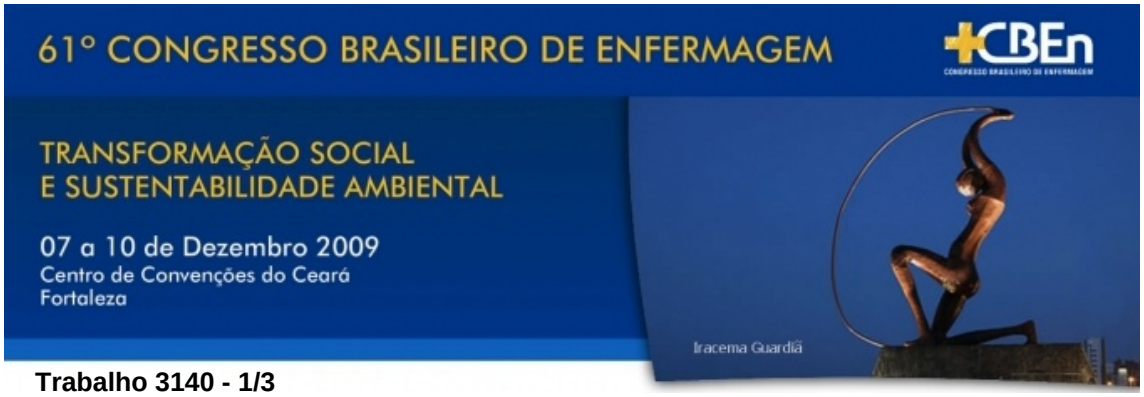
1- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1992.

2- BOFF, L., 1999. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

3- SIBILIA, Paula. O homem pós-orgânico: a reformatação dos corpos e das almas à luz das tecnologias digitais. Dissertação de mestrado, Niterói, UFF, 2002.

4- BOFF, L., 1999. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

5- BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2000.



Trabalho 3140 - 1/3

O TRABALHO EM EQUIPE NO TRANSPORTE AÉREO DE PACIENTES: REALIDADE OU POSSIBILIDADE?

[1]

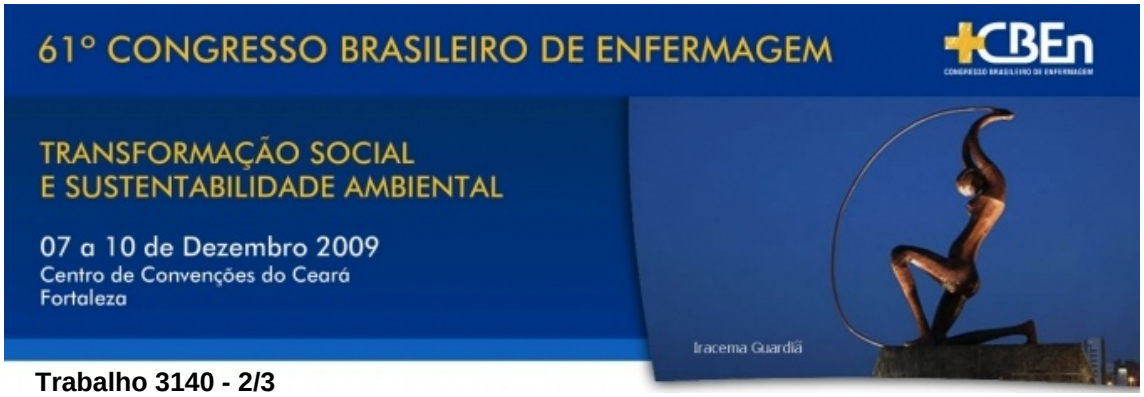
Penna,Cláudia Maria Mattos

[2] **Dias,Carla Pena**

O trabalho em equipe surge como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promoção da qualidade em diversos serviços de saúde. No entanto, nas equipes de saúde, verificam-se a existência de situações específicas que de certa forma vão impactar na qualidade do cuidado prestado ao paciente. O cenário do transporte aéreo de pacientes possui suas particularidades principalmente no que diz respeito ao ambiente interno de trabalho. As relações entre os profissionais de saúde, as tomadas de decisões nas situações de urgência e emergência fazem parte do cotidiano de trabalho desses profissionais. O estudo em questão faz parte projeto de pesquisa de mestrado em andamento**,** no qual utiliza-se a abordagem qualitativa e o estudo de caso, sendo que este artigo possui como objetivo compreender como é o trabalho em equipe dos profissionais de saúde que atuam no transporte aéreo de pacientes. Para que o trabalho em equipe aconteça é necessário avaliar as relações interpessoais, as expressões subjetivas do trabalho. Deste modo, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde “enfermeiros e médicos” que trabalham em uma empresa privada em Belo Horizonte fundada em 1996. Na fase de análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, na qual emergiram algumas categorias e dentre elas surge o trabalho em equipe como uma estratégia presente em qualquer serviço de saúde. Na análise dos resultados encontramos relatos sobre a importância do trabalho em equipe de maneira integrada para o sucesso da assistência. Destacou-se a comunicação como ferramenta para a articulação de

1. Enfermeira/ Docente Adjunto IV Escola de Enfermagem UFMG.Doutora em Filosofia de Enfermagem.Pós-Doutora em Ciências Sociais.

2. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Pós-Graduação em Terapia Intensiva. E-mail: pena.carla@yahoo.com.br

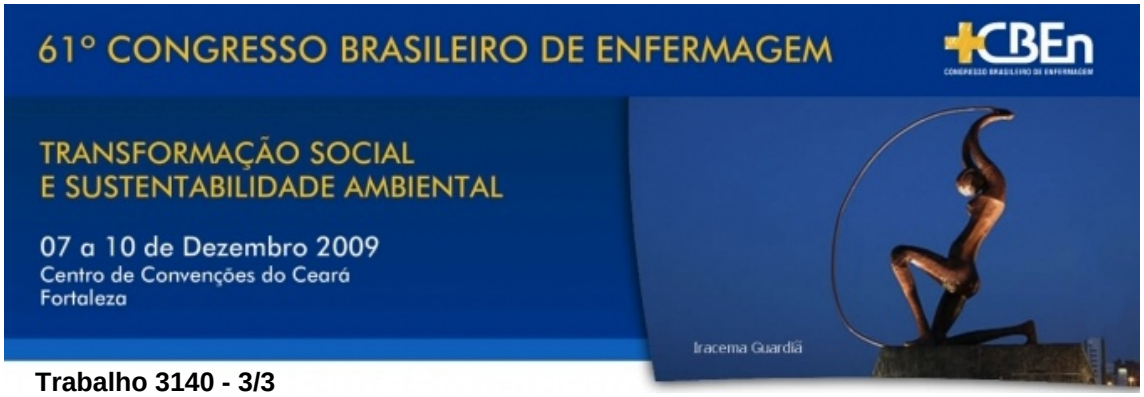


ações entre os profissionais, as relações de confiança e cumplicidade. Outro ponto de destaque foi a questão do ambiente de trabalho em que acontece o transporte aéreo, no qual a equipe e paciente estão expostos a diversas situações imprevisíveis e conflitantes que permeiam o cotidiano de trabalho. O espaço restrito no interior da aeronave, a equipe reduzida “enfermeiro e médico”, além das condições de alterações fisiológicas e as mudanças climáticas. Conclusão: Para que o trabalho em equipe aconteça em um serviço de saúde devem-se considerar os aspectos subjetivos das pessoas envolvidas no processo de trabalho, ou seja, torna-se de fundamental importância da interpretação dos profissionais nesse contexto podendo influenciar positivamente ou negativamente. Portanto, a possibilidade do trabalho em equipe torna-se algo palpável e não somente um desafio constante na prática cotidiana.

Descritores: Trabalho em Equipe; Enfermagem; Relações Interpessoais;Transporte Aéreo de Pacientes.

1. Enfermeira/ Docente Adjunto IV Escola de Enfermagem UFMG.Doutora em Filosofia de Enfermagem.Pós-Doutora em Ciências Sociais.

2. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Pós-Graduação em Terapia Intensiva. E-mail: pena.carla@yahoo.com.br



Referências Bibliográficas:

1-PINHO, M. C. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**; Ano 03, Vol 08. Disponível em <http://www.cienciasecognicao.org/ >. Acesso em: 12 jul.2008.

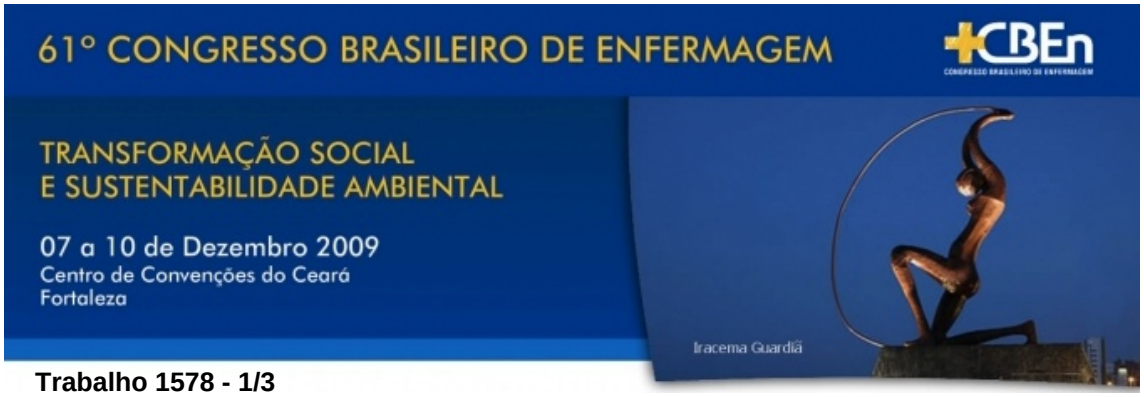
2- ALVES, Marília; RAMOS, Flávia Regina Souza; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, set. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acessos em12 ago. 2009.

3-STEFANELLI, M.C.;WAIDAN,M.A;PAGLIARINI,K.M. Utilização da comunicação na prática da equipe multiprofissional de uma instituição psiquiátrica. **Cogitare Enfermagem.**Curitiba,v-2,n-1,p.82-85,jan/jun.1997

4- PEDUZZI,M. Equipe multiprofissonal de saúde: a interface entre o trabalho e interação.1998.254f.Tese (Doutorado em saúde coletiva)Faculdade de Ciências Médicas,Universidade Estadual de Campinas,Campinas 1998.

1. Enfermeira/ Docente Adjunto IV Escola de Enfermagem UFMG.Doutora em Filosofia de Enfermagem.Pós-Doutora em Ciências Sociais.

2. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Pós-Graduação em Terapia Intensiva. E-mail: pena.carla@yahoo.com.br



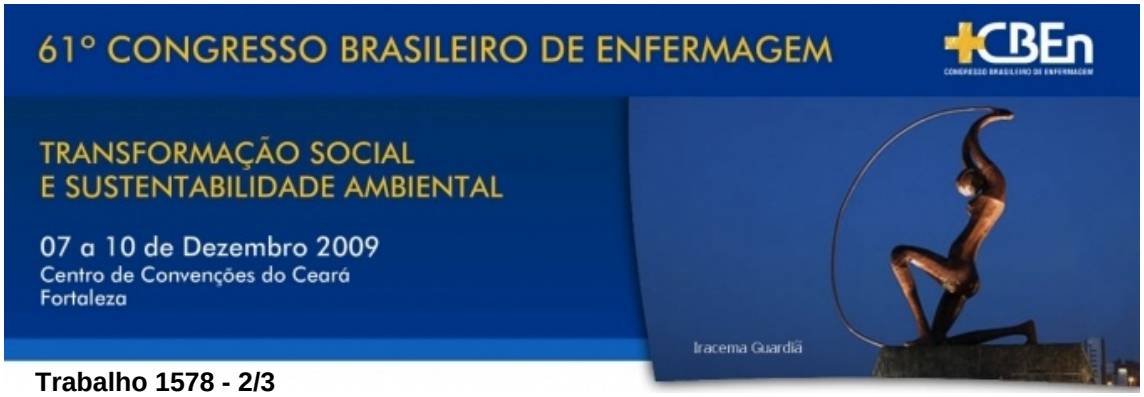
Trabalho 1578 - 1/3

ORTOTANÁSIA: A CONCEPÇÃO DE MORTE QUE NORTEIA A PRÁTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

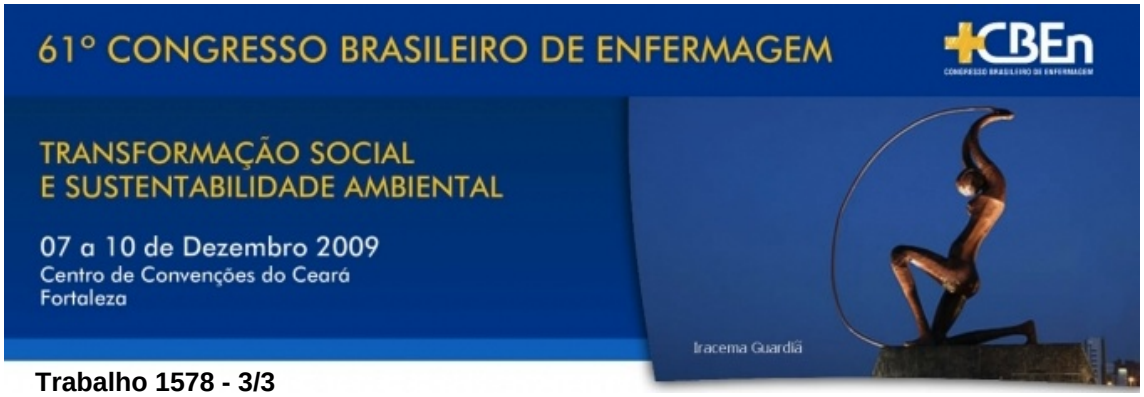
GURGEL, Wildoberto Batista[1]
MOCHEL, Elba Gomide[2]
SILVA, Elza Lima da[3]
CAVALCANTI, Marina Belchior[4]

INTRODUÇÃO: Os cuidados paliativos já fazem parte da rotina de muitos serviços e profissionais de saúde no Brasil. Já há até mesmo disputas políticas sobre os modelos que devem ser aplicados e quais os profissionais competentes para isso. Entende-se, segundo a proposta do Cremesp (2008), que tais cuidados passam a ser administrados quando a possibilidade terapêutica de cura não está mais disponível ou precisa ser auxiliada por esse tipo de prática médica. Isso é coerente com a divisão que o filósofo Francis Bacon fez da medicina, ainda no século XVII, e que veio a se tornar clássica: a medicina preventiva, curativa e terminal. No entanto, como Gurgel (2008) destacou, a medicina terminal tem uma visão mais pautada para a ideia de que a morte deva ser evitada a todo custo, ao passo que os cuidados paliativos não comunga com isso. Ao contrário, para os defensores da prática paliativista, a acolhida da morte pelos profissionais de saúde tem sido apresentada como diferencial ético e assistencial que garante a dignidade humana na hora da morte. Ao primeiro modelo corresponde uma postura de *obstinação terapêutica* ou *tratamento médico fútil*, o que tem levado autores como Pessini (2001) a caracterizarem a forma de morte que cai sob essa prática de *distanásia*. E quanto ao segundo? Qual a forma de morte que é defendida pelos cuidados paliativos? Existe um discurso coerente sobre qual deva ser essa forma? Questões como essas nos inquietaram e motivaram essa pesquisa. OBJETIVO: Analisar as concepções de morte presentes nos discursos sobre a prática de cuidados paliativos. MÉTODOS: Abordagem qualitativa com

1 Filósofo,Doutor em Políticas Públicas, Professor Adjunto da UFMA.
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Associada da UFMA.
3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente da UFMA.
4 Graduanda em Enfermagem na UFMA.
Fone: (98) 3236-2620
Email: rina_marininha@hotmail.com



base no cruzamento entre o método fenomenológico e o de análise do discurso utilizados para investigar as concepções de morte mais recorrentes nos textos e documentos oficiais que propõem a prática (ou a especialidade) de cuidados paliativos no Brasil. RESULTADOS: Os textos selecionados como os mais representativos desse discurso no Brasil são aqueles que foram pioneiros no assunto ou que são referências para a produção textual dos demais, o que totalizou 99 textos. Quanto aos documentos, selecionou-se três resoluções do Conselho Federal de Medicina, três manuais operacionais (inclusive o Manual da Academia Nacional de Cuidados Paliativos), um site especializado, além de três vídeos e cinco teses recém defendidas. Percebeu-se que a primeira linha discursiva acerca dos cuidados paliativos emanada por paliativistas é negativa: dizer o que não são tais cuidados. Ou, no mínimo, ao que eles não podem ser associados. Assim, há explicitamente a preocupação de não associar cuidados paliativos com qualquer prática de abreviação da vida (incluindo *eutanásia* e *suicídio assistido*) ou de prolongamento do processo da morte (incluindo qualquer forma de *obstinação terapêutica* ou *tratamento médico fútil*). A segunda linha, menos defensiva e mais voltada para a prática, é positiva: procura dizer o que são e como se põe em prática os cuidados paliativos em nossa realidade. Nesse sentido, tais cuidados são apresentados como uma prática (que pretende se tornar em especialidade) que se preocupa com o alívio da dor, controle dos sintomas e manutenção da dignidade humana na hora da morte, fazendo com que a morte aconteça no seu momento certo, não sendo desejada, nem evitada. Na literatura médica e bioética esse conceito de morte tem sido chamado de *ortotanásia*, e, embora poucos textos sobre cuidados paliativos a tratem diretamente, essa tem sido a concepção mais defendida entre paliativistas, pois, apesar de haver recusas a esse modelo, ele tem prevalecido entre os adeptos dos cuidados paliativos, sejam eles profissionais da saúde ou não. O papa João Paulo II, que se beneficiou dessa forma de assistência, escreveu na *Evangelium Vitae* que a renúncia à distanásia não equivale à *eutanásia* ou *suicídio*, exprime a aceitação natural da morte. CONCLUSÃO: Pode-se correlacionar o conceito de *ortotanásia* com as representações simbólicas sobre a morte que aparecem no discurso oficial sobre cuidados paliativos no Brasil, conforme a mediação que encontramos nos textos produzidos sobre o assunto, inclusive os da Academia



Nacional de Cuidados Paliativos. Esse conceito tem sido defendido como a morte digna, que não é abreviada nem retardada, mas acolhida com humanidade, controle dos sintomas, alívio da dor e minimização dos danos psíquicos e sociais que esse acontecimento possa produzir. Nesse sentido, *ortotanásia* não é apenas um conceito, mas um desafio ético e profissional para a mudança de mentalidade dos profissionais de saúde que lidam diretamente com a morte e o morrer.

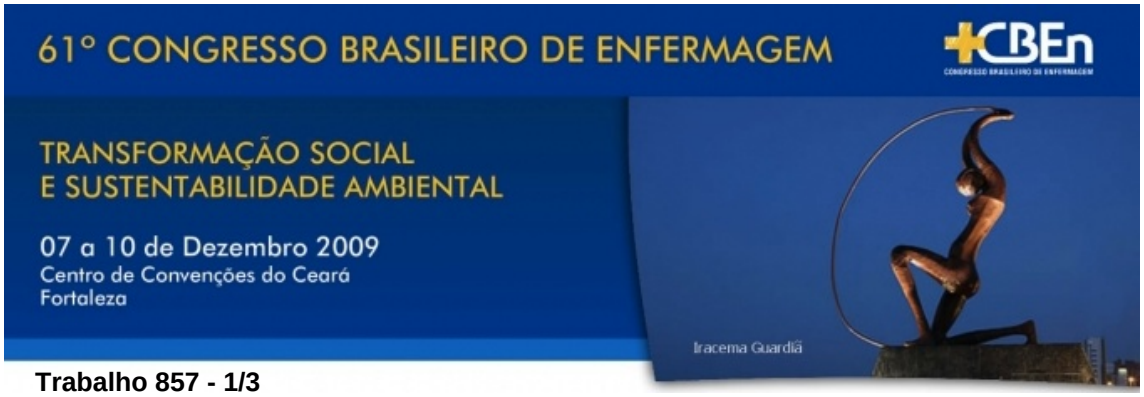
Palavras chaves: Cuidados Paliativos; Ortotanásia; Morte Digna.

Referências

CREMESP. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

GURGEL, A. **Direitos Sociais dos Moribundos**: controle social e expropriação da morte na sociedade capitalista. São Luís: EDUFMA, 2008.

PESSINI, L. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? São Paulo: São Camilo-Loyola, 2001.



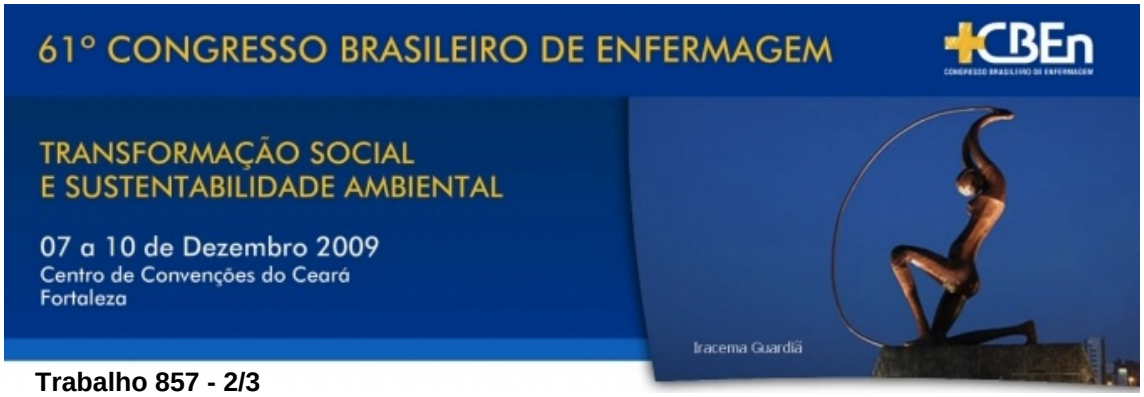
Trabalho 857 - 1/3

OS CONDICIONANTES TRANSITÓRIOS DO TRABALHO DE ENFERMAGEM: A PERSISTÊNCIA DA VULNERABILIDADE

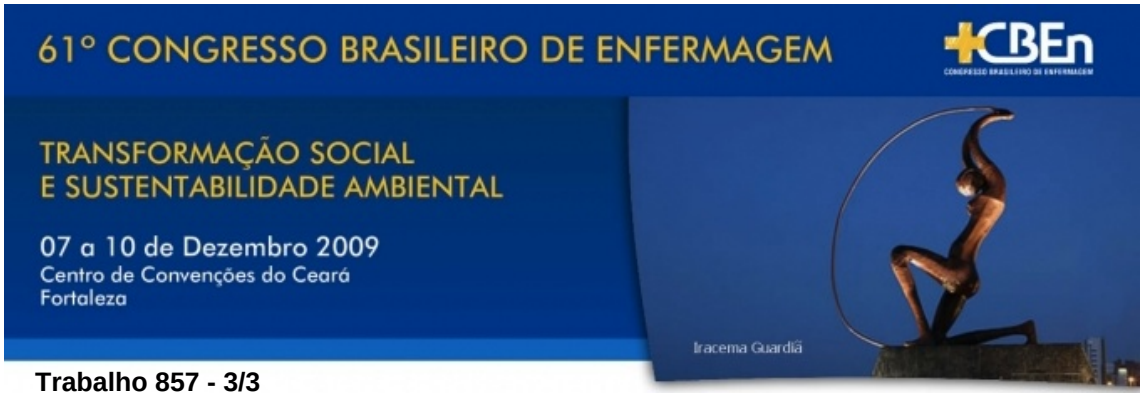
MOREIRA, Leocarlos Cartaxo[1]

INTRODUÇÃO: O presente trabalho faz parte de um dos capítulos da Tese de Doutorado do autor e tem como propósito compreender as circunstâncias e os diversos modos como os agentes de enfermagem vêm se constituindo, objetiva e subjetivamente, no trabalho hospitalar. Assim, buscar-se-á retratar as condições de trabalho e seus imbricamentos a partir das injunções, melhor dizendo, das condições de trabalho impostas institucionalmente. Dentro destes parâmetros, será discutida a relação entre condições de trabalho (circunstâncias onde o desempenho profissional se desenvolve), desempenho profissional e o próprio sujeito-trabalhador, evitando desqualificar cada uma dessas categorias, mas tentando compreender, como Schraiber e Nemes (1996), suas articulações. **OBJETIVO:** Investigar os condicionantes vigentes no processo de trabalho, analisando suas conformações e os reflexos no processo assistencial e no corpo do trabalhador. **METODOLOGIA:** Para análise e interpretação dos dados o autor utilizou os fundamentos da pesquisa qualitativa, os quais, segundo Minayo (1993) objetiva alcançar o universo das concretudes, significações, motivos, valores importantes para a descrição e a compreensão de fenômenos de uma determinada situação. Optou-se pela abordagem dialética para a interpretação dos dados que permitiu captar o engendramento das dimensões objetivas e subjetivas, incluindo aí a materialidade laboral e as subjetividades construídas pelo trabalhador, ao mesmo tempo em que se buscou resgatar e confrontar os determinantes históricos do trabalho de enfermagem com foco nas condições de trabalho. Os dados foram coletados em duas instituições hospitalares (uma pública e outra privada), sendo realizadas 42 observações e 22 entrevistas. Foram observadas e entrevistadas todas as categorias de trabalhadores vinculados a equipe de enfermagem que atuavam em quatro unidades de internação hospitalar: pronto atendimento adulto, clínica médica, clínica cirúrgica e unidade de terapia intensiva. Do total de entrevistas, 10 foram realizadas no

[1] Professor Associado Doutor da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Pesquisador da FAPEMAT e do CNPq. E-mail: lcartaxo@terra.com.br



hospital privado e 12 no hospital público. **RESULTADOS:** Com base nos objetivos do estudo e a partir da análise dos dados foram estabelecidas quatro categorias de análise as quais serão descritas a seguir: **1ª) Aspectos conjunturais do cenário de trabalho** – os espaços de trabalho foram repetidas vezes mencionados como condições necessárias para o bom desempenho da equipe nos diferentes momentos do processo de trabalho, até porque, o local de trabalho constitui um dos meios de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1979), já que é nele que se arrolam as relações e se concretiza o próprio trabalho. As dimensões física e funcional nos contextos das instituições estudadas mostraram-se incompatíveis para o funcionamento do trabalho, notadamente nas unidades de Pronto Atendimento de ambos os hospitais estudados, fazendo com que a cobertura do atendimento se tornasse retardatária e de difícil operacionalização pelo trabalhador, em especial nos momentos de grande fluxo. **2ª) Os recursos para a realização do trabalho** - os dados obtidos através deste estudo revelaram diferentes configurações acerca dos recursos colocados ao alcance dos trabalhadores de enfermagem, que divergem conforme a instituição e os setores de trabalho. Os aspectos apontados pelos trabalhadores demonstram inúmeras facetas que vão desde a questão da escassez, falta de controle e até de baixa qualidade dos materiais, muitas vezes impondo ao trabalhador a realização de ações restritas às condições mínimas de trabalho (no caso do hospital público) e, por outro lado, em condições mais favoráveis (no caso do privado). **3ª) Maneiras alternativas para realizar o trabalho -** para dar conta das exigências, das pressões e encontrar saídas para vencer o volume de trabalho, o trabalhador busca métodos alternativos, aperfeiçoando estratégias e até criando no próprio interior do trabalho novos instrumentos adicionais. Isto em primeiro plano é realizado intencionalmente para atender o paciente e, em segundo, inconscientemente, para corresponder aos interesses do capital em reduzir o tempo de produção e aumentar a produtividade. Tais meios ou estratégias de trabalho, mesmo quando criados e desenvolvidos pelo trabalhador, deixam de ser de sua propriedade, pois são prontamente apropriados pelas organizações (LUNARDI-FILHO, 1995). **4ª) A remuneração, pausa para o descanso, repouso e jornada de trabalho** – Observou-se durante a coleta de dados inúmeros estrangulamentos relacionados a estes condicionantes de trabalho, entretanto, o



prolongamento das jornadas de trabalho decorrentes da multiplicidade de empregos assumida pelo trabalhador foi o mais perceptível, pois eram visíveis as fisionomias de cansaço e palidez estampadas no rosto dos trabalhadores, especialmente daqueles que realizavam vinte e quatro horas consecutivas de trabalho. **CONCLUSÕES**: Considerando os dados apresentados pode-se concluir que no contexto das instituições estudadas as condições de trabalho se configuraram de forma deletérias e com significativo impacto negativo no processo assistencial e no corpo do trabalhador. Pelos dados analisados observa-se que a conjuntura do trabalho associado aos recursos disponibilizados pelas instituições para a realização das atividades laborais são precarizadas, produzindo desgaste e descontentamento no trabalhador, forçando-os a buscar maneiras alternativas, os conhecidos “arranjos” para concretizar o trabalho. As condições de trabalho, entendidas como direitos do trabalhador no interior do trabalho tais como os repousos, as pausas para o descanso e as longas jornadas, também se apresentaram como algo pouco valorizado refletindo sobremaneira na baixa qualidade do atendimento e de vida no trabalho.

BIBLIOGRAFIA

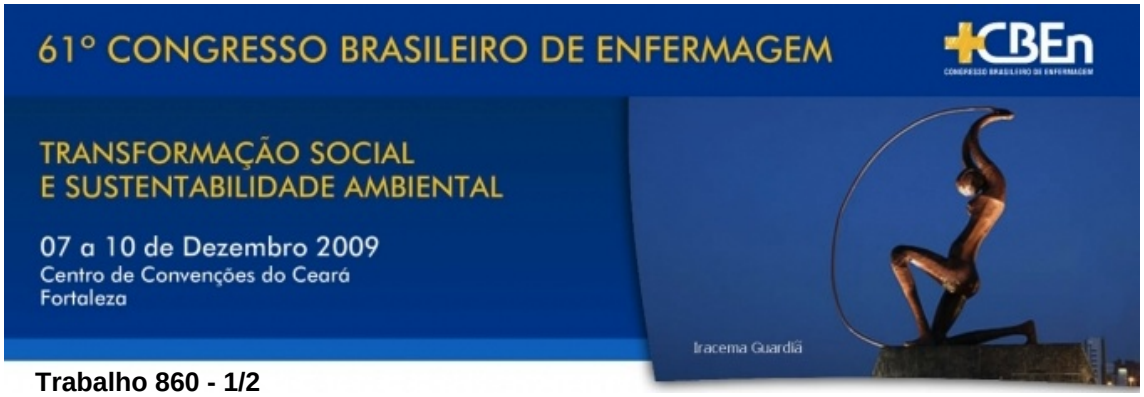
LUNARDI-FILHO, W. D. **Prazer e sofrimento no trabalho:** contribuições à organização do processo de trabalho de enfermagem. 1995. 288p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e história:** raízes sociais do trabalho médico. 1979, 209p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC - ABRASCO, 1993.

SCHRAIBER, L. B; NEMES, M. I. B. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. **Revista da Fundação do Desenvolvimento Administrativo** – FUNDAP, n.19, p.106-121. 1996.

DESCRITORES: processo de trabalho; trabalho de enfermagem; condições de trabalho

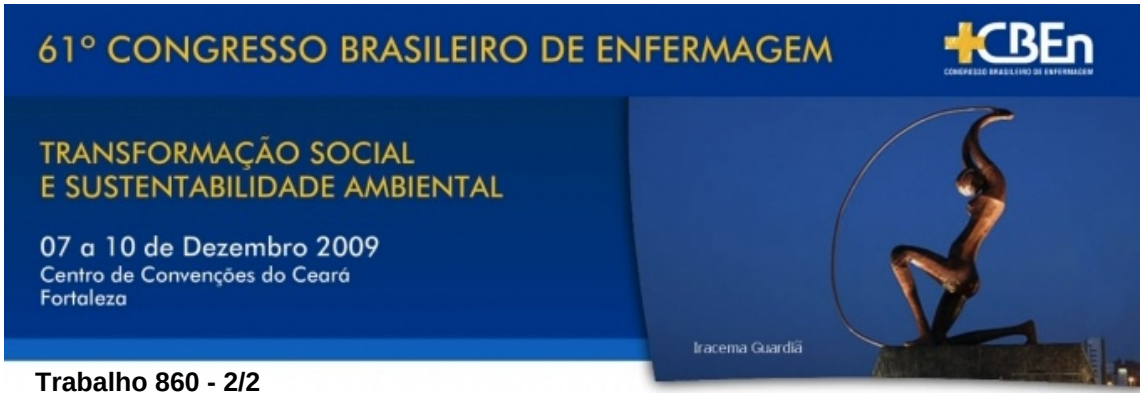


Trabalho 860 - 1/2

OS EFEITOS DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL

*ALMEIDA, A. K. DA S.
*BARACCHINI, P. DE S.
*CARMO, A. A. DO
**CARSWELL, W. A.

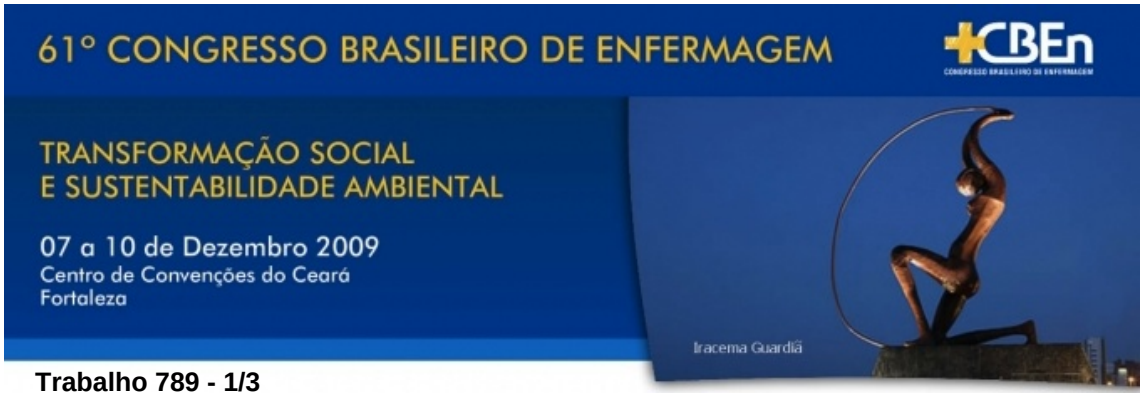
O planeta Terra desde sua formação tem sofrido esfriamento da sua superfície e mudanças climáticas extremas como parte da sua formação e evolução. Existem muitas oscilações climáticas naturais que ocorrem em conseqüência da influência solar, atividade de vulcões, entre outros acontecimentos, responsáveis pelo aumento da temperatura na terra. Porém, estas flutuações climáticas eram esperadas e calculadas, mas a partir da década de 70 é inegável a influência dos seres humanos sobre a aceleração desses processos. Assim, de acordo com as previsões haverá outros efeitos mundiais desastrosos, incluindo, além das perdas das geleiras polares, extinção de milhares de espécies de animais, destruição de recifes de coral, doenças, pestes e fome global, entre outros. Em conseqüência dos estudos feitos em Vostok, na Antártica entre 1990 e 1998 é evidente que a planeta já está mais quente do que esteve nos últimos 420 mil anos, provavelmente em conseqüência de um aumento na temperatura ambiental de 2,2 ou 2,7 ° C. Portanto, os indícios relativos ao dióxido de carbono são mais assustadores ainda, pois demonstra que o nível atual de 378 partes por milhão de CO_2 não encontra precedentes na história geológica recente, ou seja, o pico anterior de 299 partes por milhão, foi atingido há cerca de 325 mil anos. Deste modo, o efeito estufa é representado pela elevação da temperatura na superfície do globo, sendo seus principais resultados tufões, enchentes, desequilíbrios climáticos em geral provocado pelo aumento das concentrações de dióxido de carbono – gás carbônico - e outros gases na atmosfera. Os resultados dessas alterações climáticas manifestaram-se nas secas, enchentes, ondas de calor e de frio, furacões e tempestades além da elevação do nível do mar devido ao descongelamento das geleiras que têm afetado várias partes do planeta e produzidos enormes danos ambientais, sociais e econômicas além da perda de vidas. Em consequência destas mudanças ressurgiram doenças previamente erradicadas ou quase extintas, além de aparecer outras novas causadas por vírus como, por exemplo, Hantavirus e Rotavirus. As doenças respiratórias e as afecções da pele ocasionaram modificações nos hábitos das pessoas, porém a influência das mudanças climáticas sobre o comportamento, o estresse, a intolerância ao calor manifestada através de um aumento de acidentes, violência devido à raiva, picos de hipertensão, crises nos diabéticos, hiper e hipotireóidicos, entre outras são menos percebidas. A preocupação quanto à inevitabilidade das catástrofes e os resultados prováveis na saúde da população despertou interesse. Diante disso resolveu-se realizar uma pesquisa exploratória, descritiva com uma análise qualitativa de dados seguindo a proposta de Minayo. Após a assinatura do consentimento livre e esclarecido seguindo as normas da resolução 196/96 as entrevistas foram gravadas num ambiente adequada e depois transcritas e categorizadas. **O objetivo** do estudo foi identificar a percepção dos acadêmicos e profissionais de saúde em relação os



Trabalho 860 - 2/2

efeitos do aquecimento global sobre a saúde da população na região sudeste do Brasil. **Os resultados** revelaram que os sujeitos do estudo estão atualizados em relação à questão do aquecimento global, mas não refletiram sobre os efeitos mais específicos ou sobre a própria saúde. Demonstram preocupação, mas não envolvimento nas soluções, não contemplou a gravidade dos problemas de saúde surgindo ou a implicação sobre a atuação de enfermagem e profissionais de saúde no futuro próximo. Conclui-se que a dimensão dos problemas do aquecimento global sobre a saúde da população no sudeste do Brasil é algo que ainda não foi assimilado pelos acadêmicos ou profissionais de saúde.

*Alunas no último ano do curso de graduação em Enfermagem no Centro Universitário Barão de Mauá
** Mestre em Enfermagem Psiquiátrica e Doutora em Enfermagem Fundamental pela E.E.R.P.-USP. Enfermagem e Obstetrícia no Centro Universitário Barão de Mauá



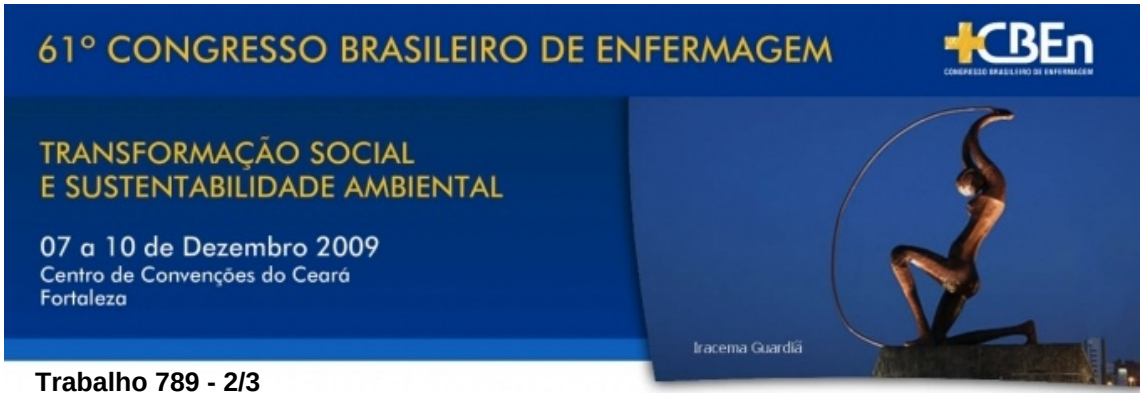
Trabalho 789 - 1/3

OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E AS MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

BATISTA, O.M.A.[1]
GALVÃO, M.P.S.P.[2]
RODRIGUES, J.A.[3]
GOMES, N.H.L.[4]

No ambiente hospitalar os profissionais de saúde estão expostos a uma série de riscos ocupacionais, especialmente a equipe de enfermagem, no contato com materiais biológicos como: sangue, secreções e excreções. A biossegurança se constitui como um campo amplo de conhecimentos e práticas que englobam medidas para a redução geral de riscos à saúde e ao meio ambiente. O estudo objetivou analisar as produções científicas referentes às medidas de biossegurança adotadas pelos profissionais de enfermagem. Trata-se de uma revisão bibliográfica desenvolvida com base em artigos científicos já publicados. O levantamento foi realizado no período de abril a junho de 2009 através de busca eletrônica na Biblioteca Virtual de Saúde. Dentre os artigos encontrados, apenas as publicações científicas relacionadas à enfermagem e referentes ao período de 2004 a 2009 foram selecionadas. Foi feita a análise de 16 artigos, e após leitura e fichamento, os mesmos foram nomeados em duas categorias: “Adoção das medidas de biossegurança”, “Acidentes ocupacionais envolvendo materiais biológicos”. A lavagem das mãos e o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) como: óculos, luvas, máscaras e capotes são medidas de biossegurança que devem ser adotadas para a proteção dos clientes e profissionais de saúde. O manuseio adequado dos perfurocortantes e o descarte desses resíduos em coletor apropriado, respeitando o limite de ocupação do mesmo e evitando o reencape de agulhas, são medidas extremamente importantes, pois doenças como a AIDS, hepatite B e hepatite C podem ser transmitidas por via parenteral. Alguns profissionais de enfermagem negligenciam as normas de biossegurança e utilizam os EPIs apenas quando o risco está

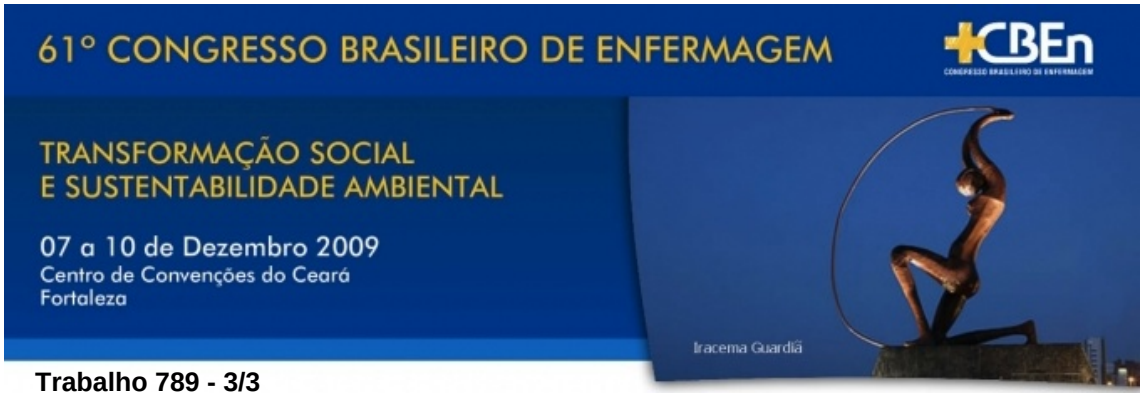
[1] Enfermeira, Mestre em Enfermagem e Docente do curso de graduação em enfermagem da Faculdade NOVAFAPI.
[2]Aluna do oitavo período do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade NOVAFAPI. maryportelaspg@hotmail.com
[3] Aluna do oitavo período do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade NOVAFAPI.
[4] Aluna do oitavo período do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade NOVAFAPI.



evidente, como ao prestar assistência a pacientes portadores do vírus HIV ou com tuberculose multiresistente. Outra situação preocupante se refere ao fato desses profissionais, além de não fazerem uso dos EPIs, nas poucas situações em que utilizam, os mesmos acabam fazendo de forma incorreta, dificultando uma proteção eficaz. O tempo de exercício profissional faz com que muitos trabalhadores de enfermagem não se sintam vulneráveis à contaminação e transmissão de infecções. Devido ao longo tempo de experiência, acabam subestimando os riscos ocupacionais. Outros fatores que contribuem para falta de proteção adequada no ambiente de trabalho são: o desconforto provocado pelo uso de alguns equipamentos por tempo prolongado, como as máscaras; falta de credibilidade nas medidas de proteção; dificuldades de capacitação de pessoal; desrespeito às normas e desinteresse dos próprios trabalhadores. Com relação aos acidentes ocupacionais envolvendo os profissionais de enfermagem, as picadas de agulhas são as principais responsáveis pelo risco de aquisição das doenças infectocontagiosas. A realização com freqüência de procedimentos invasivos como: punção venosa, administração de medicações por via parenteral e a instalação de soroterapia tornam os profissionais de enfermagem mais vulneráveis aos acidentes com perfurocortantes. A incidência de acidentes ocupacionais com material biológico envolvendo a equipe de enfermagem é alta nas unidades de clínica cirúrgica, maternidade e clínica médica. Tal situação pode ser em decorrência do ritmo intenso, do grande número de procedimentos invasivos, medicações parenterais, e cuidados complexos que devem ser executados com rapidez nestas unidades. Conclui-se que as medidas de biossegurança ainda precisam ser incorporadas de forma mais efetiva na prática profissional dos trabalhadores de enfermagem. Observou-se que a equipe de enfermagem encontra-se altamente susceptível aos acidentes de trabalho, e os mais freqüentes são com materiais perfurocortantes. Uma estratégia importante para que tal situação possa ser revertida é a promoção da educação permanente em medidas de biossegurança, pois os profissionais de enfermagem precisam incorporar condutas seguras na sua prática cotidiana.

Descritores: Biossegurança, Enfermagem, Riscos ocupacionais.

REFERÊNCIAS:

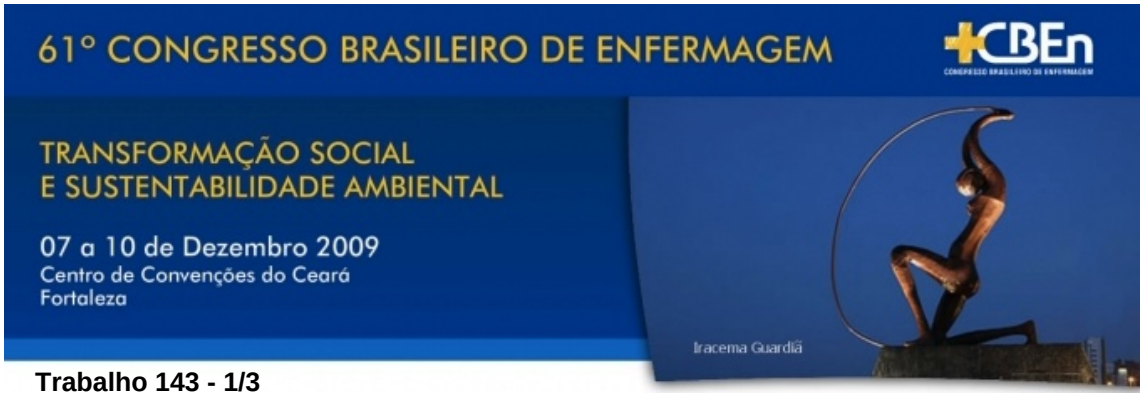


CORREA, C.F.; DONATO M. Biossegurança em uma unidade de terapia intensiva- a percepção da equipe de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v.11, n.2, p. 197-204, Rio de Janeiro, 2007.

GIR, E.; et al**.** Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem ás precauções. **Rev. esc. enferm. USP**, v.38, n.3, p. 245-53, São Paulo, 2004.

RIBEIRO, E. J.R.; SHIMIZU, H.E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Rev. Bras. Enf.** v.60, n.5, p. 535-40, Brasília, 2007.

MARZIALE, H. P. M.; NISHIMURA, K.Y.N.; FERREIRA, M.M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes com material pérfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.1, p. 36-42, Ribeirão Preto, 2004.



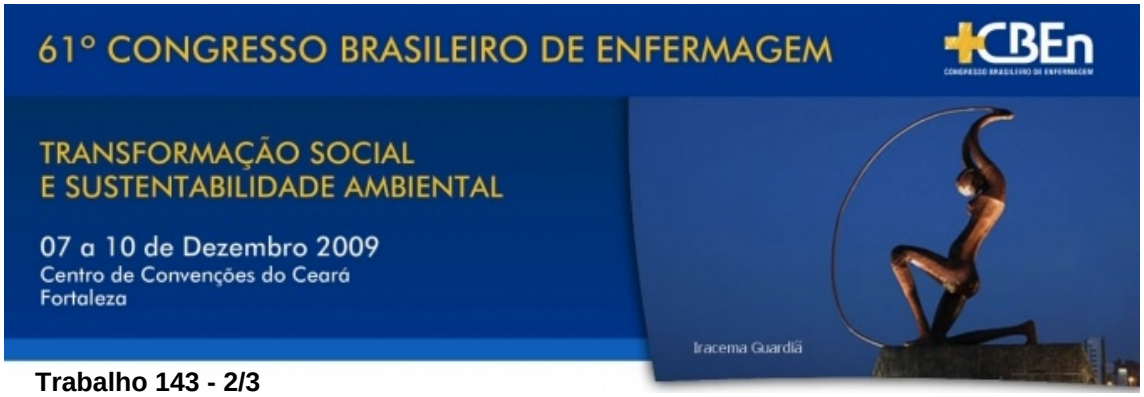
Trabalho 143 - 1/3

PARTO HUMANIZADO: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

LAGO, Flavia Waleska Nechio.[1]
SILVA, Elaine Patrícia Vincler da[2]
VIEIRA, Tatiane de Abreu[3]

Humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Portanto, para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS. A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano. (HUMANIZASUS, 2004). Tem-se como objetivos deste estudo identificar quais as estratégias adotadas para a realização do parto humanizado e descrever a importância do enfermeiro para o desenvolvimento do parto humanizado. A metodologia utilizada foi um resgate bibliográfico de natureza qualitativa e caráter descritivo, elaborada a partir do aprofundamento da leitura do conteúdo já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e do material disponibilizado na Internet. O estudo tem relevante significado, tendo em vista seu enfoque, quanto a contribuição do enfermeiro para a humanização do parto, visando o relaxamento da mãe e um nascimento menos estressante para o bebê, onde a mulher faz deste momento especial algo mais natural e desejado. Os enfermeiros vêm melhorando a relação enfermeiro-cliente dando ênfase no diálogo, incluindo o pai no parto ou um acompanhante da preferência da parturiente, a sua participação nas decisões sobre sua saúde. Conclui-se que para uma assistência de qualidade e humanizada ao parto e nascimento é necessária a contratação de profissionais qualificados e comprometidos de forma pessoal e profissional, que recebam a mulher com respeito, ética e dignidade,

Flavia Waleska Nechio Lago. Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). flaviawaleska@gmail.com Telefones: 21 3403-7209, 8867-1009.
[2] Elaine Patrícia Vincler da Silva. Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). elainevincler@yahoo.com.br Telefones: 21 3155-5408, 8663-0754
[3] Tatiane de Abreu Vieira. Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). tatimolino@hotmail.com Telefones: 21 7866-0666, 7866-0667



além de serem incentivadas a exercerem a sua autonomia no resgate do papel ativo da mulher no processo parturitivo. Na concepção de parto humanizado, o respeito à individualidade se reveste de importância dupla por envolver seres que necessitam de atenção especial, num momento ímpar de suas vidas e, talvez, decisivo para a promoção da sua saúde futura. Receber cuidados para parir com segurança e conforto e para nascer com dignidade, com maior segurança e proporcionar melhores meios para que ambos – mãe e filho – possam trabalhar com cuidado essa missão natural, pois o ser humano é um todo singular e indivisível, como tal deve ser cuidado e respeitado.

Descritores: humanização do parto; enfermagem obstétrica; enfermagem

Referências

BALASKAS, Janet. **Gravidez Natural**: São Paulo: Manole, 1999

CARVALHO, Geraldo Mota de; **Enfermagem em obstetrícia**. rev e ampl. São Paulo: E.P.U., 2002

DINIZ, Carmen Simone Grilo**; Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** São Paulo: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo> Acesso em: 01 de Novembro de 2008

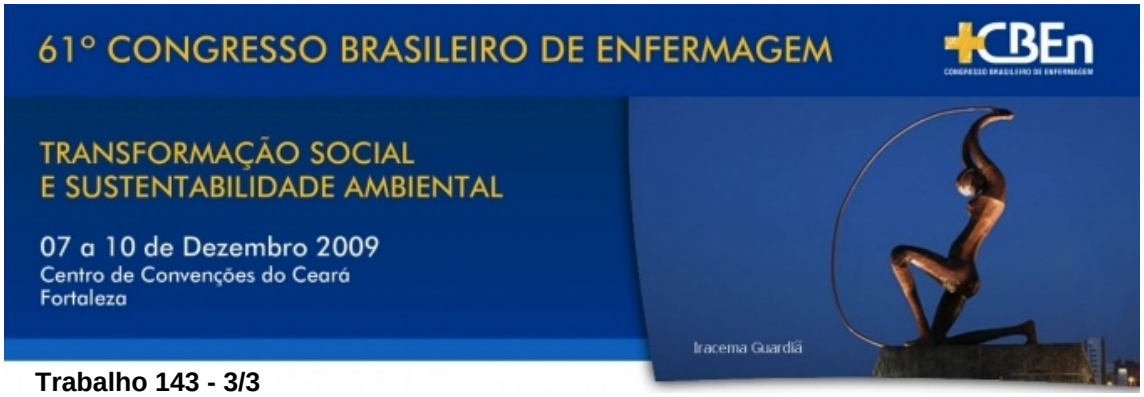
ENKIN, Murray... et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005

LARGURA, Marília. **Parto Humanizado**. São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.partohumanizado.com.br/index.html >Acesso em: 29 de Março 2008.

LEBOYER, Frédérick. **Nascer Sorrindo**. São Paulo: Ed. Brasiliense s.a., 1974.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**; Brasília: Ministério da Saúde, 2002

MINISTÉRIO DA SAÚDE; **Humanizasus: Política Nacional de Humanização**; Brasília: Ministério da Saúde, 2004

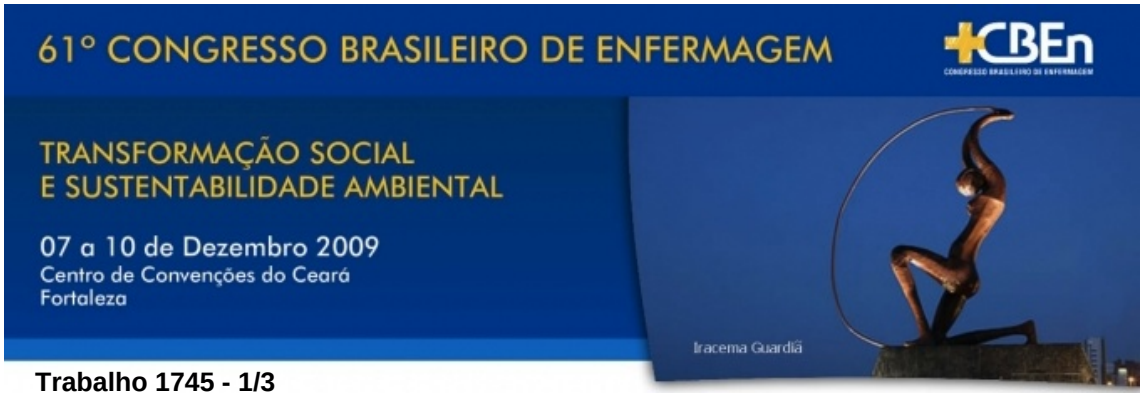


MINISTÉRIO DA SAÚDE; **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**; Brasília: Ministério da Saúde, 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE; **Saúde reprodutiva: gravidez, assistência pré-natal, parto e baixo peso ao nascer**; Brasília: Ministério da Saúde, 2004

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio B.; **Obstetrícia Fundamental**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1999

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S.; **Enfermagem Obstétrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1985



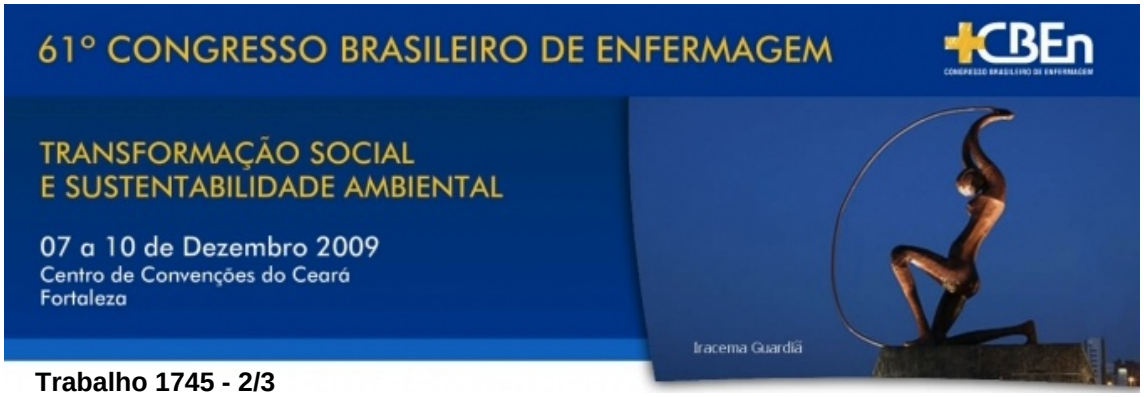
Trabalho 1745 - 1/3

PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA REFERENCIADA

Oliveira, Gabriella Novelli [1]
Neves, Michele de Freitas[2]
Araujo, Izilda Esmenia Muglia [3]

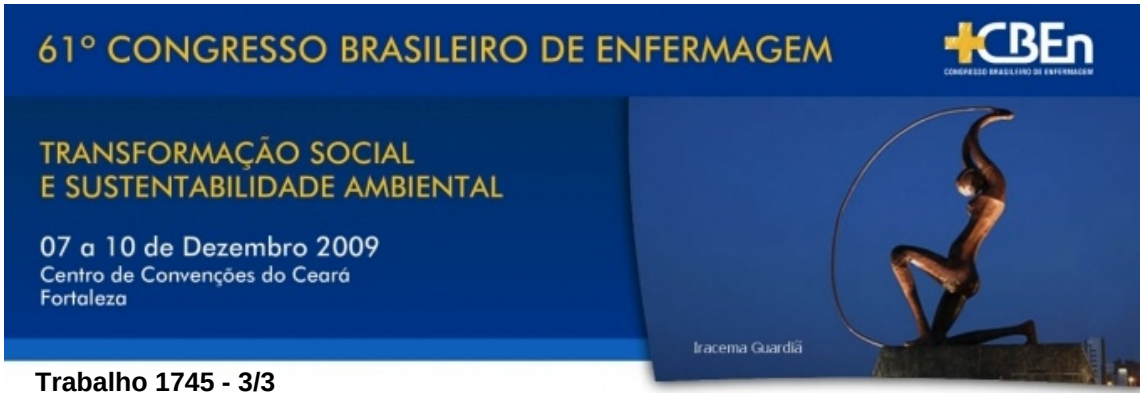
Introdução: O perfil da demanda configura como uma das principais portas de entrada ao sistema de saúde e, possivelmente, revela, entre outras coisas, uma distribuição desigual da oferta de serviços, não apenas do ponto de vista quantitativo, mas também qualitativo, na atenção básica e especializada, e na atenção hospitalar. Neste contexto o SUS criou o a Política Nacional de Humanização (PNH) Humaniza SUS, que tem como princípio o acolhimento com avaliação e classificação de risco como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede. No Brasil ainda não há um sistema de informação epidemiológica relacionado aos atendimentos em prontos-socorros, porém ele é previsto nas diretrizes da política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência aprovado em 2001. Essa diretriz visa o monitorização das ocorrências de acidentes e violências, além do conhecimento sobre o perfil de atendimento nos serviços de emergência. O conhecimento das características da população que freqüenta um serviço de emergência,constitui-se como uma ferramenta de planejamento das ações em saúde objetivando diminuir as superlotações nos serviços de emergência visto que tais informações representam um instrumento importante na gestão de ações dos serviços, resultando em dados fundamentais no delineamento do perfil epidemiológico da população e consequentemente demanda do sistema de saúde.**Objetivos:** Identificar o perfil sócio-demográfico e as principais queixas da população adulta atendida na Unidade de Emergência

[1] Acadêmica do 4ºano de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.e-mail:gabinovelli@yahoo.com.br.
[2] Enfermeira apoiadora da Unidade de Emergência Referenciada do Hospital das Clínicas e Mestranda do Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
[3] Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.



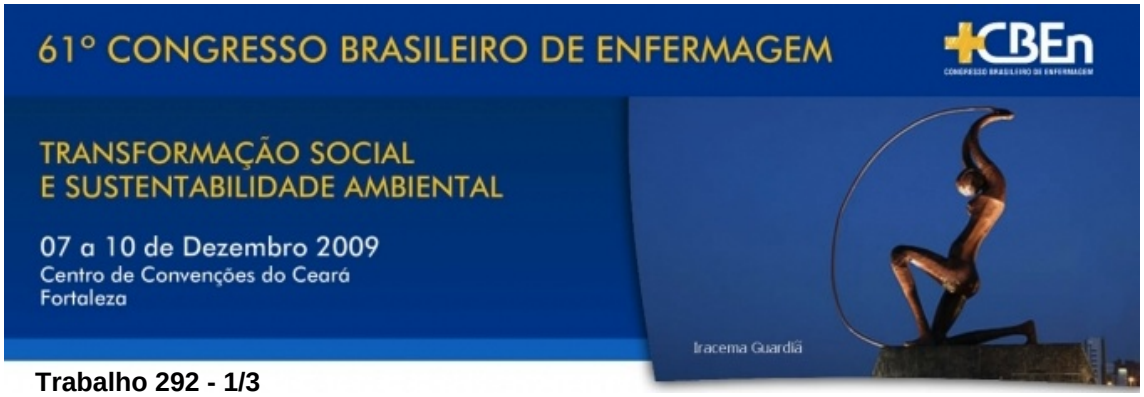
Trabalho 1745 - 2/3

Referenciada de um hospital universitário. **Sujeitos e Métodos:** Estudo descritivo/retrospectivo desenvolvido em uma Unidade de Emergência de um Hospital Universitário do município do interior do Estado de São Paulo -SP. Hospital de grande porte, nível terciário e quaternário, com capacidade para 403 leitos. Todos os atendimentos realizados são pelo SUS, com uma média de 400 atendimentos por dia na referida unidade, incluindo as especialidades de clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e psiquiatria. Os usuários são atendidos pelo sistema de classificação de risco realizados pelos enfermeiros, sendo elas: vermelho (o paciente tem risco de morte iminente e é encaminhado diretamente à sala de emergência), amarelo (o paciente deve ser atendido o mais rápido possível, porém não corre risco iminente), verde (o paciente não corre riscos, porém tem uma queixa que deve ser resolvida com prioridade oportuna) e azul (casos que deveriam ser atendidos na rede básica de saúde), porém não há um protocolo estabelecido. A população estudada foi a clientela adulta atendida no período de primeiro de janeiro a 30 de junho de 2008 (1º semestre do ano). A amostra foi constituída pelas fichas de boletins de atendimento (BAU) e prontuários médicos dos sujeitos que foram contemplados no sorteio determinado por programa estatístico. Os dados foram coletados por duas das pesquisadoras, utilizando um instrumento norteador. O instrumento foi desenvolvido com base nos dados presentes no BAU da referida Unidade, contém itens que identificam e caracterizam a população e o perfil das queixas dos usuários atendidos. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, parecer n. 1014/2008, realizou-se o preenchimento do banco de dados, na planilha do programa Excel (Windows), seguindo o número da ficha sorteada, totalizando 300 por mês. Ao término da coleta, os dados foram agrupados e analisados conforme a ocorrência das queixas dos usuários por mês e sazonalidade. **Resultados:** Dos 1800 BAU analisados: 52% eram do sexo feminino e 48% masculino, com média de idade de 41,6 (±17) anos, 92% foram atendimentos por demanda espontânea e 75% do próprio município. Os dias da semana (segunda a sexta-feira) foram os que somaram o maior percentual dos atendimentos, 89%. Na avaliação de risco as classificações conforme as cores obtiveram os percentuais: 70% dos pacientes cor verde, 14% amarela, 10% azul e 5% vermelha. As nove queixas mais freqüentes entre as 183 relatadas pelos pacientes foram: cefaléia 9,8%; lombalgia



7,06%; dor abdominal 4,78%;dor de garganta 3,47; dor torácica 3,36%;dor em MMII 3,13%;dispnéia 2,62%; epigastralgia 2,45%; diarréia 2,33%. O horário de maior demanda de atendimentos aconteceu no período das 7 às 13h com 47% e, no período das 13 às 19h, 35%. De janeiro a março (verão) as queixas mais freqüentes foram: lombalgia (9,15%) e cefaléia (7,23%) e, de março a junho (outono) as queixas mais freqüentes foram: cefaléia (10,28%) e lombalgia (6,04 %). **Conclusão:** Nestes resultados (parciais do ano 2008) o perfil da amostra adulta atendida na UER foi do adulto-jovem em idade produtiva, sexo feminino, procedente do próprio município, demanda espontânea e no período diurno em dias úteis. Os atendimentos apontaram para queixas de baixa complexidade que pela avaliação de risco, conforme as cores, obteve 70% na cor verde (não corre riscos, porém tem que ser resolvida com prioridade oportuna), sendo muito diversificadas apresentando percentuais abaixo de 10%, como exemplo: cefaléia 9,8%; lombalgia 7,06%; dor abdominal 4,78%;dor de garganta 3,47; dor torácica 3,36%. Quanto à sazonalidade não ocorreram queixas que tivessem características relacionadas a elas. Os resultados apontaram para uma demanda não condizente com o porte de uma Unidade de emergência referenciada, ou seja, a busca esta subestimada pela população.**Bibliografia:**Calil AM. O enfermeiro e as situações de emergência. Atheneu.2007;Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. HumanizaSUS. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília; 2002;Simons DA. Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do programa Saúde da Família. [Tese de Doutorado]. Recife (CE): Fundação Osvaldo Cruz; 2008.

Descritores: serviço médico de emergência - perfil de saúde - enfermagem em emergência

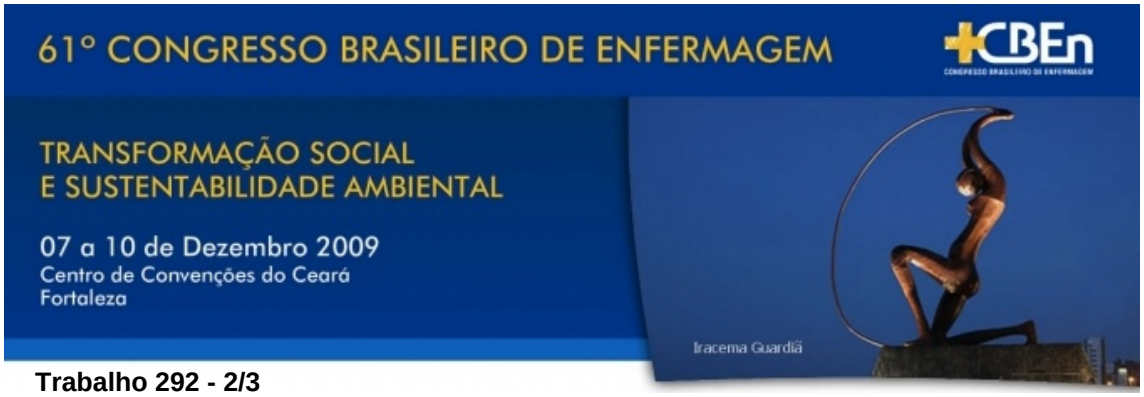


Trabalho 292 - 1/3

PERFIL DOS NASCIDOS VIVOS DE MÃE ADOLESCENTES EM 2008 NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

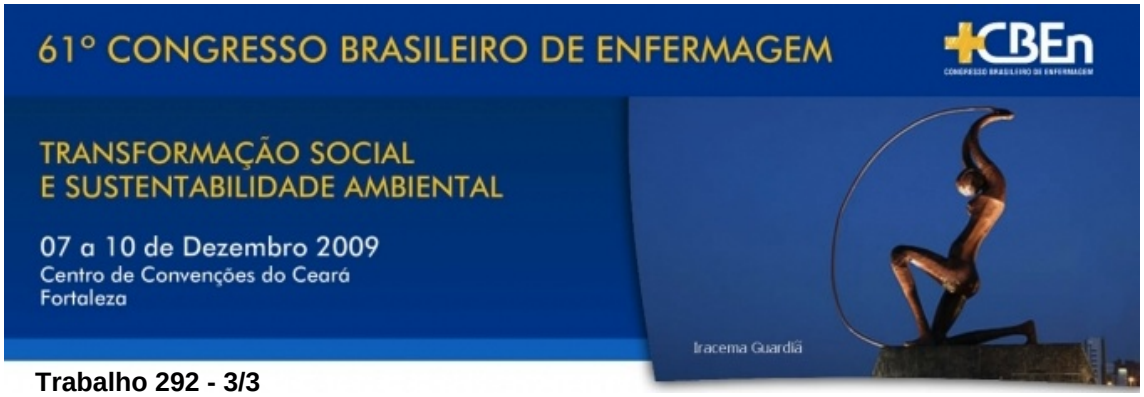
GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina [1]
ALVES, Maria Dalva Santos [2]
RÊGO, Rita Maria Viana [3]
ROCHA, Antônio Euzébio Teixeira[4]
PASSOS, Maria Leonice Limas[5]
SOUZA, Ângela Maria Alves[2]

A adolescência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) o intervalo entre 12 e 18 anos. A gravidez na adolescência é uma ocorrência preocupante relacionada à sexualidade, pelas repercussões na saúde da mãe e do concepto. A gravidez precoce e os riscos perinatais para filhos de mães adolescentes constituem temas oportunos, pertinentes, que ensejam bastante interesse e proporcionam debates. Isso decorre não só dos aspectos biológicos e epidemiológicos que definem o perfil de saúde desse grupo, mas, pela ampliação do conceito de saúde e concepções da promoção da saúde, vinculados à qualidade de vida, aliados ao enfoque dos direitos sexuais e reprodutivos, gênero, violência doméstica e sexual e protagonismo juvenil[1]. No Brasil, a gravidez precoce e suas complicações são a principal causa de mortalidade entre adolescentes do sexo feminino de 15 a 19 anos, sendo a terceira causa de óbito entre mulheres, perdendo apenas para homicídio e acidente de trânsito[2]. A relação entre idade materna e resultados perinatais é acentuada em gestantes adolescentes, com maior incidência de parto pré-termo e baixo peso ao nascimento[3]. O Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC) é um sistema de base nacional, alimentado pela Declaração de Nascido Vivo (DNV), preenchida por um profissional de saúde, das maternidades públicas ou privadas. A emissão da DNV tornou-se obrigatória para todos os estabelecimentos de saúde que assistem ao parto, por meio da Lei 8.069/90 de 13 de julho de 1990[3]. O SINASC possibilita traçar o perfil dos nascimentos e subsidiar a política de saúde materna infantil. O estudo teve como objetivo analisar o perfil dos nascidos vivos filhos de mães adolescentes do Município de Fortaleza-Ce, registrados no SINASC em 2008. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. Os dados de nascimento



(SINASC) foram obtidos por meio do acesso eletrônico aos relatórios do *Tab Net,* no site (http://www.saudefortaleza.ce.gov.br). Foram selecionadas as variáveis relacionadas aos recém-nascidos (RN): peso ao nascer e Apgar no 1º minuto e ás características maternas: idade gestacional, número de consultas de pré-natal e escolaridade. Foram identificadas 37.090 DNV, sendo analisadas as 6.832 (18,42%) correspondendo aos nascimentos de filhos de adolescentes. Em relação aos RN, 10% foram de baixo peso, 84% com Apgar de 8 a 10 no 1º minuto e 8% prematuros. Estudo evidenciou que em maternidades Municipais e Federais do Município do Rio de Janeiro, que o risco de recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer é maior no grupo de mães adolescentes[4]. Corroborando com esse achado, outro estudo investigou a relação entre a idade materna e a duração da gestação, encontrando uma freqüência significativamente maior de ocorrência de parto pré-termo em gestantes adolescentes (4,3%) do que em adultas grávidas (3,7%)[5]. Quanto às características maternas esse estudo revelou que, 98% fizeram pré-natal e somente 59% tiveram de 4 a 6 consultas, a maioria das mães apresentaram de 8 a 11 anos de estudo, cerca de 50%. O número de consultas e a qualidade do pré-natal estão diretamente relacionados às repercussões perinatais para a mãe e concepto. Em estudo foi encontrado a associação estreita entre a relação dos efeitos adversos da gestação com a assistência prestada no pré-natal e concluem que a gravidez na adolescência aparece muito mais como um problema social do que biológico. No mesmo passo em que enfatizam a relevância de se ampliar a cobertura e o número de consulta de pré-natal, como um dispositivo que contribuirá para alcançar melhores resultados da gestação para a mãe e concepto[4]. Intuí-se que sejam necessárias ações e publicações para divulgação de experiências exitosas que possam subsidiar a prevenção da gravidez na adolescência, por meio da promoção da saúde sexual e reprodutiva com planejamento reprodutivo eficaz, tendo como premissa a educação em saúde e o protagonismo juvenil. Na gravidez precoce, o sistema de saúde deve oferecer uma assistência humanizada e de qualidade no pré-natal, parto e puerperio, com o intuído de evitar as repercussões adversas para a mãe e concepto, e conseqüentemente a redução da morbidade e mortalidade materna e perinatal.

Descritores: nascimento vivo, adolescente, perinatologia



GURGEL, M.G. I.; ALVES M.D.S.; VIEIRA N.F.C.; PINHEIRO P.N.C.; BARROSO G.T**.** Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem**. Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 800-806, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociais brasileiros.** Rio de Janeiro, 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) para profissionais do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2004.

GAMA, S. G. N.; SZWARCWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiências de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérpera de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 153-161, 2002.

AZEVEDO, G. D.; FREITAS JÚNIOR, R. A. O.; FREITAS, A. K. M. S. O.; ARAÚJO, A. C. P. F.; SOARES, E. M. M.; MARANHÄO, T. M. O. Efeitos da idade materna sobre os resultados perinatais**. Rev. Bras. Ginecol. Obstetr**., v. 24, n. 32, p. 181-185, 2002.

[1] Enfermeira, Coordenadora do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HDGM Messejana e Doutoranda em enfermagem na Universidade Federal do Ceará (UFC).

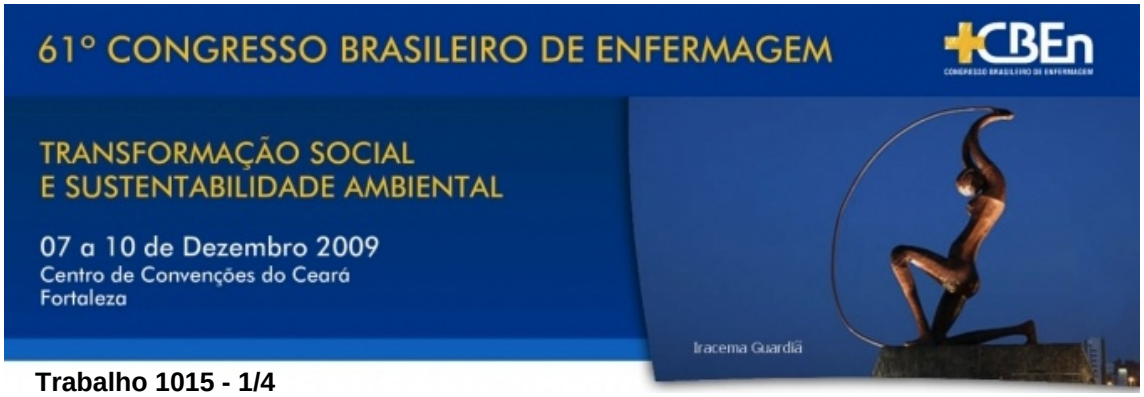
[2] Enfermeira Doutora em Enfermagem e Professora da UFC

[3] Enfermeira, Professora da Universidade Federal de Sergipe e Mestre em Enfermagem pela UFC

[4] Médico, Diretor do HDGM Messejana e mestrando em Saúde Coletiva na UNIFOR.

[5] Enfermeira, especialista em epidemiologia e Técnica da Vigilância Epidemiológica da SER VI.

gledesgurgel@yahoo.com.br

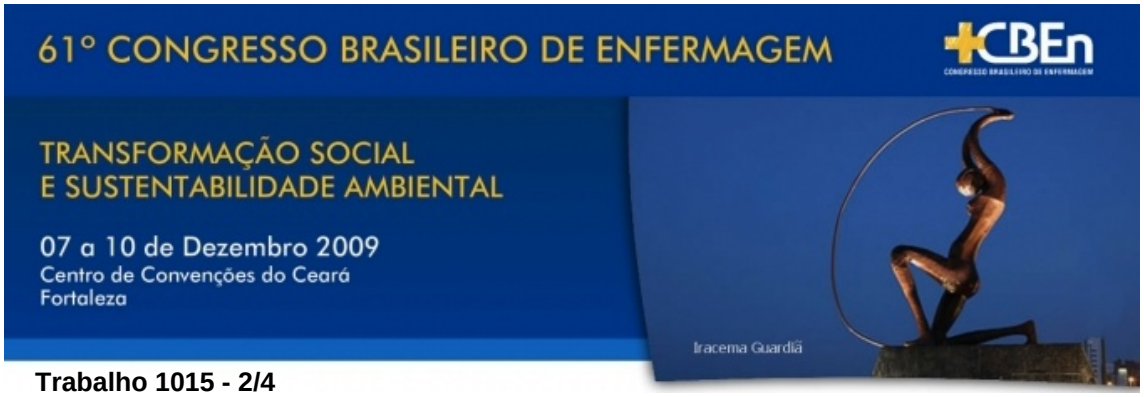


Trabalho 1015 - 1/4

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE EM HOSPITAL SECUNDÁRIO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

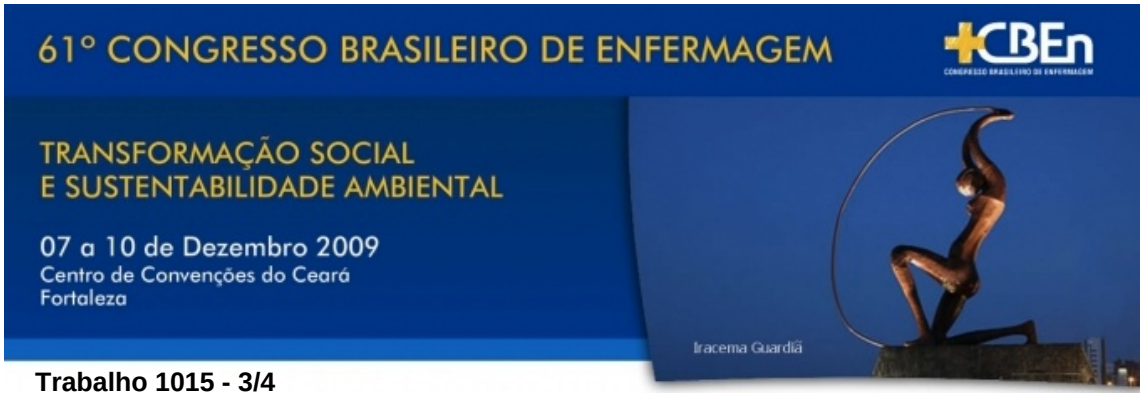
Amarante,T.C.[1]
Gurgel, M.G.I.[2]
Alves, M.D.S.[3]
Silva, I.S.[1]
Pinto, C.H.C.C.[4]
Passos, M.L.L.[5]

Para se avaliar o nível de saúde, a mortalidade constitui um indicador de qualidade, desempenho e resultado[1]. No âmbito hospitalar, ela representa um indicador de desempenho, pois é determinada principalmente pela severidade dos casos tratados e/ou pela qualidade da assistência prestada[2]. A análise comparativa de indicadores de resultado dos cuidados de saúde constitui importante instrumento para o monitoramento do desempenho dos serviços de saúde, sobretudo daqueles que prestam cuidado hospitalar. O resultado do cuidado é conseqüência do somatório das características dos pacientes, diagnóstico precoce e manejo clinico adequado. Variações no cuidado hospitalar explica-se primeiramente por diferenças no perfil de pacientes atendidos, na comparação de indicadores de resultados, nos custos ou no consumo de recursos entre prestadores de serviços e requerem a caracterização e mensuração do perfil de casos atendidos e da gravidade destes[3]. Desta forma, no uso de medidas de desempenho é imprescindível a adoção de estratégias específicas de ajuste do risco, a fim de controlar variáveis (características do paciente) que, independentemente da qualidade do cuidado prestado, afetam o resultado. O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (MS) é um sistema de base nacional. Criado em 1976, a partir da implantação do modelo padronizado da Declaração de Óbito (DO), que deve ser emitida exclusivamente por um profissional médico na constatação do óbito. O SIM é justificado não só para o atendimento de exigências legais, mas tem o objetivo principal de fornecer subsídios para traçar o perfil de mortalidade no país[4]. O sistema deve oferecer aos gestores de saúde, pesquisadores e entidades da sociedade, informações da maior relevância para a definição de prioridades nos programas de prevenção e controle de doenças e agravos[5]. O estudo objetivou comparar o perfil epidemiológico da mortalidade em hospital de nível secundário em Fortaleza.



Trabalho 1015 - 2/4

Estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. Selecionaram-se as informações do banco de dados do SIM, provenientes do site da Secretaria de Saúde (www.sms.fortaleza.ce.gov.br) por meio do software TABNET Fortaleza do DATASUS, que disponibiliza em meio eletrônico, os dados coletados das Declarações de Óbito ocorridos no Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira, nos anos de 1999 e 2008. A escolha desses anos advém de 1999 representar a implantação do SIM no município de Fortaleza e 2008, ano que o sistema completa uma década. As variáveis selecionadas foram os óbitos segundo o ano, sexo, faixa etária, atestante e causa básica. Foram registrados 46 óbitos em 1999 e 147 em 2008, evidenciando assim um aumento significativo (em torno de 219%) da mortalidade no hospital. Houve predominância para óbitos do sexo masculino nos anos do estudo, 61 e 65% para 1999 e 2008 respectivamente, e, em relação ao sexo feminino, 37 e 35%%. O não preenchimento deste campo correspondeu a 2% do total de óbitos. Para ambos os sexos observou-se aumento nos percentuais encontrados, bem como a melhoria do preenchimento deste campo na D.O. A faixa etária correspondente aos óbitos em maiores de 50 anos registrou o maior número de óbitos tanto em 1999(63%), como em 2008(73%). A faixa etária relativa aos óbitos em menores de um ano representou 13% em 1999 e 2% em 2008, ocorrendo assim uma redução significativa da mortalidade infantil. O mesmo não ocorrendo para a faixa entre 10 a 19 anos (relativa aos óbitos em adolescentes), que representou 2% em 1999 e 3% em 2008. Quanto ao atestante, 30 e 34% das declarações de óbito foram emitidas pelo hospital em 1999 e 2008. Em 1999, as mortes por causas externas corresponderam a 33%, sendo encaminhadas para o Instituto de Medicina Legal (IML), e, em 2008 apenas 3%. Sem registro do atestante foram encontrados os seguintes resultados, 37% e 8%, para 1999 e 2008.Quanto à causa do óbito o maior registro em 1999 foi do Capitulo XVIII (**Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte**) e XX (**Causas externas de morbidade e mortalidade**) e em 2008, do capitulo IX **(Doenças do aparelho circulatório)** e II **(Neoplasias, tumores).** Conclusão: O estudo caracterizou um aumento da mortalidade entre os dois anos, havendo predominância para óbitos do sexo masculino e idade acima de 50 anos. O ano de 1999 registrou o maior percentual de declarações de óbito sem registro do atestante, seguida do



atestante do IML. A mortalidade por causas externas predominaram em 1999, e as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias, em 2008. Uma melhoria da qualidade do preenchimento no campo relativo ao atestante foi observada em 2008. Esse estudo sinaliza a necessidade da Gestão Hospitalar por meio do NUHEPI, Direção Clinica e Técnica aprimorar a qualificação da equipe médica do Hospital no preenchimento, ou seja, na completude dos campos da DO. Acredita-se que a intervenção na formação acadêmica e a educação permanente em serviço, são os caminhos que vislumbram o enfrentamento dessas inconformidades, possibilitando a melhoria da qualidade da informação e atenção, bem como as análises epidemiológicas da mortalidade.

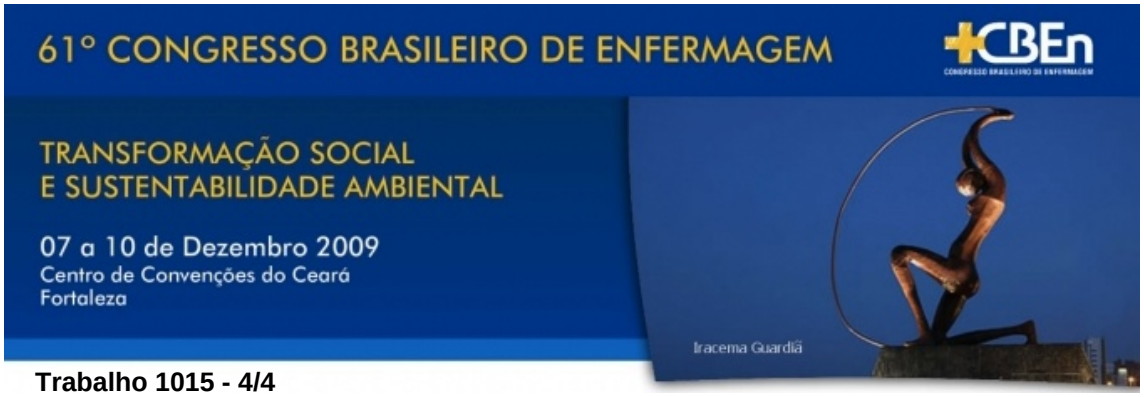
Descritores: mortalidade, epidemiologia, informação

1. LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S. L. D. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados**:** Rev. Panam. Saude Pública, 23(5): 349-356, maio 2008. disponível no site <http://www.bireme.br/apps/collexis/index.php?task=search&collection=BVS_Lilacs&thesaurus=decs2005_pt&additional_thesaurus=freetext&lang=pt&expression=mortalidade&label=mortalidade>. Acesso em: 13 jun. 2009.

2. SOARES, D.A.; ANDRADE, S.M.;CAMPOS, J.J.B.Epidemiologia e Indicadores de Saúde. *In*: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR., L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2006.

3. LIMA-COSTA, M.F. **Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil**. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N**. Epidemiologia & Saúde**. 6ª edição. Ed. MEDSI, Rio de Janeiro, 2003

4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) para profissionais do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2004.



5. MOTA, E; CARVALHO, D.M.T.Sistema de informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N**. Epidemiologia & Saúde**. 6ª edição. Ed. MEDSI, Rio de Janeiro, 2003.

[1]Acadêmica de Enfermagem da UNIFOR, Estagiária do NUHEPI do Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira.

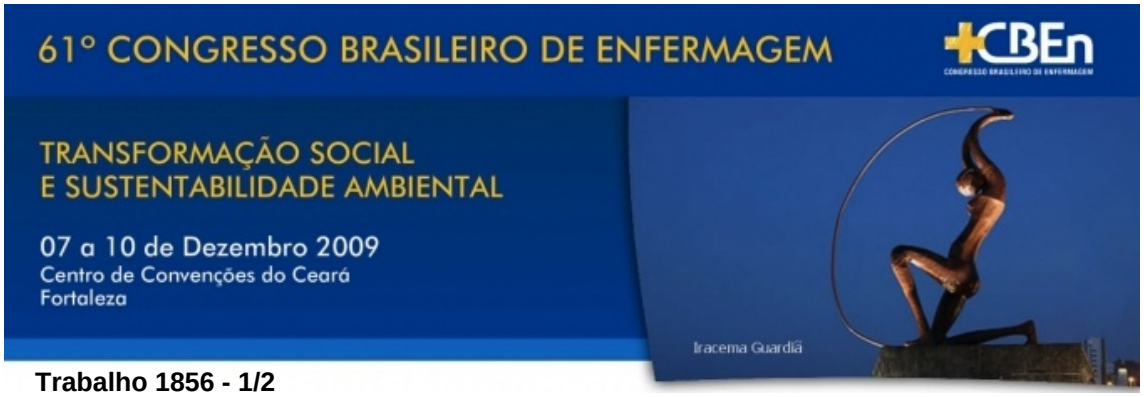
[2]Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Coordenadora do NUHEPI do Hospital Gonzaga Mota de Messejana

[3]Enfermeira, Doutora em enfermagem, Professora da UFC

[4] Enfermeira, Especialista em Epidemiologia, Chefe da Vigilância Epidemiológica da Regional VI.

[5] Enfermeira, Especialista em Epidemiologia e Técnica da Vigilância Epidemiológica da SER VI.

[6] Acadêmica de Enfermagem da UNIFOR, Estagiária do NUHEPI do Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira.



Trabalho 1856 - 1/2

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS INTERNADAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA[1]

FREIRE, Izaura Luzia Silvério[2]

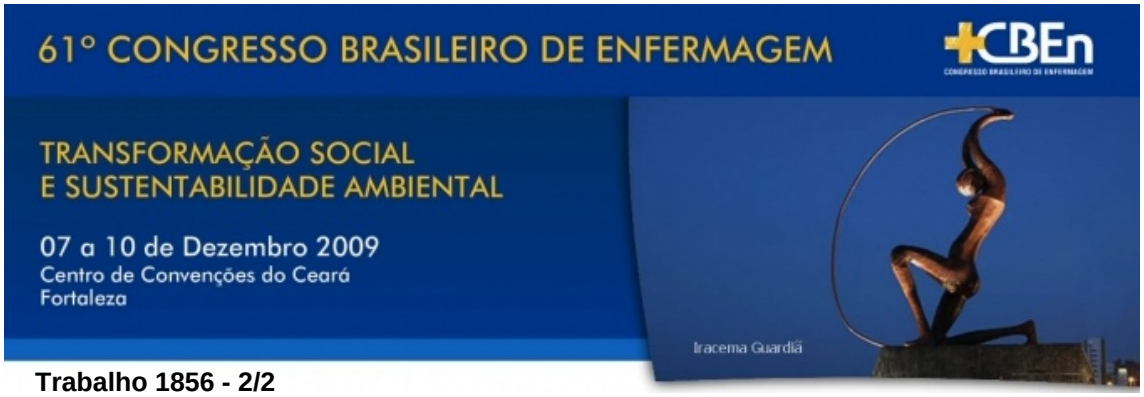
TORRES, Gilson de Vasconcelos[3]

MENESCAL, Pinto Juliana Teixeira Jales[4]

FEITOSA, Jéssica Iara Duarte[5]

Introdução: Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) é a área hospitalar que concentra uma equipe especialmente treinada e sofisticados equipamentos, para que as crianças criticamente doentes ou com potencial risco de vida possam ser tratadas eficientemente(1). Através das informações levantadas nas UTI, pode-se obter indicadores de saúde que refletem o nível de vida da população, coeficientes de mortalidade e suas causas determinantes, padrão de morbidade da população ou da demanda atendida pelo serviço, grau de risco de um evento ou agravo em saúde, conhecer a estrutura da população segundo características de sexo, idade, cor e procedência, entre outros(2). **Objetivos:** Traçar o perfil epidemiológico das crianças internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTIp). **Metodologia:** Estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado na UTIp de um Hospital de Natal-RN. Os dados foram obtidos em banco de dados da própria unidade no período de janeiro de 2006 a junho de 2009. A população foi classificada de acordo com a faixa etária, sexo, diagnóstico médico, tempo de internamento e evolução clínica. Os diagnósticos foram agrupados de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10). **Resultados:** No período estudado foram internadas 940 crianças, a idade variou de recém-nascido a dezesseis anos. A

[1] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), base de pesquisa enfermagem clínica.
[2] Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Professora da Escola de Enfermagem de Natal (EEN/UFRN). Enfermeira intensivista do Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel.
[3] Doutor em Enfermagem. Professor da Graduação e Pós-Graduação da UFRN.
[4] Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Professora da Escola de Enfermagem de Natal (EEN/UFRN). Enfermeira do Hospital de Pediatria/UFRN.
[5]Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: jessicaiara1@hotmail.com

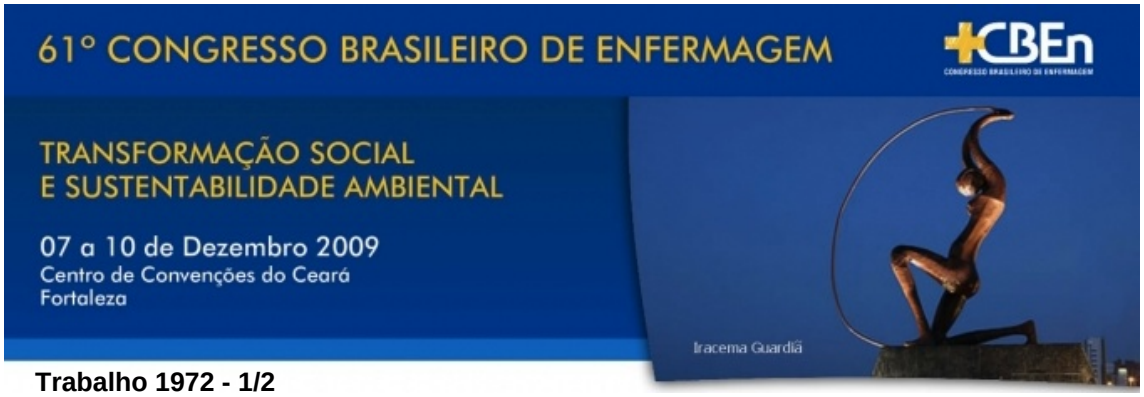


faixa etária predominante foi de 1 a 4 anos (30,99%), seguido de 5 a 9 anos (24,30%). Mais da metade (56,38%) das internações foram de crianças do sexo masculino. Os principais diagnósticos observados foram: doenças do aparelho respiratório (31,70%); lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (15,31%) e doenças infecciosas e parasitárias (13,76%). A maioria (68,83%) permaneceu na UTIp por um período inferior a 5 dias, seguido de 5 a 10 dias (17,66%). 80,28% saíram de alta, 12,59% evoluíram para óbito após 24 horas e 7,13% antes desse tempo. **Conclusão:** Os dados referentes à faixa etária, sexo e tempo de internação foram semelhantes aos encontrados na literatura[3]. Com relação aos diagnósticos, a maioria dos estudos mostrava as doenças infecciosas e parasitárias como a segunda maior causa de internamento. A taxa de mortalidade mostrou-se superior ou semelhante a alguns estudos[1,2,3]. Concluímos que a manutenção de informações epidemiológicas permite uma mudança no perfil de ações, intervindo diretamente junto aos processos assistenciais e atendendo às necessidades atuais dos serviços da UTIP.

Descritores: Crianças; Unidade de Terapia Intensiva; Pediatria.

REFERÊNCIAS:

1. Corullón JL. Perfil epidemiológico de uma UTI pediátrica no sul do Brasil [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Fac. de Medicina. PUCRS: 2007.
2. Einloft,PR; Garcia, PC; Piva, JP; Bruno, F; Kipper, DJ; FIORI, RM Perfil epidemiológico de dezesseis anos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica Rev Saúde Pública 2002;36:728-33.
3. Alves MJF, Alves MVMFF, Bastos HD. Validação do uso de escores preditivos em uma unidade de terapia intensiva pediátrica do Brasil. *Rev Bras Terap Intens* 2000;1:36-43.

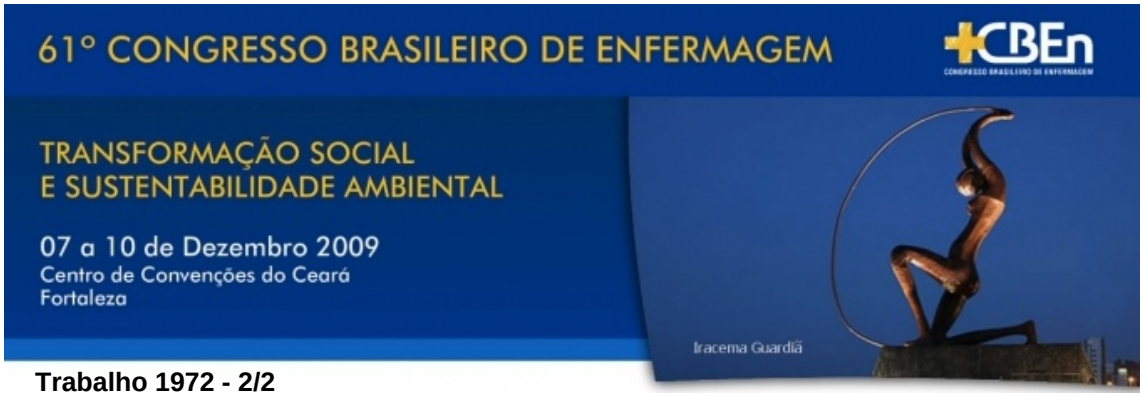


Trabalho 1972 - 1/2

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA BAHIA.

MATOS FILHO, Silvio Arcanjo.[1]
MORAES, Roberta Laíse Gomes Leite.[2]
OLIVEIRA, Juliana da Silva.[3]

Os acidentes de trabalho configuram-se em um grave problema de saúde pública, atingindo, anualmente, milhares de trabalhadores, que perdem suas vidas ou comprometem sua capacidade produtiva em um evento potencialmente passível de prevenção. Desse modo, o acidente biológico é um tipo específico de acidente de trabalho, no qual os profissionais de saúde constituem o grupo de trabalhadores mais expostos, contudo não é o único. Os profissionais de limpeza também são bastante atingidos, devido, principalmente, aos descartes inadequados. O acidente de trabalho com exposição à material biológico tornou-se de notificação compulsória em rede de serviços sentinela, conforme definido na Portaria 777, do Ministério da Saúde. Este estudo teve como objetivo geral conhecer o perfil dos acidentes com material biológico do Hospital Geral Prado Valadares – HGPV e objetivos específicos identificar a categoria profissional que mais foi acometida com acidentes biológicos e verificar o setor de trabalho de maior prevalência dos acidentes. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, realizada no HGPV (hospital de referencia em urgência e emergência para 25 municípios), na cidade de Jequié – Bahia, no período de Janeiro de 2008 a Junho de 2009, tendo como sujeitos da pesquisa os trabalhadores de saúde desta instituição, utilizando-se como instrumento de coleta de dados o livro de registro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH e as fichas de notificação de acidentes. A análise dos dados foi realizada através da tabulação em forma de gráficos e tabelas simples. Os resultados obtidos mostram que no ano de 2008 foram notificados 34 acidentes (média mensal de 2,8), já apenas no primeiro sem/09, observa-se o registro de 22 acidentes (média mensal de 3,7). Em relação à categoria profissional, a maior prevalência foi de auxiliares e técnicos de enfermagem, tanto em 2008 (59%) e em 2009 (41%), a segunda categoria mais atingida foi o Auxiliar de Higienização (14%) em 2008 e outros, caracterizados por estudantes, acompanhantes e maqueiros (23%), em 2009. O setor de maior ocorrência foi a unidade de emergência 35% e 19%, respectivamente. Avaliando



a atividade que ocasionou o acidente, percebe-se que existiu uma constância nos respectivos anos, distribuindo-se na seguinte ordem: realização de procedimentos (70% e 73%), descartes de material (15% e 14%), manipulação de lixo e roupa (9% e 4%) e manipulação de caixa de perfuro-cortante (6% e 4%). Dessa forma conclui-se que os objetivos foram alcançados pois, pôde-se conhecer a prevalência dos acidentes biológicos, ocorridos na instituição, com destaque para os profissionais de enfermagem, setor de emergência e realização de procedimentos. Esses dados podem ser justificados pelo fato dos profissionais de enfermagem serem os que mais manipulam os instrumentos perfuro-cortantes e lidam diretamente com os pacientes. E em relação à unidade de emergência observa-se que as atividades são realizadas com mais rapidez levando em consideração que são clientes críticos, os quais requerem maior agilidade na assistência. Faz-se necessário, portanto, que a instituição reforce as atividades educativas no que tange à prevenção desses acidentes, aumente o quantitativo de profissionais na unidade referida, além de organizar a demanda referenciada e espontânea através do sistema de regulação.

Palavras-Chaves: Perfil epidemiológico, acidentes biológicos, trabalhadores em saúde.

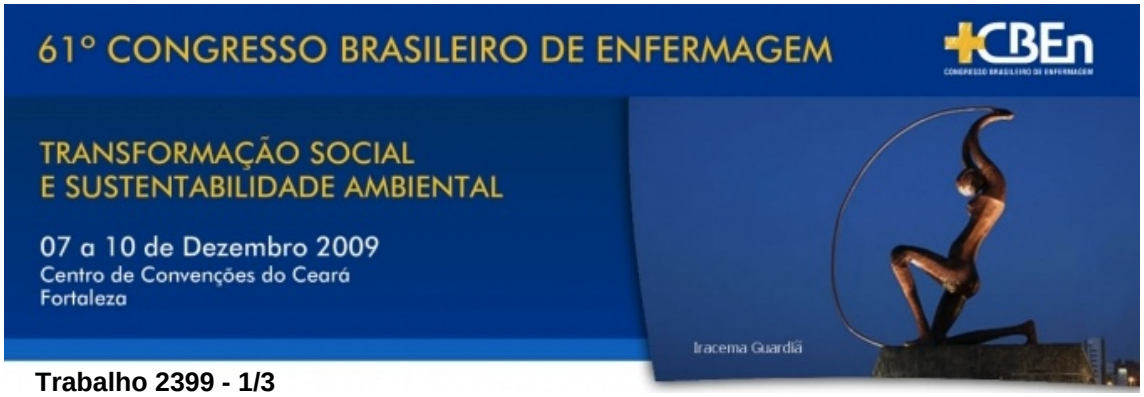
Referências:

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, Maria Zélia . Introdução à Epidemiologia. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional DST/Aids. Secretaria de Vigilância em Saúde e Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites virais. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C. Brasília, 2004.

Secretaria Municipal de Saúde. PORTARIA Nº SMS 1892/2001. Notificação e acompanhamento dos acidentes biológicos em profissionais da secretaria municipal da saúde do município de São Paulo. São Paulo: 2001.

[1] Enfermeiro Mestre em Enfermagem, Professor Adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB/ Diretor Administrativo do Hospital Geral Prado Valadares – HGPV. (arcanjofilho@terra.com.br)
[2] Enfermeira Especialista em Saúde Pública. Coordenadora da CCIH, do Hospital Geral Prado Valadares de Jequié, Bahia/Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
[3] Enfermeira. Coordenadora da Higienização e Lavanderia, do Hospital Geral Prado Valadares de Jequié, Bahia.



Trabalho 2399 - 1/3

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E AMBIENTAL DO BAIRRO DE PETRÓPOLIS, NA CIDADE DE NATAL/RN

Dantas, Bárnora Theresa[1]
Souza, Beatriz Medeiros de[2]
Silva, Dayana Pereira da[3]
Melo, Gabriela de Sousa Martins[4]
Silva, Marília de Azevêdo[5]

INTRODUÇÃO: Epidemiologia é a ciência que estuda, quantitativamente, a distribuição dos fenômenos de saúde/doença, e seus fatores condicionantes e determinantes, nas populações humanas; analisa a distribuição e os fatores categóricos das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornece indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde. Dessa maneira, podemos distinguir as especificidades relacionadas à morbi-mortalidade e, posteriormente, traçar estratégias que almejem melhorar a qualidade de vida da comunidade analisada. OBJETIVO: Pretendeu-se traçar o perfil epidemiológico do bairro de Petrópolis, na cidade de Natal/Rio Grande do Norte (RN), com a finalidade de conhecer as características e os indicadores da população e da área em que ela vive e, consequentemente, os problemas da mesma, já que existem diferenças geográficas, sociais, econômicas e culturais que determinam perfis diversos, além de contínuas mudanças que se processam e produzem variações temporais. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo do tipo descritivo, no qual foram

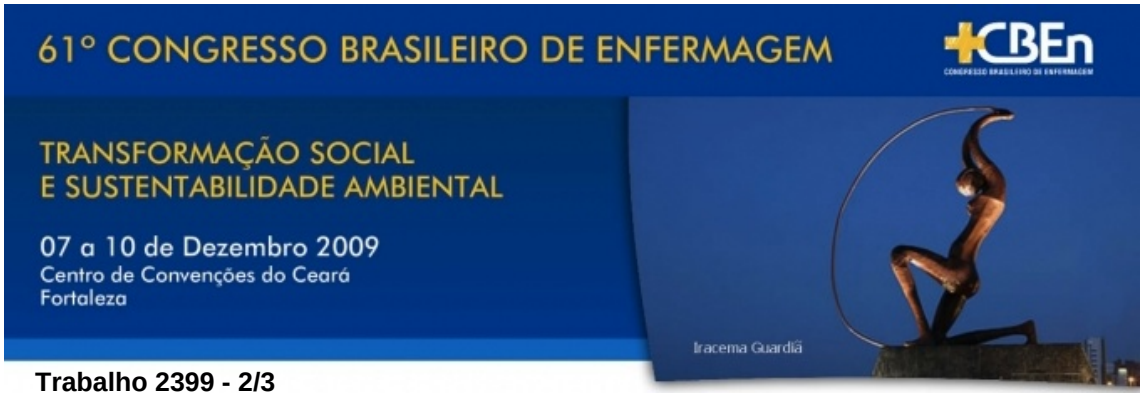
[1] Acadêmica do 7º período do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (barnoradantas@hotmail.com)

[2] Acadêmica do 7º período do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

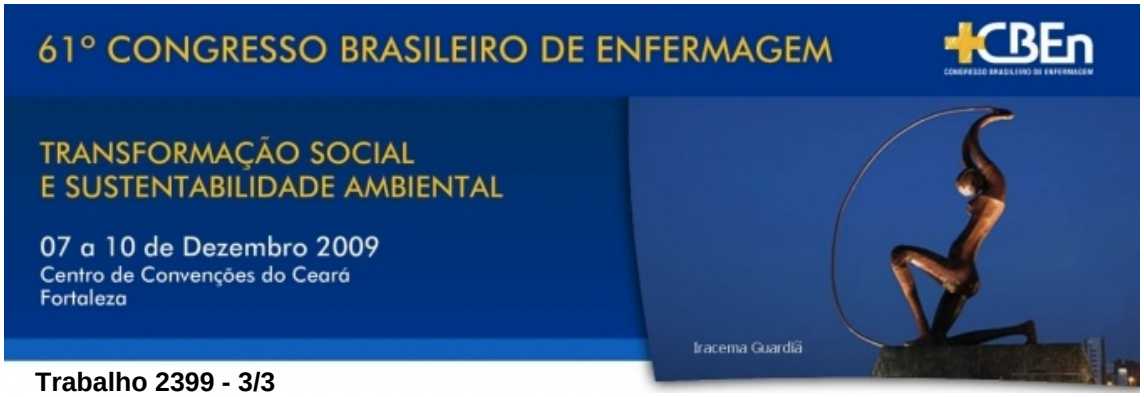
[3] Acadêmica do 7º período do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

[4] Acadêmica do 7º período do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

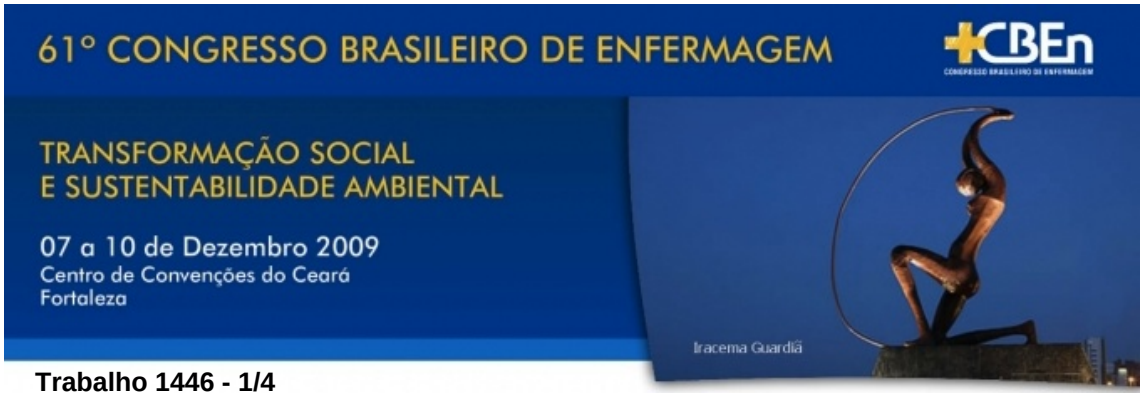
[5] Acadêmica do 7º período do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



analisadas variáveis relativas à caracterização da área; caracterização da população; condições de vida; saneamento básico; percepção ambiental; e indicadores de saúde. Foi realizada uma coleta de dados de 25 famílias, no dia 30 de setembro de 2008, com instrumento que é utilizado usualmente nos estudos epidemiológicos desempenhados na comunidade. A amostra do perfil foi composta por 25 entrevistados advindos da Unidade de Saúde e Medicina Comunitária, localizado na área do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte os quais, voluntariamente, responderam o instrumento de pesquisa. Os dados foram processados e analisados na planilha do Microsoft Excel 2000 XP e apresentados em forma de textos, gráficos e tabelas através do estudo das variáveis. RESULTADOS: O bairro de Petrópolis (Natal/RN) está inserido na região administrativa leste da cidade, contando com 774.230 habitantes (IBGE, 2007). Foi evidenciado na população o predomínio da faixa etária entre 20 a 49 anos, na sua maioria masculina, sendo a principal ocupação os trabalhos domésticos. Em relação à escolaridade, levando em consideração o total de componentes das famílias (113 pessoas), há predomínio de indivíduos com ensino fundamental incompleto (42 pessoas). Quanto ao tipo de habitação, todos os entrevistados relataram que vivem em casas de tijolo, com acesso à energia elétrica e prevalência de 5 cômodos por casa. Os meios de comunicação mais usados pelos moradores de Petrópolis são televisão e telefone celular; já o meio de transporte mais comumente utilizado é o ônibus. Como o bairro de Petrópolis é quase completamente saneado, todos os entrevistados têm acesso á água encanada, com a maior parte consumindo água mineral. As águas servidas, assim como os dejetos, na sua maioria são destinados a coleta de esgoto. Muitos moradores reclamam do acúmulo de lixo nas ruas, o que acaba por desencadear o surgimento de insetos e roedores. Referem também a existência de ruas e áreas mal iluminadas, o que dá margem à insegurança e violência; além da ausência de áreas de lazer influenciando diretamente na qualidade de vida desta parcela da população. Os entrevistados, em sua maioria, residem nas localidades mais carentes do bairro e, por conseguinte, menos arborizadas, por isso 28% dos pesquisados afirmam não existir plantas na área. Eles se sentem responsáveis pela qualidade ambiental da sua rua (19 pessoas), já que esta influencia diretamente na qualidade de vida dos residentes. Dos 25



participantes, 13 se sentem responsáveis pela qualidade ambiental do bairro e 11 do município. As principais patologias que acometeram as famílias pesquisadas foram a dengue (6 casos), que está diretamente relacionada ao período chuvoso; e as viroses em geral (5 casos). CONCLUSÕES: Ao realizar a coleta de dados, pôde-se confirmar o que teoricamente já é conhecido e debatido por muitos: a dicotomia social. A grande maioria dos entrevistados, que utilizam o Serviço Público de Saúde, está inserida na parcela menos favorecida socialmente, de forma que esta vive em contato direto com as dificuldades impostas pela falta de direcionamento financeiro em infra-estrutura e urbanização. Após traçar um perfil epidemiológico é possível reconhecer sua fundamental importância para que se possa delinear medidas que irão suprir as reais necessidades da população investigada. Os resultados deste trabalho podem contribuir na determinação da tipologia dos moradores do bairro de Petrópolis (Natal/RN), como usuários dos equipamentos sociais; e sugerem a necessidade de esboçar uma política de qualidade de cuidados, de forma que o Setor Público exerça seu papel de regulador, fiscalizador e executor das ações em saúde, avaliando as condições do funcionamento e dos serviços ofertados. Este trabalho tem, portanto, grande importância para profissionais e acadêmicos de saúde, principalmente, na aquisição das condições necessárias ao gerenciamento do processo saúde-doença, bem como prevenção e promoção da saúde de acordo com as necessidades particulares dos moradores de Petrópolis (Natal/RN). DESCRITORES: perfis epidemiológicos, unidade de saúde e educação ambiental. REFERÊNCIAS: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2004 – ma análise da situação de saúde, Brasília, 2004. ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia & saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1 <acesso em 08/10/2008>.



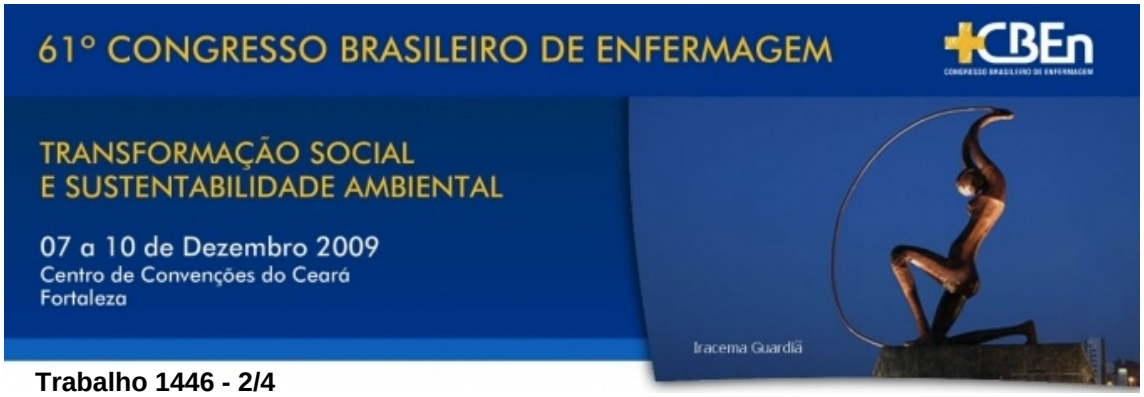
Trabalho 1446 - 1/4

PESQUISA BIBLIOGRÁFICA SOBRE ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE

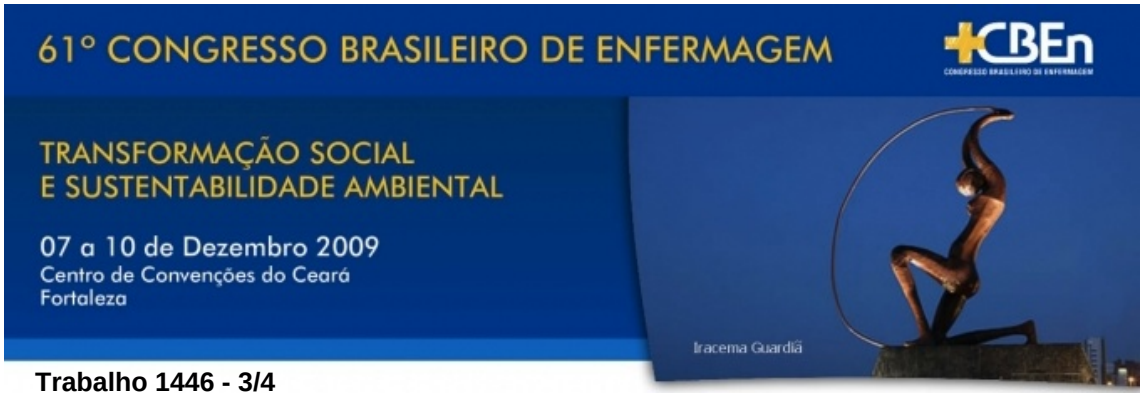
FARIAS, DANIEL COELHO[1]
MOURA, ANA LETÍCIA PORTELA[2]
SILVA, LUANA LAYANE SOARES [3]
SANTOS, ANA MARIA RIBEIRO DOS[4]

Os resíduos de serviços de saúde (RSS) são um desafio para a comunidade, principalmente para os órgãos geradores, pois a eles compete minimizar o transtorno e gerenciar adequadamente. Uma pesquisa feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000) afirma que no Brasil, em 2000, a produção de resíduos sólidos foi de 228.413 toneladas/dia. Segundo estimativa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, os resíduos de serviços de saúde respondem por 1% deste total, cerca de 2.284 toneladas/dia. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o Conselho Nacional de Meio Ambiente regulamentam o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dão outras providências quanto aos mesmos. Os resíduos sólidos de saúde, quando gerenciados inadequadamente, oferecem risco ao ambiente e à vida, por suas características biológicas, químicas e físicas. Este estudo objetivou levantar artigos sobre gerenciamento de RSS, descrever a participação do enfermeiro no controle do RSS, e discutir como a enfermagem pode atuar nesse gerenciamento (ANVISA, 2004). Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que se caracteriza pelo desenvolvimento, a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos (GIL, 1999). Inicialmente realizou-se a escolha do tema, quando se escolheu então o gerenciamento dos RSS, por ser de grande importância para a população, porém pouco divulgado. Realizou-se a seguir busca eletrônica no banco de dados www.scielo.br, www.portalsaude.com.br e www.anvisa.gov, www.scholar.google.com.br, utilizando os descritores gerenciamento de resíduos sólidos, meio ambiente, enfermagem. Foram localizados 287 artigos sobre resíduos sólidos de saúde, sendo que desses 100 falava do seu gerenciamento, utilizando assim 11 artigos, com o critério de ter uma linguagem mais acessível, estar voltado para a enfermagem e por conter

[1] Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da NOVAFAPI
danielcoelhosjp@hotmail.com
[2,3] Estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da NOVAFAPI
[4] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da NOVAFAPI



dados que enriqueçam nossa pesquisa. Os trabalhos utilizados foram os publicados em revistas, como, Revista Eletrônica de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista Interface – Comunic, Saúde, Educação, Revista Brasileira de Enfermagem, Caderno de Saúde Pública, Revista de Meio Ambiente e Saúde, também em trabalhos apresentados em Congressos Nacionais e no Manual de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde. Em seguida foi realizado o fichamento deste material e conseqüente análise com o estabelecimento de três categorias: O que é o Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS), quais as etapas desse gerenciamento, e por ultimo a enfermagem e o gerenciamento. O PGRSS é o documento que aponta e descrevem as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos. Observadas suas características, contempla-se os aspectos referentes à geração, constituindo as seguintes etapas: segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação final, bem como a proteção à saúde pública. Um sistema adequado de manejo dos resíduos sólidos em um estabelecimento de saúde permitirá controlar e reduzir com segurança e economia os riscos para a saúde associados aos resíduos sólidos. Os problemas são agravados quando se constata o descaso com o gerenciamento dos RSS pela equipe de saúde, principalmente a de enfermagem. Esta, no seu cotidiano de trabalho, parece ainda não ter incorporado a temática ecológica como uma importante questão a ser levada em conta, restringindo as práticas à assistência às "vítimas" de alterações ambientais. O Enfermeiro desenvolve ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde tanto a nível individual quanto coletivo e é o único profissional que permanece 24 horas no hospital, administrando a assistência ao cliente, preocupando-se com os resíduos geradores de suas atividades, objetivando minimizar riscos de infecções cruzadas e ambientais à saúde de seus profissionais e clientes. Esse profissional poderá aperfeiçoar o processo em estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, diminuindo os riscos de contaminação de clientes e funcionários, inerentes ao mau gerenciamento dos resíduos. A enfermagem pode atuar no controle do RSS, observando os setores que o geram e com isso conhecer o problema de cada setor, elaborar, implantar e avaliar o gerenciamento desses resíduos diminuindo o custo dos materiais utilizados na instituição e minimizar contaminação entre



funcionários e clientes, prever e promover os recursos e materiais necessários para garantia da qualidade do PGRSS oferecendo condições necessárias para a segurança do processo de manejo dos RSS, promover educação continuada com os funcionários dos setores geradores do resíduo fazendo com que os funcionários tenham sempre conhecimento da importância da manipulação correta dos RSS. Fica evidente a necessidade de olhar para o gerenciamento dos RSS nos profissionais da área da saúde, principalmente a enfermagem. Esse profissional articula-se com os demais atuando, tanto em situações terapêuticas quanto naquelas gerenciais, ficando evidente a importância da sua participação nesse processo. Assim, considera-se que a temática discutida no estudo deverá ser fonte de novas pesquisas devido à sua relevância não só para o profissional de Enfermagem como também para a sociedade, visto que o programa de gerenciamento de resíduos sólidos de saúde contribui com a preservação do meio ambiente.

Descritores: Gerenciamento de RSS, Meio Ambiente e Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

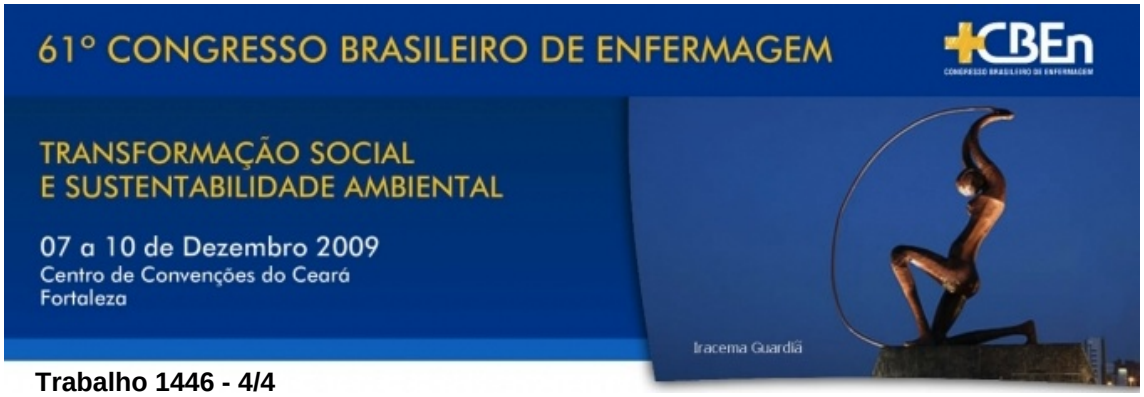
ANVISA. **RDC nº 175, 13 de julho de 2004**. Disponível em http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php. Acesso dia 04 mar. 2009.

ELIAM, I. S. V. et al. Resíduos biológicos em serviços de diálise**:** discussão sobre o seu gerenciamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 378-384, 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br. Acesso em: 14 de mar. 2009.

GARCIA, L. P.; RAMOS, B. G. Z. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20., n. 03., Rio de Janeiro Mai/Jun. 2004. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300011. Acesso dia 18 jun. 2009.

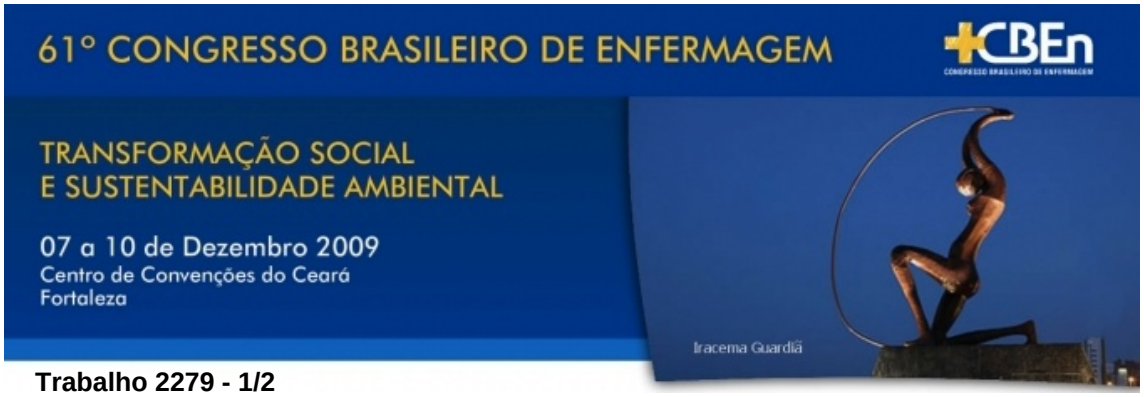
GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa social**. 5º Ed. Atlas: São Paulo, 1999.

IBGE. **Pesquisa Nacional de**



Saneamento Básico de 2000. Disponível em http:// www.ibge.gov.br. Acesso dia 21 mar. 2009.

MARQUES, G. M.; PORTES, C. A.; SANTOS, T. V. C. Ações do Enfermeiro no Gerenciamento de Resíduo de Serviço de Saúde. Revista Meio Ambiente Saúde, v. 02., n. 01., p. 33-43, Rio de Janeiro, 200. Disponível em http://www.iesman.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%202(1)%2033-43..pdf. Acesso dia 20 fev. 2009.



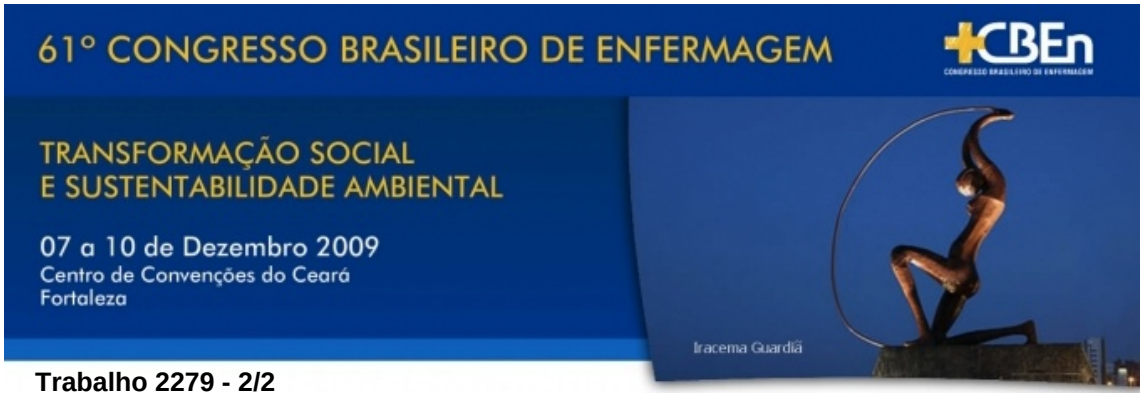
Trabalho 2279 - 1/2

Planejamento Estratégico Participativo: atitude técnico- política da Enfermagem na gestão cidadã

Maria Dayse Pereira
Lucilane Maria Sales da Silva
Rita Paiva Pereira Honório
Jackeline Osterno de Carvalho Barreto
Maria Lenir Ximenes Rocha

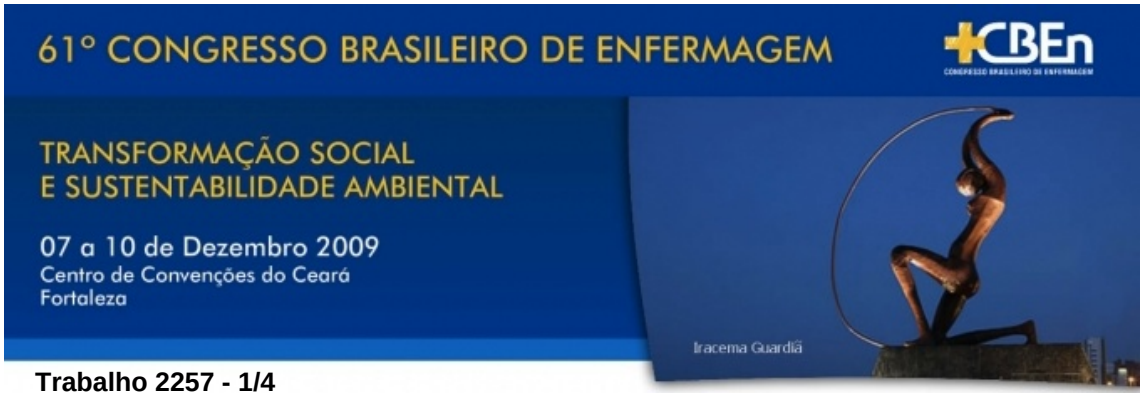
INTRODUÇÃO:A ação do planejamento segundo o enfoque estratégico-situacional consiste em um processo sistemático que possibilita a análise e discussão para direcionar a mudança da organização, procura, ainda, estabelecer o "sentido de direção socialmente relevante e oportuno através do máximo conhecimento sobre fatores controláveis e não controláveis". Nesta perspectiva a Diretoria de Enfermagem do HUWC/UFC ao implantar o sistema de enfermagem denominada "Gestão Estratégica Participativa (GEPenf)" assume o compromisso de realizar o planejamento estratégico participativo, objetivando o compartilhamento das decisões, bem como estimular a participação dos colaboradores no processo decisório. **OBJETIVO:**Objetivou-se relatar a experiência de implantação do Planejamento Estratégico Participativo na gestão da equipe de enfermagem de um hospital federal de ensino, fomentando uma atitude técnico-político da Enfermagem e uma gestão cidadã. **METODOLOGIA:** Trata-se de relato de experiência, realizada em uma unidade hospitalar federal de ensino e com caráter terciário, localizado na Cidade de Fortaleza-CE. Em parceria com o serviço de Desenvolvimento de Recursos Humanos, a Diretoria de Enfermagem, através do Serviço de Educação Permanente em Enfermagem do hospital, viabilizou a realização de quatro oficinas do planejamento estruturadas em momentos interdependentes e contínuos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. As oficinas ocorreram no próprio hospital, no período de novembro/2008 a maio/2009, envolvendo as diversas representações do corpo técnico de enfermagem. Ao todo participaram 80 profissionais representativos das diversas unidades que compõem a instituição. **RESULTADOS:**O Planejamento Estratégico Participativo como metodologia de gestão permitiu que o grupo pudesse concretizar a definição da missão, visão e valores, definição dos objetivos estratégicos e das responsabilidades da equipe, as estratégias da GEPenf, seguida da análise ambiental, pontos fortes e pontos de melhoria. Neste contexto, os objetivos estratégicos foram desenhados conforme as mudanças pretendidas, ou seja, alinhadas ao cumprimento de macroestratégia institucional. A seguir foram elaborados os planos de ação, bem como definidas as metas, que ainda em curso, foram repassadas às unidades, através dos multiplicadores que participaram das oficinas de trabalho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS :** Os resultados evidenciaram a relevância do Planejamento Estratégico Participativo por ensejar uma fundamental estratégia de gestão, transcendendo à reflexão rumo a um novo olhar institucional, embasados nos princípios éticos, técnicos, políticos e humanísticos da profissão.

Descritores : Planejamento, gestão, saúde, enfermagem



REFERÊNCIAS:

- MATUS, C. *Política, planejamento e governo.* Brasília: IPEA, 1993.
- MOTTA, P. R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente.* Rio de Janeiro: Record, 1995.
- TESTA, M. *Tendências em planificação.* In: URIBE Rivera, F. J. (org.) *Planejamento e programação em saúde:* um enfoque estratégico. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- Campos RO. O planejamento no labirinto. Uma viagem hermenêutica. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
- Roso A, Bueno SN, Guareschi P. Planejamento na área da saúde: o poder em discussão. Saúde Debate 2000; 24:38-53.



Trabalho 2257 - 1/4

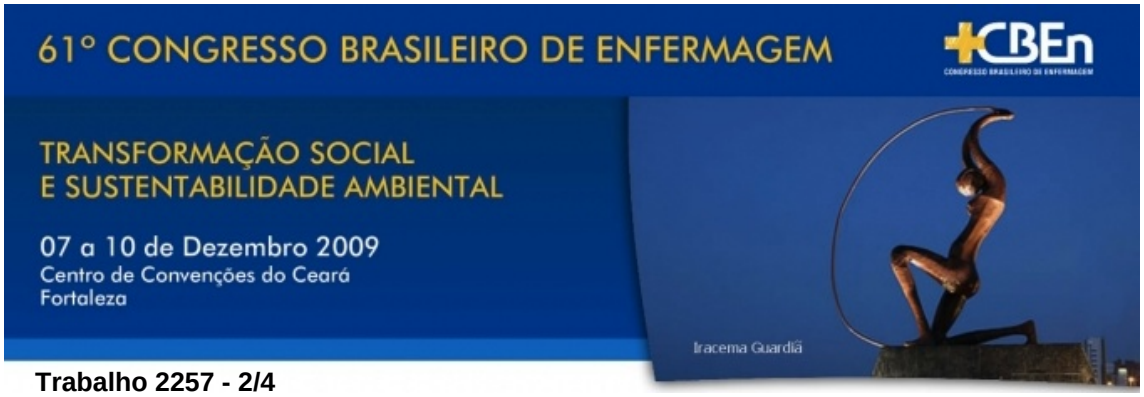
PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DO SERVIÇO DE SAÚDE NO HOME CARE VOLTADO PARA IDOSOS

[1]PINHEIRO, Francisca Fernanda Alves
[1]OLIVEIRA, Emilly Karoline Freire
[1]LEITE, Raquel Rodrigues
[1]QUEIROZ, Elisangela Regina Oliveira Ávila
[1]SOUSA, Dayana Lobo
[1]MOURA, Maria Alves
[2]PASSOS, Andersom Aguiar

Descritores: assistência domiciliar; gerenciamento de resíduos; atenção integral ao idoso

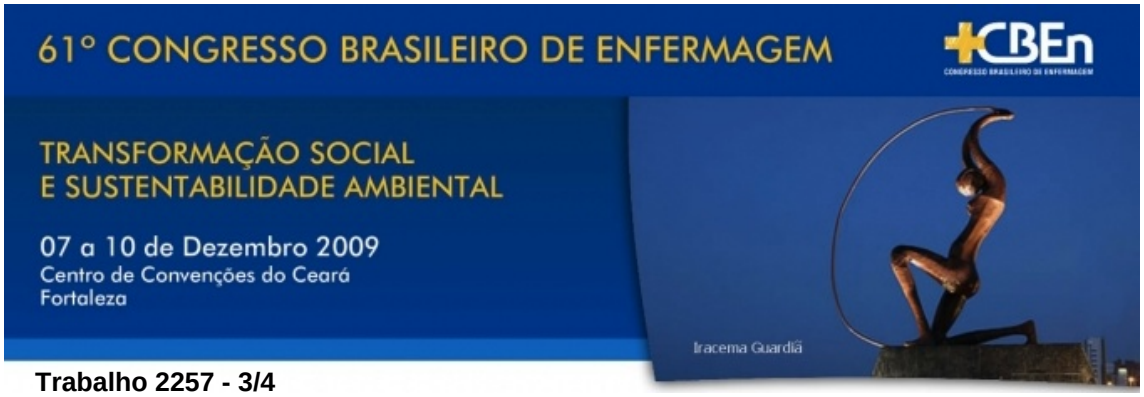
Introdução: O serviço de assistência domiciliar vem crescendo de forma significativa nos últimos anos, este engloba os familiares, pessoas próximas ao enfermo e os profissionais de saúde. A permanência dos clientes em seus domicílios proporciona-lhes um apoio psicoafetivo e uma melhor qualidade de vida (SIQUEIRA e CONSONI, 2007). Vários autores tem percebido que a equipe de saúde oriente procedimentos sobre a manipulação do leito, tais como limpeza, troca de roupa, respeito às normas de biossegurança e precauções padrão, observando e orientando quanto aos cuidados no manejo dos resíduos; orientando quanto aos cuidados com a água, caso não haja saneamento básico e quanto ao descarte de excreções, secreções e demais dejetos (SIQUEIRA e CONSONI, 2007). **Objetivo:** Essa revisão literária tem por finalidade auxiliar no esclarecimento do plano de GRSS, referente à assistência domiciliar, expor os riscos por eles representados, evidenciado pela necessidade da adesão de medidas no âmbito da biossegurança, incluindo a educação e treinamento dos profissionais de saúde, assim como das pessoas envolvidas neste processo de assistência voltada ao idoso. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo bibliográfico, realizado no mês de junho a setembro de 2009, a coleta foi realizada em material impresso e digital disponível em livros, artigos e textos relacionados ao tema pertinente e organizados através de crônica sintetizada.

[1]Acadêmico(a) do 5º semestre do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza – nandafortal@hotmail.com
[2] Enfermeiro, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará - UFC, Profº da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza - FGF; Auditor do Município de Redenção-CE; Coordenador da Central de Material do Hospital Nossa Senhora da Conçeição.



Organizou-se o conteúdo, agrupando os valores atribuídos pelos os autores à temática, bem como corroborando com a busca de alcance dos objetivos. **Resultados**: Dos vários autores e documentos encontrados com este tema e inseridos neste contexto, alguns conceitos relevantes, necessitam ser citados, como exemplo: todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). Outro aspecto interessante é que o GRSS constitui-se, em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública e dos recursos naturais e do meio ambiente (PRADO *et al*, 2004). Diante dessa responsabilidade se faz necessário a elaboração de um Plano de Gerenciamento dos Resíduos do Serviço de Saúde na Assistência Domiciliar. Neste sentido entendemos que assistência domiciliar à saúde é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que pode ser também denominada atendimento ou cuidado domiciliar e baseia-se na plena interação do profissional com o paciente, sua família e o cuidador, quando esse existe. Ela constitui um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio, e pode ser instrumentalizada pela visita ou internação domiciliar (GIACOMOZZI e LACERDA). Com o intuito de preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente, baseando-se nos princípios da biossegurança, referente ao emprego de medidas técnicas administrativas e normativas para prevenir os acidentes, considerando que os serviços de saúde são os responsáveis pelo correto GRSS por eles gerados, atendendo as normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até a sua destinação final,

[1]Acadêmico(a) do 5º semestre do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza – nandafortal@hotmail.com
[2] Enfermeiro, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará - UFC, Profº da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza - FGF; Auditor do Município de Redenção-CE; Coordenador da Central de Material do Hospital Nossa Senhora da Conçeição.



permite-se assim a redução de volume dos resíduos perigosos e a incidência de acidentes dentre outros benefícios à saúde pública e ao meio ambiente (SERPA, 2007). **Considerações finais:** Consideramos relevantes e prementes a estruturação do plano de GRSS, nestes serviços, bem como a elaboração de um cronograma direcionado as atividades de educação permanente em serviço e a elaboração de um protocolo que auxiliem a compreensão de todos os profissionais responsáveis pelo manuseio e gerenciamento dos resíduos potencialmente infectantes e perfuro cortantes, com vistas a minimizar seus agravos e assegurar a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos (PRADO *et al*, 2004). Os autores da pesquisa compreendem que este tema pode ser amplamente discutido no meio acadêmico, acrescendo-se colaborações e interlocuções pertinentes, tendo-se em vista a restrição bibliográfica do tema. No Azo, percebemos a necessidade de maiores esclarecimentos quanto às questões que envolvem este assunto para que possa haver prevenções quanto à saúde das pessoas e dos profissionais envolvidos, além dos aspectos relacionados ao meio ambiente, no seu mais amplo conceito. (GARCIA e ZANETTI-RAMOS).

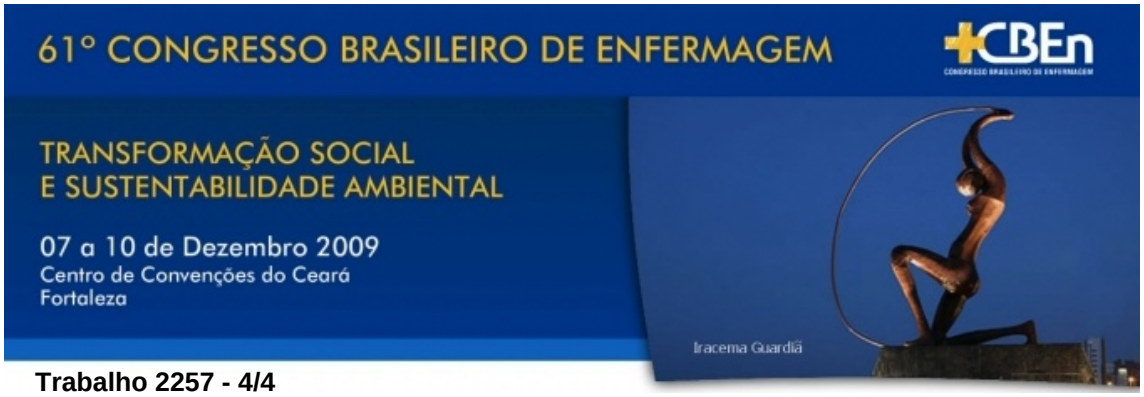
Referencial teórico:

SIQUEIRA, Antônio de Oliveira e CONSONI, Ângelo José. **Considerações sobre resíduos sólidos de serviço de saúde na assistência domiciliar.** *Rev*. de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente, v.1, n.3. 2007.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, Art. 225, 1988.

PRADO, Marinésia Aparecida do et al. **Resíduos potencialmente infectantes em serviços de hemoterapia e as interfaces com as doenças infecciosas.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2004, vol.57, n.6, pp. 706-711. ISSN 0034-7167. doi: 10.1590/S0034-71672004000600015.

[1]Acadêmico(a) do 5º semestre do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza – nandafortal@hotmail.com
[2] Enfermeiro, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará - UFC, Profº da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza - FGF; Auditor do Município de Redenção-CE; Coordenador da Central de Material do Hospital Nossa Senhora da Conçeição.

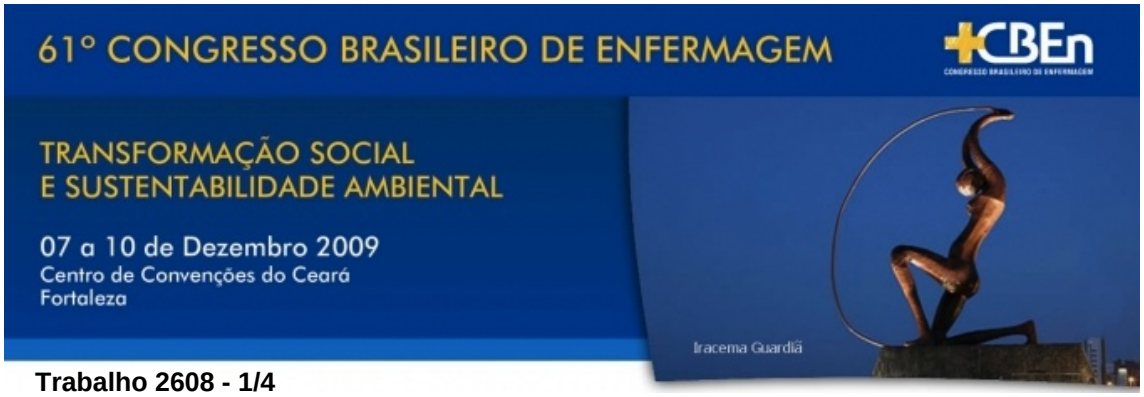


GIACOMOZZI, Clélia Mozara e LACERDA, Maria Ribeiro. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006, vol.15, n.4, pp. 645-653. ISSN 0104-0707. doi: 10.1590/S0104-07072006000400013.

SERPA, Artuzinda Silva. **A Investigação da Prática com os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) em Farmácias de Manipulação Situadas em Fortaleza: a experiência como desafio à saúde ambiental.** *Dissertação*. Fortaleza, 2007.

GARCIA, Leila Posenato e ZANETTI-RAMOS, Betina Giehl. **Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.3, pp. 744-752.

[1]Acadêmico(a) do 5º semestre do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza – nandafortal@hotmail.com
[2] Enfermeiro, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará - UFC, Profº da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza - FGF; Auditor do Município de Redenção-CE; Coordenador da Central de Material do Hospital Nossa Senhora da Conçeição.



Trabalho 2608 - 1/4

PRÁTICAS PREVALENTES NO MANEJO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DOS HOSPITAIS DA CIDADE DE CAICÓ (RN)

SANTOS, Marquiony Marques dos[1]

ARAÚJO, Hérvora Santuzza Pereira de[2]

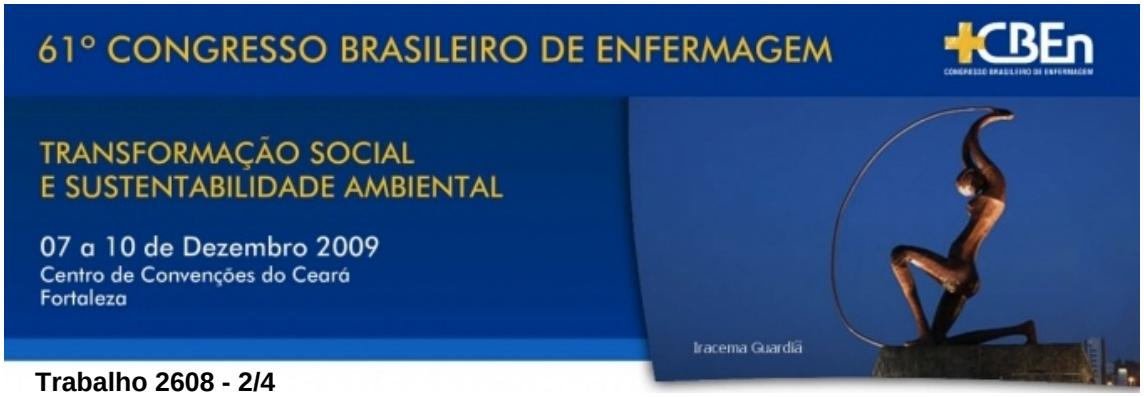
HOLANDA, Cristyanne Samara Miranda de[3]

INTRODUÇÃO: A crescente consciência sobre os riscos à saúde pública e ao meio ambiente, provocados por Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde (RSSS) deve-se ao seu potencial infectante. As unidades de saúde podem oferecer riscos químico, biológico e radioativo, podendo resultar em sérios agravos, atingindo trabalhadores, não trabalhadores e o meio ambiente. É notório que a harmonização entre progresso, preservação de recursos e sustentabilidade são necessárias para a manutenção da saúde e o bem-estar da geração atual e das futuras gerações, sendo necessário desenvolver práticas que preservem a saúde da população e que não degradem o meio-ambiente. Os RSSS, quando gerenciados inadequadamente, oferecem risco ao ambiente, à vida, por suas características peculiares. Portanto, implantar políticas de gerenciamento de resíduos nos diversos estabelecimentos de saúde, torna-se fundamental, tendo em vista a promoção da saúde e a qualidade de vida e do ambiente. Enfatizar esta questão requer considerar o trabalho dos indivíduos que atuam nestes espaços, exigindo não apenas um posicionamento consciente, mas, sobretudo, disponibilidade para colaborar na sua resolução, desenvolvendo uma consciência ética, em busca da qualidade de vida e sustentabilidade. Nos serviços de saúde é expressivo o número de profissionais de enfermagem, sendo inerente a sua prática o manuseio de materiais biológicos, o que faz desse grupo de

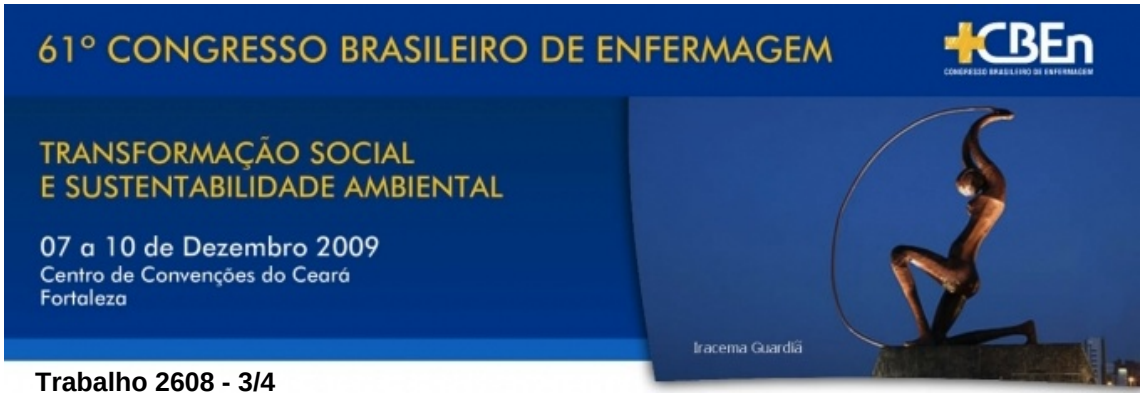
[1] Relador. Acadêmico do 6° Período do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN / Campus do Seridó – CAS. Endereço eletrônico para contato: marquiony@gmail.com.

[2] Acadêmica do 6° Período do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN / Campus do Seridó – CAS.

[3] Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente II do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte / Campus do Seridó – CAS.



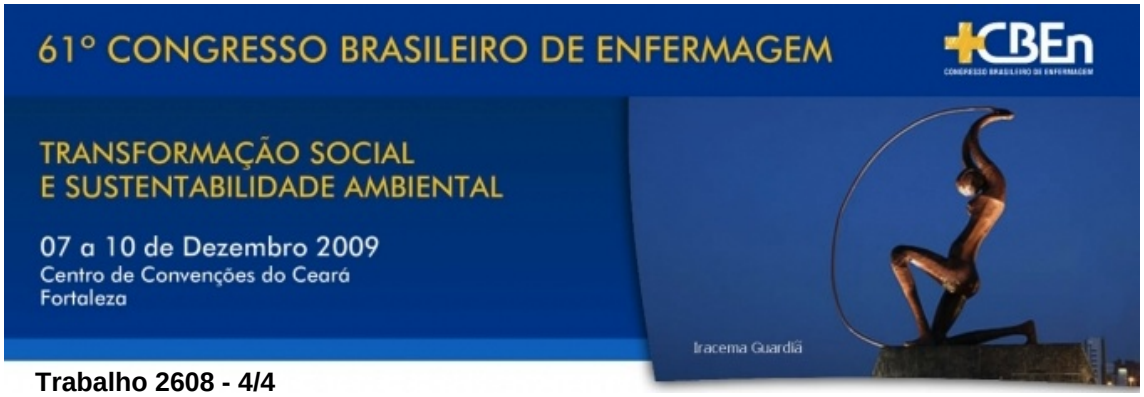
trabalhadores um importante gerador de RSSS. **OBJETIVO:** Investigar as práticas prevalentes no manejo dos RSSS pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem nos hospitais da cidade de Caicó - RN, buscando articular o diagnóstico da realidade com a formulação de possíveis propostas de ação. **METODOLOGIA:** Pesquisa do tipo exploratória, de abordagem quantitativa. Participaram do estudo, 110 profissionais de enfermagem dos hospitais ativos da cidade de Caicó (RN), correspondendo a 90% do total de profissionais da categoria. Para realização do trabalho, foram utilizados um questionário sociodemográfico, caracterizando o perfil dos entrevistados e um questionário específico, com dezesseis questões fechadas e três questões abertas elaboradas a partir da Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA, que foram respondidas pelos voluntários após assinarem um termo de consentimento livre e esclarecido. **RESULTADOS:** Após análise das informações colhidas, 90% dos profissionais referiram que o serviço dispõe de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), mas estes não fazem uso de todos os equipamentos, sendo desprezado o uso de máscaras e óculos. 100% dos profissionais afirmaram que as instituições não possuem um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS), como também não há uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Todos os profissionais afirmaram conhecer os tipos de resíduos gerados por eles, apontando os grupos A (resíduo Biológico), D (resíduo Comum) e E (resíduo perfuro cortante), porém desconhecem a sua quantidade diária**.** No quesito da manipulação dos RSSS, a taxa dos profissionais de enfermagem que descartam os resíduos em latas de lixo plásticas não-identificadas, sem pedais e em sacos inespecíficos foi de 90%, enquanto 10% referiram o descarte em latas apropriadas com pedais e sacos branco-leitoso identificados. 100% dos trabalhadores de enfermagem referiram que a coleta interna é feita por auxiliares de serviços gerais protegidos por EPI. Para 85% dos profissionais o descarte de perfuro cortante, é realizado em caixas de papelão reaproveitáveis sem identificação, e 15% descartam em caixa apropriadas vendidas no mercado adquiridas pelo serviço. Quanto ao tratamento, 100% dos sujeitos mostraram que não há tipo algum de tratamento prévio antes do descarte final dos RSSS, e seu armazenamento interno/externo é desconhecido pelos participantes da pesquisa,



bem como a sua disposição final. 95% referiram nunca ter participado de curso ou atualização no tema abordado, enquanto 5% disseram ter participado há menos de um ano. Um índice de 90% dos profissionais de enfermagem colocou como principal dificuldade do GRSS, o desconhecimento do assunto abordado. **CONCLUSÕES:** As práticas inadequadas de um Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Saúde (GRSS), nas instituições estudadas, na visão dos profissionais de enfermagem, contribuem para causar sérias implicações no ambiente, nos trabalhadores e na população. A inexistência de um PGRSS, que constitui a base de todo o processo de gerenciamento dos resíduos, chama atenção na pesquisa, confirmando dessa forma, pouco interesse tanto dos profissionais como das instituições pesquisadas para um melhor tratamento e manejo do lixo produzido. A inexistência de uma CCIH também é um dado preocupante, contribuindo para o aumento dos riscos à saúde pública. Fica evidente a necessidade da abordagem dos RSSS, desde aspectos institucionais, como o cumprimento das leis da ANVISA, como também a implantação de uma política de educação continuada em saúde com os profissionais do serviço. É necessário que este saber não seja apenas uma informação de como fazer, mas que propicie reflexão, problematização, crítica, articulação, comprometimento com a construção de sujeitos que incorporem posturas éticas, de solidariedade, de consciência cidadã, de compromisso social, atuando de forma responsável para com a sociedade. Faz-se necessário que os sujeitos participantes desses espaços tenham uma visão mais abrangente para o enfrentamento dessa problemática. Como recomendação, algumas ações já podem ser iniciadas, a exemplo da exigência de documentos que comprovem a preocupação ambiental por parte dos hospitais e da realização de educação em saúde para os profissionais de enfermagem atuantes no serviço, devendo-se pensar o GRSS desde o manejo, até o tratamento e disposição final.

Descritores: Equipe de Enfermagem; Resíduos de Serviços de Saúde; Saúde Ambiental; Serviços de Saúde.

REFERÊNCIAS



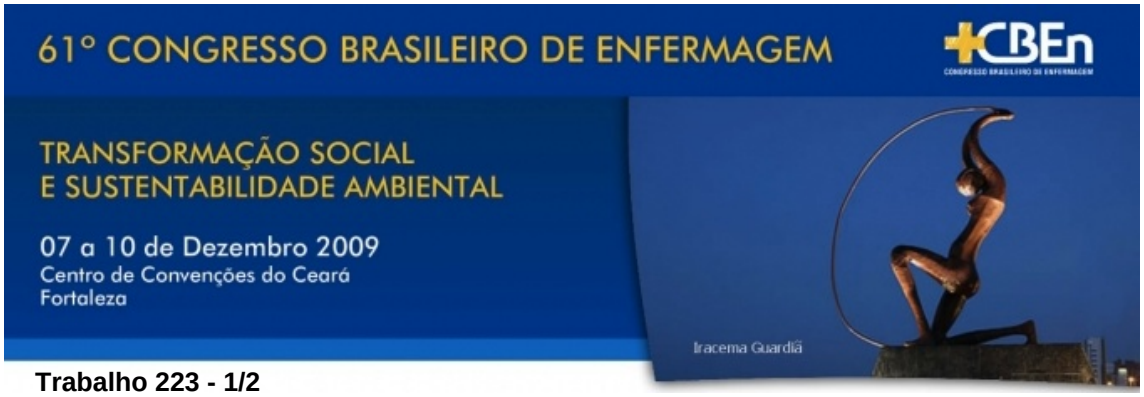
GARCI, Leila Posenato; ZANETTI-RAMOS, Betina Giehl. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 744-752, maio/jun., 2004.

BURG, Geni. et al. Proposta de um modelo de gestão ambiental para os serviços de Nefrologia. **Acta Paul Enferm,** São Paulo, v. 21, n.1, p. 192-197, 2008.

PRADO, Marinésia Aparecida do. et al. Resíduos potencialmente infectantes em serviços de hemoterapia e as interfaces com as doenças Infecciosas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 706-711, nov./dez., 2004.

SILVA, Aída Cristina do Nascimento. et al. Critérios adotados para seleção de indicadores de contaminação ambiental relacionados aos resíduos sólidos de serviços de saúde: uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1401-1409, set./out., 2002.

SISINNO, Cristina Lúcia Silveira; MOREIRA, Josino Costa. Ecoeficiência: um instrumento para a redução da geração de resíduos e desperdícios em estabelecimentos de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1893-1900, nov./dez., 2005.



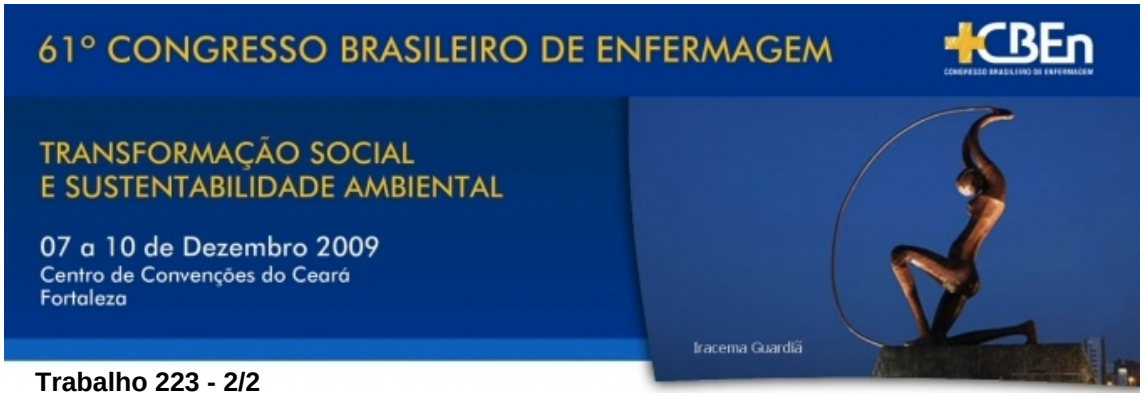
Trabalho 223 - 1/2

PREVENÇÃO DE INFECÇÕES E GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS NA COLETA DE MATERIAL PARA O EXAME DE PAPANICOLAOU.

Nogueira, Paula Sacha Frota[1]
Oliveira, Nancy Costa de[2]
Moura, Escolástica Rejane Ferreira[3]

Introdução: As precauções básicas de prevenção de infecções e gerenciamento de resíduos de serviços de saúde são temáticas emergentes, na perspectiva da segurança dos trabalhadores de saúde, usuários e do meio ambiente. O gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) constitui um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e executados conforme bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de reduzir a produção de resíduos e dar aos resíduos gerados um destino final seguro, a incluir segregação, acondicionamento, armazenamento e transporte, visando a proteção dos trabalhadores, dos recursos naturais e do meio ambiente. É responsabilidade legal das unidades de saúde gerenciar, desde a geração até a disposição final dos RSS, respeitando os requisitos de saúde pública e ambientais, conforme a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 306/2004 e a Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Resolução CONAMA no. 358/2005, respectivamente (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005). **Objetivo:** Objetivou-se verificar a adoção de precauções básicas de prevenção de infecções e de gerenciamento de resíduos na realização da coleta citológica. **Metodologia:** Os dados foram coletados em 21 (100%) unidades de saúde da família de município da região metropolitana de Fortaleza-CE, por meio de observação estruturada direta das enfermeiras e observação participativa, de agosto a outubro de 2006. A observação estruturada direta foi orientada pelo Instrumento de Reconhecimento da Qualidade (IRQ), o qual apresenta, passo a passo, a coleta de material para o exame de Papanicolaou. O IRQ é parte da "Metodologia de Melhoria da Qualidade (MMQ)" aplicada na Atenção Básica à Saúde, um produto do Projeto de Qualidade (Proquali), desenvolvido em uma parceria da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA-CE) com três agências de cooperação internacional: Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO), Management Sciences for Health (MSH) e Center for Communication on Programs (CCP), visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde reprodutiva, no nível primário de atenção (CEARÁ, 2002). Deste, recortamos os itens relacionados ao objeto deste estudo, ou seja, lavagem das mãos, uso de luvas e gerenciamento de artigos reutilizáveis e dos resíduos infectantes. Os dados foram anotados no IRQ mediante "sistema de checagem", ou seja, de modo sistemático, o pesquisador enumera os procedimentos que deve observar e registrar pelo uso de escalas de pontuação para consolidar o que fora observado. Pela técnica de observação participativa, o pesquisador participa do funcionamento do grupo ou instituição investigada, mantendo contato e envolvimento com os sujeitos da pesquisa, e representa tanto uma fonte de dados quanto uma base para a compreensão do significado dos mesmos. Dados da observação participativa foram registrados em diário de campo. Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL,1996). A pesquisa foi realizada com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme parecer nº 383/2006. **Resultados:** A lavagem das mãos constitui-se uma das

1 – Enfermeira. Professora Substituta do programa de graduação em Enfermagem da UFC. sachanogueira@yahoo.com.br
2 - Enfermeira Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Enfermeira Assistencial do Programa Saúde da Família – Fortaleza, CE.
3- Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Prof. Adjunto da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - FFOE/DENF/UFC. Pesquisadora CNPq.

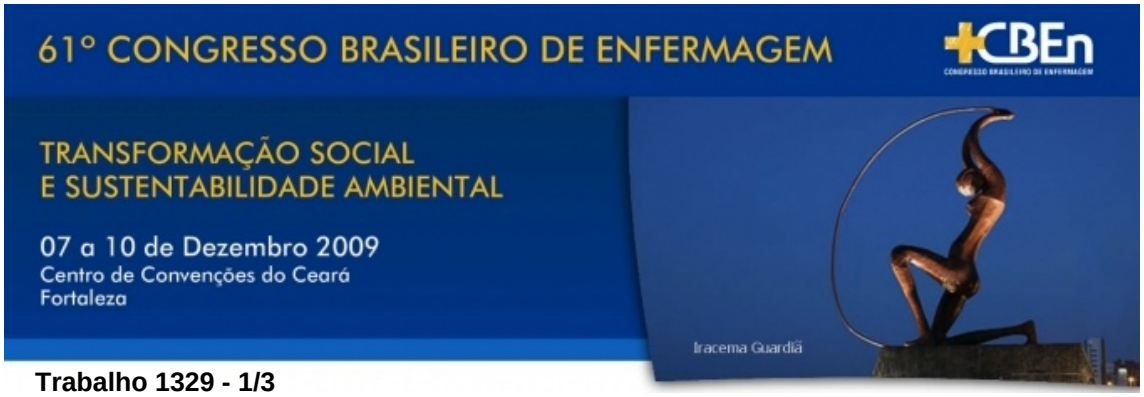


principais medidas de biossegurança, sendo um procedimento que, além de remover a sujeira das mãos, remove a flora microbiana transitória da camada mais superficial da pele, evitando infecção cruzada entre pacientes. Deverá ser realizada antes e após contato com o paciente, entre dois procedimentos realizados no mesmo paciente e imediatamente após a retirada das luvas. Das 21 enfermeiras acompanhadas, 17(81%) não lavaram as mãos com água e sabão ou utilizaram solução de álcool 60-90% antes da coleta, e 9 (43%) deixaram de realizar esta atividade após a coleta. Em algumas unidades, apesar de ter pias e torneiras, faltava água corrente ou a estrutura estava danificada. Nessas condições, é aconselhável o uso de gel alcoólico, uma vez que apresenta excelente resultado na higienização das mãos, opção também não utilizada no universo estudado. Os profissionais deverão utilizar luvas antes de entrar em contato com sangue e com líquidos corporais de qualquer cliente. Deve ser utilizado um par de luvas diferente para cada cliente com a finalidade de evitar a contaminação cruzada, ou seja, contaminação de um cliente a outro, do profissional de saúde para o cliente ou vice-versa. A luva de procedimento de látex estava disponível em todas as unidades, sendo utilizada em 100% dos exames. O material descartável contaminado foi desprezado em saco plástico juntamente com o lixo comum, evidenciando a não segregação do lixo, aspecto que deve ser seguido pelos profissionais para reduzir a geração de lixo infeccioso, já que representa uma ameaça para o meio ambiente e implica em custos maiores. Em nenhuma das unidades havia saco plástico, branco leitoso, identificado com símbolo biológico para lixo infectante, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Conclusão:** O descarte do lixo contaminado mostrou-se inadequado na totalidade das unidades de saúde estudadas, pondo em risco trabalhadores de saúde, comunidade e meio ambiente. Recomenda-se, pois, ser implantado, no município estudado, o gerenciamento de RSS conforme a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 306/2004 e a Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Resolução CONAMA no. 358/2005 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Bibliografia:**

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC no. 306 de 7 de setembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União: Poder Executivo de 10 de dezembro de 2004. - BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria n° 196/96. Pesquisa envolvendo seres humanos. – BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Resolução No. 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. - CEARÁ. Secretaria da Saúde. Metodologia de melhoria da qualidade da atenção à saúde: instrumento de avaliação e supervisão. Fortaleza, 2002.

PALAVRAS - CHAVE: proteção pessoal, gerenciamento de resíduos, esfregaço vaginal, enfermagem em saúde comunitária.

1 – Enfermeira. Professora Substituta do programa de graduação em Enfermagem da UFC. sachanogueira@yahoo.com.br
2 - Enfermeira Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Enfermeira Assistencial do Programa Saúde da Família – Fortaleza, CE.
3- Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Prof. Adjunto da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - FFOE/DENF/UFC. Pesquisadora CNPq.



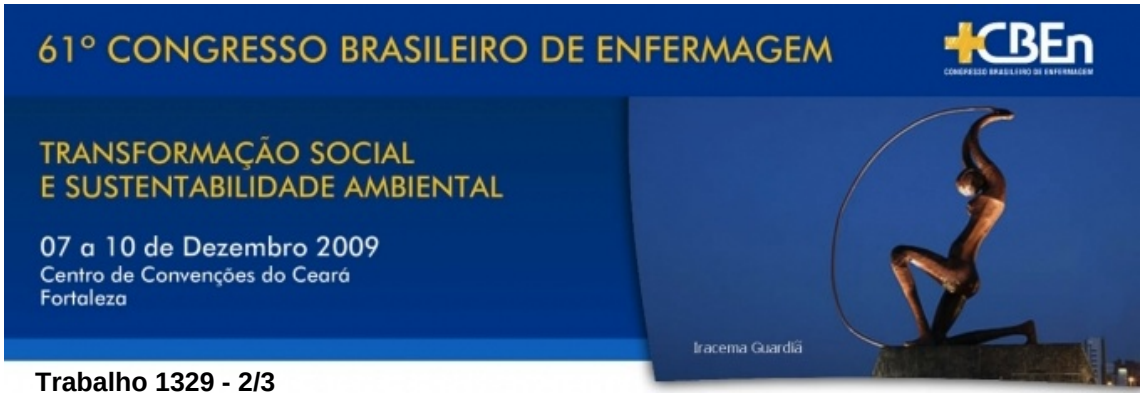
Trabalho 1329 - 1/3

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: PARCERIA ENTRE UNIVERSIDADE E UM HOSPITAL PÚBLICO DE MATO GROSSO DO SUL

JÚNIOR, Marcos Antônio Ferreira[1]
COSTA, Karine Ferreira da [2]
MIZIARA, Luciana Azevedo Fasciani[3]
CARBONE, Débora Cardozo Bonfim[4]

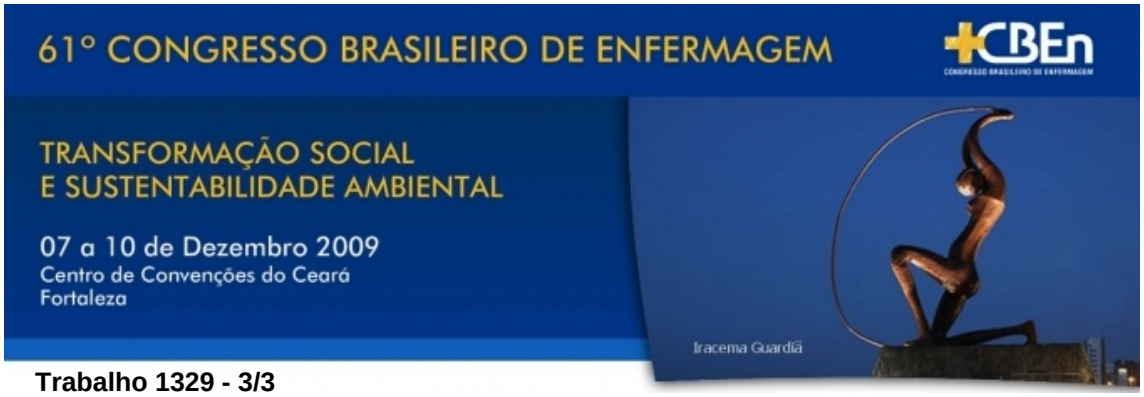
INTRODUÇÃO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consiste numa metodologia de trabalho privativa do profissional enfermeiro. Com a aprovação pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) da resolução 272/2004, ficou determinado a obrigatoriedade da implantação da SAE em toda instituição de saúde pública e privada, com destaque ao papel dos profissionais enfermeiros nesse processo, subsidiados pelos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) em suas respectivas jurisdições. Nesse contexto, apesar do atraso no atendimento a resolução, os maiores hospitais do estado iniciaram em 2008 o processo de implantação desse serviço. O Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS), que hoje oferece o maior campo de atividades práticas e estágios curriculares do curso de Enfermagem da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), em busca de parcerias deu início aos contatos com vistas a essa implementação junto aos docentes e acadêmicos do curso da Católica. Neste ponto iniciou-se o projeto de extensão do curso de Enfermagem com duas etapas definidas, sendo a primeira de um curso de capacitação/aprimoramento dos conhecimentos teórico-práticos e habilidades específicas que objetivam o alcance das competências necessárias a prática de atuação profissional, e a segunda etapa com a aplicação da SAE nos diversos setores hospitalares, com elaboração e validação de protocolos e impressos específicos por setores. **OBJETIVO:** Aprimorar a qualidade da assistência que a enfermagem prestará a pacientes submetidos a seus cuidados, garantindo-lhe

[1] Enfermeiro, Especialista em Formação Pedagógica para a área da Saúde: Enfermagem pela FIOCRUZ/ENSP, Mestre em Educação pela UCDB, Doutorando em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela UFMS. Coordenador e professor do Curso de Graduação em Enfermagem da UCDB.
[2] Enfermeira, Mestranda Programa de Pós-Graduação Mestrado em Psicologia da UCDB Graduada em Serviço Social pela UCDB, Especialista em Gestão avançada de Recursos Humanos pela UCDB, Especialista em Formação Pedagógica para a área da Saúde: Enfermagem pela FIOCRUZ/ENSP, Especialista em Terapia Intensiva em Enfermagem pela UNOESTE. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UCDB. E-mail: karineefcosta@terra.com.br
[3] Enfermeira, Mestranda em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/ UFMS; Residência em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro / UNIRIO-RJ; Especialista em Enfermagem em Nefrologia /Universidade Gama Filho - UGF-RJ. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UCDB.
[4] Enfermeira, Mestranda Programa de Pós-Graduação Mestrado em Psicologia da UCDB especialista em Enfermagem em Cardiologia pela escola de enfermagem Luiza de Marilac (Unidade Social Camiliana), Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UCDB.

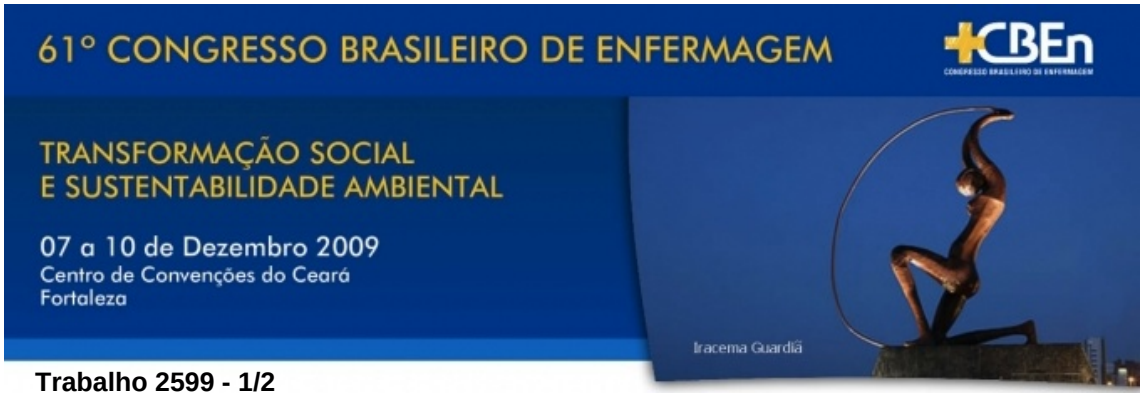


uma assistência integral, isenta de erros ou cuidados negligenciados. **METODOLOGIA:** O curso de formação aconteceu em encontros semanais, subsidiados por docentes enfermeiros e convidados, iniciado em setembro de 2008 e com término em março de 2009, totalizando 200 horas/aulas, sendo destas 120 h/a teóricas e 80 h/a de prática. Optou-se pela aplicação de pré-teste para análise acerca do conhecimento dos enfermeiros sobre a SAE. **RESULTADOS:** O pré-teste aplicado na apresentação do projeto aos enfermeiros do hospital e as aulas iniciais apresentaram alguns dados importantes referentes a aceitação dos profissionais em serviço envolvidos, bem como dos principais fatores dificultadores e facilitadores do processo. Os dados foram analisados mediante análise de conteúdo, organizados em categorias e representados em gráficos. As respostas indicam que mais de 80% compreendem o Processo de Enfermagem e suas etapas, com cerca de 85% dos enfermeiros demonstrando conhecer os resultados que a SAE propõe e acreditando neles. Do total de respostas, 75% apontaram o número reduzido de profissionais enfermeiros como maior fator dificultador do processo, seguido pela falta de comprometimento da equipe de saúde (23%) e o horário proposto para o curso de formação (2%). **CONCLUSÃO:** Aproximadamente 50% dos respondentes não conhecem nenhuma resolução, lei ou portaria regulamentadora da SAE no Brasil. O grupo apontou algumas sugestões como o início da implementação da parte prática pelos pacientes mais graves, desenvolvimento da teoria aliada à prática, o aumento do número de enfermeiros no hospital, bem como as necessidades de melhores condições físico-estruturais e de equipamentos nos setores como garantia para o sucesso do trabalho. **BIBLIOGRAFIA:** BARROS, Alba Lucia Botura Leite de. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto.** Porto Alegre: Artmed, 2002. COFEN, CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 272/2002. HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979. NANDA. **Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações, 1999-2000.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2002. TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE, Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Descritores: Sistematização da Assistência; Processo de Enfermagem; Enfermeiro.



Trabalho 1329 - 3/3



Trabalho 2599 - 1/2

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE FORTALEZA

VASCONCELOS, Francisca de Fátima[1]
SILVA, Cristiano José da[2]
BARBOSA, Andréia Tavares[3]
SOUZA, Caroline Braga[4]
MENESES, Carlos Henrique[5]

INTRODUÇÃO: Este trabalho descreve o processo de implantação do protocolo de acolhimento do Centro de Saúde da Família Irmã Hercília Lima Aragão em Fortaleza-Ceará. Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir[1]. O acolhimento, como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um "estar com" e um "estar perto de", ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É nesse sentido, de ação de "estar com" ou "estar perto de", que o Ministério da Saúde afirmar o acolhimento como uma das "diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS"[2]. Nossa unidade de unidade realiza o atendimento por meio de seis equipes de saúde da família e de outras especialidades como clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia, funcionando em dias úteis nos três turnos, fins de semana e feriados nos dois turnos. Tem uma demanda diária de 300 atendimentos dia, tanto com clientes de nossa área de abrangência como de outras áreas incluindo a região metropolitana e o interior do estado, ocasionando dificuldades na organização do serviço, atritos entre outras unidades de saúde, devido a incompatibilidades geográficas no atendimento, criticas relacionadas a déficit de humanização referido pelos usuários e sobrecarga de atividades dos funcionários ocasionando estresse e insatisfação no trabalho. OBJETIVOS: Organizar o acolhimento da unidade no prazo de seis meses, humanizar o atendimento, organizar a demanda programada e livre, capacitar profissionais perante o acolhimento, suas normatizações e a escuta qualificada, criar normas e rotinas de setores da unidade de saúde, proporcionar e fortalecer o vínculo entre usuário, profissional e unidades de saúde fronteiriças. METODOLOGIA: Estudo baseado em relato de experiência,

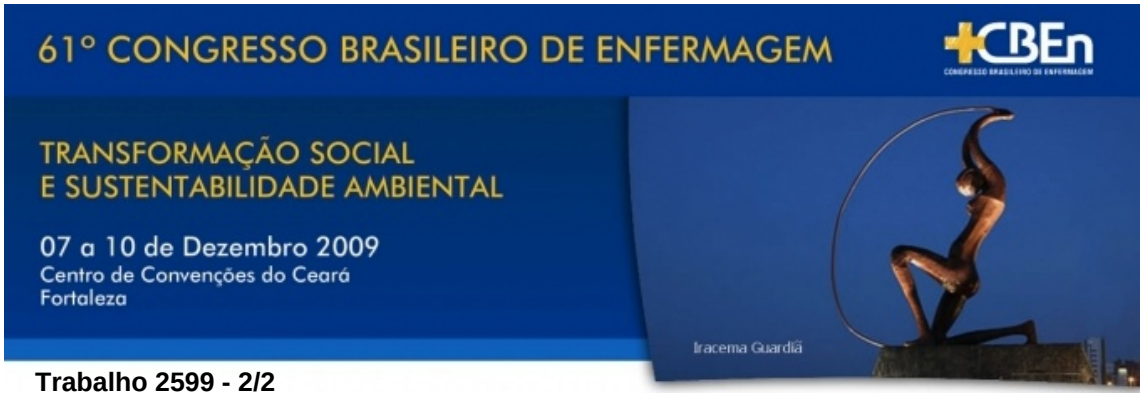
1- Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde da Família Irmã Hercília Aragão – SER II- Fortaleza, CE, e-mail: fatimavas@yahoo.com.br

2 - Enfermeiro, Especialista em Formação Pedagógica em Saúde, Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde da Família Irmã Hercília Aragão – SER II- Fortaleza, CE

3 - Médica, Residência médica em medicina de família, medica de família do Centro de Saúde da Família Irmã Hercília Aragão – SER II- Fortaleza, CE

4 - Enfermeira, Especialista em Enfermagem Clinica, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde da Família Irmã Hercília Aragão – SER II- Fortaleza, CE

5. - Enfermeiro, Especialista em Epidemiologia e Vigilância à Saúde, Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde da Família Irmã Hercília Aragão – SER II- Fortaleza, CE



Trabalho 2599 - 2/2

implantado em rodas de co-gestão com participação de todos os funcionários e do conselho local de saúde. Para implantação do protocolo, utilizamos experiências de outras unidades, adaptamos e reformulamos o protocolo em reuniões de planejamento e pactuamos o mesmo nas rodas de co-gestão com todos os funcionários para que fossem feitas as alterações necessárias. Esse processo ocorreu no período de dezembro de 2008 a março de 2009. RESULTADOS: Implantação de um protocolo de acolhimento direcionando o usuário desde sua entrada no serviço por demanda programada ou livre até a conclusão do atendimento; criação de fluxogramas de organização de atendimento; implementação de normas e rotinas de todos os setores da unidade de saúde. CONCLUSÃO: Protocolo implantado e colocado em prática no prazo estipulado; direcionamento da demanda evitando criticas desnecessárias e humanizando mais o atendimento; profissionais capacitados perante o acolhimento, normas e rotinas dos setores no prazo programado; reforma da unidade para melhor acolher ao usuário e ao profissional; processo de humanização e fortalecimento do vínculo posto em prática.

BIBLIOGRAFIA.

1.FERREIRA ABH. *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira 1975. p. 27.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. – Brasília. 2006. p. 44

Descritores: Acolhimento, Humanização, Vínculo, Saúde da Família.

EIXO 1: ENFERMAGEM, SAÚDE DAS PESSOAS E PROTEÇÃO AMBIENTAL.

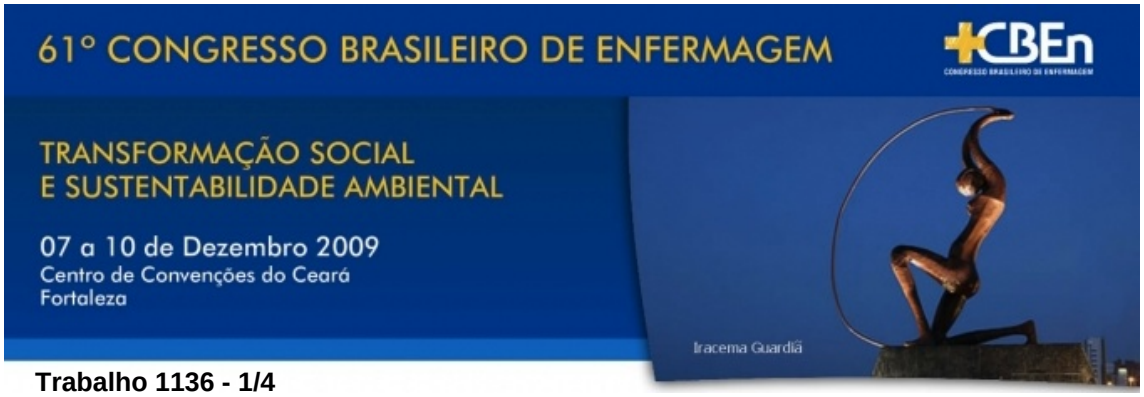
1- Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde da Família Irmã Hercília Aragão – SER II- Fortaleza, CE, e-mail: fatimavas@yahoo.com.br

2 - Enfermeiro, Especialista em Formação Pedagógica em Saúde, Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde da Família Irmã Hercília Aragão – SER II- Fortaleza, CE

3 - Médica, Residência médica em medicina de família, medica de família do Centro de Saúde da Família Irmã Hercília Aragão – SER II- Fortaleza, CE

4 - Enfermeira, Especialista em Enfermagem Clinica, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde da Família Irmã Hercília Aragão – SER II- Fortaleza, CE

5. - Enfermeiro, Especialista em Epidemiologia e Vigilância à Saúde, Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde da Família Irmã Hercília Aragão – SER II- Fortaleza, CE



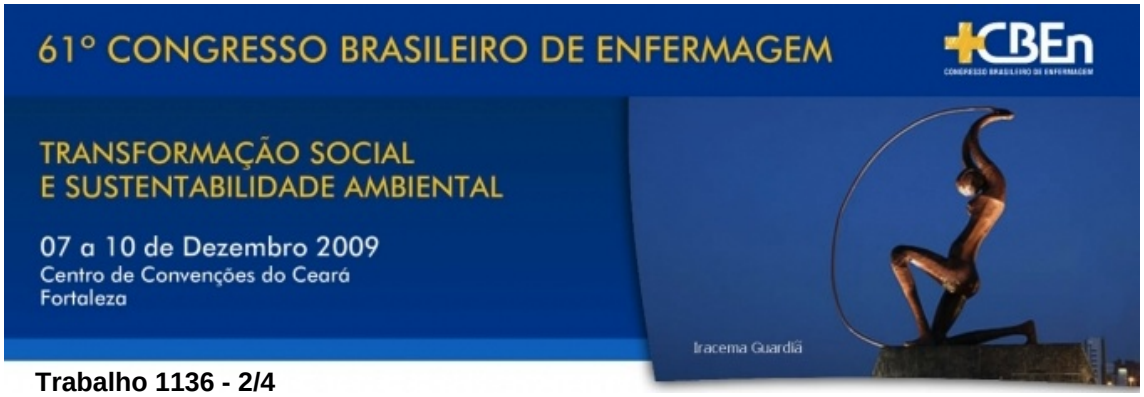
Trabalho 1136 - 1/4

PRODUÇÕES CIENTÍFICAS EM AMBIENTE PRISIONAL: UM ENFOQUE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Nicolau, Ana Izabel Oliveira[1]
Ribeiro, Samila Gomes[2]
Lessa, Paula Renata Amorim[2]
Lima, Francisca Elisângela Teixeira[3]
Pinheiro, Ana Karina Bezerra[4]

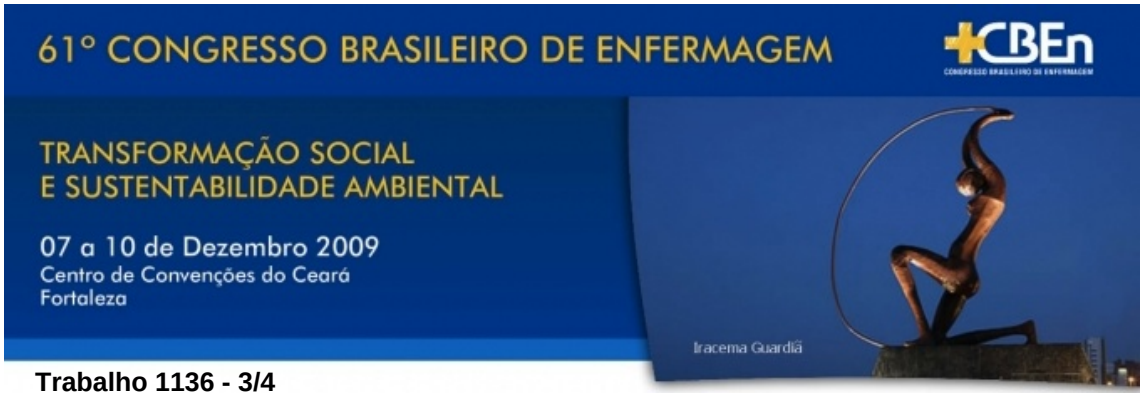
Introdução: O ambiente prisional oferece altos riscos, pois a heterogeneidade dos indivíduos confinados proporciona maior exposição a riscos físicos, psicológicos e transmissão de doenças (ALTICE et al., 2005). Torna-se indispensável maior atenção à prevenção de doenças e promoção da saúde de encarcerados, não somente pelos maiores riscos presentes na atmosfera prisional, mas pela carência de ações educativas e preventivas oferecidas. A reclusão pode configurar um momento oportuno para os profissionais de saúde implementarem estratégias educativas, em prol da melhoria da qualidade de vida dos presidiários. Porém, ainda é marcada pela desconfiança nas relações estabelecidas, escassez de atividades educativas em saúde e precariedade da assistência. Destarte, é premente que o papel do enfermeiro nesse cenário seja incluído em sua formação, no intuito de abordar o direcionamento do cuidado de enfermagem à população encarcerada. Porém, na maioria das vezes, os profissionais enfermeiros desconhecem as questões inerentes a essa realidade, as quais poderiam configurar importantes focos de atuação. **Objetivo:** Diante do exposto, estudo possui o objetivo de investigar as pesquisas realizadas no sistema prisional por enfermeiros nas dissertações e teses desenvolvidas no Brasil. **Metodologia:** Estudo bibliográfico, a partir de dissertações e teses de enfermagem desenvolvidas no Brasil e realizadas com “prisioneiros”, sendo esta a terminologia empregada para a busca. O levantamento bibliográfico foi efetuado via CD-ROM, para as pesquisas desenvolvidas no período de 1979 a 2000, bem

1. Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestranda em Enfermagem pela UFC. Bolsista PROPAG. E-mail: anabelpet@yahoo.com.br
2. Acadêmica de Enfermagem da UFC. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET, MEC – SESu.
3. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós- Graduação da UFC.
4. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto III e Vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação da UFC. Co-tutora do PET, MEC – SESu.



como via *internet*, no site da Associação Brasileira de Enfermagem/ABEN (www.abennacional.org.br), no link do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn), contemplando as produções defendidas de 2001 a 2007. Pela escassez de estudos não foram delimitados recortes temporais, sendo o critério de inclusão: o estudo ter sido desenvolvido junto a pessoas na situação de cárcere. Após uma busca em todos os resumos dos catálogos do CEPEn, no período compreendido de 1979 a 2007, detectou-se 10 trabalhos. Após a seleção das produções, procurou-se os estudos na íntegra, os quais foram submetidos às leituras exploratórias e seletivas, analisados segundo roteiro composto de dados referentes aos aspectos metodológicos e temáticos. **Resultados:** O distanciamento da prática de Enfermagem na abordagem às pessoas reclusas foi demonstrado pela escassez de estudos, apenas dez, realizados por enfermeiros ao longo de 28 anos (1979-2007). Os estudos forma realizados entre 1990 e 2006, com maior freqüência a partir de 2003. Tal achado pode está relacionada à implantação em 2003 pelo Governo Federal do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário/ PNDSSP (BRASIL, 2005). Quanto aos temas centrais das dez produções, quatro relacionaram-se a “Atuação de Enfermagem em unidades prisionais”, configurando a principal temática. A inserção da enfermagem na atenção à saúde no sistema prisional é algo novo que requer continuidade, por meio de novas pesquisas científicas que busquem contribuir com a promoção e prevenção da saúde, tendo em vista as lacunas existentes na literatura sobre o processo saúde-doença no cárcere (LIMA, 2005). A segunda temática mais abordada enfatizou a saúde sexual de mulheres presidiárias envolvendo a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), violência sexual e sexualidade. A escolha por esse tema e população requer grande preocupação, visto que presidiárias apresentaram 3,8 vezes mais história de DST e o dobro da soropositividade para o HIV do que entre homens presos. Em âmbito nacional, 76,1% das presidiárias possuem algum problema sexual (CARVALHO et al., 2006; BRASIL, 2007). Quanto aos níveis de formação, oito pesquisas foram realizadas para a obtenção do título de mestre. As duas teses foram desenvolvidas por

1. Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestranda em Enfermagem pela UFC. Bolsista PROPAG. E-mail: anabelpet@yahoo.com.br
2. Acadêmica de Enfermagem da UFC. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET, MEC – SESu.
3. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós- Graduação da UFC.
4. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto III e Vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação da UFC. Co-tutora do PET, MEC – SESu.



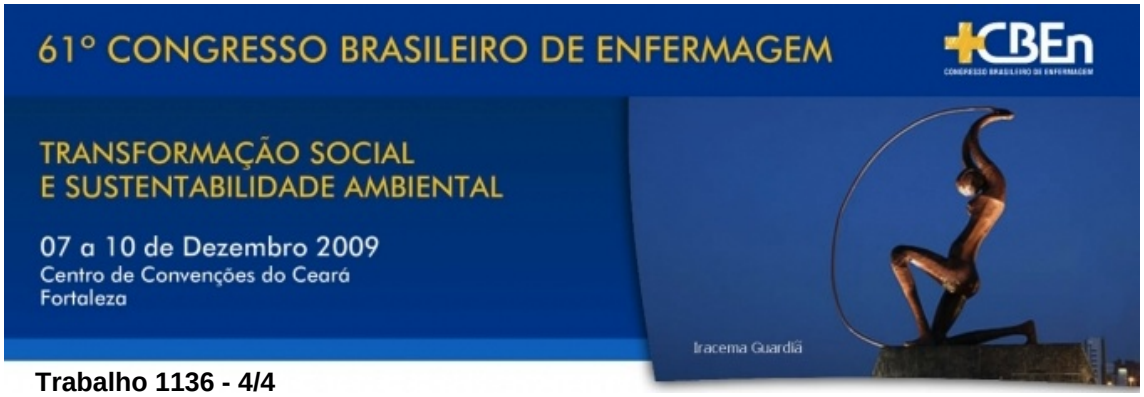
autores que haviam trabalhado junto às populações reclusas desde o mestrado. Portanto, apenas oito enfermeiros enquanto alunos de pós-graduação *stricto sensu* em Enfermagem no Brasil realizaram estudos com prisioneiros. Pela complexidade do viver em privação de liberdade e pelo restrito conhecimento dos fenômenos presentes na realidade dos sujeitos que experienciam a reclusão, notou-se acentuadamente a maior freqüência de estudos de qualitativos, com oito estudos. Ao avaliar o estado brasileiro de conclusão das produções percebe-se a predominância de São Paulo, com três estudos. Acrescenta-se que 50% das produções foram desenvolvidas na região Sudeste, seguida do Sul com 30%. As regiões centro-oeste e nordeste, isoladamente, representaram 20%. A única produção realizada no Ceará foi defendida em 1999. Tal estado nordestino apresentou uma realidade diferente, tendo em vista que os demais estados que sediaram investigações na década de 90 deram continuidade às pesquisas na década posterior. **Conclusões:** Diante das melhorias no plano de atenção à saúde aos prisioneiros, o profissional de enfermagem ainda participa de forma passiva nesse processo. As poucas experiências vivenciadas por enfermeiros ao realizar pesquisas junto a pessoas reclusas, descritas no presente estudo, evidenciaram a riqueza de lacunas que suplicam uma maior presença da enfermagem e as possibilidades de se trabalhar com essa população. Novos estudos precisam ser elaborados no sentido de evidenciar novas maneiras de se atuar junto a essa população vulnerável, de forma que os enfermeiros possam ser alertados, implicando na melhoria da qualidade da prática profissional no cenário prisional.

Descritores: prisioneiros, populações vulneráveis, enfermagem.

Bibliografia:

ALTICE, F.L.; MARINOVICH, A.; KHOSHNOOD, K.; BLANKENSHIP, K.M.; SPRINGER, S.A.; SELWYN, P.A. Correlates of HIV infection among incarcerated

1. Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestranda em Enfermagem pela UFC. Bolsista PROPAG. E-mail: anabelpet@yahoo.com.br
2. Acadêmica de Enfermagem da UFC. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET, MEC – SESu.
3. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós- Graduação da UFC.
4. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto III e Vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação da UFC. Co-tutora do PET, MEC – SESu.



women: implications for improving of HIV infection. **J Urban Health** v.82, n.2, p.312-26, 2005.

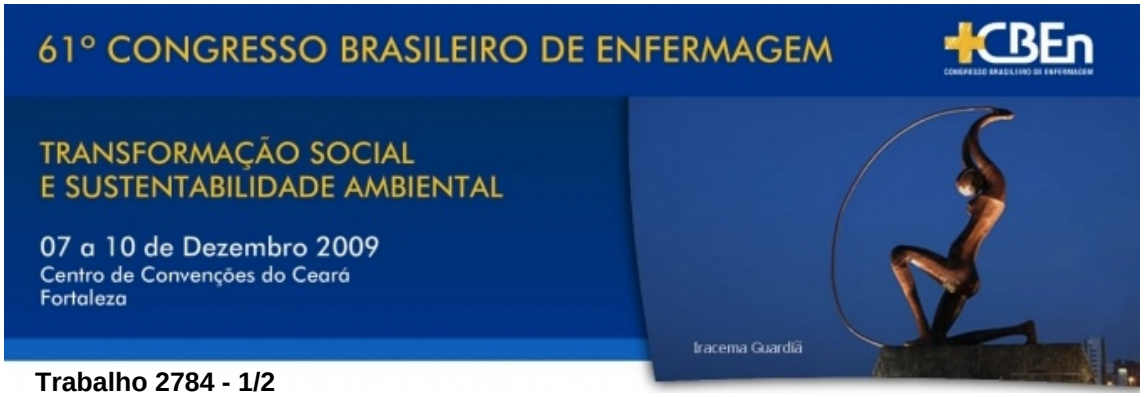
BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** Série B. Textos Básicos de Saúde. 2ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2005. 64p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de gestão 2003 à 2006: política nacional de atenção integral à saúde da mulher.** Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2007. 128p.

CARVALHO, M.L.; VALENTE, J.G.A.; ASSIS, S.G.; VASCONCELOS, A.G.G. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciência e Saúde Coletiva** v.11, n.2, p.461-71, 2006.

LIMA, G.M.B. **Mulheres presidiárias:** sobreviventes de um mundo de sofrimento, desassistência e privações. 2005. 135 f. Dissertação (Mestrado)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

1. Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestranda em Enfermagem pela UFC. Bolsista PROPAG. E-mail: anabelpet@yahoo.com.br
2. Acadêmica de Enfermagem da UFC. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET, MEC – SESu.
3. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós- Graduação da UFC.
4. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto III e Vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação da UFC. Co-tutora do PET, MEC – SESu.



Trabalho 2784 - 1/2

PROGRAMA DE APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL COMO INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

RIBEIRO, ALDACY GONÇALVES [1]

PIRES, ANA LÍLIAN SOUZA[2]

GRISI, PRISCILA ARAÚJO [3]

BARROS, CLAUDIA SILVA MARINHO ANTUNES[4]

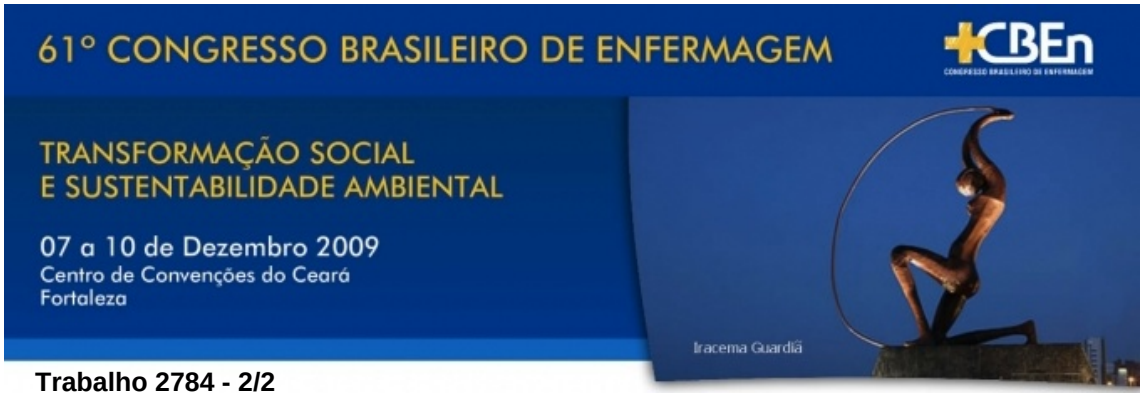
Trata-se de uma intervenção resultante do diagnóstico situacional realizado sobre as necessidades de ensino dos profissionais de enfermagem. A instituição *locus* deste estudo é um hospital geral, maior hospital do Norte e Nordeste, que integra a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Este hospital é também referência no âmbito de ensino pelo seu caráter educativo, pois executa e avalia programas de estágio de pós-graduação, graduação e de nível médio nas diversas áreas da saúde, bem como, a realização de treinamento de pessoal em serviço. 72,2% do seu quadro de pessoal é composto por profissionais de enfermagem, portanto justificando a magnitude de implantação de uma política de educação permanente para esta categoria, com vistas a qualificação profissional e melhoria na qualidade da assistência à comunidade. Utilizou-se o método da problematização em saúde, e como instrumento para o levantamento dos dados foi aplicado um questionário às coordenações dos serviços, e de forma aleatória também foi aplicado a 50% dos enfermeiros e 20% dos auxiliares e técnicos de enfermagem de cada setor. Os dados obtidos foram categorizados em três áreas**:** técnica, básica e organizacional. Os pontos mais citados na área organizacional foram: as relações interpessoais, valorização profissional, humanização da assistência, protocolos assistenciais e sistematização da assistência de enfermagem; na área básica, os mais citados foram: fisiologia dos sistemas cardíacos, respiratório, renal e neuronal, como também o cuidado ao paciente com afecções destes sistemas e farmacologia e principais drogas de emergência; e no que diz respeito à área técnica, destacou-se: o cuidado ao paciente crítico e em uso de derivação ventricular externa (DVE), a operacionalização de alguns equipamentos (monitores multiparamétricos, bombas de infusão, aparelhos de ECG e máquinas de hemodiálise). O Programa de aperfeiçoamento profissional pretende capacitar a equipe de enfermagem; implantar e implementar sessões científicas nas unidades por área; operacionalizar os protocolos assistenciais; implantar e

[1] " Enfermeira, Mestre em Enfermagem; Diretora Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Geral Roberto Santos Email:aldacygoncalves@hotmail.com

[2] Enfermeira, Enfermeira, Diretora de Enfermagem do Hospital Roberto Santos. E mail: aninhalilian@yahoo.com.br

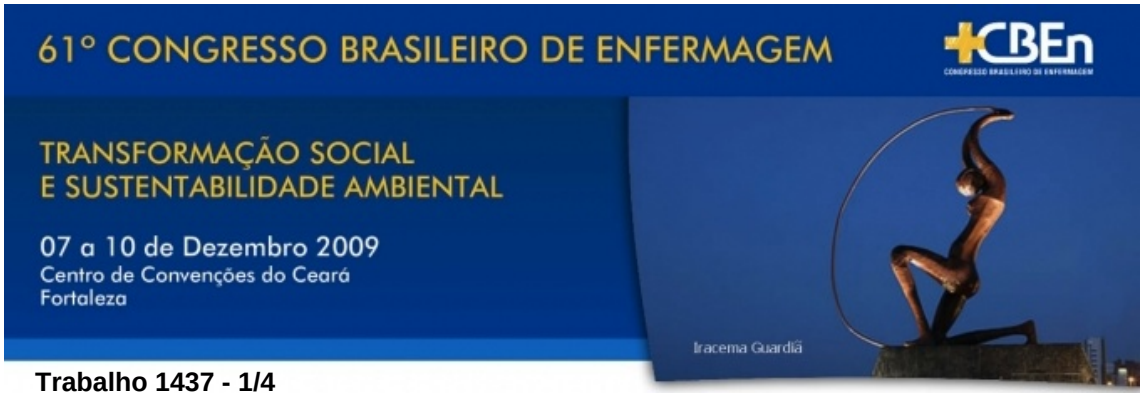
[3] Enfermeira Auxiliar da Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Geral Roberto Santos.

Mestre em Enfermagem; Professora Assistente da Universidade Federal da Bahia do Departamento deEnfermagem Médico Cirúrgico e Administração em Enfermagem) E-mail: Claudiasmab2@yahoo.com.br



Trabalho 2784 - 2/2

implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem; normatizar ações envolvendo graduação, pós-graduação e nível médio e implantar Grupo de Pesquisa em Enfermagem. A capacitação profissional já acontece às terças-feiras, para 80 profissionais por dia, com abordagem de duas temáticas: relação interpessoal e tema assistencial, utilizando aulas expositivas, participativas e oficinas de aprendizado, facilitadas pelos enfermeiros dos serviços e por profissionais de psicologia e terapia ocupacional. Para a avaliação é realizado pré-teste e pós-teste. Em março, capacitou-se 400 profissionais de enfermagem, no cuidado ao paciente neurológico em uso de válvulas. O pré-teste evidenciou 67,9% de acertos, no pós-teste houve um aumento de 17,1% dos acertos passando para 85% de acertos, o que demonstra a melhora do conhecimento e a importância do ensino no serviço.



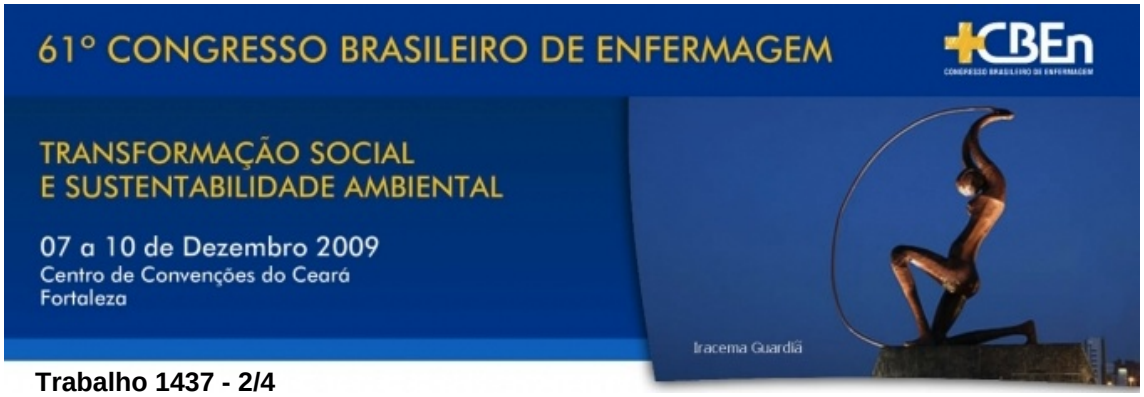
Trabalho 1437 - 1/4

Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde: relato de experiência da coleta e destinação de resíduos específicos do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara

Rolim, Anapula Arruda[1]
Rocha, Luciana Alves da[2]
Cruz, Daniela Barboza Saboia[3]
Fiúza, Maria Luciana Teles[4]

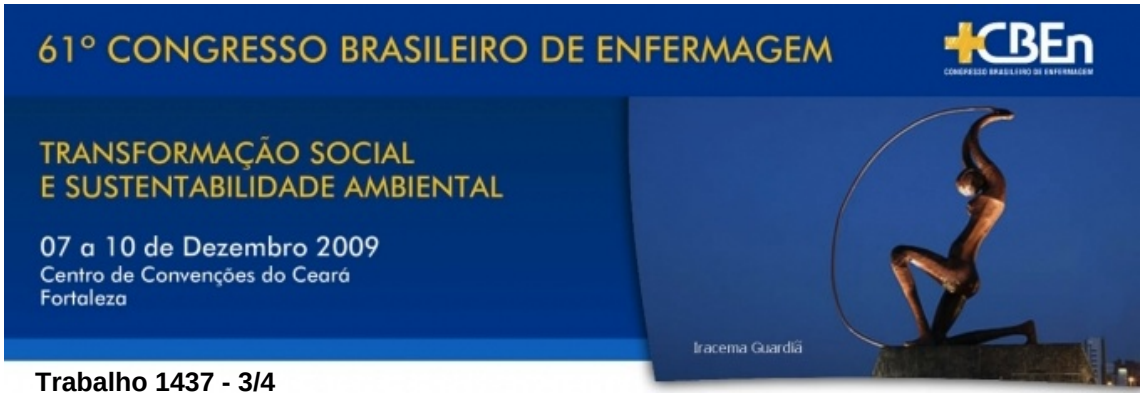
Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS) é um programa que descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos. No âmbito dos estabelecimentos, contempla os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação final, bem como a proteção à saúde pública. Do ponto de vista sanitário e epidemiológico, o descarte incorreto é responsável pela transmissão de várias doenças, tais como: as salmoneloses, febre tifóide, cólera, leptospirose, giardíase, diarréias em geral, dentre outras. Essa situação gera riscos à saúde pública e degrada o meio ambiente. Dados estatísticos evidenciam que do total de lixo produzido, cerca de 1,0 a 3,0% são gerados por estabelecimentos de saúde, que da mesma forma que os resíduos domiciliares, também têm o seu acondicionamento e destino final inadequados. Diante do exposto, os profissionais do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara (HGWA) perceberam a necessidade de desenvolver o seu PGRSS. Em 2005, foi estabelecido, utilizando as legislações municipais, estaduais e federais vigentes, o plano para gerenciamento dos resíduos gerados pelos seus diversos setores, determinando também, as responsabilidades no que se refere ao manuseio, tratamento e destinação final destes resíduos. Tal instituição foi inaugurada em 26 de dezembro de 2002 e representa uma unidade hospitalar de grande porte inserida na assistência à saúde do Estado do Ceará e gera, como toda unidade de saúde, mais de quatro tipos de resíduos diferentes, com uma média de 1.796Kg/mês. Dentre as varias finalidades do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde está a preservação do meio ambiente, buscando sempre a melhor forma de descarte dos seus resíduos. Diante da importância do tratamento correto dos resíduos, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência do HGWA quanto

1. Enfermeira Especialista em enfermagem. Gerente de enfermagem e risco do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.Enfermeira da UTI do Instituto Dr José Frota (IJF). E-mail: anapaularrolim@hotmail.com.
2. Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Coordenadora de Enfermagem da UTI Adulto do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.
3. Enfermeira. Coordenadora do Centro de Terapia Intensiva e Pediátrica do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara
4. Enfermeira do ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, Coordenadora do Bloco Cirúrgico do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.



a coleta dos resíduos específicos gerados e sua destinação final. Trata-se de um relato de experiência do PGRSS desta instituição. Várias são as atividades desse programa, porém o foco deste trabalho resume-se na coleta e destinação final dos resíduos específicos. O HGWA é uma Organização Social com 241 leitos que atende exclusivamente a paciente do Sistema Único de Saúde. Atualmente, conta com 688 funcionários e 128 profissionais terceirizados prestando serviços complementares e de apoio em diversas áreas. Os resíduos considerados específicos produzidos no HGWA são: resíduos contendo mercúrio; película de radiologia; pilhas e baterias. Os resíduos contendo mercúrio, tais como os termômetros quebrados são acondicionados em caixa de material pérfuro-cortante e encaminhados para o abrigo de resíduos da instituição para posterior incineração. O Abrigo de Resíduos é a área de armazenamento externo construído em ambiente exclusivo para a recepção dos contêineres e para o acesso da coleta externa. A área desse abrigo foi dimensionada de acordo com o volume de resíduos gerados na instituição, de tal maneira que sua capacidade completa não comprometa os horários da coleta externa. O acesso é facilitado para a entrada dos recipientes de transporte dos resíduos e restrito aos funcionários envolvidos no programa. Salienta-se que o PGRSS do HGWA está desenvolvendo um trabalho de substituição dos termômetros de mercúrio pelos digitais nas unidades de internação, diminuindo a quantidade desse tipo de resíduo e dessa forma, aumentando a proteção do meio ambiente. Quanto aos resíduos gerados pelas lâmpadas fluorescentes e similares, os mesmos são recolhidos pelos funcionários da engenharia clínica devidamente orientados pelo PGRSS. O descarte acontece no momento da substituição da lâmpada danificada e são encaminhadas também para o abrigo de resíduos, onde são armazenadas em recipientes de plástico rígido até serem encaminhadas para a reciclagem. Os efluentes de reveladores e fixadores são armazenados em bambonas de 05 litros recicladas e também encaminhados para o abrigo de resíduos cada vez que atingem a marca de 2/3 da capacidade da bambona, assim evitando o risco de extravazamento. Os resíduos filmográficos sólidos são armazenados em recipiente branco, devidamente sinalizado, localizado na sala de revelação, sendo

1. Enfermeira Especialista em enfermagem. Gerente de enfermagem e risco do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.Enfermeira da UTI do Instituto Dr José Frota (IJF). E-mail: anapaularrolim@hotmail.com.
2. Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Coordenadora de Enfermagem da UTI Adulto do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.
3. Enfermeira. Coordenadora do Centro de Terapia Intensiva e Pediátrica do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara
4. Enfermeira do ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, Coordenadora do Bloco Cirúrgico do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.



encaminhado para o abrigo de resíduos cada vez que atinge a marca de 2/3 da capacidade. Todo este material é comercializado para empresa terceirizada, devidamente licenciada pelo órgão ambiental e de vigilância sanitária para reciclar a prata e outros componentes gerados pelos respectivos resíduos. Quanto aos resíduos de pilhas e baterias, a resolução 257 do CONAMA (Conselho Nacional do Meio Ambiente), em seu artigo 6º define um novo padrão para fabricação e importação destes onde a quantidade de metais pesados (principais resíduos gerados por estes produtos) seja mínima, podendo ir até para o aterro sanitário. Para isto deve-se estar contido nas pilhas todos os componentes de fabricação e estes serem checados de acordo com as concentrações químicas previstas por lei. Caso não seja atendido, elas deverão ser acondicionadas em caixas com material rígido e levadas para o fabricante, que por lei, deve dar destino final a estes resíduos. As pilhas e baterias comuns e alcalinas, de níquel metal – hidreto, de lítio e as do tipo botão podem ser descartadas como resíduo comum não-reciclável com destino ao aterro sanitário ou ao Banco Real, que possui um programa de resíduos. O PGRSS do HGWA está sempre buscando melhores condições de trabalho para a otimização no manejo e armazenamento dos resíduos específicos, ocorrendo com isso, a minimização dos riscos de acidentes e contaminação hospitalar. Com isso impacta-se cada vez menos o ambiente, trazendo consigo diversos benefícios.

Descritores: Resíduos sólidos, resíduos de serviços de saúde, serviços de saúde.

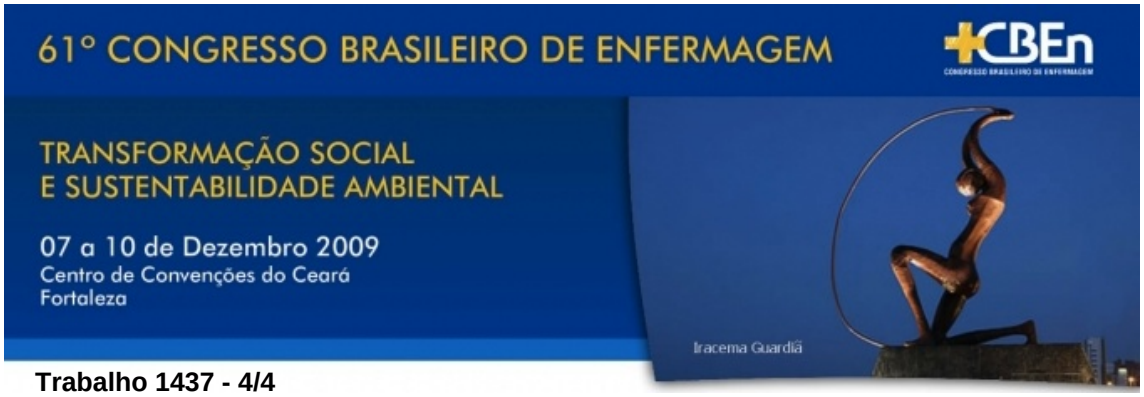
Bibliografia

Brasil, Conselho Nacional do Meio Ambiente. RESOLUÇÃO CONAMA Nº 257, de 30 de junho de 1999, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para a destinação final das pilhas, baterias e assemelhados.

Brasil, Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 306, de 07 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

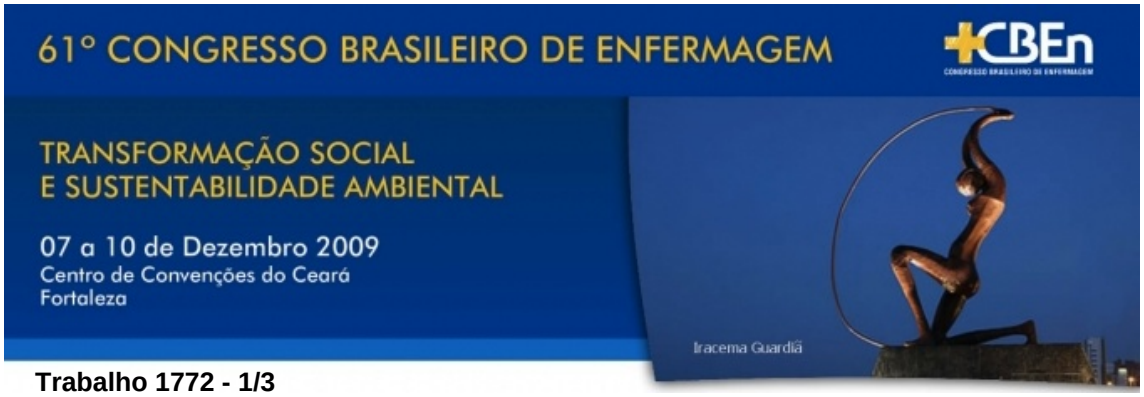
Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Saúde Ambiental e Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde. Brasília 2002. págs. 295 a 297

1. Enfermeira Especialista em enfermagem. Gerente de enfermagem e risco do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.Enfermeira da UTI do Instituto Dr José Frota (IJF). E-mail: anapaularrolim@hotmail.com.
2. Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Coordenadora de Enfermagem da UTI Adulto do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.
3. Enfermeira. Coordenadora do Centro de Terapia Intensiva e Pediátrica do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara
4. Enfermeira do ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, Coordenadora do Bloco Cirúrgico do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.



Trabalho 1437 - 4/4

1. Enfermeira Especialista em enfermagem. Gerente de enfermagem e risco do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.Enfermeira da UTI do Instituto Dr José Frota (IJF). E-mail: anapaularrolim@hotmail.com.
2. Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Coordenadora de Enfermagem da UTI Adulto do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.
3. Enfermeira. Coordenadora do Centro de Terapia Intensiva e Pediátrica do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara
4. Enfermeira do ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, Coordenadora do Bloco Cirúrgico do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.



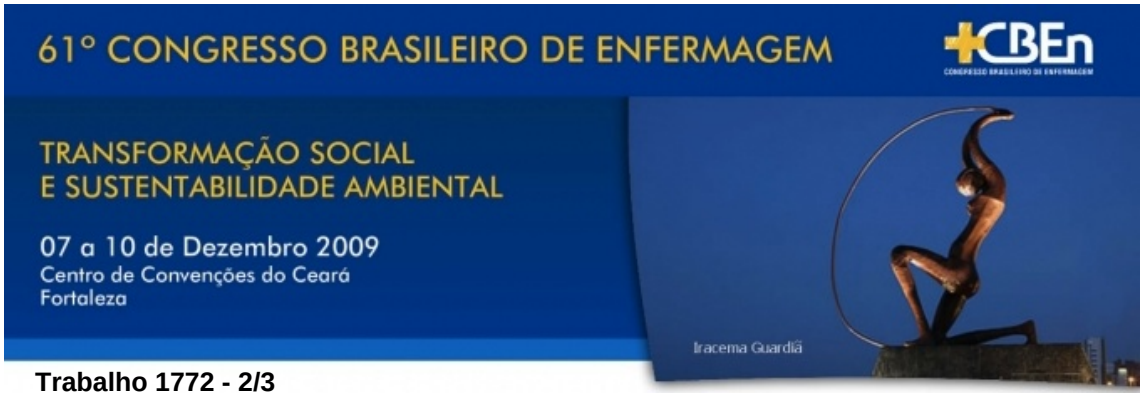
Trabalho 1772 - 1/3

PROMOÇÃO DA SAÚDE ATRAVÉS DA PRESERVAÇÃO DO MEIO AMBIENTE: PAPEL DA ENFERMAGEM
UMA REVISÃO DE LITERATURA

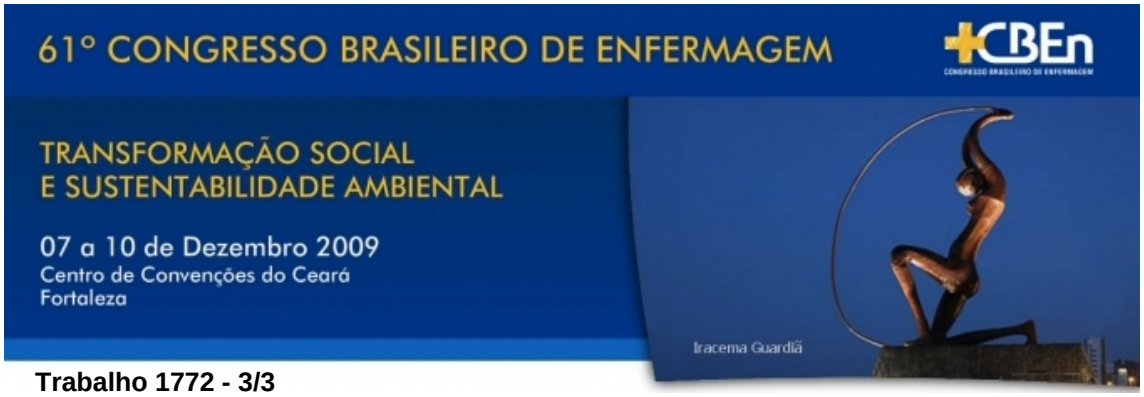
NASCIMENTO, C. S. [1]
MOURA, L. M. A.[2]
PEREIRA, L. C.[3]
ANDRADE, L. S.[4]
SANTOS, A. M. R.[5]
MORAIS, S. C. R. V.[6]

INTRODUÇÃO: O meio ambiente, atualmente, é um dos temas mais debatidos em todos os seguimentos da sociedade, inclusive entre os profissionais de saúde devido aos riscos ambientais que a população está sujeita e aos danos que a degradação ambiental pode causar a saúde. Assim, é evidente a relevância desse tema, uma vez que às mudanças ambientais afetam o processo saúde/doença, o que tornam incontestáveis as relações meio ambiente/saúde. Nesse contexto, entende-se que a atuação de Enfermagem, deve ir além do ambiente hospitalar, precisa incorporar uma postura crítica e comprometida com a questão ambiental e se tornar um ator social na proposição e concretização das mudanças necessárias para garantir um futuro melhor para esta e as próximas gerações. Dessa forma, o cotidiano da prática dos profissionais de enfermagem precisa envolver ações que promovam a educação ambiental através da divulgação de medidas de conservação da natureza que reflitam conseqüentemente, em qualidade na saúde humana e ambiental. **OBJETIVOS:** Analisar as produções científicas que abordam o papel da Enfermagem na promoção da saúde através da preservação do meio ambiente, procurando identificar como os profissionais de enfermagem têm contribuído para preservação do meio ambiente e quais informações e orientações são repassadas por esses profissionais para a população sobre a conservação ambiental. **METODOLOGIA:** O presente estudo consiste em uma revisão bibliográfica, desenvolvida a partir da uma busca eletrônica de material localizado em periódicos nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Bdenf (Base de

1 Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI. E-mail: cristiannydsn@hotmail.com
2,3,4 Alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI
5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPI
6 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPI



Dados de Enfermagem) e Scielo (Scientific Electronic Library Online), sobre o papel da Enfermagem na promoção da saúde através da preservação do meio ambiente Na busca de fontes, os descritores utilizados para a seleção dos artigos foram: meio ambiente, saúde, enfermagem e saúde ambiental. Localizou-se produções cosientíficas publicadas no período de 2002 a 2009. **RESULTADOS:** Os artigos mostraram que a Enfermagem ainda não incorporou de maneira adequada a questão ambiental ao cotidiano de sua prática. Contudo, alguns artigos apontam que o enfermeiro tem consciência da importância da preservação do meio ambiente, como também que as mudanças ambientais afetam o processo saúde/doença, e que os riscos ambientais a que a sociedade está sujeita podem ser minimizados. Ainda referem que a Enfermagem possui subsídios necessários para conscientizar e trabalhar a população meios para a conservação do meio ambiente. Estes conhecimentos são adquiridos em parte durante a graduação, com o embasamento científico absorvido; nos cursos de capacitação; nas literaturas que norteiam a aquisição de tais subsídios e principalmente no próprio esforço de compreender o assunto e exercer sua função de cidadão e cuidador. Quanto às ações que a Enfermagem pode desenvolver os estudos analisados traz o gerenciamento adequado dos resíduos sólidos de saúde (RSS) através da manipulação e disposição adequada desses resíduos. Também citam que o enfermeiro pode contribuir através da seleção de produtos utilizados na assistência, avaliando os mais apropriados, como também propor formas de reduzir os resíduos hospitalares. A preocupação com a dimensão ambiental na assistência de enfermagem, segundo os dados levantados ocorre quando os profissionais de enfermagem contribuem para a conscientização da população sobre os riscos ambientais e as conseqüências dos danos ambientais para a saúde. Essa conscientização da população é despertada quando os profissionais de enfermagem promovem cursos sobre saúde e meio ambiente e também ao mobilizarem a comunidade para o desenvolvimento sustentável por meio da preservação ambiental. Outro enfoque identificado nos textos trata-se da conscientização dos graduandos em enfermagem que ocorre através da inclusão de questões relativas ao meio ambiente e da participação em atividades multidisciplinares sobre o meio ambiente. Portanto, os artigos apontaram a promoção da educação em saúde como contribuição mais efetiva da



Enfermagem para a conservação de meio ambiente saudável. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O papel da enfermagem é fundamental para a promoção e conscientização da população na conservação do meio ambiente. Por isso se faz necessário o enfermeiro está sempre pesquisando e obtendo novos conhecimentos sobre o assunto, porque ainda é bastante incipiente a atuação do profissional de enfermagem a respeito dessa temática, com isso se torna difícil uma ação eficaz.

DESCRITORES: Meio ambiente, Saúde, Enfermagem, Saúde Ambiental.

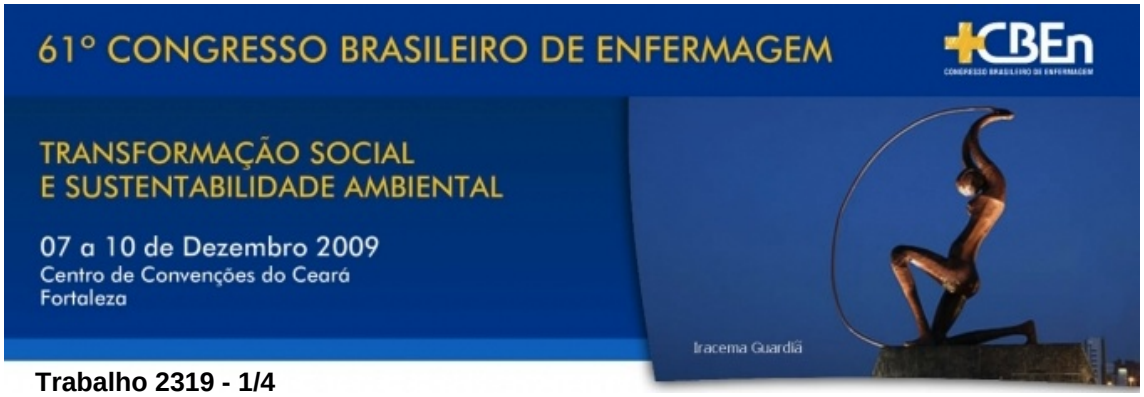
REFERÊNCIAS

CEZAR-VAZ et al.**Saber ambiental: instrumento interdisciplinar para a produção de saúde.** Texto e contexto Enfermagem, 2005 jul-set; 14(3):391-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072005000300010&script=sci_arttext&tlng=e Acesso em: 12 jun. 2009

RIBEIRO M. C. S. e BERTOLOZZI M. R. **Reflexões sobre a participação da enfermagem nas questões ecológicas**. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(4): 300-8 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000400002 Acesso em: 18 jun. 2009

RIBEIRO M. C. S. e BERTOLOZZI M. R. **A questão ambiental como objeto de atuação da vigilância sanitária:uma análise da inserção das enfermeiras nessa campo**. Rev Latino-am Enferm. 2004 set-out; 12(5):736-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000500006 Acesso em: 21 jun. 2009

VARGAS, Liliana A. e OLIVEIRA, Thaís F. V. **Saúde, meio ambiente e risco ambiental: um desafio para a prática profissional do enfermeiro**. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):451-5. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=482250&indexSearch=ID Acesso em: 29 jun. 2009



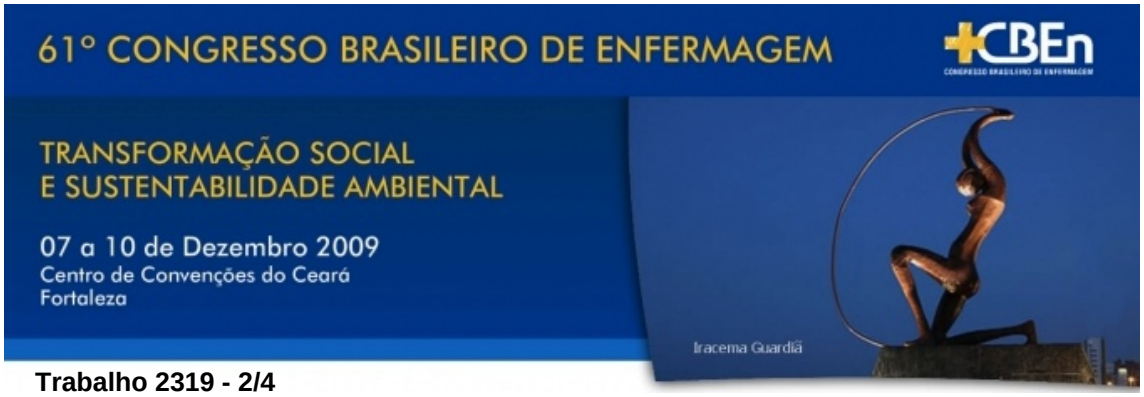
Trabalho 2319 - 1/4

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PRÁTICAS CORPORAIS: REDENÇÃO NUM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

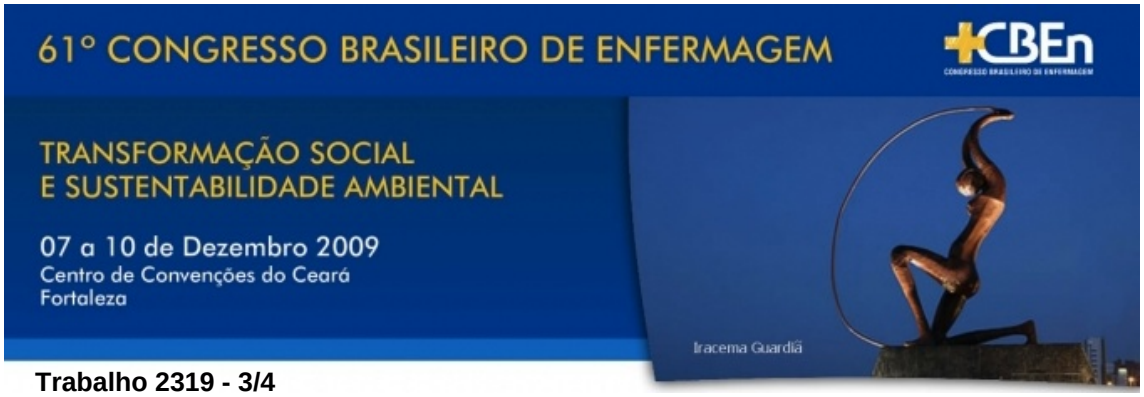
[1] COSTA, Aldisiane Sousa da
[1]RIBEIRO, Ricardo Saldanha
[1]SILVA, Ana Cláudia Xavier da
[2]PASSOS, Andersom Aguiar
[3]ARAÚJO, Ariane Fonteles

A atual pesquisa tem a intenção de apresentar um projeto técnico - assistencial, derivado da continuidade de esforços de mais de 3 anos, e desde seu início, possui a intenção de além de promover à saúde e prevenir agravos à população do município de Redenção, busca dar continuidade aos estímulos para a mudança de comportamentos e atitudes, vislumbrar um futuro promissor dentro da temática e construir um prognóstico de resultados positivos na saúde da população, alcançados já em médio prazo. O mesmo vislumbra e propõe especial esmero ao foco da assistência e o fortalecimento das ações que buscam modificar os maus hábitos e atitudes de vida que prejudicam a saúde, tendo como base as práticas corporais e a busca de alimentação saudável. Entretanto é compreensível que as ações que levarão ao alcance destes objetivos devem ser executadas de forma contínuas e ininterruptas, e que projetos com recursos deste nível, contribuem sobremaneira com o fortalecimento destas aspirações locais. Considerando que dentro das tecnologias na saúde, uma das mais complicadas de se manipular é a tecnologia de recursos humanos e ainda, que os profissionais do programa saúde da família tem dentro da atenção primária papel fundamental na promoção da saúde e prevenção de agravos, e ainda que, antes de se proporem mudanças de comportamento de uma população com vistas à tomada de iniciativas centradas nas atividades físicas; é necessário que se internalizem estas idéias junto à equipe de profissionais da saúde do

[1] Acadêmicos do 3º semestre do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza-FGF (aldisiane.costa@bol.com.br)
[2] Enfermeiro, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará - UFC, Profº da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza - FGF; Auditor do Município de Redenção-CE; Coordenador da Central de Material do Hospital Nossa Senhora da Conceição
[3]. Enfermeira, Especialista, Coordenadora da ESF do Município de Mulungu-CE. a_nurse_ane@hotmail.com



município. Tais idéias foram oportunizadas aos profissionais de nível superior (enfermeiros e médicos) e nível médio (auxiliares de enfermagem), através de capacitação na temática, quando da oportunidade de execução do projeto anterior. Contudo diante da política nacional de saúde vigente com vistas ao fortalecimento do nível primário de atenção e do controle social, dar continuidade na capacitação dos profissionais de saúde e mesmo a alguns conselheiros favorecerá positivamente ao alcance objetivos saudáveis para a população. Entretanto, outras ações devem ser planejadas paralelamente as capacitações, daí a necessidade e interesse do município, em concorrer à seleção para este projeto. Daí, compreendermos que o Objetivo Geral deste projeto é de: Estabelecer condições para adoção de mudanças dos hábitos e atitudes da população em busca da qualidade de vida. Tal projeto, realizado em Redenção no estado do Ceará, mais precisamente no distrito de Antônio Diogo e na sede do referido município, que atualmente, segundo dados do sistema local de saúde existem cerca de 4200 famílias, sendo que desta população alvo, serão incluídos como amostra do projeto todos os usuários do SUS, com idade igual ou superior a 60 anos. Contudo, necessariamente qualquer município tem direito e oportunidade de participar de todas as ações e eventos, que venham ocorrer no ano de 2009, assim como já ocorre nas duas outras etapas. A validação da continuidade deste projeto tem como ponto de partida, a capacitação que os profissionais dos níveis superior e médio do município já receberam nos anos de 2007 e 2008, como um dos objetivos do projeto daqueles anos. Para esta nova versão, além de preocupações anteriores da gestão em dar continuidade ao projeto, também o fato que sensibiliza seus idealizadores, donde a adoção de práticas de atividade física por parte de uma população em situação de risco de complicações cardíacas, renais e neurológicas. Além de colaborar com a redução com gastos de internação e cuidados gerais com as sequelas advindas das complicações destes agravos; também instigam sentimentos positivos de auto-estima, autocuidado e melhora



do estado geral da saúde mental. Em linhas gerais e apesar do curto espaço de tempo para se observar mudanças mais expressivas já é possível visualizar dentre as envolvidas no processo, significativas mudanças no quer diz respeito à melhoria de algumas queixas anteriormente presentes, bem como redução de uso de álcool e cigarro. Nesta nova fase, que aspiramos ampliar nos quanti-qualitativamente nossos grupos de práticas corporais, teremos além da colaboração já existente, dentro da rede local de saúde, um incremento valoro do Núcleo de Assistência a Saúde da Família -NASF, que conta hoje com uma equipe multidisciplinar de 6 profissionais do nível superior, com toda a logística que possuem. Por isto, consideramos que a validação e continuidade deste projeto largueiam nosso horizonte de busca pela melhoria e qualidade de vida, e os estímulos financeiros desta ordem aliados às contrapartidas específicas diretas e indiretas do município fortaleceram, nossas ações e resultados esperados.

Bibliografia:

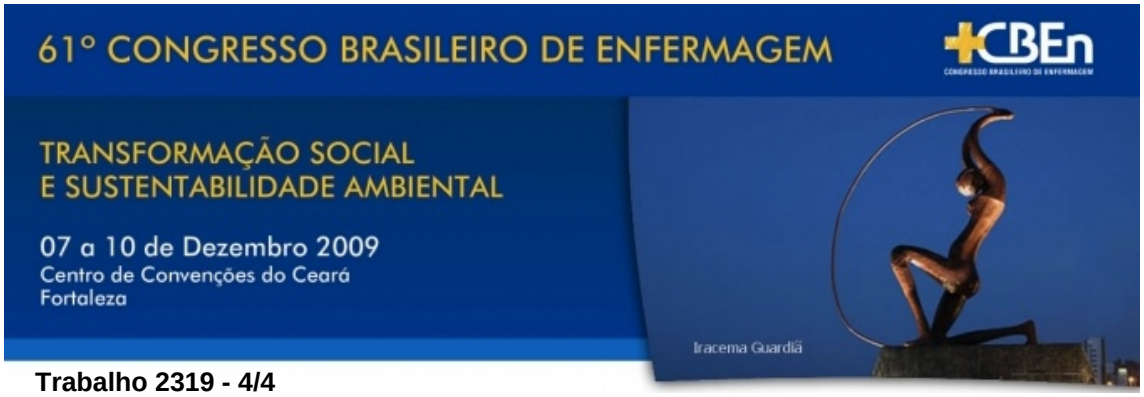
Health Research, Essential Link to Equity in Development. Commission on Health Research for Development, 1990.

The 10/90 Report on Health Research 2001–2002 and *The 10/90 Report on Health Research 2003–2004*. Geneva: Global Forum for Health Research, 2002 and 2004.

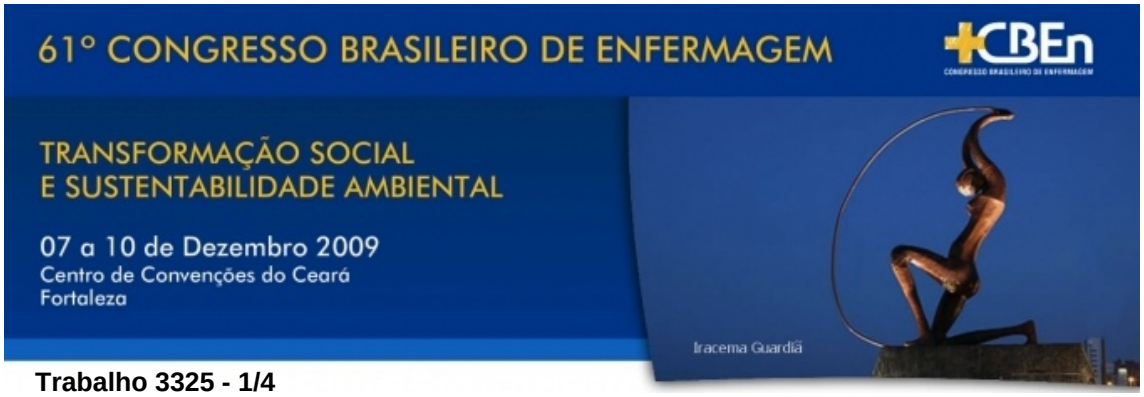
Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options - *Investing in health research and development.* Geneva: World Health Organization (WHO), 1996.

Conference report. International Conference on Health Research for Development, Bangkok, 10–13 October 2000.

Definition of health. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. Adopted by the World Health Organization's International Conference, New York, 19–22 June 1946.



Trabalho 2319 - 4/4



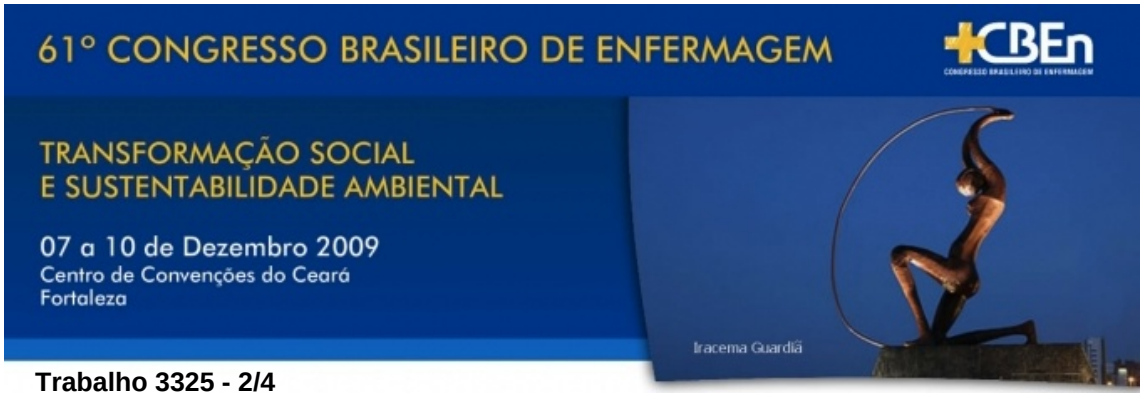
Trabalho 3325 - 1/4

PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO POLÍTICO, CULTURAL E SOCIAL DE DISCENTES DE ENFERMAGEM EM ENTIDADE DE CLASSE E SUA INTERFACE NA PRESERVAÇÃO DO MEIO AMBIENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

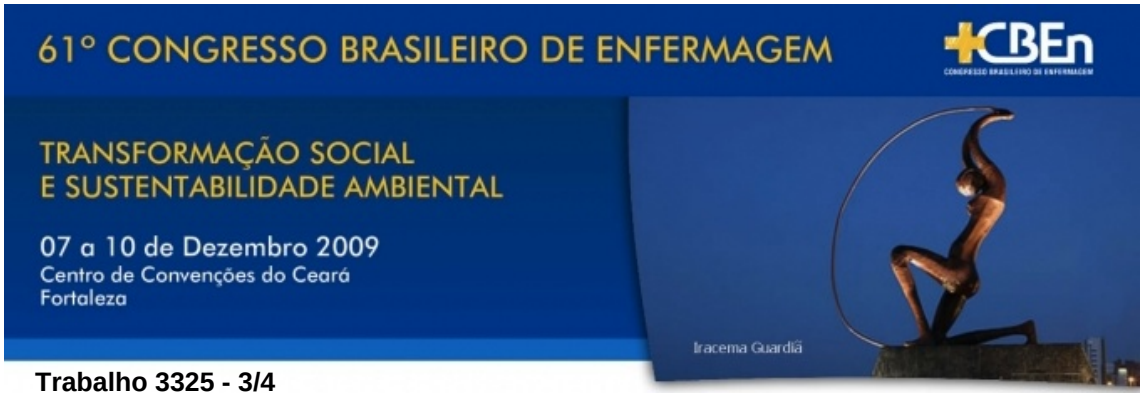
ABRÃO, Fátima Maria da Silva[1],
MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles[2]
MONTEIRO, Talita Helena de Moura[3]
COSTA, Laís Milena Teixeira[3]
SANTOS, Edivânia Félix dos[3]
LOW, Sandra Trindade[4]

INTRODUÇÃO. Ao longo da história da enfermagem brasileira, a formação do profissional da referida área tem sido motivo de preocupação, cuja evidência tem sido pronunciada por representantes dos órgãos de classe, em eventos e em publicações, além do âmbito dos órgãos formadores. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) é um espaço de ação político-social que tem reunido ao longo de 82 anos, atores individuais e coletivos, com seus interesses e projetos. Enquanto campo relacional e plural realiza agenda de lutas e possibilita o exercício de convivência de projetos em disputa em torno da estruturação de idéias, ideologias e políticas, passando por várias gerações que deram vida à Associação e também elaboraram o conteúdo para assegurar uma ação positiva de políticas públicas para a enfermagem/saúde; educação; trabalho; ciência, tecnologia e inovação[1]. As suas ações no campo político, científico e cultural tem contribuído na configuração das bases para a prática profissional baseada em evidências [2]. A ABEn constitui-se um centro de referência científica e histórica da enfermagem brasileira. Realizadora de eventos, aprimoramento dos sócios,

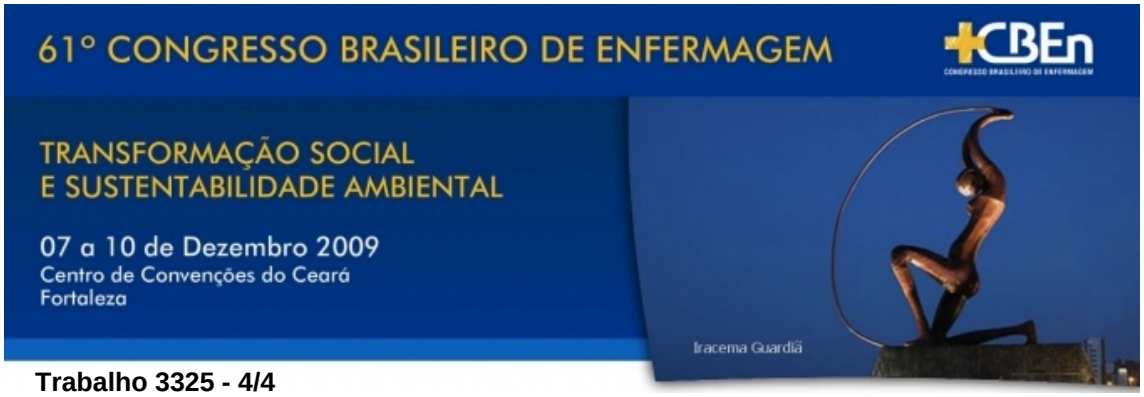
[1] Enfermeira. Doutor em Enfermagem. Prof. Adjunto da UPE/FENSG. Coordenadora do Mestrado Associado UPE/UEPB. Presidente ABEn-PE. E-mail: fatimabrao@br.inter.net.
[2] Enfermeira. Doutor em Enfermagem. Prof. Adjunto da UPE/FENSG. Coordenadora de Extensão da UPE/FENSG. Diretora de Educação ABEn-PE.
[3] Acadêmicos de Enfermagem da UPE/FENSG.
[4] Enfermeira. Mestre. Professor Assistente da UPE/FENSG



divulgação científica, formuladora e defensora de propostas de construção e intervenção nas políticas do ensino e saúde no país. Tem como importante missão a formação política para prover aos profissionais de Enfermagem, uma influência modificadora [3]. É, sobretudo, importante a participação do discente nesse órgão, desde a formação acadêmica à sua profissionalização, a fim de fortalecer as reflexões e as lutas pelos direitos da categoria, que leva em conta a defesa dos princípios éticos e morais além de compreender a importância do meio em que está inserido e o que perpassa na esfera de um desenvolvimento sustentável. As atividades a serem desenvolvidas pelos discentes os levam também a tomar consciência da dimensão das políticas públicas ambientais em face de diversidade de discussões e participações dos dirigentes da Associação em eventos que abordam mesmo que parcialmente essa temática. Com isto, tomar consciência do seu verdadeiro papel em prol das políticas ambientais também fez parte deste trabalho. **OBJETIVO.** Relatar a experiência acerca da ampliação do cenário de ensino-aprendizagem discutindo sobre o exercício político do discente de Enfermagem participando ativamente em entidade de classe de âmbito nacional. **METODOLOGIA,** Trata-se de um relato de experiência oriundo de um trabalho de extensão, vivenciado com alunas do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco na Associação Brasileira de Enfermagem, seção Pernambuco (ABEn-PE), visando associar ensino e participação política na entidade de classe e sua interface com as políticas de meio ambiente. Realizado de agosto de 2008 a julho de 2009. **RESULTADO.** As atividades de campo suscitaram aos discentes algumas reflexões e discussões, quanto aos aspectos políticos, culturais e sociais. Foi possível perceber a necessidade de continuar despertando, paulatinamente, o interesse dos estudantes de graduação em enfermagem, pelas lutas de classe, mas também apresentá-los as vantagens que a ABEn oferece para os sócios, especialmente, no âmbito científico-cultural. Para tanto, pequenas palestras de apresentação da ABEn e do seu estatuto estão sendo realizadas dentro das salas de aula; utilizou-se da exposição de panfletos nos murais para divulgação dos eventos da entidade, além de informativos orais. Tais métodos de divulgação têm sido positivos, à medida que é ampliado o quantitativo de associados e interessados nos eventos que estão sob responsabilidade do órgão de classe



sediado em Pernambuco. Inserções inerentes ao meio ambiente foram feitas de acordo com a visão de mundo dos dirigentes e de debates que suscitaram tais compreensões. O trabalho de divulgação foi o principal foco de atuação do discente no presente estudo, procurando fortalecer o vínculo dos estudantes com a Associação. Este processo inicial de integração dos discentes envolvidos com o estudo traz uma nova perspectiva para as pessoas que estão diretamente ligadas à Associação no que concerne ao fortalecimento da entidade, frente à necessidade de maior envolvimento dos profissionais e futuros profissionais da categoria. Foi visto nas reuniões, assembléias e debates que a ABEn reitera o seu interesse em discutir coletivamente as diversas maneiras de sentir e promover o processo de formação em saúde e enfermagem, de forma universal se preocupando também com a natureza humana e planetária, respeitando às diferenças político-pedagógicas, sem perder de vista os fins ético-sociais que norteiam o cuidado em saúde e enfermagem. Neste sentido, suas ações pretendem inserir a enfermagem nos contextos das políticas de educação e saúde fomentando o seu caráter inerente ao processo pedagógico e a responsabilidade da instituição formadora com sua promoção. Dentre as questões de relevância amplamente abordadas dentro da sede da ABEn, foi importante a discussão acerca da necessidade de que o ensino seja pautado por princípios fundamentais de democracia e bases científico-humanistas que direcionem a construção de novas relações sociais. **CONCLUSÃO**. É importante a organização desses espaços de reflexão e discussão, pois reúnem docentes e discentes que contribuem com suas experiências pessoais e institucionais. Discutir estas políticas como elementos que podem reorientar a regulação social das práticas em enfermagem relacionando os avanços, pontos de fortalecimento, conquistas da enfermagem, e levantando os limites e desafios que se apresentam nos espaços da formação política e do trabalho leva a reflexão necessária para a criação de iniciativas que possam levar à superação dos paradigmas que têm orientado o processo de formação dos enfermeiros. O intuito de integração e associação dos estudantes de enfermagem à ABEn, especialmente através deste estudo que, é o de incentivar uma postura participativa, crítica e construtiva, junto aos órgãos representativos da categoria, mas também facilitar e/ou oportunizar o



encaminhamento de propostas relativas à melhoria da saúde, da formação profissional e das condições de trabalho e do meio ambiente.

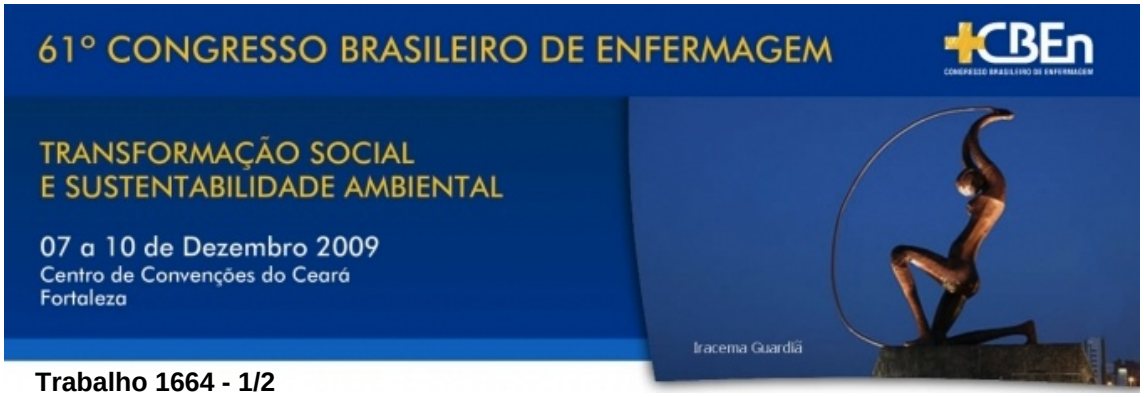
DESCRITORES: Enfermagem; Promoção em Saúde; Meio Ambiente, Política.

BIBLIOGRAFIA

1.SILVA, AM. Análise histórica do jornal da ABEn; mudanças e transformações no século XXI. Revista Bras Enferm 2008; 61 (1): 54-60.

2.MENESES, AS, Kadoguti, LL, Sanna, MC. Análise histórica do jornal da ABEn: mudanças e transformações no século XXI. Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Bras Enferm 2008; 61 (1): 54-60.

3.CUNHA, ICKO. Colaboração da ABEn como entidade científica-cultural. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 59, n. 1, p. 5-7, jan-fev, 2006.



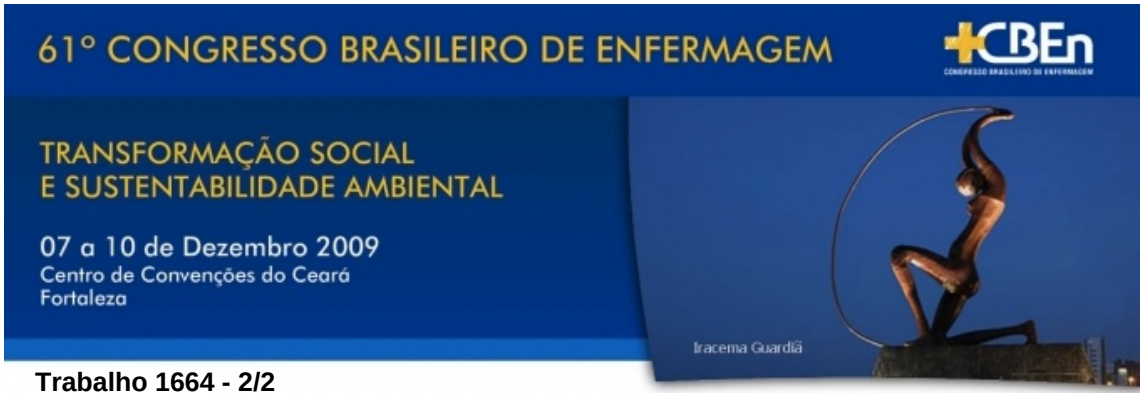
Trabalho 1664 - 1/2

QUALIDADE AMBIENTAL: ENFOCANDO O LIXO EM PASSAGEM DE AREIA – PARNAMIRIM/RN.

SIMPSON, Clélia Albino[1]
SILVA, Jaiana Camelo da[2]
TEIXEIRA, Luciclébia Aslany[3]
BEZERRA, Lourdes Gabrielle Félix[4]
SILVA, Geyzenilce de Oliveira[5]

INTRODUÇÃO: Segundo Rego, Barreto e Killinger (2002), lixo, em linhas gerais, é todo e qualquer material descartado, proveniente das atividades humanas. E ele recebe vários tipos de destino: os lixões, que são a maior ameaça às populações de baixa renda, já que estão localizados nas periferias, perto de áreas pobres; o aterro controlado, que foi criado em vias de amenizar os problemas oriundos dos lixões, e é considerado um "lixão controlado"; a incineração, que é uma medida tomada que visa reduzir o volume e peso do lixo, transformando-o em cinzas; o aterro sanitário, que é a mais nova tecnologia para destinação do lixo, e considerada a melhor forma de destino, pois não trás agressão ao meio ambiente. O destino incorreto do lixo, principalmente das grandes cidades gera vários problemas sociais, ambientais e econômicos. Alguns deles são as doenças (os depósitos de lixo atraem milhares de animais e insetos transmissores de doenças graves e letais). O lixo, também chamado de resíduos sólidos, constitui uma preocupação ambiental mundial, especialmente em grandes centros urbanos de países subdesenvolvidos. Pouco se conhece sobre as repercussões da disposição desses resíduos a céu aberto na saúde humana e das práticas sanitárias da população em relação a eles. Em uma pesquisa realizada pelo IBGE, em 2000, revela que a quantidade diária de lixo coletado no Brasil foi de 228.413 toneladas, em que a maior parte deste lixo era direcionada ao lixão (21,15%), ao aterro controlado (37,03%) e ao aterro sanitário (36,18%). No Rio

[1] Professora Dra. do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). <cleliasimpson@pop.com.br>
[2] Acadêmica de Enfermagem, Discente do 6 período do Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
[3] Acadêmica de Enfermagem, Discente do 6 período do Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
[4] Acadêmica de Enfermagem, Discente do 6 período do Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
[5] Acadêmica de Enfermagem, Discente do 6 período do Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).



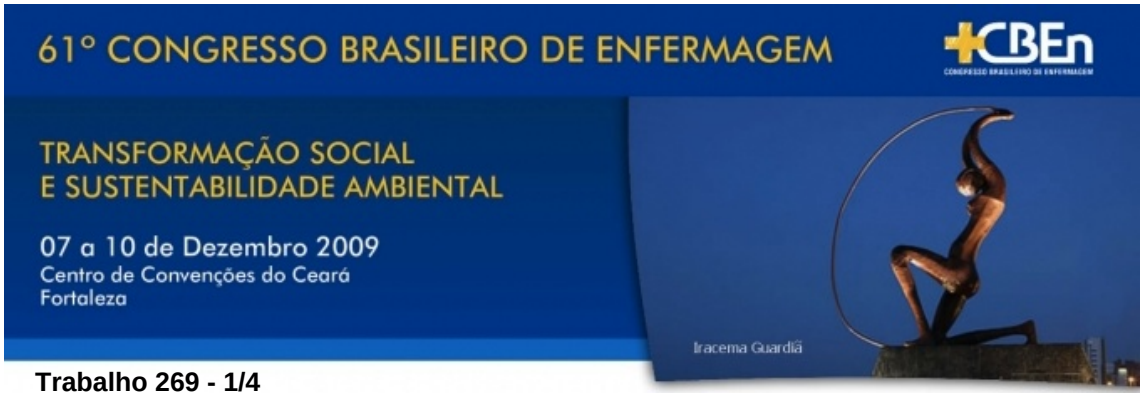
Grande do Norte esta quantidade diária é 2.373,5 toneladas, sendo que 60,10% eram destinadas ao aterro controlado, 30,14% ao lixão e 9,25% ao aterro sanitário. Isto significa que mais da metade de todo lixo coletado no Brasil e no Rio Grande do Norte, teve um destino final adequado, ou seja, direcionado ao aterro sanitário e controlado. **OBJETIVOS:** Analisar a qualidade ambiental com enfoque no lixo do bairro Passagem de Areia – PARNAMIRIM. **METODOLOGIA**:Trata-se de um estudo descritivo e analítico com abordagem quantitativa, alicerçado nos dados do SIAB do ano de 2008. O registro de dados numéricos e a construção de gráficos e tabelas foram feitos através de planilha do Excel. **RESULTADOS:** Em Passagem de Areia, em Parnamirim, de acordo com os dados do SIAB, podemos observar um ótimo destino do lixo, o qual 97,28% é coletado adequadamente, o restante são queimado/enterrado (2,24%) ou desprezados a céu aberto (0,48%). Diante destes dados sobre o destino do lixo do bairro Passagem de Areia, concluímos que este destino é fator positivo para a saúde e qualidade de vida da população deste bairro. **CONCLUSÕES:** Partindo da análise dos dados obtidos é possível notar que a coleta pública do lixo é boa, pois esta sendo coletada adequadamente. A mesma é de extrema importância devido a todos os problemas que um lixo mal tratado pode causar para o meio ambiente bem como, para a saúde da população. O lixo trás uma série de problemas como a contaminação das águas subterrâneas, o mau cheiro é sentido de longe e os restos de alimentos atraem ratos, moscas, baratas e inúmeros outros fatores. Daí percebemos a importância de fazer uma coleta pública com qualidade.

BIBLIOGRÁFIA:

FREITAS, C. M. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003.

PARNAMIRIM, (Município). Prefeitura Municipal de Parnamirim. **Parnamirim em números.** Disponível em: <http//www.parnamirim.rn.gov.br/secretarias/emnumeros/emnumeros1.php.> Aces so em 05 de julho de 2009.

Descritores: Lixo, Problemas Ambientais, Enfermagem.

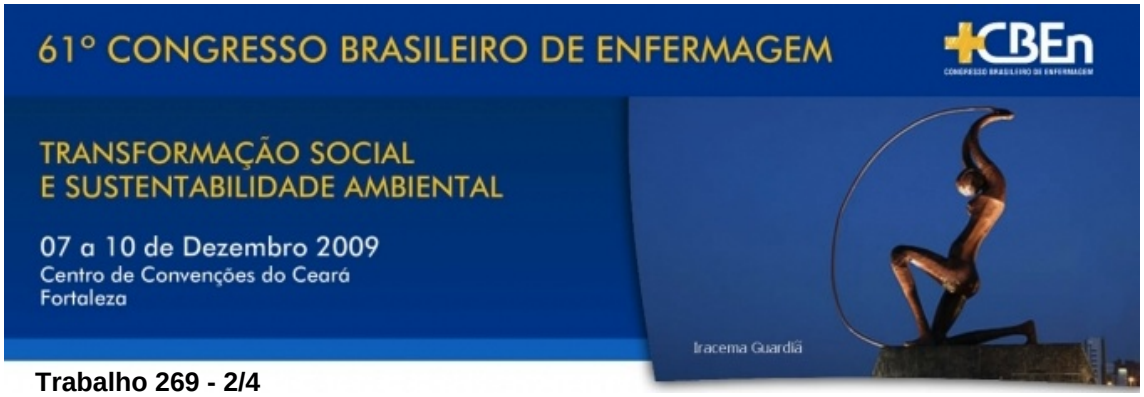


Trabalho 269 - 1/4

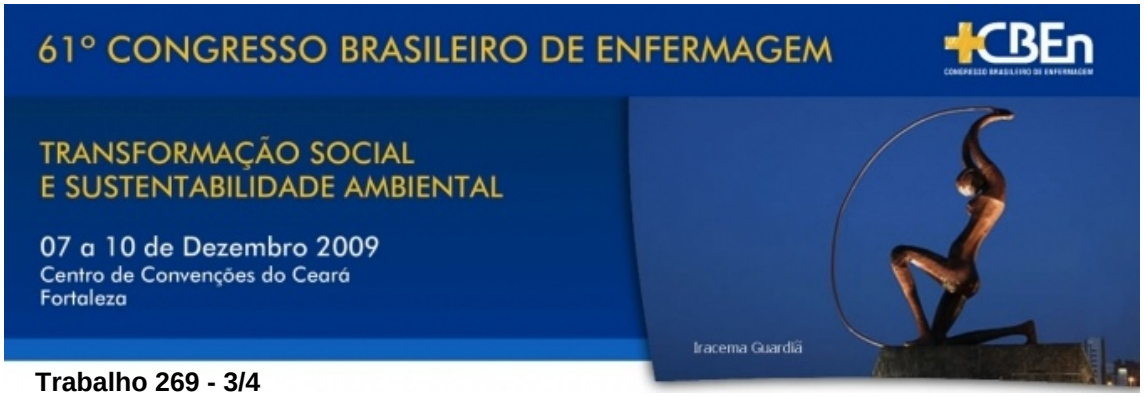
QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE

Macêdo, M.S[1]
Escórcio, I.C.C[2]
Nogueira, L.T[3]

A vivência com pacientes renais crônicos, fez com que notássemos que alguns clientes expressavam queixas durante as sessões de hemodiálise, relacionadas com apoio familiar, tempo de diálise e limitações impostas pela doença, despertando o nosso interesse no sentido de aprofundar conhecimentos sobre a qualidade de vida dessas pessoas. O estudo tem como objetivo geral avaliar a qualidade de vida das pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC) em tratamento hemodialítico e como objetivos específicos: descrever a percepção de pessoas em tratamento hemodialítico sobre a sua qualidade de vida; identificar os fatores que interferem na qualidade de vida de pessoas em tratamento hemodialítico e discutir a interferência do fator emocional na qualidade de vida destas pessoas. Trata-se de pesquisa analítico-descritiva, realizada em uma Clínica de Referência em Teresina – PI. A população foi composta por pacientes submetidos à hemodiálise e a amostra foi constituída por 60 sujeitos. Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: um questionário sócio-demográfico e o instrumento WHOQOL-bref, desenvolvido pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada, realizada com os participantes do estudo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e posteriormente submetido à análise univariada. Os resultados mostraram que em relação aos dados demográficos dos participantes do estudo prevaleceu o sexo masculino (56,7%) com predominância na faixa etária compreendida entre 38 a 67 anos (71,7%); quanto a escolaridade ,10,0% não sabiam ler e escrever, 31,7% referiram ensino fundamental incompleto, 23,3% ensino médio completo; quanto a ocupação 45,0% eram aposentados; 60,0% residiam em Teresina (PI) e 30,0% procediam interior do Piauí; quanto ao estado civil a maioria informou ser casado (67,7%) e, tempo em tratamento por hemodiálise variou de 02 meses a 252 meses, o que corresponde a 21 anos completos. O componente físico está



relacionado à duração do tratamento, pois quanto maior o tempo a pessoa fica submetida à hemodiálise, mais comprometida se torna a sua saúde, porém, contraditoriamente, passa a lidar melhor com as dificuldades decorrentes do adoecimento[1]. No que se refere à qualidade de vida, foram encontrados os seguintes resultados: 48,4% dos entrevistados a classificaram como boa, 46,7% recebem o apoio que necessitam; 55,0% estão satisfeitos com sua saúde; 55,0% consideram que a vida tem sentido; 35,0% aproveitam bastante a vida. O doente renal crônico tem o cotidiano de vida modificado em virtude do tratamento hemodialítico, necessitando do suporte formal de atenção à saúde, pois, vive dependente da equipe de saúde, da máquina e do suporte informal para ter o cuidado[2]. Obteve-se que 38,3% dos entrevistados têm energia para as suas atividades diárias; 46,7% estão satisfeitos com sua aparência física; 55,0% relatam ter informações para seu dia-a-dia; 40,0% locomovem-se muito bem; 50,0% estão satisfeitos com o sono; 46,7% estão satisfeitos com sua capacidade para o trabalho; 65,0% estão satisfeitos consigo mesmo; 63,3% estão satisfeitos com suas relações pessoais. A convivência harmônica em família e amigos, a possibilidade de trocar informações, de se conhecerem cada vez mais é de fundamental importância para a avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico[3]. Também, 50,0% estão satisfeitos com a vida sexual; 58,3% estão satisfeitos com o local onde moram; 58,3% estão satisfeitos com o transporte; 68,3% estão satisfeitos com os serviços de saúde. O apoio multiprofissional é fundamental para que o doente renal crônico e sua família possam assimilar e responder melhor à vivência da doença crônica a ao seu tratamento[4]. Por outro lado, a equipe de saúde é de vital importância para que os clientes recebam um atendimento afetivo, capaz de lhes proporcionar segurança, na medida em que há um real investimento nas relações interpessoais[5]. A doença crônica e a necessidade de tratamento contínuo e prolongado afetam a qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise, conforme se observou no estudo. A análise da qualidade de vida de pessoas com IRC é importante para que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, busquem subsídios para orientar medidas de intervenção que contribuam na melhoria da assistência de enfermagem a esta clientela.



Descritores: Qualidade de vida; hemodiálise; insuficiência renal crônica; enfermagem.

Referências

MARTINS, M.R. I; CESARINO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13,n.5,p.670-676,2005.

TERRA, F. S. e COSTA, A. M.D. D. Avaliação da qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Rev.enferm. UERJ**, v.15, n.3, p.430-436, 2007.

SILVA. D. M.G.V.et al. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Rev. Latino Am Enfermagem,** v.13, n.1, p.7-14, 2005.

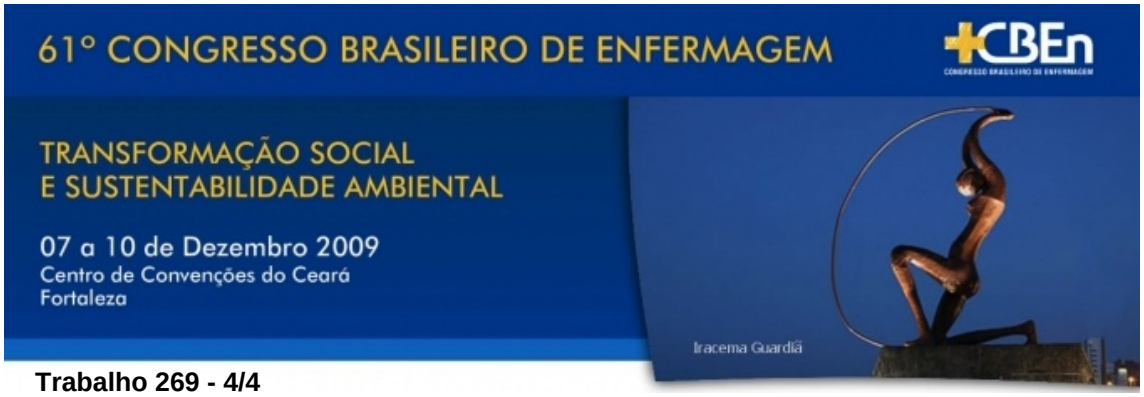
LIMA, A.F.C. **O significado da hemodiálise para o paciente renal crônico:** a busca por uma melhor qualidade de vida (Dissertação) São Paulo : Universidade de São Paulo; 2000.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E.E; NOCKO H. **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: HUCITEC; 2002.

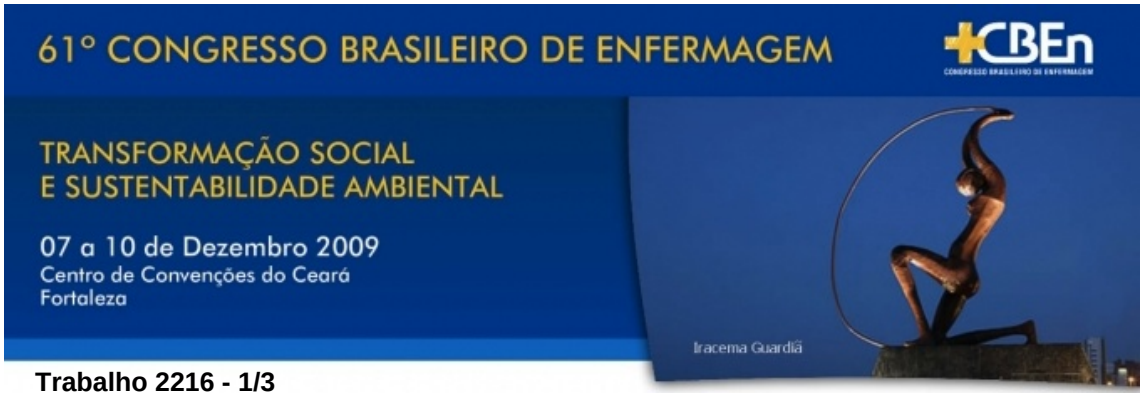
Enfermeira Especialista em Saúde Pública, Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem e Nefrologia. Enfermeira do PSF - Campo Maior (PI). Email: mmichellemacedo@gmail.com.

[2] Enfermeira Especialista em Administração Hospitalar, Saúde Coletiva e Saúde da Família e Nefrologia. Enfermeira da CDR – PI.

[3] Enfermeira Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Piauí.



Trabalho 269 - 4/4



Trabalho 2216 - 1/3

Readequação do uso das caixas de perfurocortante e dos sacos de Resíduo infectante em uma unidade de internação do Hospital de Clínicas da Unicamp.

Almeida, Angélica Olivetto de [1]

Daólio, Edilaine [2]

Ribeiro, Gisleine Leila Martins Tengler [3]

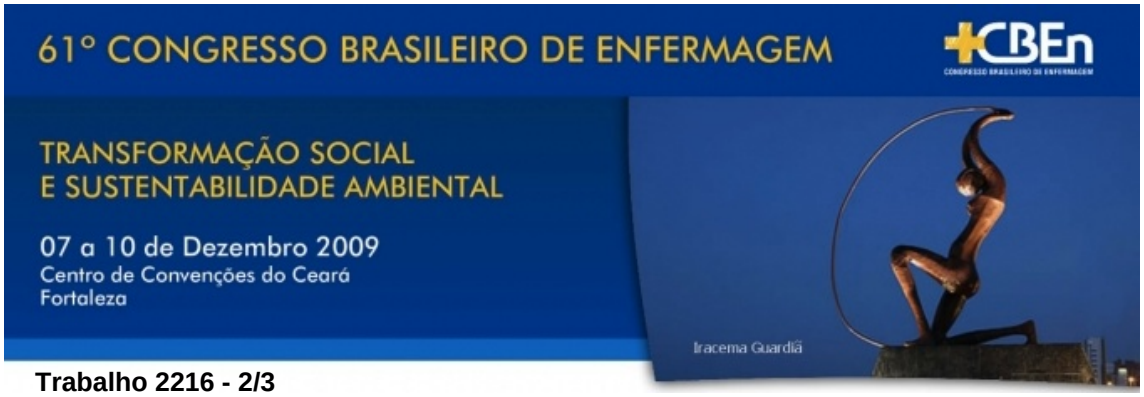
descritores: Meio ambiente, lixo hospitalar, resíduos sólidos

Introdução: Nos últimos anos a zona urbana mundial e brasileira vem se expandindo significativamente, enquanto a zona rural sofre desocupação. Essa migração constitui um grande desafio para as administrações municipais, já que cresce também a produção de resíduos sólidos e com isso os problemas típicos na maioria das cidades brasileiras, tais como, ruas sujas, sistema de coleta sem regularidade e universalidade e depósitos clandestinos de resíduos.(Teixeira, 2004).Os resíduos de serviços de saúde, apesar de representarem pequena parte de todo os resíduos sólidos gerados em uma comunidade, são importantes tanto para a segurança ocupacional dos funcionários que o manuseiam como para a saúde pública e qualidade do meio ambiente, quando mal destinados. (Cussiol, 2003).Dentro de uma Instituição Hospitalar a geração de resíduos sólidos, ou seja, resíduo infectante e perfurocortante é inevitável, porém a preocupação ambiental, o descarte correto e o aumento nos custos com o descarte desses resíduos têm voltado o foco das atenções para essa problemática, principalmente no Hospital de Clínicas da Unicamp, onde há uma grande variedade de profissionais que manipulam esses tipos de resíduos.

Objetivo: Readequar o processo de descarte de resíduo perfurocortante e infectante, propiciando o descarte adequado, minimizando a produção desnecessária destes, além de um ambiente mais limpo e seguro, isento de odores e insetos para os usuários e profissionais.

Metodologia: Estudo descritivo/exploratório/quantitativo com levantamento de dados por meio de instrumentos que avaliaram a pesagem destes resíduos antes e após capacitação da equipe, sendo realizada em uma unidade de internação clínica/cirúrgica com 36 leitos. Inicialmente o resíduo infectante e perfurocortante foi pesado por uma semana e a seguir os caixas de perfurocortante de papelão e os sacos de resíduo infectante foram retirados dos quartos.Os dispositivos de

1- Enfermeira Mestre da Seção de Enfermagem em Educação Continuada do HC da Unicamp.
2- Enfermeira Especialista em Gestão em enfermagem e Enfermeira assistencial da unidade de Gastroclínica e cirúrgica do HC da Unicamp. Email: edaolio@yahoo.com.br
3- Enfermeira mestre e Enfermeira do Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais do HC da Unicamp.

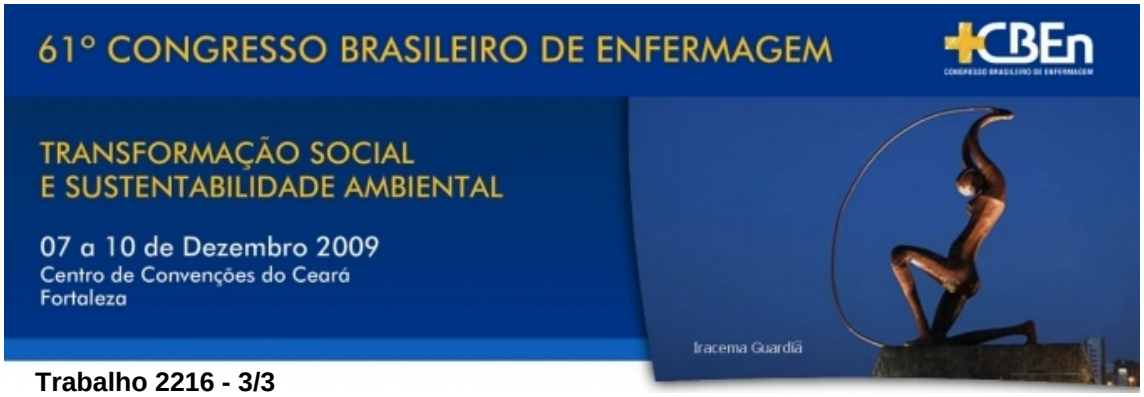


resíduo perfurocortante de papelão que ficavam alocados nos quartos e posto de enfermagem foram substituídos por dispositivos de plásticos rígidos que ficaram centralizados no posto de enfermagem. Os dispositivos rígidos de 1 litro deveriam ser levados em bandejas pelos profissionais em todos os momentos em que o mesmo fosse gerar qualquer tipo de resíduo perfurocortante e realizar o descarte apenas destes. Manteve-se os dispositivos de 7 e 13 litros no posto, sala de procedimentos e sala de utilidades, porém não mais de papelão e sim seguindo o padrão do dispositivo rígido.Os sacos de resíduo infectante dos quartos foram substituídos por sacos pretos de resíduos não infectante e a cada produção de resíduo infectante o profissional deveria utilizar sacos menores (5 litros) levados em bandejas até a unidade do paciente e após desprezados no resíduo infectante centralizado na sala de utilidades da unidade.Realizou-se um trabalho educativo com os profissionais para o uso adequado dos dispositivos rígidos e dos sacos de resíduos para que o uso fosse consciente e evitando o descarte inadequado de resíduos que não fossem perfurocortante e infectante em seus respectivos locais. Após esse trabalho educativo e três meses após o período de pré-teste ocorreu nova pesagem dos resíduos perfurocortantes e infectantes durante uma semana e após seis meses nova pesagem para verificar se os resultados foram mantidos.

Resultados: Resíduo perfurocortante: Na primeira semana a pesagem foi de 22,9kg. Após a capacitação e o período de teste na unidade piloto o resultado passou para 2,6kg/semana e após seis meses 6,5kg/semana de resíduos perfurocortantes. Foi observada a redução do descarte de materiais segregados erroneamente. Durante o teste não ocorreram acidentes com perfurocortantes. Resíduo infectante: Na primeira pesagem o resíduo infectante mensurado foi 285,3kg/semana, na segunda após o treinamento reduziu para 116,8 kg/semana, e após seis meses 169,3kg/semana. Concomitantemente o resíduo comum passou de 206,1kg/semana para 321,5kg/semana e após seis meses para 133,4kg/semana.

Conclusão: O aumento observado na pesagem após seis meses do início do projeto aconteceu devido ao número expressivo de quartos com precauções de contato na unidade pesquisada. Salientamos que nesses quartos a orientação

1- Enfermeira Mestre da Seção de Enfermagem em Educação Continuada do HC da Unicamp.
2- Enfermeira Especialista em Gestão em enfermagem e Enfermeira assistencial da unidade de Gastroclínica e cirúrgica do HC da Unicamp. Email: edaolio@yahoo.com.br
3- Enfermeira mestre e Enfermeira do Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais do HC da Unicamp.



para a equipe era para que os dispositivos rígidos de perfurocortante e os sacos de resíduo infectante permanecessem dentro destes. Mesmo com esse aumento na pesagem após seis meses do início do projeto observamos que ocorreu uma redução na produção de resíduo perfurocortante e infectante promovendo um ambiente mais seguro, menos poluído, evitando a atração de insetos e a produção de odores resultando num ambiente mais agradável para usuários e profissionais, além da reorganização do processo de trabalho e mudança comportamental da equipe.

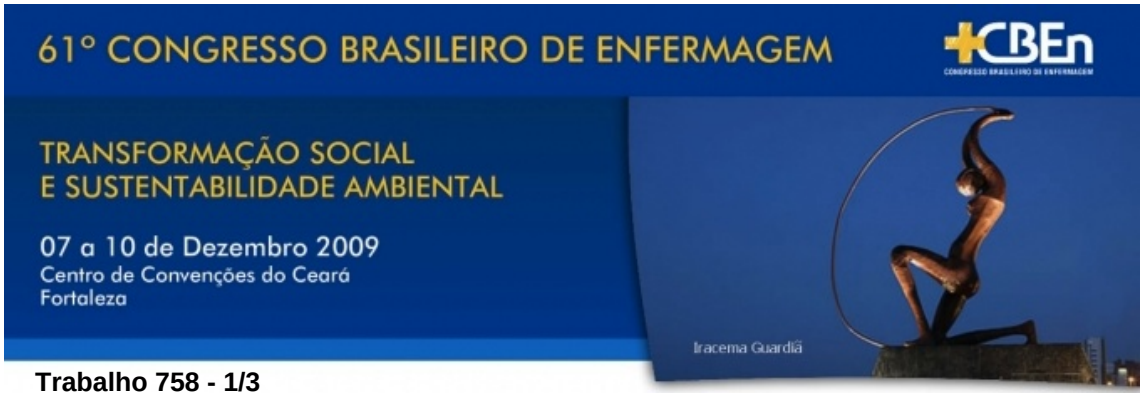
Bibliografia: CUSSIOL, N.A.M. **Aspectos sanitários e ambientais dos resíduos sólidos urbanos.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 1998.

CUSSIOL, N.A.M. Sistema de gerenciamento interno de resíduos de serviços de saúde: estudo para o Centro Geral de Pediatria de Belo Horizonte, 2000. 135p. **Dissertação** (Mestrado em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos). DESA/DRH, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – **IBGE.** Pesquisa nacional de saneamento básico. Diponível em: http://www.ibge.gov.br/ibge/estatística/populacao/condicaodevida/pnsb. Acesso em 04/2004

TEIXEIRA, G.P. Gestão dos resíduos de serviços de saúde frente às novas imposições legais. A experiência do município de Juiz de Fora – MG, 2004. 159p. **Dissertação** (Mestrado em Saneamento Ambiental, Controle de Poluição Urbana e Industrial). FEN/UERJ, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

1- Enfermeira Mestre da Seção de Enfermagem em Educação Continuada do HC da Unicamp.
2- Enfermeira Especialista em Gestão em enfermagem e Enfermeira assistencial da unidade de Gastroclínica e cirúrgica do HC da Unicamp. Email: edaolio@yahoo.com.br
3- Enfermeira mestre e Enfermeira do Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais do HC da Unicamp.

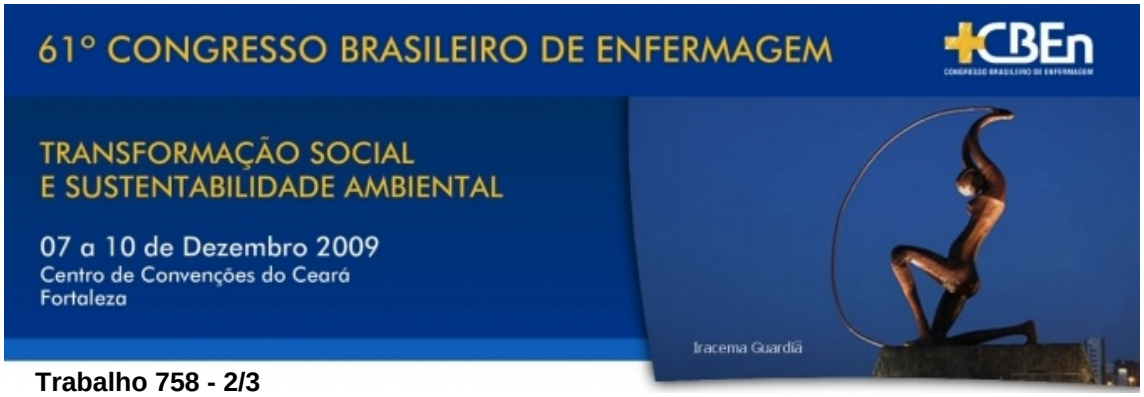


REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: O PARADIGMA DOMINANTE DE BOAVENTURA.

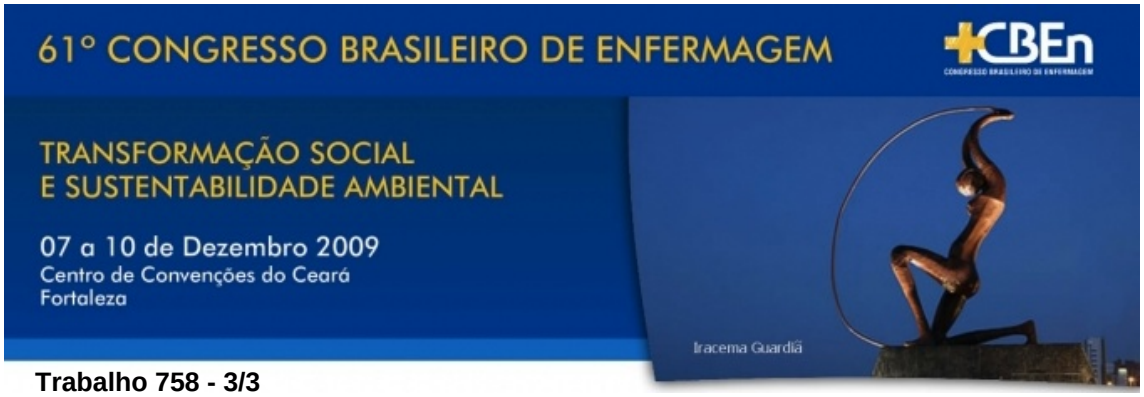
Alexandre, Solange Gurgel[1]
Bezerra, Sara Taciana Firmino[2]
Moura, Denizielle de Jesus Moreira[3]
Silveira, Lia Carneiro[4]
Silva, Lucilane Maria Sales da[5]

RESUMO

INTRODUÇÃO: O trabalho em saúde é definido como serviço essencial para a vida humana, sendo um trabalho cujo resultado não é palpável, não se tratando de um produto material a ser comercializado no mercado. Falando especificamente do processo de trabalho em enfermagem, o mesmo deve ser norteado pelo processo de enfermagem, que se constitui de etapas interligadas e interdependentes, permitindo a organização, distribuição e implementação de ações com base em problemas reais e/ou potenciais passíveis de intervenções da equipe de enfermagem. A ausência de registros do cuidado realizado torna indefinidos os aspectos intelectuais que estão envolvidos nesse processo. Dessa forma, a enfermagem tem seu processo de trabalho questionado quanto à sua cientificidade. Além disso, a assistência é ainda embasada nas formulações de Taylor, que propõe a divisão do trabalho em parcelas mínimas, não permitindo aos trabalhadores a compreensão do todo. É endossado também pela realização do cuidado a uma determinada pessoa, subdividindo-a em órgãos do corpo e/ou necessidades/demandas a serem satisfeitas por diferentes profissionais em diferentes especialidades, não havendo uma interdisciplinaridade, e sim uma sobreposição de poderes e de saberes. Na prática, observa-se ainda um dimensionamento de pessoal inadequado e excessiva carga horária o que pode prejudicar a qualidade do cuidado prestado, bem como estresse ocupacional. Nesse contexto, o modelo biomédico ainda exerce forte influência sobre a enfermagem, encontrando solo fértil para a implementação de práticas tecnicistas, fragmentadas, que privilegiam o biológico, a doença, em detrimento da subjetividade e do contexto socioeconômico, histórico e cultural, no qual o indivíduo está inserido. Neste sentido, propomos uma reflexão acerca do Processo de Trabalho em Enfermagem e sua intrínseca relação com o paradigma dominante proposto por Boaventura de Souza Santos, utilizando para tanto, seus pressupostos. Este estudo torna-se de grande relevância para a enfermagem, na medida em que promove uma auto-crítica das nossas atividades. OBJETIVO: Refletir acerca do processo de trabalho em enfermagem, buscando suas relações com o paradigma dominante proposto por Boaventura de Souza Santos, propondo uma mudança no modo de cuidar, capaz de transcender paradigmas. **METODOLOGIA**: Considerando a forte influência do modelo biomédico positivista no processo de trabalho em enfermagem, realizamos um estudo crítico-reflexivo acerca desse processo de trabalho, buscando relacioná-lo com o paradigma dominante de Boaventura, fundamentado em seu referencial teórico. **REFERENCIAL TEÓRICO**: Boaventura de Sousa Santos apresenta uma crítica profunda à epistemologia positivista, defendendo uma posição antagônica, fundamentada nos resultados advindos dos debates na física e na matemática. O

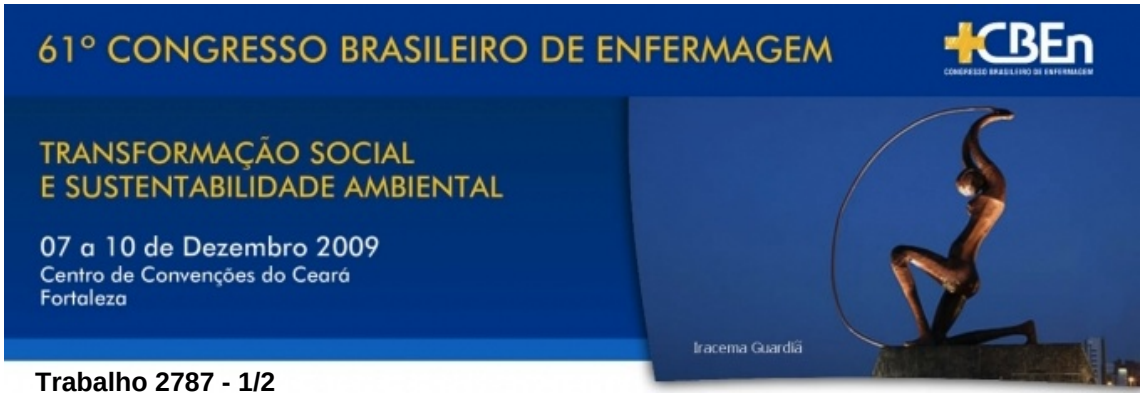


paradigma dominante, representado pelo positivismo, tem sua importância reconhecida na forte influência que exerce na forma de produção do conhecimento. Amparadas por Santos (2003), podemos afirmar que em termos científicos vivemos ainda no século XIX, convivendo com as potencialidades da tradução tecnológica dos conhecimentos acumulados que prometiam a liberdade das desigualdades existentes e a constatação de que esse conhecimento nos deixou muito próximos de catástrofes ecológicas ou nucleares, tudo em nome do desenvolvimento, com enriquecimento de poucos, em detrimento da grande maioria. **REFLEXÃO**: A enfermagem tem sido influenciada por idéias positivistas desde a sua profissionalização, em 1860, com Florence Nightingale, para quem o método empírico era o *sine qua non* do conhecimento. Grandes contribuições são advindas dos pensamentos de Francis Bacon, Isaac Newton e René Descartes, com conseqüente objetivação do ser humano e fragmentação do indivíduo e do cuidado. O saber que fundamenta a prática de enfermagem tem origem em outras ciências, como a Biologia, a Física, a Química, as quais lhe conferem um cunho meramente tecnicista e biologicista, consubstanciado pelo tão arraigado modelo biomédico ainda hoje vigente. Esse contexto, no qual a enfermagem se iniciou enquanto profissão, coaduna com as características do paradigma dominante descrito por Santos (2003), o qual encontra solo fértil para sua consolidação em uma sociedade capitalista, trazendo prejuízos para o cuidado prestado. Como legado desses pressupostos, destacamos no trabalho da enfermagem, a ênfase no "como fazer", a divisão do trabalho em tarefas, a preocupação com manuais de procedimentos, rotinas e normas e a fragmentação da assistência. Destacamos ainda, o modelo proposto por Florence Nightingale na Inglaterra, na 2ª metade do século XIX, o qual institui a divisão entre trabalho intelectual e manual realizado pelas *ladies nurses* e *nurses*, respectivamente, sendo atualmente denominadas enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem. Em consequência, é notória a alienação produzida pela organização do trabalho, divisão parcelar e fixação do profissional a uma determinada etapa do processo terapêutico, sem que haja uma noção do todo e do produto final do cuidado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**: A reflexão acerca do tema nos leva a propor um novo olhar que culmine com a mudança dessa realidade do trabalho em saúde, no sentido de reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho, instituindo-os enquanto agentes ativos na transformação do processo saúde-doença. Uma análise da organização do trabalho, nestes espaços tende a considerar as necessidades de mudanças na atenção à saúde e no modelo assistencial adotado, considerando que o contexto atual, caracterizado por mudanças individuais, sociais, estruturais e organizacionais, exige uma resposta diferenciada no que diz respeito a efetividade dos serviços de saúde. **REFERÊNCIAS**: Abreu LO, Munari DB, Queiroz ALB, Fernandes CNS. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. Rev. bras. enferm. [serial on the Internet]. 2005 Apr [cited 2009 July 06] ; 58(2): 203-207. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200015&lng=en. doi: 10.1590/S0034-71672005000200015; Chiavenato I. Teoria geral da administração. São Paulo (SP): McGraw– Hill; 1987;1 3ª. ed.; Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1992.; Leopardi MT, Gelbecke FL, Ramos FRS. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? Revista Texto & Contexto 2001; 10 (1):32-49; Rocha SMM, Almeida MCP. Processos de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto,



2000; 8(6):96-101; Santos BS. Um discurso sobre as ciências. São Paulo: Cortez, 2003.

DESCRITORES: Enfermagem, Trabalho, Paradigma Dominante.



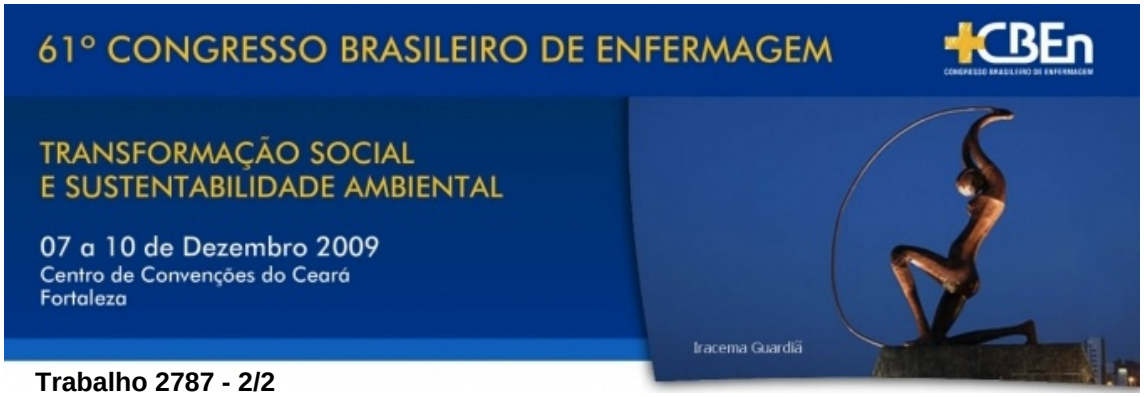
Trabalho 2787 - 1/2

REFLEXÕES DE SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA SOBRE ADOLESCÊNCIA, RELAÇÕES FAMILIARES E SAÚDE MENTAL*

Oliveira, Edina Araújo Rodrigues[1]
Moreira, Maria Rosilene Cândido[2]
Monteiro, Claudete Ferreira de Souza[3]
Benício, Geórgia Salanne Rodrigues[4]
Costa, Jonathan Veloso[5]

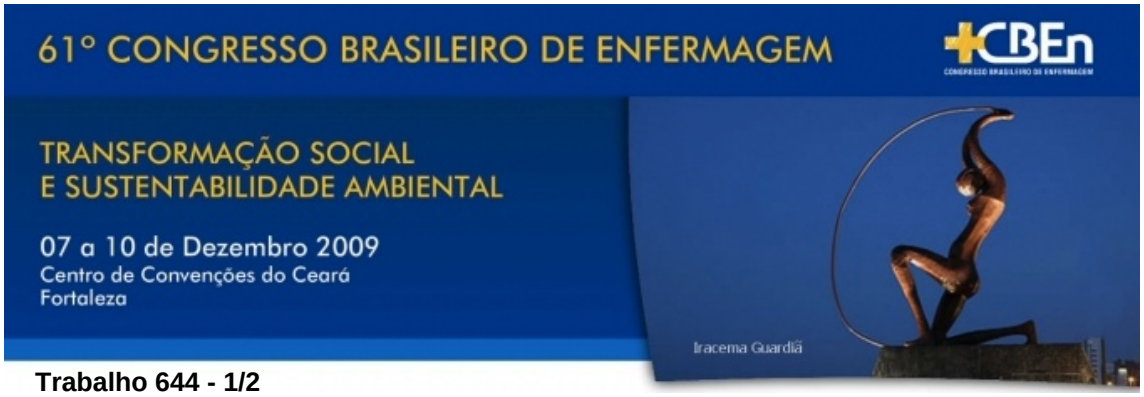
A presença da família constitui uma peça fundamental para a estruturação do ser no convívio social, além de interferir diretamente no processo de formação da educação do mesmo. Desafio maior ocorre quando há nessa relação familiar o surgimento do sofrimento psíquico. Buscando compreender o universo que abrange o contexto familiar e a área de saúde mental, foi proposto um estudo qualitativo, utilizando a metodologia da pesquisa-ação, com servidores de uma universidade pública, promovendo-se o debate a partir do filme “Bicho de 7 cabeças”. Das discussões emergiram pensamentos e opiniões que resultaram em três categorias de análise: a dinâmica da adolescência e sua relação familiar, adolescência: vulnerabilidade para o sofrimento psíquico e o papel da instituição psiquiátrica no cuidado ao doente mental. Os depoimentos permitiram observar

[1]Enfermeira.Professora Auxiliar do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Especialista em Saúde da Família e em Saúde Pública. Bolsista do Projeto Intervenções terapêuticas em saúde mental: uma proposta para redução do estigma (CNPq/UFPI). E-mail: edinasam@bol.com.br.
[2]Enfermeira.Professora Auxiliar do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Especialista em Saúde da Família e em Saúde Mental. Mestranda em Saúde Coletiva/UNIFESP. Bolsista do Projeto Intervenções terapêuticas em saúde mental: uma proposta para redução do estigma (CNPq/UFPI).
[3]Enfermeira.Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Ministro Petrônio Portela. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Projeto Intervenções terapêuticas em saúde mental: uma proposta para redução do estigma (CNPq/UFPI.
[34]Acadêmica do 3º. ano do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Colaboradora do Projeto Intervenções terapêuticas em saúde mental: uma proposta para redução do estigma (CNPq/UFPI).
[5]Acadêmico do 3º. ano do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Bolsista do Projeto Intervenções terapêuticas em saúde mental: uma proposta para redução do estigma (CNPq/UFPI).
*Trabalho integrante das atividades do Projeto Intervenções Terapêuticas em Saúde Mental: uma proposta para redução do estigma, apoiado pelo CNPq sob processo 5752012008-8/CNPq.
4
5



que a tolerância e o diálogo são essenciais para haver harmonia no ambiente familiar, a fim de evitar ou minimizar o sofrimento psíquico dessa fase do desenvolvimento humano, fato também confirmado pela literatura revisada. Percebeu-se ainda nas falas dos sujeitos que a adolescência constitui-se por dilemas e conflitos através dos quais estrutura-se a personalidade do indivíduo. No tocante ao papel da instituição psiquiátrica no cuidado ao doente mental, os participantes consideraram que a instituição exibida no filme pouco contribuiu para o avanço no tratamento e reabilitação psicossocial dos pacientes, havendo um processo de agravamento e cronificação da condição de saúde ao invés da plena reabilitação. O trabalho com o grupo de servidores permitiu vislumbrar que a complexidade da adolescência, atrelada aos conflitos provenientes da dinâmica familiar, contribuem para o sofrimento psíquico e conseqüente aparecimento de transtornos, sendo imprescindível haver mais momentos de sensibilização desses sujeitos, para que os mesmos tornem-se agentes de transformação social em prol da redução do estigma no campo da saúde mental. BIBLIOGRAFIA:1. Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Rev. Esc. Enferm USP 2004; 38(2): 197-205. 2. Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev. Latino-am Enfermagem 2001 março; 9(2): 48-55. 3. Levi-Strauss C. Antropologia estrutural. 5ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996. 4. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez Editora, 2008. 5. Souza RC, Scatena MCM. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente metal. Rev. Latino-am Enfermagem 2005 março-abril;13(2): 173-9.

Descritores: Saúde Mental; Família; Adolescente.



Trabalho 644 - 1/2

RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA ENFERMAGEM: ANÁLISE DE GERENCIAMENTO DE CONFLITOS

Gonçalves, Maria Keyla Marcelino [1]

Moraes, Leila Memória Paiva [2]

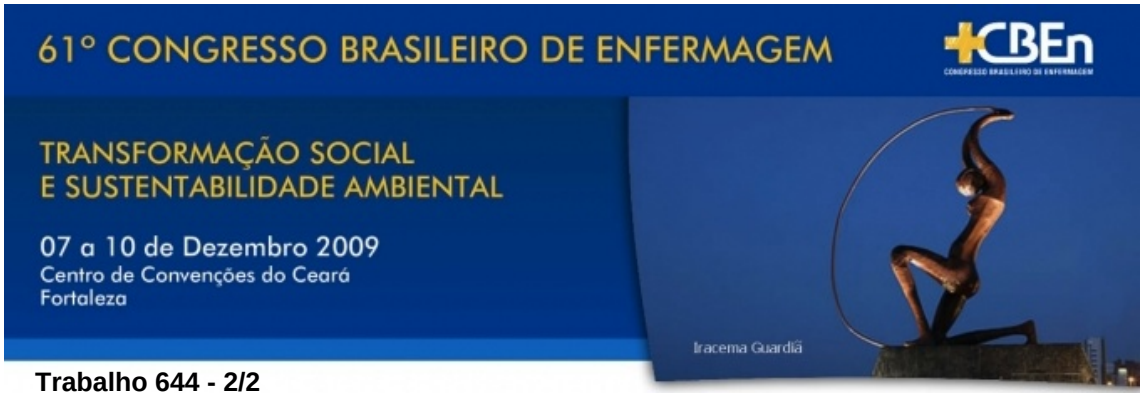
Vale, Eucléa Gomes [3]

Introdução: A formação acadêmica que recebemos nos confere certa segurança no desenvolvimento de atividades assistenciais, visto que nos preocupamos em dominar toda a seqüência dos procedimentos e o processo de enfermagem, mas não sabemos lidar com problemas de equipe. A vivência, o cotidiano das relações interpessoais, os conflitos do dia a dia, nós não temos a propriedade para assumi-los, portanto, a dificuldade de relacionamento interpessoal deve ser priorizada como problema de maior relevância por perceber que essas poderão refletir diretamente na qualidade da assistência prestada aos pacientes. **Objetivos:** O objetivo geral foi analisar o gerenciamento de conflitos interpessoais pelos enfermeiros de um Hospital Público de Quixadá-Ceará, e entre os específicos destacamos: caracterizar os enfermeiros do referido hospital; descrever como os enfermeiros diagnosticam a existência dos conflitos interpessoais no seu dia-a-dia; identificar as estratégias utilizadas pela gerência de enfermagem na resolução de conflitos nesta instituição e investigar o impacto dos conflitos interpessoais para enfermeiros. **Metodologia:** Pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, realizada em um hospital público de médio porte de Quixadá-Ceará no período de setembro a outubro de 2008. Para a coleta de informações foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado com nove enfermeiros do serviço, além de técnicas de observação livre com anotações em diário de campo. Para a organização e análise de dados foi utilizado o método de análise de conteúdo. **Resultados:** A amostra foi composta por uma grande

[1] Enfermeira do Programa Saúde da Família do Município de Tauá – Ceará. E-mail:keylamgoncalves@hotmail.com

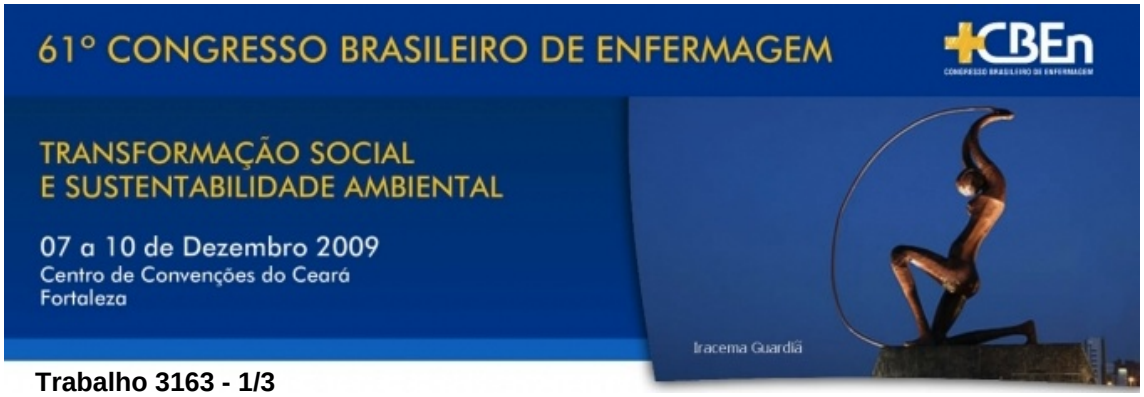
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem - UFC. Docente da Faculdade Católica Rainha do Sertão- Quixadá-Ceará.

[23] Enfermeira. Doutora em Enfermagem - UFC. Coordenadora e Docente da Faculdade Católica Rainha do Sertão – FCRS – Quixadá-Ceará.



maioria de mulheres (7). Quanto à idade cinco deles encontravam-se na faixa etária entre 42-48 anos. O estudo apresentou seis categorias entre elas: percepção do conflito, principais conflitos, causas de conflitos, intervenções em situação conflituosa, habilidades e impactos dos conflitos. Em relação ao gerenciamento dos conflitos, podemos destacar que existe uma tentativa para que os mesmos sejam gerenciados através do diálogo com os envolvidos. As falas dos sujeitos evidenciaram que os conflitos ocorrem devido a atrasos e falta de funcionários (auxiliares/técnicos de enfermagem), tendo como causas, segundo eles, falta de compromisso, além da deficiência de recursos humanos. **Conclusão:** O enfermeiro, freqüentemente, depara-se com situação conflituosa no ambiente de trabalho, os quais quando não sabe administrar e como mecanismo de defesa, muitas vezes adota uma postura de indignação e rejeição. Os resultados indicaram a necessidade desses enfermeiros adquirirem melhores maneiras de enfrentar os conflitos, de forma que não sejam tão afetados emocionalmente, a fim de não interferir no relacionamento interpessoal e na assistência dada ao paciente.

Palavras-chave: conflitos interpessoais; gerenciamento de enfermagem; enfermagem.



Trabalho 3163 - 1/3

RELATO DE CASO: A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO ADEQUADO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NO PRÉ-VÔO

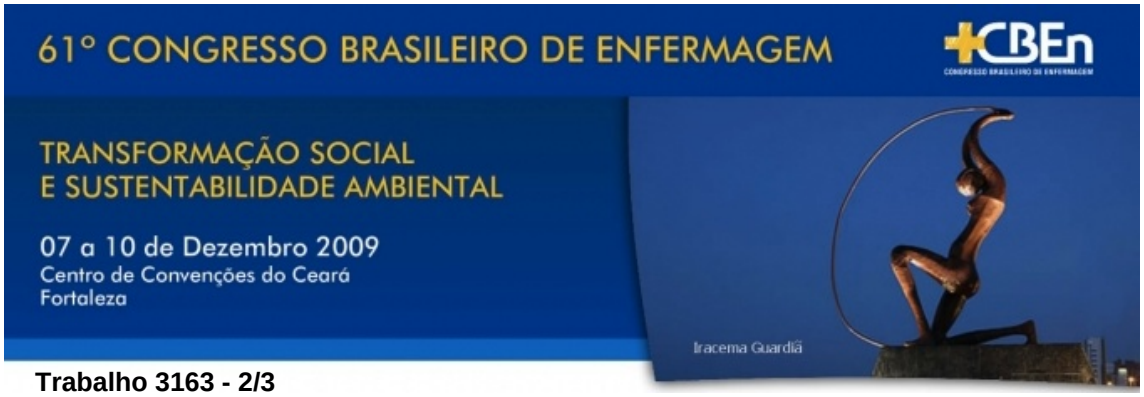
[1]Carvalho, Vânia Paula

[2] Dias, Carla Pena

Historicamente o transporte de pacientes iniciou desde o período das guerras devido à necessidade de retirada dos feridos nos campos de batalha. A evolução das ambulâncias rudimentares para ambulâncias tipo UTIs aéreas significou um grande avanço na área da saúde. Portanto, diante tantos aparatos tecnológicos houve uma facilidade maior em prestar um cuidado mais seguro ao paciente transportado. Assim, surgem alguns questionamentos: como são organizados os materiais e equipamentos para o transporte? Qual a importância do planejamento de um adequado? Esse estudo se propõe em descrever como são organizados e acondicionados os materiais e equipamentos necessários no transporte aéreo de pacientes. Desta forma, os enfermeiros vivenciam na prática a fase de planejamento do transporte, ou seja, a fase em que é realizada a previsão e provisão de materiais e equipamentos que serão utilizados em voo. Portanto, deve-se levar em conta a experiência de cada profissional neste processo.Para realização do transporte é necessário seguir o check-list que contém todos materiais, medicamentos e equipamentos necessários para realização da missão. Tendo-se em conta que todos os pacientes são potencialmente instáveis nas missões são organizados kits contendo o seguinte: (1) bolsa de via aérea, bolsa de medicações; (2) bolsa de soroterapia; (3) bolsa de procedimentos invasivos; (3) bolsa de roupas de cama; (4) bolsa kit básico; (5) bolsa contendo comadre e marreco. Todas essas bolsas são controladas com lacres numéricos, após conferência do enfermeiro plantonista. Além de equipamentos como bomba de infusão, monitores com multiparâmetros, ventiladores mecânicos, baterias reserva, conversores de energia, balas de oxigênio/válvulas portáteis, geradores de marca-passo. Sempre deverá ser checada a capacidade de oxigênio disponível na aeronave e solicitada reposição em sua totalidade. Levando em consideração a discussão de caso com o médico serão analisadas as necessidades de medicamentos e equipamentos especiais, por exemplo, aqueles que são mantidos sob refrigeração, equipamentos para atendimento ao paciente

1. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/ Especialista em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência e Docente PUC-MG e Faculdade São Camilo.

2. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.Especialista em Terapia Intensiva.E-maill: pena.carla@yahoo.com.br

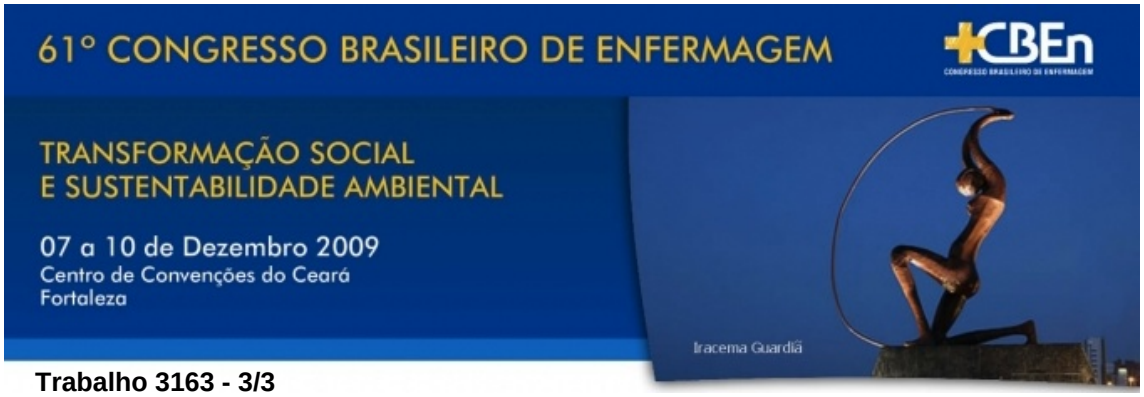


politraumatizado, gestantes com bolsa rota, pacientes utilizando geradores de marca-passo, kit's para atendimento aos pacientes neonatos e pediátricos. A escolha da aeronave é definida pela coordenação de voo juntamente com o médico, a montagem da aeronave será realizada pelo enfermeiro, após análise sistematizada de todos os fatores e de acordo com a necessidade clínica de cada paciente. Conclui-se que, os enfermeiros que possuem conhecimento e experiência em transporte aéreo de pacientes tem uma maior facilidade em planejar adequadamente o transporte minimizando os possíveis riscos de complicações.

Descritores: Transporte aéreo de pacientes, Enfermagem, Cuidado de enfermagem, Planejamento assistencial.

1. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/ Especialista em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência e Docente PUC-MG e Faculdade São Camilo.

2. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.Especialista em Terapia Intensiva.E-maill: pena.carla@yahoo.com.br



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. GENTIL, R.C.**Remoção Aeromédica: Implantação de um Serviço Privado de São Paulo.**1992.108 f.Dissertação(Mestrado em Administração Hospitalar)-Faculdades São Camilo,São Paulo.1992.

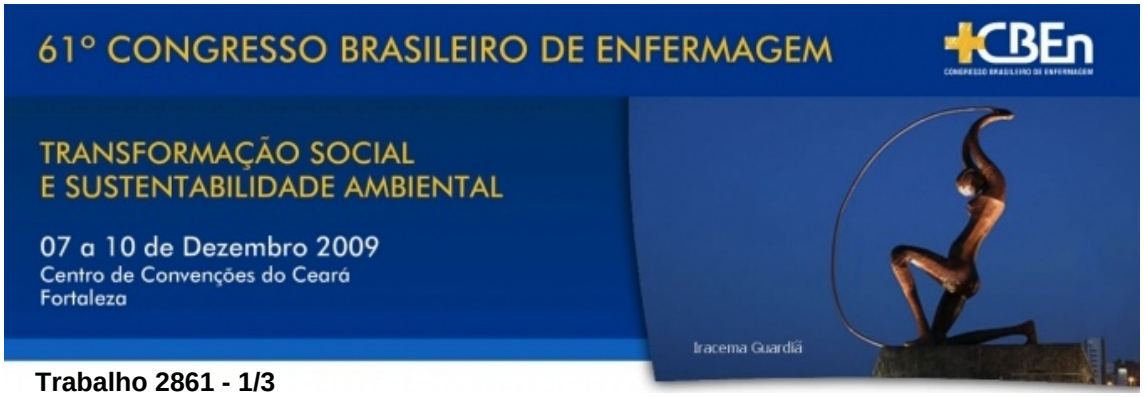
2. HOLLERAN,R.S.(Ed).**Air & Surface Patient Transport**: Principles & Pratices.ed.USA.Mosby.2003.

3. **Procedimentos Operacionais Padrão UNIMINAS** Transporte Médico de Urgência Belo Horizonte.Minas Gerais .2008.

4. FERRARI, D. Terapia Intensiva Moderna Básica. **Transporte aeromédico: Evolução e Historia.** Disponível em: <http://http://www.medicinaintensiva.com.br/transporteaeromedico.htm> Acesso em: 08 mar. 2009.

1. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/ Especialista em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência e Docente PUC-MG e Faculdade São Camilo.

2. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.Especialista em Terapia Intensiva.E-maill: pena.carla@yahoo.com.br



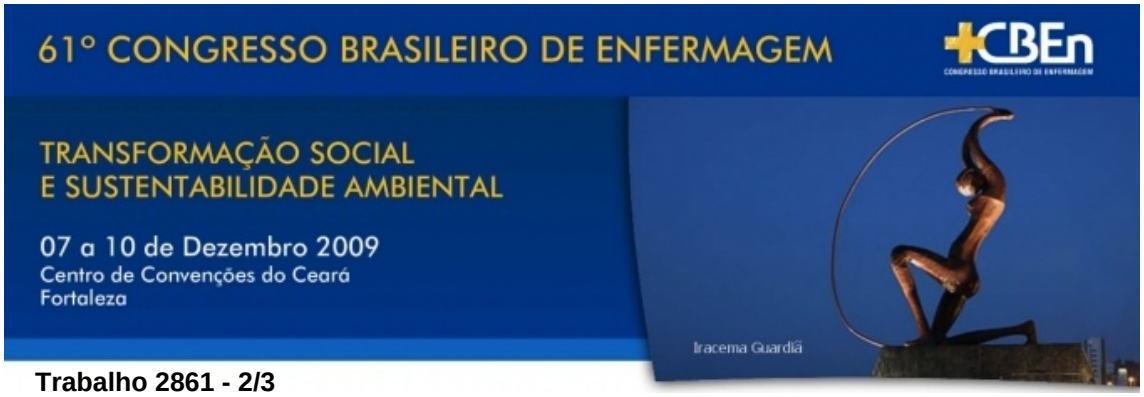
Trabalho 2861 - 1/3

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO EM CARIRÉ-CE: RECONSTRUINDO NOVOS RUMOS NA ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE JUCÁ

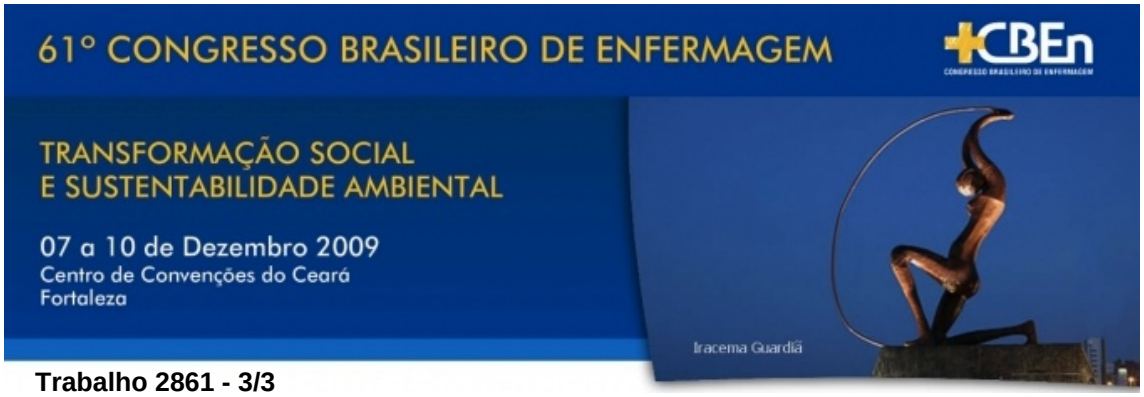
MARTINS, Adriano Ferreira[1]
XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães [2]
AGUIAR, Daniele Tomaz [3]
MAGALHÃES, Daniele Cristina Timbó [4]
SILVA, Kelvya Abreu [5]
MARTINS, Francisco Rodrigues [6]

A territorialização é o fruto de uma estratégia para tomar posse de um espaço geográfico, a desterritorialização seria o abandono espontâneo ou forçado da territorialização e a reterritorialização constitui-se na construção de uma nova territorialização, que não necessariamente ocorre na mesma localidade (HAESBAERT, 2004). Ao iniciar as atividades de saúde em janeiro de 2009 no território sanitário Jucá em Cariré teve-se como principal ponto partida e proposta, conhecer a área adscrita e entendê-la por meio de seus aspectos socioeconômicos e culturais. Posteriormente, foi proposta um novo modo de agir em saúde no território. O processo desta intenta não somente conviver com os seres humanos que neste território habitam por meio de atendimentos, consultas e visitas, porém, passar a habitar compreendendo suas necessidades sociais, morar na área de atuação, participar de processos sociais, dificuldades de acesso dentre outros. Objetivou-se realizar o processo de reterritorialização por meio de adscrição da clientela, realização de oficina

[1] Enfermeiro. Graduado pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Gerente da ESF do Jucá em Cariré-CE. E-mail: adrianoenfo@hotmail.com
[2] Enfermeiro Sanitarista. Mestre em Saúde Pública. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA. Secretário da Saúde de Cariré - Ceará. Membro e Aluno de Doutorado do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração em Saúde e Gerenciamento de Enfermagem-GEPAG da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP E-mail: rosemironeto@gmail.com
[3] Diretora de Atenção a Saúde do município de Cariré. Especialista em Saúde da Família-UVA e Gestão em Serviços de Saúde-INTA. E-mail: danielecariresaudavel@gmail.com
[4] Diretora de Vigilância Sanitária do município de Cariré. Especialista em Vigilância Sanitária-ESP-CE. E-mail: danieletimbo@yahoo.com.br
[5] Enfermeira Graduado pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Gerente da ESF do Ararius em Cariré-CE
[6] Enfermeiro Graduado pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Gerente da ESF da Sede I em Cariré-CE



de mapa, designação e conhecimento das micro-áreas, proporcionando a resolução a partir da discussão com os sujeitos dos problemas do território, e por fim conhecer detalhadamente o território. O presente estudo é do tipo relato de experiência. A concretização do estudo passou por diversas abordagens: oficina de territorialização, oficina de construção dos mapas e visitas aos diversos espaços do território. Na oficina sobre territorialização participaram cinco agentes comunitários de saúde, um enfermeiro, uma recepcionista, uma auxiliar de enfermagem, uma atendente de farmácia, duas auxiliares de serviços gerais, quatro motoristas, em que todos são residentes e conhecedores do território. As oficinas de promoção da saúde foram constituídas a partir da abordagem dialógica Freireana, círculo de cultura**,** que permite um aprendizado rápido, contextualizado na realidade dos educandos, existindo uma inter-relação que proporciona liberdade e crítica acerca do assunto abordado nas oficinas, sendo assim um grupo para diálogo, debate e trabalho (FREIRE, 1999). Nesta oficina construiu-se um conhecimento acerca de temas centrais: territorialização, acesso, território-sanitário micro-área, área de risco, domicílio e família. Durante este momento teve-se uma discussão importante sobre conceitos básicos que tem total relevância no trabalho diário da Estratégia Saúde da Família-ESF e também no que dedilha um processo de territorialização. Percebeu-se durante as discussões que os profissionais entendem este processo com total veemência e compreendem sua importância. Ao afirmarem que “devemos conhecer para atuar”, “devemos ter segurança sobre o conhecimento”, “devemos discutir saúde pra melhorarmos as coisas” ou “devemos por o que sabemos no dia-a-dia”. Vê-se que estes encaram a importância deste processo de reestruturação do trabalho na saúde. Após o entendimento de todos esses fatores, realizou-se o processo de construção dos mapas, adscrição da população e entendimento da rede social que foi resumido e analisado por todo o grupo. O território da ESF do Jucá é constituído por 506 famílias cadastradas, em um total de 1.557 sujeitos, sendo 775 do sexo masculino e 782 do sexo feminino de acordo com o SIAB mês de julho de 2009. Em relação aos dados gerais têm-se: 39 crianças menores de dois anos; 12 gestantes cadastradas no SIS-PRÉ-NATAL; 27 sujeitos com diagnóstico de Diabetes *mellitus* e 198 com hipertensão arterial sistêmica. A população em geral atua na agricultura de subsistência como principal fonte de

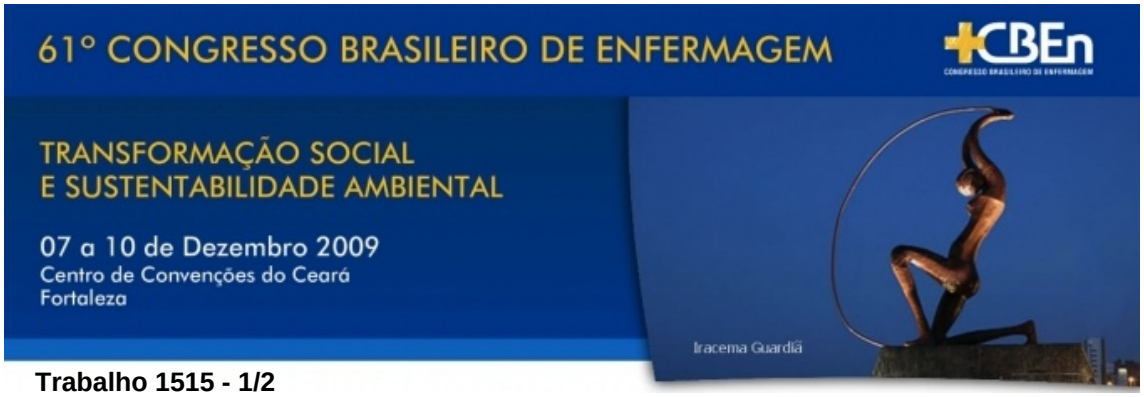


renda. A maioria dos óbitos ocorre geralmente na população idosa, complicações de doenças crônico-degenerativas. As barreiras geográficas do território interfere na atuação da equipe de saúde, pois, o território parece uma espécie de ilha na quadra invernosa,por ser cercado pelos Rios Macaco, Acaraú e Jacurutu. Isso se torna a falta de acessibilidade geográfica um grave problema, devido as péssimas condições de deslocamento. Quando vemos a atenção, promoção e prevenção sendo resgatada com intuito de melhorar a condição de vida dos sujeitos residentes, por meio de um olhar biológico-social-econômico-territorial, percebe-se que a lógica do serviço de saúde que passa por um processo de reforma sanitária, organizado por meio da territorializacao e da participação popular, garantirá que as forças atuantes sobre o território se unam cada vez mais e que procurem solucionar os problemas por meio da intersetorialidade e da organização comunitária, a fim de alterar e promover transformações no perfil social e epidemiológico local. Neste sentido, observa-se e passa-se a compreender como se dá a relação entre a ESF, a comunidade e outros aparelhos sociais que possam intervir no local. A partir da organização desta rede primária do município do Cariré, tem se buscado garantir a integralidade como processo de mudança na produção do cuidado à população.

Palavras-Chave: Territorialização; Organização do Serviço; Estratégia Saúde da Família.

Referências

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004, 400p.
FREIRE, P. Edu**cação como prática da liberdade**. 23a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999. p.15-6.
MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco, 1998.



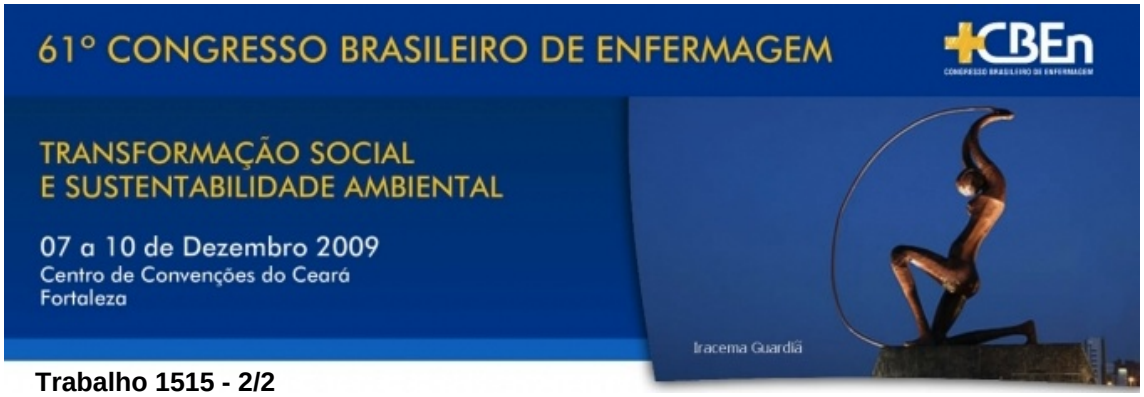
Trabalho 1515 - 1/2

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA-FORTALEZA/CE.

GOMES, Maria Elidiana Araújo Gomes[1]
MOTA, Lúcia de Fátima Andrade[2]
MOREIRA, Josabeth[3]
BEZERRA, Mônica dos Santos[4]
GUIMARÃES, José Maria Ximenes[5]

O Acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS. Através da PNH o sistema de saúde reverteu sua lógica de atendimento para ações que priorizem a inclusão social, respeitando a subjetividade e a participação social. Nessa perspectiva, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) é um das temáticas existentes na Política Nacional de Humanização e podemos caracterizá-lo como um método de atendimento humanizado. Tal método é realizado de acordo com a demanda de urgência ou grau de sofrimento do paciente, objetivando a priorização dos casos graves e a garantia do atendimento à população. Dessa forma, o ACR foi implantado pela direção do Hospital Distrital Gonzaga Mota, município de Fortaleza, em 2007, tendo a equipe de Enfermagem como os principais parceiros na sua execução. Tal participação, na efetivação do ACR, proporcionou uma escuta qualificada, bem como a resposta com responsabilidade fornecida pelos integrantes da equipe de enfermagem. Inicialmente, a equipe de enfermagem foi composta por dois técnicos de enfermagem e uma enfermeira. Atualmente, essa organização continua durante a semana, porém, no final de semana, a equipe de enfermagem é composta por um técnico de enfermagem e uma enfermeira. Dentre as melhorias apresentadas desde a implantação do sistema está a prioridade dos casos graves, a garantia do atendimento à população e a parceria estabelecida

[1] Mestra em Cuidados Clínicos. Enfermeira assistencial do Hospital Distrital Gonzaga Mota. E-mail: mariaelidiana@uol.com.br
[2] Especialista em .Coordenadora de Enfermagem do Hospital Distrital Gonzaga Mota.
[3] Especialista em . Enfermeira assistencial do Hospital Distrital Gonzaga Mota .
[4] Mestranda em Cuidados Clínicos. Enfermeira assistencial do Hospital Distrital Gonzaga Mota .
[5] Doutorando em Saúde Coletiva. Enfermeiro. Pesquisador do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho da Universidade Estadual do Ceará (UECE).



com algumas unidades básicas de saúde que, através da extensão de carga horária, ofertam atendimentos clínicos durante a semana e final de semana. Desta forma, foi verificada a melhora no atendimento e a redução no tempo de espera do paciente, através da prioridade da ordem do atendimento médico, avaliando os sintomas, o sofrimento e a gravidade, cumprindo o princípio da universalização do acesso à saúde.

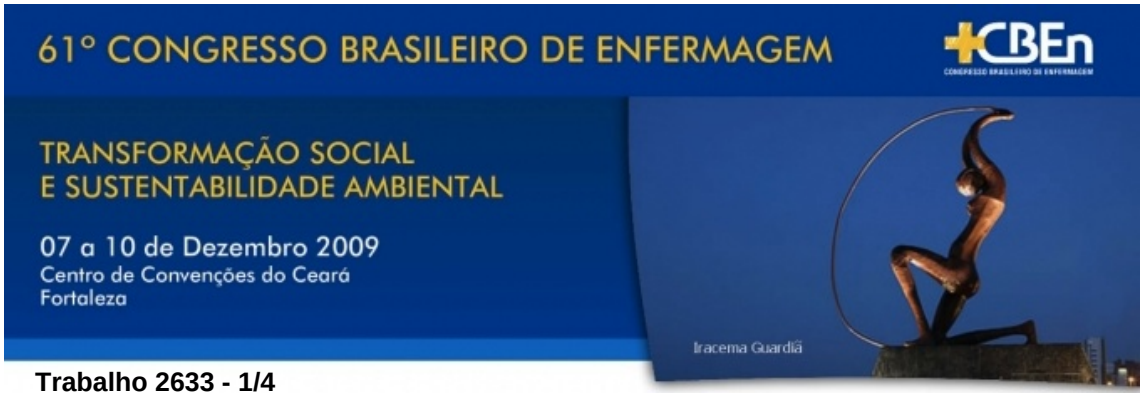
Descritores: Acolhimento, Gestão em Saúde, Serviços de Saúde, Enfermagem

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria: hospitais municipais - Fortaleza/CE. Sistema Único de Saúde - SUS. 1° ed., Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza, 2008.

2. _____. Ministério da Saúde. Mais saúde. Direito de todos: 2008-2011. 2º ed. Brasília, DF: MS, 2008.

3. _____. Ministério da Saúde. Secretária Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Grupo de trabalho de humanização. 2° ed. 1.ª reimpressão. Brasília, DF: MS, 2008.



Trabalho 2633 - 1/4

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DOCENTES DE ENFERMAGEM SOBRE QUALIDADE DE VIDA[1]

FERNANDES, Geani Farias Machado Fernandes[2]
BACKES,Vânia Marli Schubert [3]
SOARES, Paula Machado[4]

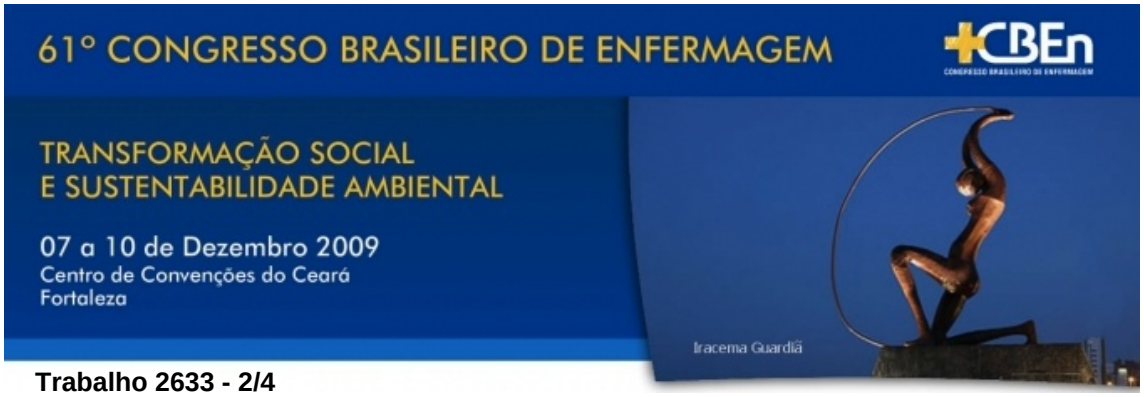
A busca pela melhoria da qualidade de vida tem se constituído um dos maiores desafios da sociedade contemporânea nesta virada de século, marcada pelos impactos tecnológicos e globalizantes. A temática qualidade de vida tem sido foco de inúmeros e crescentes estudos em diferentes áreas do conhecimento nas últimas décadas inclusive na área da saúde e enfermagem. Qualidade de vida tem sido foco de inúmeros estudos em diferentes áreas do conhecimento nas últimas décadas inclusive na área da saúde. Este estudo teve como objetivo analisar as representações sociais de qualidade de vida de docentes de Enfermagem e relacioná-las à sua prática docente. Este estudo teve como **OBJETIVO** analisar as representações sociais de docentes de Enfermagem sobre qualidade de vida e como essas representações na sua percepção influenciam sua prática docente. O **REFERENCIAL TEÓRICO** constituiu-se de teóricos que estudam qualidade de vida nas suas diferentes concepções e da Teoria das Representações Sociais de Moscovici(2005) e seus seguidores. Acredita-se que as representações sociais sobre qualidade de vida expressam a forma pela qual as crenças, os valores, as teorias, enfim, os pensamentos sociais se integram com as práticas sociais desses profissionais. **METODOLOGIA** Esta pesquisa está inserida em uma abordagem qualitativa descritiva, norteada pelo referencial teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFSC, a coleta de dados ocorreu através de

[1] Recorte da tese de doutorado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de doutor em Enfermagem no ano de 2007

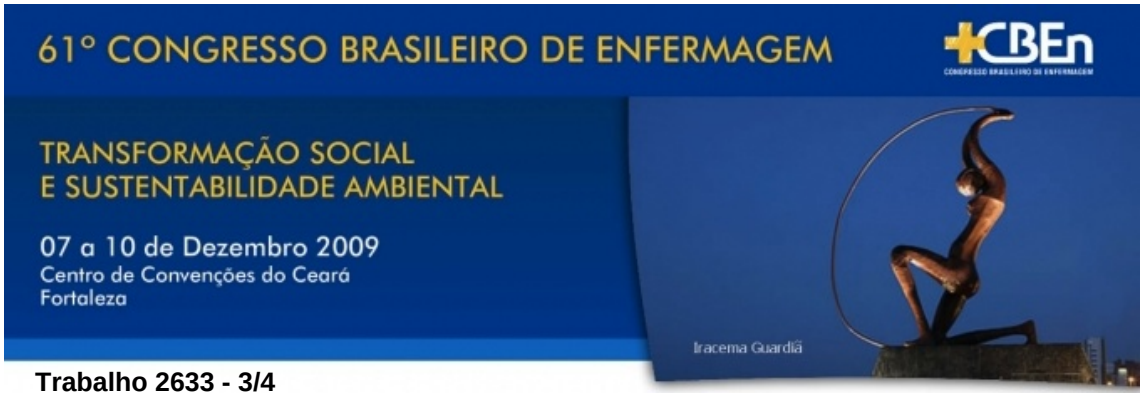
[2] Enfermeira. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande- FURG,. Membro do NEPES. Rua General Câmara,, 173 - Bairro Centro – Rio Grande/RS, Fone: (53) 32338858 . E-mail: geanifernandes@yahoo.com.br

[3]Enfermeira. Professora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC - Membro do EDEN. Doutora em Enfermagem da UFSC.

[4] Psicóloga egressa da Universidade Católica de Pelotas.

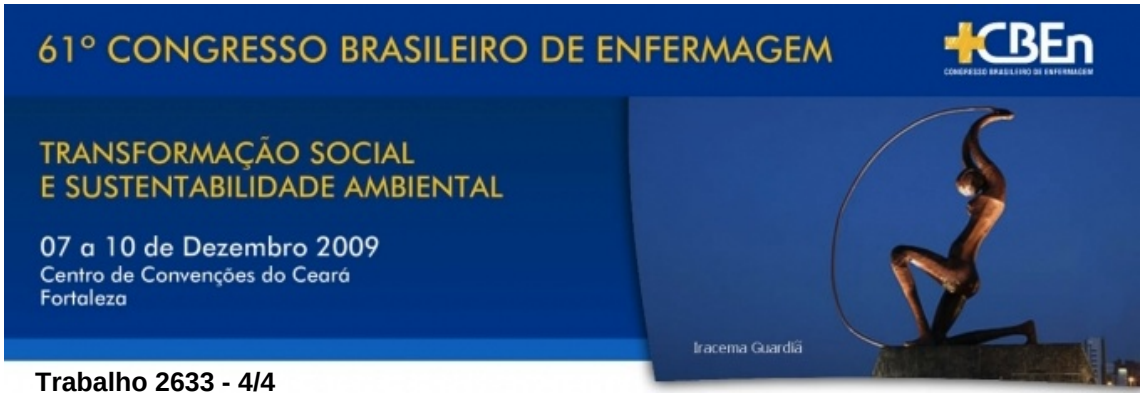


entrevistas semi-estruturadas visando a produção de um material mais aprofundado e compreender as especificidades culturais de um grupo de 22 (vinte e dois) docentes enfermeiras (os) que constituem a população do curso estudado de uma universidade localizada no sul do Brasil. Para a análise dos dados o conteúdo das entrevistas foi ordenado por meio de releituras do material e organização dos relatos e das observações e foi orientada pela proposta de análise centrada na totalidade do discurso (Spink, 2003). **RESULTADOS** As representações sobre qualidade de vida envolvem aspectos físicos, sociais, espirituais e psicológicos numa interação com o meio ambiente e com a própria visão do mundo que o grupo adota. Diante disso, evidenciamos uma carga de subjetividade que se aproxima da concepção construída pelo grupo sobre qualidade de vida e da construída no âmbito do conhecimento formal ou científico sobre a temática nos últimos anos, uma vez que os estudos atuais focalizam que qualidade de vida precisa ser analisada na perspectiva do indivíduo, ou seja, é a percepção do sujeito acerca do seu processo de viver, uma visão mais integradora do ser, em contraposição a uma avaliação objetiva emitida por um profissional utilizando instrumentos de mensuração. Em síntese, qualidade de vida está associada a bem-estar; estar satisfeito e feliz desfrutando de saúde e autonomia. É realizar um trabalho do qual se goste e se encontre realização. É interagir com os outros de forma saudável. É valorizar a vida que se tem, pois é mais importante ser do que ter. É desenvolver-se emocional, espiritual e intelectualmente. A família, os amigos, o contato com os animais, as plantas e o mar, a contemplação do belo seja no campo das artes, cito aqui a pintura, a literatura, a fotografia, o cinema ou das belezas da natureza são fatores que potencializam a qualidade da vida. O abrir-se para terapias outras que não as tradicionais é uma constatação. Há um investimento na acupuntura, na homeopatia, na filosofia, nos florais, na busca pela qualidade de vida. Muitos apontam o lazer, a atividade física, o ócio, a introspecção como fundamentais para o seu bem-estar. A busca pela espiritualidade ou seu aprofundamento destaca-se como uma forma de entender melhor o ser e o estar no mundo, dar sentido ao viver. Faz parte da busca do autoconhecimento através da meditação e da psicoterapia. .As representações estão ligadas diretamente ao trabalho. Suas vidas fundem-se ao fazer profissional pois todos apontam o trabalho docente como um aspecto



potencializador da qualidade do seu processo de viver. Por outro lado, esse mesmo trabalho considerado fundante e indispensável, contraditoriamente, é um aspecto limitador da qualidade de vida especialmente pela ausência de assertividade nas relações interpessoais no contexto do trabalho e pela sobrecarga de trabalho. A qualidade das relações interpessoais nos diferentes contextos de inserção desses docentes é elencada como prioritária para a vida com qualidade. Não é possível ser feliz num contexto onde as diversidades não são aceitas e respeitadas. O conflito é considerado salutar, no entanto a inexistência ou a dificuldade do estabelecimento do diálogo seja acerca do processo de trabalho, seja acerca dos valores, das crenças, da história de vida, da visão de mundo do sujeito enquanto pessoa não é vivenciada e compromete a resolução coletiva de problemas das mais diversas ordens. Nesse contexto, no exercício da prática docente não é esquecida a qualidade de vida do aluno em decorrência, a afetividade nas relações interpessoais ganha outro status, fundamental para cultivar a confiança, melhorar a qualidade de vida e da aprendizagem no espaço acadêmico, que também é palco de tensões e conflitos a ser transformado. Precisamos cada um individualmente nos momentos de encontro com os alunos na sala de aula e aulas práticas incluirmos essa “habilidade” no fazer pedagógico, e enquanto curso pensarmos estratégias coletivas que procurem contemplar o aprender a conhecer, a fazer, a ser, o aprender a viver e conviver com qualidade. **CONCLUSÕES** Os resultados evidenciam que a representação social de qualidade de vida para os docentes é bem-estar e felicidade e estes têm como fatores potencializadores a vitalidade e saúde, a vida em família, a amizade, o lazer e as atividades físicas, a autonomia, a espiritualidade. Qualidade de vida está diretamente associada à satisfação/insatisfação com o trabalho. O trabalho docente é ao mesmo tempo fonte de qualidade de vida pelo reconhecimento, possibilidade de crescimento pessoal e profissional, contato com o aluno, por outro lado esse mesmo trabalho gera estresse e déficit de qualidade de vida, advindos de relações interpessoais competitivas e conflituosas entre colegas e das pressões internas e externas no exercício da prática docente e suas inúmeras demandas associadas ao ensino, pesquisa e extensão.

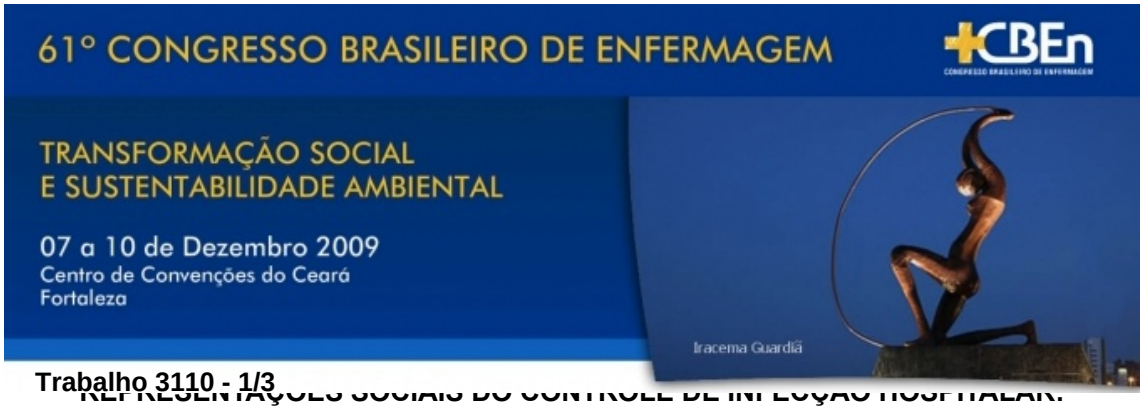
REFERENCIAS:



MOSCOVICI, Serge. Representações socais: investigações em psicologia social 3. ed. Petrópolis: Vozes Ltda, 2005.

SPINK, Mary Jane (Org.). O conhecimento no xotidiano: as representações sociais na perspectivada psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004.

Palavras chave: Qualidade de vida; Enfermagem; Docente.



Trabalho 3110 - 1/3

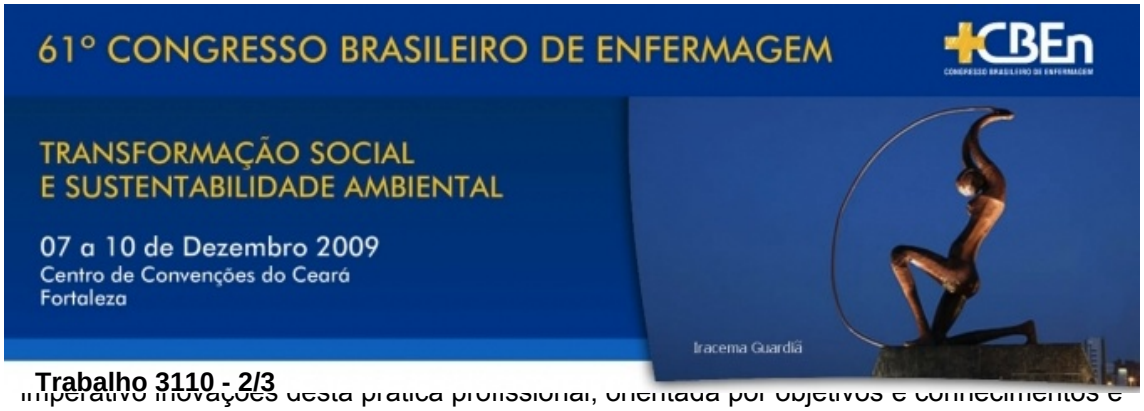
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR: a perspectiva do ensino da graduação em enfermagem

Sônia Maria de Araújo Campelo[1]
Maria Eliete Batista Moura[2]

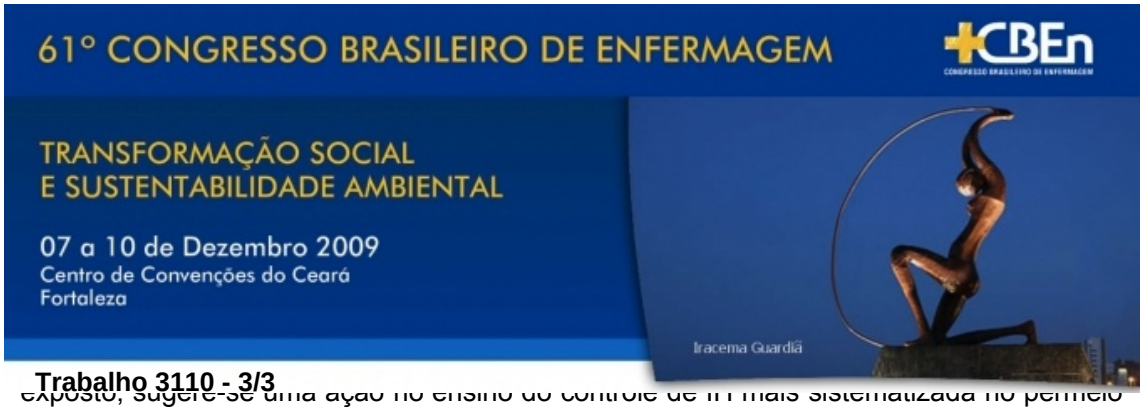
RESUMO

O controle da Infecção Hospitalar tem sido uma preocupação manifestada entre as discussões de saúde pública de extensão internacional, constituindo uma das principais causas heterogêneas dos profissionais da saúde, com sérias implicações aos usuários submetidos às diversas intervenções assistenciais, especialmente, no ambiente hospitalar. A Infecção Hospitalar (IH) representa um dos principais problemas da qualidade da assistência de enfermagem ao cliente, devido à monta de sua incidência, ao incremento da morbi-mortalidade e dos custos hospitalares.Cabe ressaltar a definição de Infecção Hospitalar segundo o Ministério da Saúde (MS), na Portaria nº. 2.616 de 12/05/1998, como a infecção adquirida após a admissão do paciente na unidade hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. A suscetibilidade de riscos coletivos e individuais que vulneram o ambiente hospitalar e que contribuem para aumentar os percentuais de infecção é conseqüência, principalmente, da diversidade de agentes infecciosos e microbianos expostos nesse meio. Também concorre para acentuar esse quadro o número relevante de pessoas circulantes, desde estudantes de diversos cursos da área de saúde, equipe multidisciplinar, pessoal de apoio, manutenção, limpeza e outros, enfim, pessoas que desempenham assistência direta e contínua ao paciente. Esse risco diminui consideravelmente quando são aplicadas corretamente práticas como: a lavagem das mãos, as precauções padrões de contato, higiene e limpeza. Assim, consolidou-se de forma inquestionável a importância do controle das Infecções Hospitalares como uma atividade necessária à assistência de saúde. Destaca-se, dessa forma, que o controle de IH é imprescindível, legal e tecnicamente necessário, exigindo a implantação e implementação de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que só é possível com a participação efetiva dos profissionais de saúde e de uma equipe multiprofissional nas ações de controle de IH. Pontuamos também, que o enfermeiro adquire um pontual papel de articulador diante dessas ações, uma vez que dentre suas competências e habilidades, ele deve ser capaz de delinear e participar dos programas de formação, qualificação contínua dos profissionais de saúde. Portanto, é

[1] Coordenadora do curso de Enfermagem da Faculdade CET-PI. Mestre em Enfermagem pela UFPI. Profª. do Curso de Enfermagem da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí - NOVAFAPI e Faculdade Santo Agostinho, e-mail: soniamariacampelo@yahoo.com.br.
[2] Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola Ana Nery da UFRJ, Professora do Programa da graduação e Pós graduação Mestrado em Enfermagem da UFPI. E-mail: posgraduacao@novafapi.com.br



imperativo inovações desta prática profissional, orientada por objetivos e conhecimentos e inserida num contexto social, para que se aproxime o binômio teoria e prática, com intervenções que possam minimizar os indicadores de IH. Para clarear um entendimento desta prática em constante construção social utilizou-se a teoria das Representações Sociais em situações especiais à compreensão dos problemas da tríade ensino, teoria e prática, pois como forma de saber, permite explicar e compreender a realidade em que se insere a problemática sobre o ensino do controle da Infecção Hospitalar na graduação em Enfermagem. Assim, focalizou-se como objeto de estudo**:** as Representações Sociais do ensino do controle de IH elaboradas pelos docentes de Enfermagem, a partir de suas vivências, sentimentos e práticas clínicas no curso de graduação em Enfermagem. E assim, elencamos os seguintes objetivos: Apreender as Representações Sociais dos docentes da graduação de Enfermagem sobre o Ensino do Controle de IH e Analisar como as Representações Sociais influenciam na prática do Ensino do Controle de IH na graduação de Enfermagem. Trata-se de uma pesquisa exploratória, para analisar fenômenos sócio-culturais a partir das representações sociais acerca do ensino do controle de Infecção Hospitalar, subsidiadas na Teoria das Representações Sociais. O cenário da pesquisa foi o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí localizada Teresina-PI. Os sujeitos da pesquisa foram 17 docentes de enfermagem. A técnica de entrevista semi-estruturada foi o instrumento da pesquisa. As entrevistas originaram um corpus processado pelo *software* ALCESTE versão 4.8 apresentando duas classes que são abordadas neste estudo: *Conhecimentos dos docentes de Enfermagem sobre o ensino do Controle de IH* e *atitude dos docentes de Enfermagem sobre o ensino do Controle de IH*. As duas classes semânticas trazem as expressões e os fragmentos que evidenciam o conhecimento elaborado e compartilhado socialmente pelos docentes de enfermagem no cotidiano de sua prática clinica de Enfermagem, em seu grupo de "pertença". Esses saberes circulam pela comunicação intra e intergrupal e determinam conhecimentos, posicionamentos relacionados às práticas do ensino do Controle de IH realizadas pelos docentes da graduação em Enfermagem. A classe de número I (um), constituída por 81 UCE's. Evidenciou-se que os conhecimentos apreendidos nesta classe sobre o ensino do controle de IH pelos docentes, foram às ações educacionais dos profissionais de saúde como ingrediente ascendente para a redução dos índices de IH. E que o ensino é a arma fundamental que articula este processo. A classe II constituída por 95 UCE's. Ao buscarmos as representações sociais dos docentes de enfermagem sobre o ensino do controle de IH, aproximamo-nos de um conjunto de atitudes de inquietação sobre a deficiência no ensino do controle no currículo de Enfermagem. Em face do



exposto, sugere-se uma ação no ensino do controle de IH mais sistematizada no perfil de todo o currículo de Enfermagem e uma reflexão crítica com atitudes transformadoras da nossa realidade na prática clinica do docente da graduação em Enfermagem. A atitude de nortear o ensino para o caminho da transversalidade no currículo de Enfermagem reside na capacidade desses atores sociais/sujeitos do processo educacional têm de lidar com uma prática profissional coerente com suas finalidades. Portanto, apreciamos essencialmente que como atores/docentes envolvidos no processo de aprender a aprender e a todos aqueles que se inserem nesta realidade da inserção do ensino do controle de IH em todas as disciplinas do currículo vigente, uma ação mais decisiva, precisa e coletiva. Assim, articular o ensino do controle de Infecção com as representações sociais desnuda no entendimento do docente de enfermagem uma maior apreciação da temática e leva-o a pensar em transformar esta realidade.

Palavras chave: Enfermagem. Infecção Hospitalar. Representações Sociais

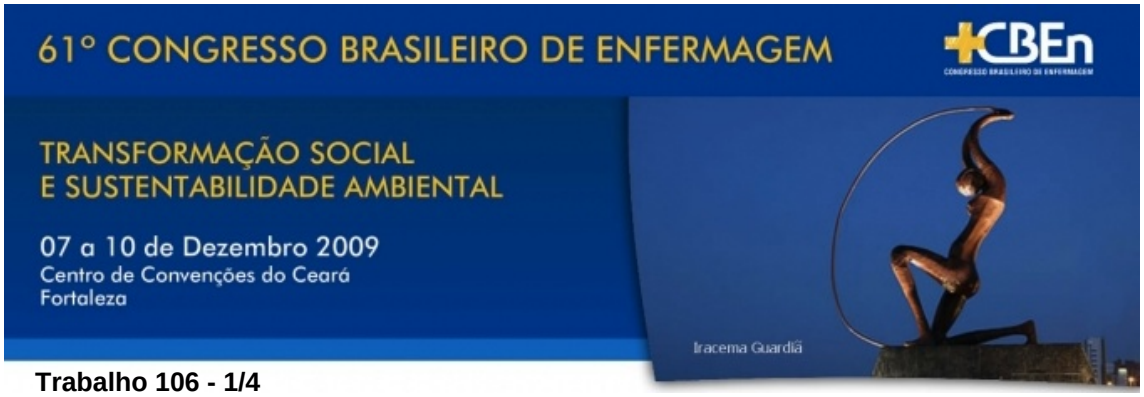
REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Portaria Nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Expede na forma de anexos diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares. Diário Oficial da União, República Federativa do Brasil. Brasília (DF); 1998

2. Moscovoci S. A representação social da psicanálise.Rio de Janeiro-RJ:Zahar Editores,1978.

3. Santos CM. Enfermagem na prevenção e controle da infecção hospitalar. 2ed. São Paulo(SP): Latria, 2005.

4. Tipple AFV, Pereira MS, Hayashida M, Moriya TM, Souza ACS. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico prático. Revi Latino-am Enferm. [periódico na Internet]. 2003 Mar-Abr; 11(2):245-50. Disponível em: <http://ead.eerp.usp.br/rlae/>.



Trabalho 106 - 1/4

REPRODUÇÃO ASSISTIDA: ONDE SE FORMAM OS ENFERMEIROS?

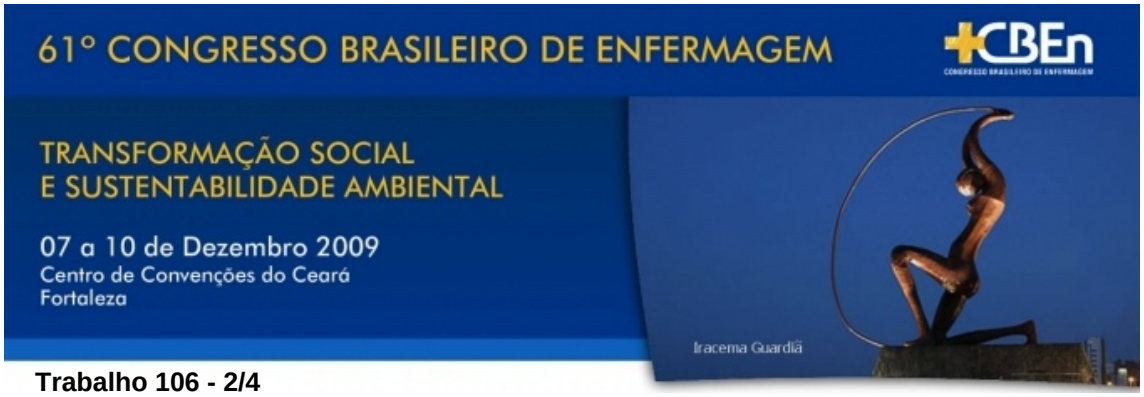
CASTRO, Washington Ramos[1],
SILVEIRA CASTRO, Gláucia Regina Motta da[2].
QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo de[3],

Introdução: Reprodução Humana Assistida (RHA) é uma intervenção do homem no processo natural de reprodução objetivando a maternidade ou a paternidade de pessoas com problemas relacionados à infertilidade ou esterilidade. Independente das razões, a demanda por métodos, técnicas e procedimentos de RHA, vem crescendo, demandando pessoal de enfermagem capacitado. Porém, tal demanda está reprimida, apontam Silveira Castro, Castro & Queiroz (2008). Entretanto, na Enfermagem brasileira, não percebemos um movimento em direção à construção de espaços para preparar profissionais. Enquanto na maioria das instituições de cuidados com a saúde a maioria dos trabalhadores é de Enfermagem em seus diversos níveis, nos serviços de assistência à reprodução humana, no Brasil, atuam hoje, em geral, médicos, biólogos e psicólogos. Por que a enfermagem está quase ausente nestes espaços? Será que faltam profissionais qualificados? Quais as razões da permanência deste quadro? **Objetivo**: Discutir a existência ou não de instituições de ensino superior que ofereçam cursos de qualificação e/ou de capacitação na área de RHA para enfermeiros, no Brasil. **Metodologia**: Estudo Quantitativo de cunho estatístico elaborado em dois momentos. O primeiro com três etapas: Levantamento das instituições de ensino superior que oferecem formação (graduação e pós-graduação) em enfermagem no Brasil; identificação dos responsáveis pela faculdade de enfermagem de cada instituição e; contatos telefônicos e/ou eletrônicos, realizados com os responsáveis pelas instituições. O segundo momento também composto de três etapas: Pesquisa das instituições de saúde que oferecem assistência em reprodução humana. Dados das Sociedades Brasileiras de Reprodução Humana (SBRH) e Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA); Identificação dos responsáveis pela equipe de enfermagem, ou pelo atendimento em enfermagem e; Contato com os centros de reprodução

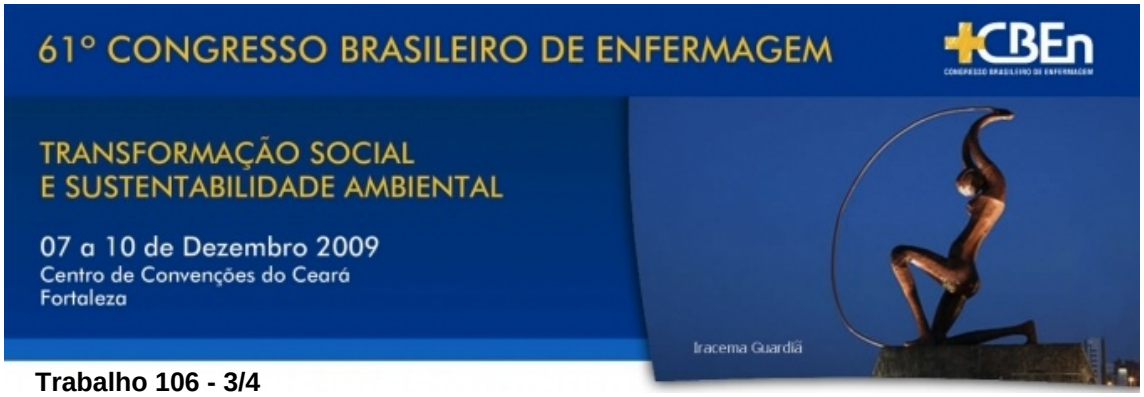
1 Mestrando, Hospital Escola São Francisco de Assis. washingtoncast@gmail.com

2 Doutoranda, Escola de Enfermagem Anna Nery.

3 Doutora, Escola de Enfermagem Anna Nery.



humana para levantar dados referentes aos recursos humanos de Enfermagem. Os dados foram tabulados e distribuídos em tabelas e gráficos para análise e **Discussão**: O Brasil experimentou importantes transformações sociais no cenário da assistência à saúde sexual e reprodutiva referente à reprodução RHA, após 2005, com o desenvolvimento da política nacional específica (BRASIL, 2005). Parece que a enfermagem não está acompanhando esta diretiva. Passados quatro anos, existem cerca de 350, enfermeiros atuando em atividades relacionadas à reprodução humana, destes, apenas 84, possuem capacitação/qualificação específica para esta atividade. Nenhum destes profissionais possui formação oferecida por instituição de ensino superior de Enfermagem do Brasil. Área de conhecimento nova, crescendo na última década, possui espaço para profissionais de enfermagem qualificados, necessitamos que haja oferta de formação específica para a enfermagem. A falta de espaços de formação não decorre da inexistência de cursos de pós graduação de Enfermagem. Em 2006, estavam cadastrados na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) 2.379 cursos de pós-graduação, com 1.202 strictu sensu, 973 de mestrado, 186 de mestrado profissional e 43 de doutorado. Além de 1.177 cursos lato sensu. Em 2007, havia 42 programas de pós-graduação em Enfermagem, 39 strictu sensu: sendo 26 de mestrado, 12 com mestrado e doutorado, e, 1 somente de doutorado, e além de 3 de mestrado profissional. Quanto à localização geopolítica dos Programas da área de Enfermagem, os dados disponíveis são de 2006. Havia 29 Programas de pós-graduação em Enfermagem, nenhum na região Norte; 2 no Centro-Oeste; 5 no Nordeste; 6 na região Sul e 16 no Sudeste. São Paulo concentrava o maior número de programas, 11. Observando o crescimento do número de cursos: 29 em 2006 para 42 em 2007. Dados de 2008 não foram disponibilizados. O crescimento tem refletido um aumento nas regiões Centro-Oeste, Norte, Nordeste e Sul, entretando, permanece uma forte concentração na Região Sudeste. ALMEIDA (2002). **Resultados**: Encontramos 629 instituições de formação em enfermagem, oferecendo 1.379 cursos de graduação e pós-graduação. Totalizando 46.504 alunos. Nenhuma destas oferece capacitação ou qualificação para atuação em RHA. Por outro lado, encontramos 117 centros de RHA no Brasil. 105 no Sudeste, destas, 94 em São Paulo distribuídos de maneira não equânime no próprio Estado. Apenas 9 oferecem atendimento gratuito: em 3 o serviço é gratuito, mas o custo com medicação é do casal; nas outras 6 o tratamento é efetivamente gratuito. Há no Rio



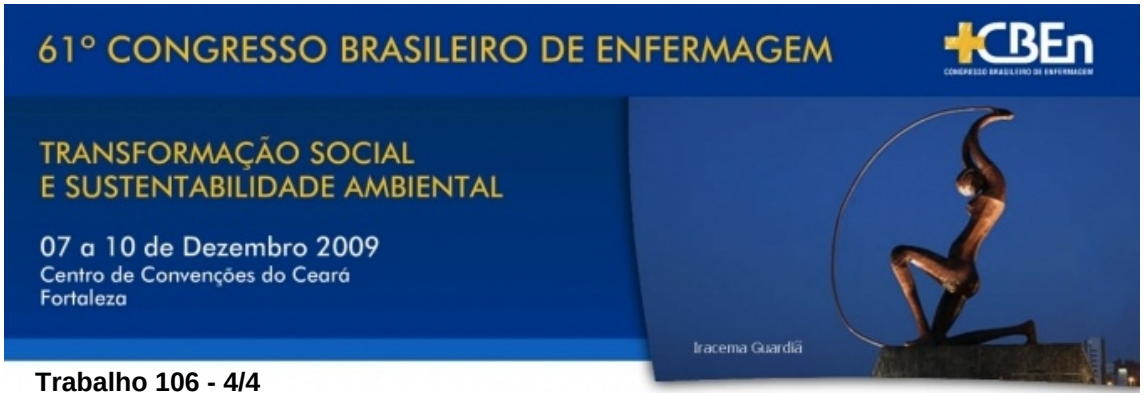
de Janeiro um serviço público que disponibiliza apenas os exames para diagnosticar a causa da infertilidade gratuitamente, mas não realizava fertilização ou insemiação. **Conclusão**: Enquanto nos EUA, em 2000, as enfermeiras se capacitavam para atuar em RHA em cursos de especialização regulares oferecidos por Instituições de Ensino Superior e possuíam uma associação para representa-las: American Fertility Society (AFS). No Brasil, até hoje, as enfermeiras só podem se capacitar através da participação em cursos preparados para outros profissionais, e participar de associações multiprofissionais. A assistência de Enfermagem a casais inférteis / estéreis engloba: Educação dos casais sobre anatomia e fisiologia reprodutiva; os fatores determinantes da infertilidade, e informações sobre as etapas do processo de assistência que englobam o diagnóstico e o atendimento efetivo, incluindo a consulta de enfermagem. O Enfermeiro é o profissional responsável por um segmento importante do cuidar/cuidado em RHA, mas não há um espaço específico para a disseminação destes saberes. A assistência de Enfermagem em RHA deve ser baseada em abordagem psicossocial, com olhar holístico. Sendo o primeiro atendimento realizado pelo enfermeiro que, em geral, solicita os exames iniciais do protocolo de rastreamento. Está bem estabelecido o fazer “próprio” da enfermagem na área de RHA e, justificada a necessidade de espaços para capacitação / qualificação que deveria estar sendo pensado e ocupado pela Enfermagem. Os conhecimentos próprios da enfermagem estão sendo desconsiderados, determinando risco de perda de espaços em uma área de conhecimento promissora, inclusive por razões de ordem econômicas, sociais, políticas, ecológicas e de poder. Poucos são os profissionais de enfermagem que, no Brasil, se ocupam neste campo.

Descritores: Infertilidade; Educação em Enfermagem; Direitos Reprodutivos.

Referências:

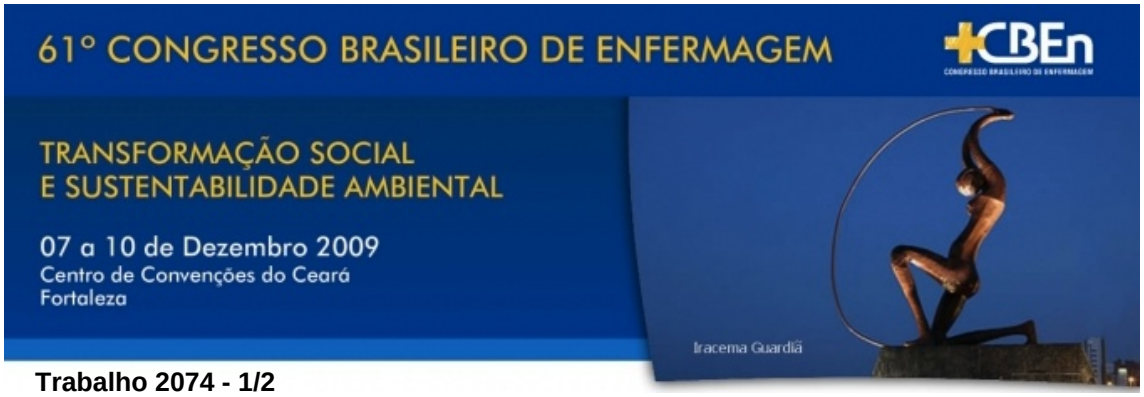
ALMEIDA, MCP. de. ***A Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil: Situação Atual.*** Rev. Latino Am. Enf. - Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 43-50 – jan. 1993.

BRASIL, Ministério da Educação. Instituto Nacional de Educação Pública. ***Censo Superior, 2007.*** Disponível em: <http://www.inep.gov.br/download/superior/censo/2007/Sinopse2007.zip> Acesso: 15/02/2009.



BRASIL, MEC. CAPES. ***Relatório da Avaliação Trienal 2007. (2004-2006).*** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/acs_relatoriocapes.pdf> Acesso: 09/01/2009.

SILVEIRA CASTRO, GRM da; CASTRO, WR; QUEIROZ, ABA. ***Um estudo sobre o trabalho do enfermeiro em reprodução humana assistida:*** uma necessidade premente. In: XV SEMPE. Rio de Janeiro, 2009. Anais do XV SEMPE.



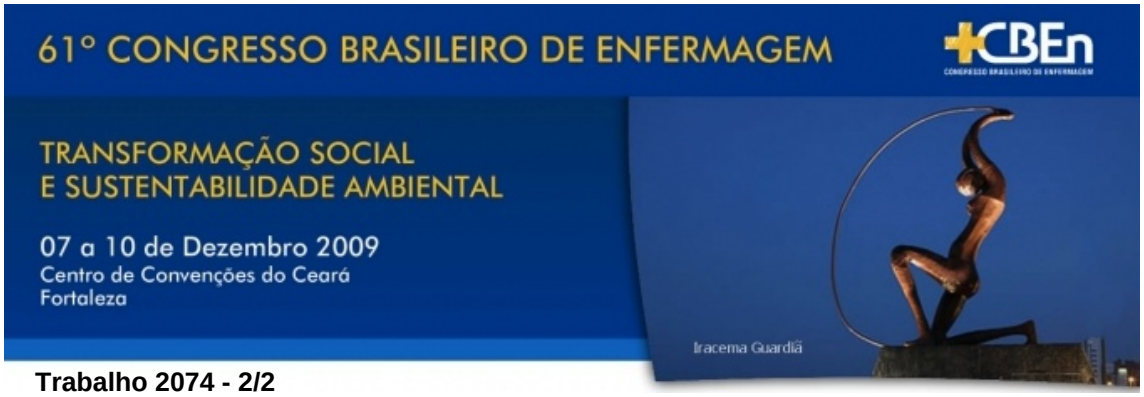
Trabalho 2074 - 1/2

RISCOS ERGONÔMICOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Silva, Serenice Ribeiro da.[1]
Andrade, Marilda
Mattos, Valéria Esteves Belo
Oliveira, Roberto Santos de
Valadares, Marilda de Oliveira
Vercillo, Luciane Alves

Introdução: A saúde do trabalhador nas instituições de saúde tem sido objeto de estudos de vários pesquisadores e ainda assim tem sido difícil relacionar a causalidade das doenças ocupacionais com as atividades desempenhadas. No ambiente hospitalar, as doenças ocupacionais prevalentes são as causadas pelos agentes biológicos, seguidas pelas causas ergonômicas, que atingem de uma forma mais direta o profissional de enfermagem. Realizando uma análise dos fatores ergonômicos que influenciam a saúde do profissional de enfermagem em seu ambiente laboral, é possível uma intervenção no processo de adoecimento e afastamento desse trabalhador de suas funções. Este estudo teve como **Objetivo** identificar situações de risco ergonômico envolvendo os profissionais de enfermagem que trabalham na unidade de terapia intensiva. **Metodologia:** Pesquisa de referencial bibliográfico com abordagem descritiva, que permitiu a compreensão e interpretação das questões do estudo a partir do referencial analisado na identificação das características da população susceptível ao fenômeno e o estabelecimento das relações entre as variáveis do estudo; realizada no período de Junho de 2008 a março de 2009, na base de dados da BVS: LILACS *(*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Saúde do Adolescente (Adolec), BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e REPIDISCA (Literatura em Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente). Utilizou o descritor Inglês Risk Management e ergonomics risck e o Descritor português: Ergonomia e riscos ocupacionais. O total de artigos localizados, resultantes da busca foram 174. Para estabelecer critérios de exclusão, foi realizado refinamento na busca a partir daqueles artigos que apresentavam o descritor no título e disponibilidade do texto completo; encontrado 84 artigos que se identificavam com o propósito do estudo, realizado pré leitura dos resumos e selecionados 16 para análise instrumental por apresentaram os melhores argumentos baseados em evidências. **Resultados:** Nas unidades de terapia intensiva, o cliente possui grau elevado da dependência, exigindo um grande esforço físico da equipe de enfermagem. A manutenção de posturas inadequadas na mobilização do paciente no leito para mudanças de decúbito, banho no leito, no transportes de pacientes para realização de procedimentos diagnósticos; a distribuição de tarefas, macas sem controle ou ajuste de altura, transferências, altas, monitores com parâmetros e alarmes insuficientes, ausência de equipamentos entre outros são

[1].**Serenice Ribeiro da Silva** RN. MSc Students at Master Degree in Nursing School of UNIRIO University. RJ, Brasil. seretides@hotmail.com
Marilda Andrade RN. PhD Master Degree of Nursing School at UFF. RJ, Brasil.
Valéria Esteves Belo Mattos RN. Occupational health specialist. RJ, Brasil.
Roberto Santos de Oliveira RN. MSc Master Degree of Nursing School at UFF. RJ, Brasil.
Valadares, Marilda de Oliveira. RN. Occupational health specialist. RJ, Brasil.
Luciane Alves Vercillo RN. MSc. Faculdades Bezerra de Araujo. RJ, Brasil.



fatores que acabam contribuindo para lesões por esforço físico e estresse, causando reclamações de dores nas costas e outras queixas somáticas. **Conclusão:** Entre os principais fatores de risco encontramos os distúrbios músculo esqueléticos, causados pela organização do trabalho, aumento da jornada de trabalho, horas extras excessivas, ritmo acelerado, déficit de trabalhadores; os fatores ambientais como mobiliários inadequados, iluminação insuficiente; e as possíveis sobrecargas físicas causadas por movimentos e posturas inadequadas no desenvolvimento das atividades profissionais. Logo o profissional de enfermagem atua com a postura incorreta, que ocasiona uma fadiga muscular e lesões na coluna vertebral. Conclui que os hábitos e as rotinas dos profissionais precisam ser avaliados com cuidado de forma a valorizar e estimular os comportamentos e posturas seguras, que é importante a identificação e o reconhecimento dos riscos existentes no ambiente de trabalho e na realização dos procedimentos técnicos de forma inadequada, sem esquecer de considerar o local de trabalho que apresenta características próprias nem sempre seguras ou com infra-estrutura apropriada.

Palavras-chaves: Riscos ocupacionais; Ergonomia; Enfermagem

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

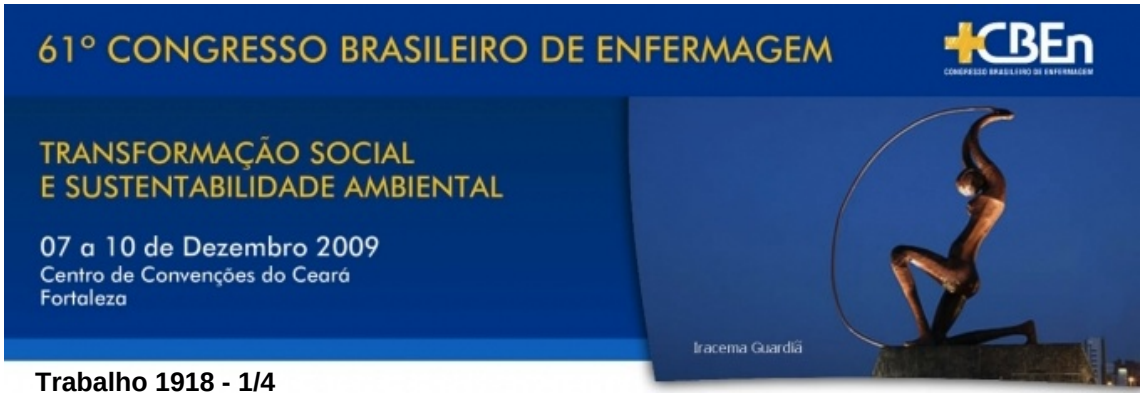
Nishide, Vera Médice; Benatti, Maria Cecília Cardoso. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Rev. Esc. Enferm. USP;38(4):406-414, dez. 2004.

Minayo MCS, Deslandes SF, (Orgs.) Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. 380 p.

Benatti MCC, Nishide VM. Elaboração e implantação do mapa de riscos ambientais para prevenção de acidentes do trabalho em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. Rev. Latino-Am Enfermagem 2000 out; 8(5):13-20.

Mauro MYC, Cupello AJ, Mauro CCC. O trabalho de Enfermagem hospitalar: uma visão ergonômica. In: Anais do XI Congresso Brasileiro de Ergonomia. Associação Brasileira de Ergonomia ABERGO. Gramado, RS. Set de 2001.

Stucke S, Menzel NN. Ergonomic assessment of a critical care unit. Crit Care Nurs Clin North Am, 2007;19:155-165.



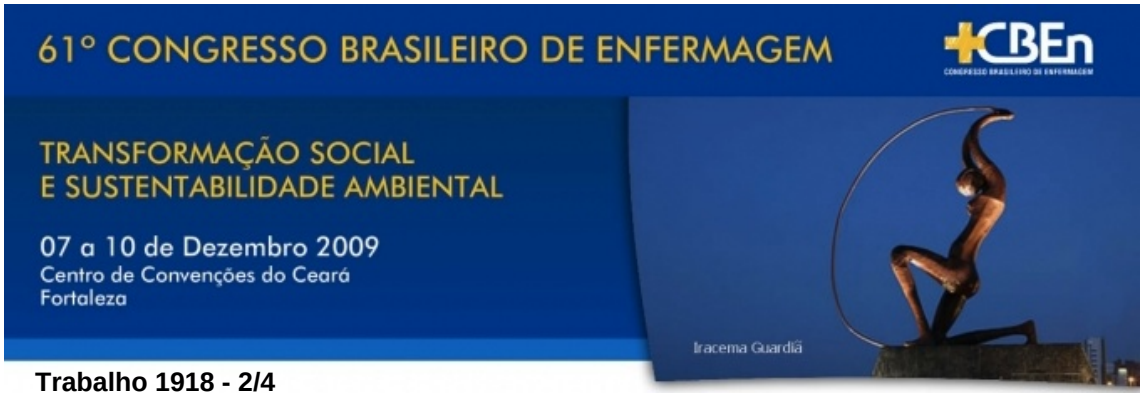
Trabalho 1918 - 1/4

RISCOS OCUPACIONAIS A QUE A EQUIPE DE ENFERMAGEM ESTÁ SUBMETIDA NO AMBIENTE HOSPITALAR

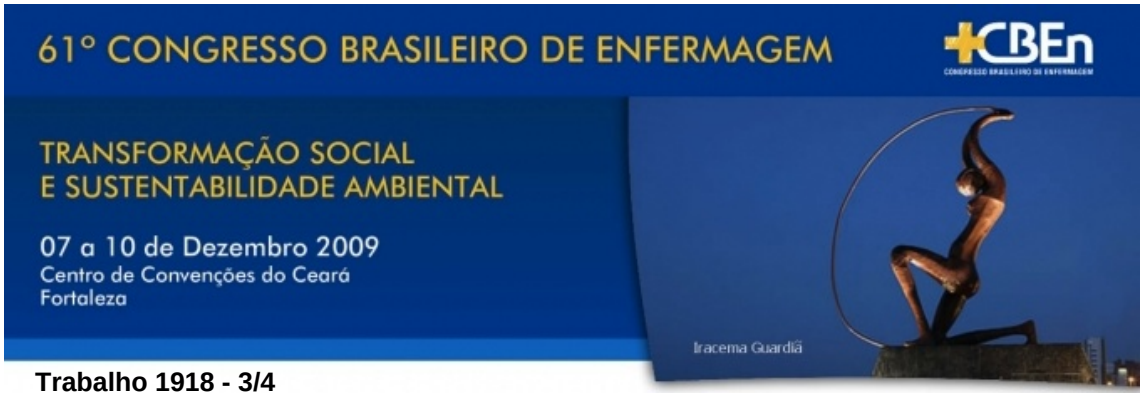
GRAÇA JÚNIOR, Carlos Alberto Guzman[1]
FREIRE, Alessandra Kelly do Nascimento[2]
DOURADO, Giovanna de Oliveira Libório[2]
BATISTA, Odinéa Maria Amorim[3]
MADEIRA, Maria Zélia de Araújo[4]

INTRODUÇÃO: Os acidentes de trabalho representam um sério problema de saúde pública e econômica. Os profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem é susceptível a vários riscos ocupacionais, sendo um tema muito relevante e estudado por muitos pesquisadores, por trazer conseqüências à saúde do profissional, interferindo diretamente no seu desempenho e acarretando prejuízos a instituição. **OBJETIVO:** Identificar nas publicações científicas os riscos ocupacionais a que está sujeita a equipe de enfermagem, as suas principais conseqüências e estratégias para evitá-los. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica desenvolvida após a leitura e fichamento dos artigos. A coleta de dados ocorreu durante os meses de maio e junho através dos descritores Riscos ocupacionais, Saúde do trabalhador e enfermagem na base de dados LILACs. Encontramos 80 artigos produzidos no período de 2000 a 2009 desses selecionamos 32 trabalhos que se adequavam melhor a temática e aos objetivos aqui levantados. **DISCUSSÃO:** Foi possível identificar cinco categorias: riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e condições de trabalho. Os riscos físicos englobam: radiações, variações atmosféricas e vibrações oscilatórias. O uso das radiações é bastante variado e significativo, pela sua contribuição na detecção e tratamento de diversas patologias. No entanto, o uso indiscriminados, sem o controle e proteção adequada, pode acarretar efeitos indesejáveis, sendo, portanto necessário: uso de blindagens, capacitação da equipe, confinamento de

[1] Acadêmico de Enfermagem do 8º período da NOVAFAPI. Teresina-PI. Contato: caal_guzman@hotmail.com
[2] Acadêmicas de Enfermagem do 8º período da NOVAFAPI. Teresina-PI.
[3] Enfermeira, Mestre em Enfermagem e Docente do curso de Graduação em Enfermagem da NOVAFAPI.
[4] Enfermeira, Mestre em educação, docente do curso de enfermagem da UFPI



fontes radioativas, controle médico, manter distância segura, identificação do risco, instalações adequadas, limitação do tempo de exposição e manutenção dos aparelhos. Outro fator que interfere na saúde do trabalhador é a climatização do local de trabalho, que exige a adaptação da regulação térmica, sendo necessário o organismo trabalhar dobrado para adequar a temperatura corporal ao ideal fisiológico. A exposição a altos níveis de ruídos sonoros por tempo prolongado ocasiona danos ao sistema auditivo e outros comprometimentos, tais como: distúrbios do sono, do descanso mental e social. Dentre os maiores causadores de ruídos estão os alarmes das bombas de infusão contínua e os ventiladores mecânicos. As lesões auditivas produzidas são irreversíveis e muitas vezes não são percebidas de imediato, prejudicando a comunicação e interferindo nos relacionamentos interpessoais. A identificação precoce dos sinais e sintomas é a melhor forma para redução dos danos. Quanto aos riscos químicos, a equipe de enfermagem está exposta a agentes tóxicos, incluindo anestésicos, agentes esterilizantes, desinfetantes e medicamentos, podendo acarretar em alterações: carcinogênicas, neurológicas, pulmonares e reprodutivas, manifestadas de forma imediata ou tardia. O risco de absorção de drogas pode ocorrer através de respingos na pele e mucosas, inalação e ingestão acidental direta ou indireta. A atmosfera hospitalar abriga muitos gases e vapores que quando inalados provocam irritação e outros problemas respiratórios, esses quando não controlados podem provocar alteração crônica das vias respiratórias. No intuito de reduzir os riscos químicos é necessário utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de acordo com a atividade desenvolvida. Com relação à exposição ao risco biológico, essa ocorre a partir do contato direto e freqüente com pacientes infectados, através de sangue, excretas, fluidos corporais e acidente com perfurocortante (PC), possibilitando o risco de contaminação. Os acidentes com PC oferecem riscos à saúde física, mental e trazem danos à instituição, portanto devem ser acionados e tratados como emergência, para minimizar os danos. Medidas profiláticas pós-exposição não são totalmente eficazes, no entanto a assistência é indispensável, pois reduz a probabilidade de aquisição de doenças e propicia maior segurança ao profissional; sendo essencial adotar medidas de prevenção e imunização para eliminar possíveis danos, principalmente de contaminação pelo vírus da hepatite B, C e do HIV. A saúde do



trabalhador também sofre influencia dos riscos ergonômicos, que estão relacionados às características pessoais, estruturais da instituição e estressores ocupacionais, causando danos à estrutura músculo-esquelético decorrentes de procedimentos diários, incluindo levantamento e transporte de pacientes e equipamentos, além de condições ambientais. Outra categoria identificada foi com relação às condições de trabalho, que envolve satisfação, conforto, carga de trabalho, fadiga, estresse, doenças e acidentes. **CONCLUSÃO:** São inúmeras as conseqüências em decorrências dos riscos ocupacionais, que abrange: envelhecimento precoce, incapacidade resultante de acidentes e doenças, risco aumentado de desenvolver dependência alcoólica ou uso indiscriminado de psicofármacos, além de modificações sociais em virtude das condições de trabalho. A identificação precoce dos riscos ocupacionais a que a equipe de enfermagem está exposta contribui efetivamente na prevenção e controle dos riscos e acidentes de trabalho, reduzindo os danos à saúde do trabalhador e prejuízos à instituição. Dessa forma, é essencial a adoção de estratégias que possibilitem a educação permanente, continuada e em serviço sobre riscos a que estão expostos os profissionais, para que eles possam adotar medidas de proteção adequadas no ambiente de trabalho.

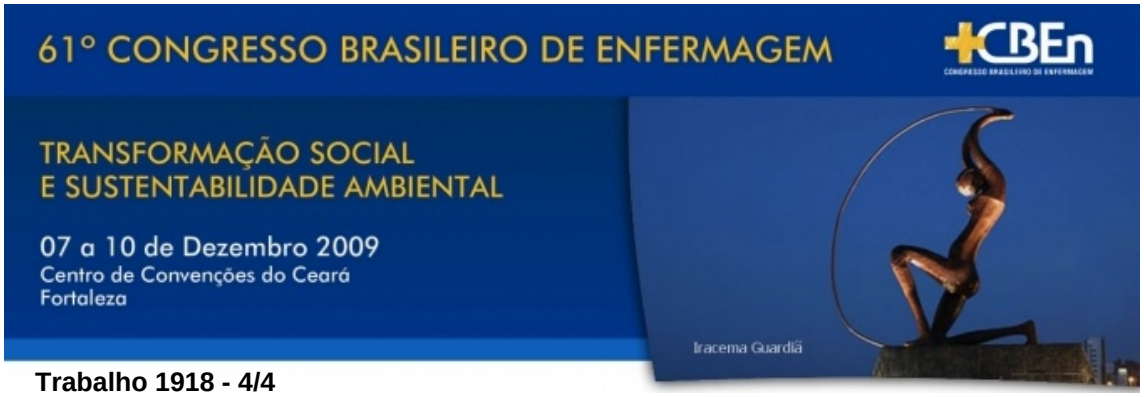
DESCRITORES: Riscos ocupacionais, Saúde do trabalhador, Enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador Protocolos de Complexidade Diferenciada 3. **Exposição a Materiais Biológicos.** Brasília-DF, 2006. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_expos_mat_biologicos.pdf>. acesso em 14 de Jun. 2009.

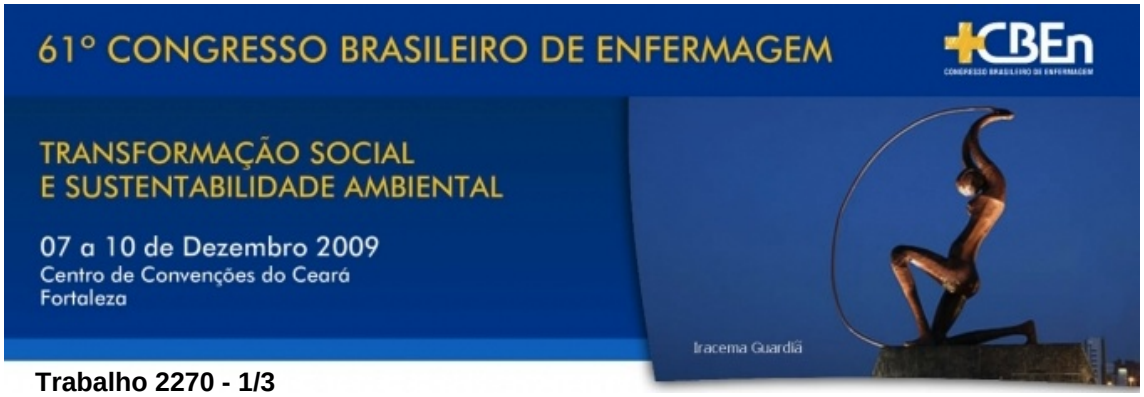
GUIMARÃES, R.M. et al. Fatores ergonômicos de risco e de proteção contra acidentes de trabalho: um estudo caso-controle. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 3, Sept. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Jun. 2009. doi: 10.1590/S1415-790X2005000300010.

LEITÃO, I.M.T.A.; FERNANDES A.L.; RAMOS I.C. Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva. **Cienc Cuid Saude**, Fortaleza-CE, v. 7, n. 4 Out/Dez 2008. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewPDFInterstitial/6630/3907>. acessos em 21 Jun. 2009.



NISHIDE, V. M.; BENATTI, M.C.C. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.2, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n4/06.pdf>. acessos em 22 Jun. 2009.

SCHMITT, Gabriela Cristina et al . Aspectos gerais e diagnóstico clínico laboratorial da intoxicação por paraquat. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, ago. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442006000400003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em18 Jun. 2009. doi: 10.1590/S1676-24442006000400003.



Trabalho 2270 - 1/3

SAÚDE AMBIENTAL E BIOSSEGURANÇA: Oficina educativa em uma instituição de longa permanência

DODOU, H.D[1]

ALMEIDA, H.G.C[2]

ONOFRE, M.R[1]

FROTA, S.S[1]

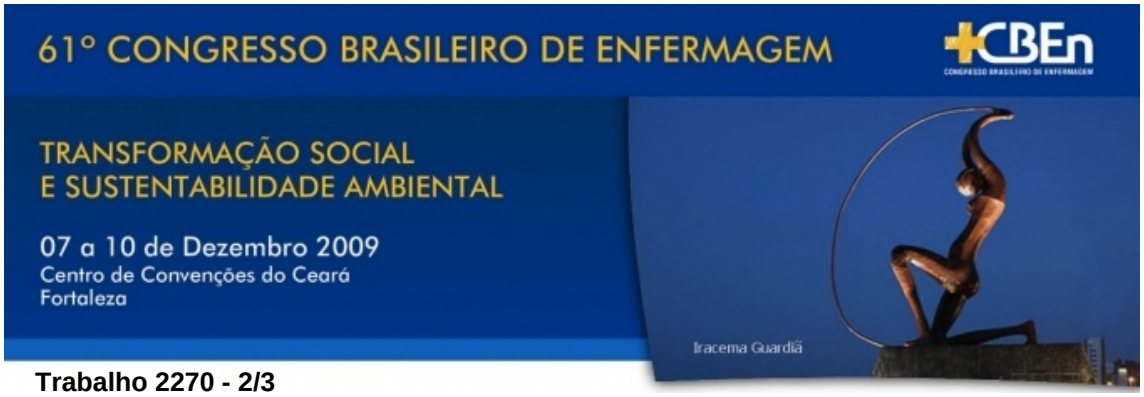
FREITAS, M.C[3]

Introdução: Saúde e meio ambiente são áreas completamente interligadas, não sendo possível ter saúde individual e coletiva sem antes cuidar do meio ambiente. Os problemas ambientais atuais e seus conseqüentes efeitos à saúde precisam ser discutidos pela sociedade a fim de gerar e implementar uma gama de ações corretivas e preventivas. O profissional de enfermagem tem a responsabilidade de se preocupar com a questão ambiental, pois ela é uma das principais condicionantes da relação saúde-doença. A saúde do meio ambiente além de englobar uma visão ecológica, considera também o ambiente de trabalho saudável como um elemento essencial para a proteção do profissional e do cliente, para isso também é necessária a adoção de medidas de segurança individual, conhecidas como biossegurança. A biossegurança é um campo de conhecimento e um conjunto de práticas e ações técnicas com preocupações sociais e ambientais destinadas a conhecer e controlar os riscos que o trabalho pode oferecer ao ambiente e à vida. Além disso, tem função de promover consciência sanitária, abordando a necessidade do cuidado na manipulação e no descarte de resíduos infectantes. A falta de uma cultura de prevenção tem sido uma das maiores dificuldades para as pessoas agirem com precaução nas áreas de saúde, muitos trabalhadores são admitidos sem treinamento e exercem suas

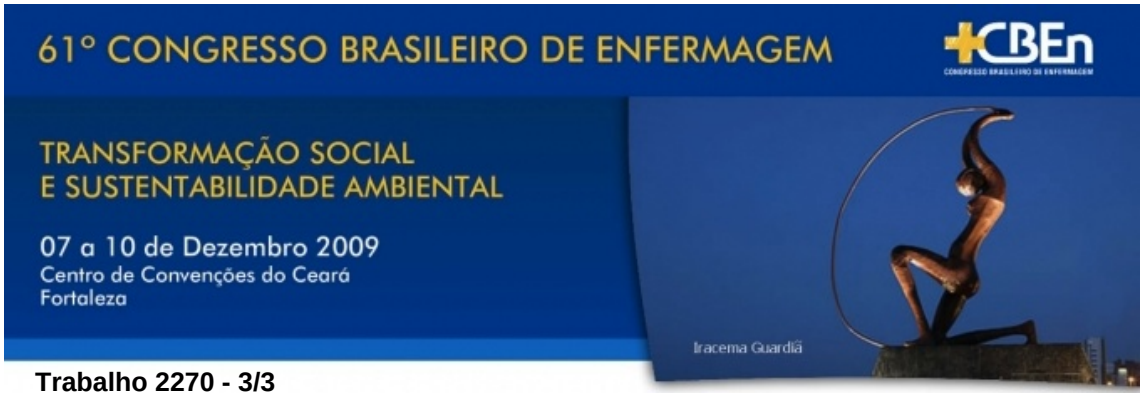
[1] Alunas do 3° semestre Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará-UECE.Componentes do Grupo de Pesquisa Educação Saúde e Sociedade-GRUPESS. Linha de Pesquisa Educação em Educação em Saúde na Atenção ao Idoso.

[2] Alunas do 3° semestre Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará-UECE.Componente do Grupo de Pesquisa Saúde Mulher e família. Helenagracielli@hotmail.com

[3] Profa.Doutora Universidade Estadual do Ceará-UECE Enfermeira Instituto José Frota. Componentes do Grupo de Pesquisa Educação Saúde e Sociedade-GRUPESS. Linha de Pesquisa Educação em Educação em Saúde na Atenção ao Idoso.

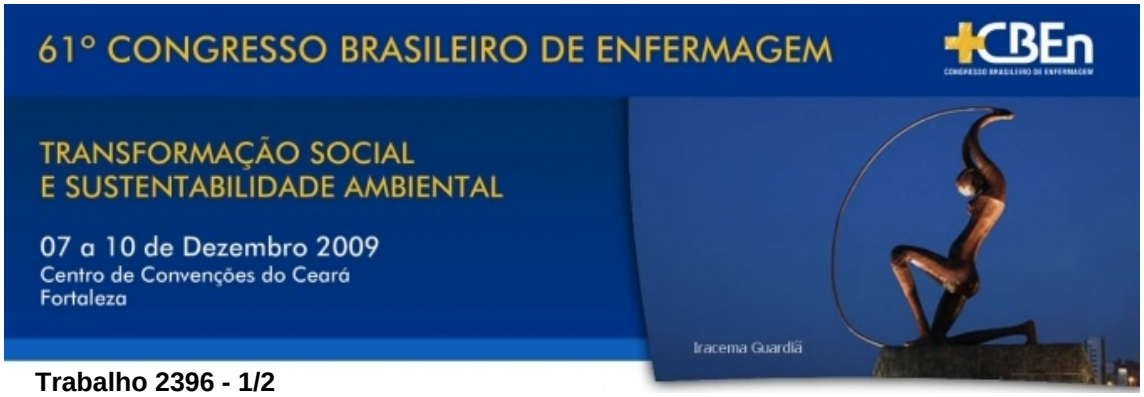


funções sem estarem acostumados com os procedimentos, contribuindo para o aumento dos riscos nas atividades A melhor forma de proteger um profissional de saúde é oferecer ensino e treinamento adequado, pois não adiantará a garantia de equipamentos de proteção, se esses forem incorretamente empregados. A educação em biossegurança não está inserida nas disposições legais de formação dos profissionais de enfermagem, ocasionando uma deficiência no conhecimento do assunto. A instituição de longa permanência é um local onde os profissionais estão expostos a riscos ambientais junto a idosos residentes, quando não organizado um ambiente pensando nos idosos e suas alterações da senescência. Com o tempo, esses trabalhadores passam a conhecer e ter uma maior confiança em relação à área de trabalho, pessoas, ou materiais presentes nesse local, e devido a grande demanda de idosos que necessitam de cuidados especiais, sem se dar conta, da relevante capacitação dos cuidadores quanto a temática.**Objetivo:** Conhecer o que sabem os cuidadores de uma instituição de longa permanência para idosos sobre saúde ambiental e biossegurança; capacitar esses profissionais quando a saúde ambiental e biossegurança. **Metodologia:** Pesquisa-ação, realizada em uma instituição de longa permanênia para idosos, no mês de agosto de 2009. Iniciamos a pesquisa com o levantamtneo da literatura, buscando livros e artigos encontrados na *internet,* no banco de dados da BIREME sobre a biossegurança e a saúde do meio ambiente, para aprofundar o conhecimento das acadêmicas sobre o assunto. Realizamos oficina educativa, utilizando data show como recursos visuais, em uma instituição de longa permanência no município de Fortaleza. O público alvo foram técnicos e auxiliares de enfermagem funcionários da instituição. A capacitação e discussão tiveram comando dos alunos do curso de graduação de enfermagem. Atendemos aos preceitos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo comitê da Universidade Estadual do Ceará, com o protocolo nº. 08386825. **Resultados:** Percebemos por meio de uma dinâmica, em que os participantes receberam uma folha perguntando sobre o que era biossegurança e o que significava saúde do meio ambiente para eles, consideramos avaliação diadnóstica, realizada por meio da oficina. Reconhecemos por meio das respostas que os profissionais tinham poucas noções sobre o termo de biossegurança e dificuldades para expressar o significado de saúde do meio ambiente. Após a apresentação do assunto,



discutimos com eles as principais medidas de segurança que são adotadas no abrigo, as condições do seu ambiente de trabalho e o que poderia ser melhorado na instituição para garantir um ambiente saudável para os seus profissionais e idosos residentes. Ainda durante a discussão foram esclarecidas as dúvidas e compartilhadas as experiências de cada um acerca do assunto. O ensino foi realizado de uma forma a mostrar como devem ser feitos na prática alguns procedimentos, com isso observamos uma maior assimilação do assunto pelos participantes, isso provavelmente contribuirá para a sua posterior prática. **Considerações finais:** É fundamental que a equipe de enfermagem ofereça à população idosa cuidados que promovam um envelhecimento sadio e ativo, para isso é primordial que o profissional cuide da sua própria saúde, prevenindo-se dos riscos aos quais está exposto no seu ambiente de trabalho. Diante disso é essencial que os profissionais tenham um bom conhecimento sobre biossegurança, a importância de um ambiente de trabalho saudável e a relação entre meio ambiente e saúde como fatores determinantes da relação saúde-doença. A educação é a melhor forma para se alcançar esse objetivo, através da inclusão do assunto na grade curricular dos cursos de formação dos profissionais, na forma de ensino e treinamento na própria instituição de trabalho, e por meio de cursos que atualizem e capacitem esses profissionais a exercerem a sua atividade com segurança. **Bibliografia:** ANDRADE AC, SANNA MC. Ensino de biossegurança na graduação em enfermagem: uma revisão da literatura. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v.60, n.5, p.569-72, 2007 set-out.GIR E.et.al. Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às preucações. **Rev Esc Enferm** USP. 2004; 38(3):245-53; KILGERMAN DC. et.al. Sistemas de indicadores de saúde e ambiente em uma instituição de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** 12(1): 199-211, 2007 MASTROENI MF. **Biossegurança aplicada a laboratórios e serviços de saúde.** 2ª.ed. São Paulo: Atheneu;2005.

Descritores: Biossegurança, Saúde, Meio ambiente, Enfermagem.

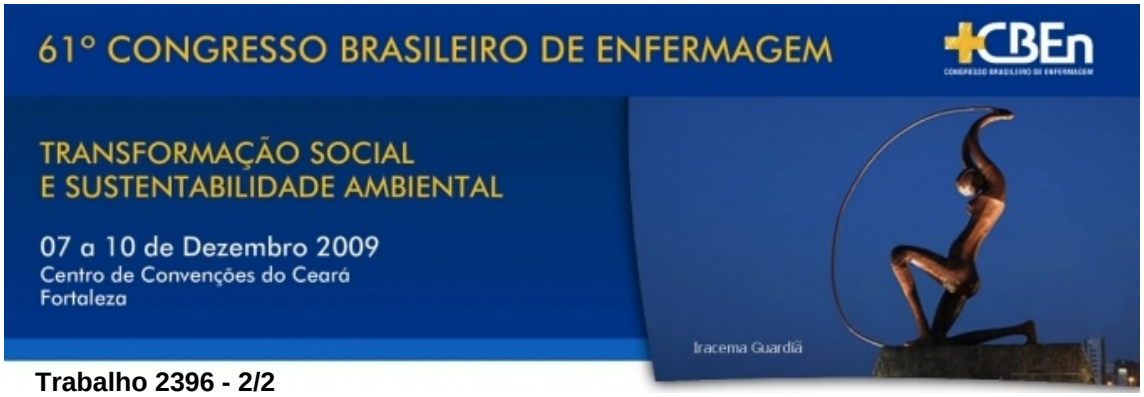


Trabalho 2396 - 1/2

SAÚDE AMBIENTAL: PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DAS FACULDADES INTA

Gomes, Alicequel Ferreira(1)
Martins, Maria Gerliane Queiroz(2)
Monteiro, Maria Adelane Alves (3)
Ponte, Keila Maria de Azevedo (4)

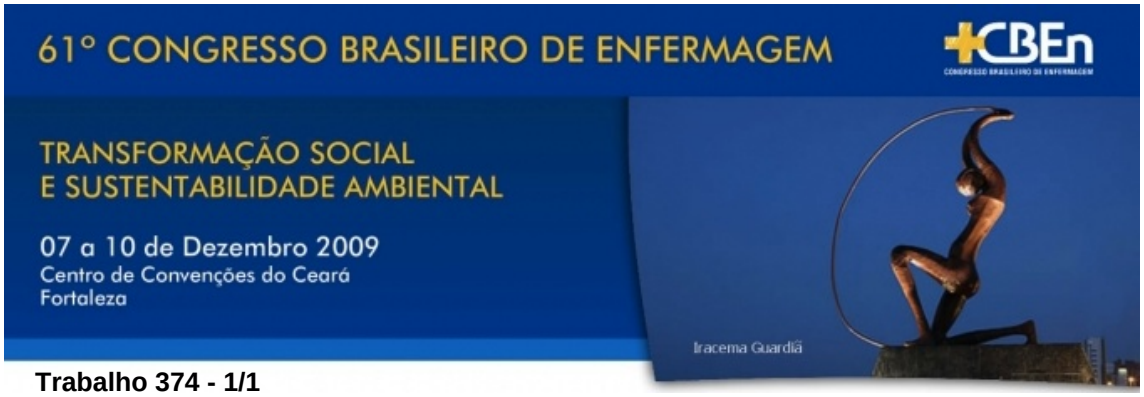
Introdução: O desenvolvimento das habilidades e competências deve ser estimulada desde o inicio da vida acadêmica, nesse contexto Casate e Correia (2006) referem que as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de educação em enfermagem tem como objetivo garantir a capacitação de profissionais de saúde valorizando a autonomia, a humanização e ética votadas para cidadania e solidariedade. Como profissional enfermeiro deve ser atuante e tem um papel fundamental na educação em saúde da população, faz-se necessário agregar aulas de campo a disciplina de saúde ambiental já que o diálogo do profissional de saúde sobre o bom uso do lixo e sua manipulação para transformação dos resíduos em materiais reciclados faz com que o aluno passe a se tornar um bom profissional no tocante do desenvolvimento de atitudes que irão transformar a comunidade e que irão desenvolver a ascensão profissional. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos alunos do segundo período do Curso de Enfermagem sobre aulas práticas de saúde ambiental. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa realizado com alunos do segundo período do Curso de Enfermagem do Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA em Sobral - Ceará. Foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado para a coleta das informações. Os aspectos éticos do estudo foram respeitados de acordo com a Resolução 196/96. A turma era composta de em média cinquenta alunos e participaram do estudo vinte e cinco. Os alunos foram divididos em subgrupos de cinco alunos para trinta famílias que se propuseram a participar do trabalho educativo. Foram elaborados planos de abordagem a comunidade e preparação dos acadêmicos através de leituras de literaturas voltadas pra saúde ambiental, e aulas expositivas e reunião grupal. As aulas práticas foram realizadas no bairro Dom Expedito em Sobral - Ceará no período de dezembro de 2008. **Resultados:** A ação fez parte das atividades da disciplina de Saúde Ambiental do Curso de Enfermagem das Faculdades INTA, sendo que a aula de campo trouxe para os acadêmicos uma visão mais holística da realidade



por ter sido o primeiro contato dos alunos com a comunidade. Esse encontro possibilitou a realização de ações de educação ambiental através da entrega de panfletos e explicações educativas dos acadêmicos de casa em casa na comunidade, fazendo com que os estudantes passarem a refletir sobre o processo de formação, com ênfase em sua dimensão humana e tendo em mente reflexões construtivas na valorização e preservação do meio ambiente. Essa compreensão pode oferecer subsídios para a reflexão sobre a humanização da prática em saúde/enfermagem. **Conclusão:** Foi constatado que a inserção do acadêmico no campo de prática foi importante, pois fez com que os alunos desenvolvesse uma concepção da importância das ações ambientais para a promoção e prevenção do meio ambiente e da saúde da população e trouxe uma experiência relevante para a capacitação de uma abordagem eficaz voltada para comunidade fazendo que esses alunos desenvolvesse habilidades e competências para utilizar no futuro da profissão de enfermagem. **Referencias bibliográficas:** CASATE, Juliana Cristina; CORREA, Adriana Katia. **Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 40, n. 3, Set. 2006.Disponívelem: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Ago. 2009.

Descritores: Saúde Ambiental; Enfermagem; Educação em Saúde

(1) Discente do Curso de Enfermagem do Instituto Superior deTeologia Aplica em Sobral – Ceará. Email: alice_fg1@hotmail.com
(2) Discente do Curso de Enfermagem do Instituto Superior deTeologia Aplica em Sobral - Ceará
(3) Enfermeira doutora. Coordenadora Adjunta do Curso de Enfermagem do Instituto Superior deTeologia Aplica em Sobral- Ceará .
(4) Enfermeira especialista, Coordenadora Adjunta de Enfermagem do Instituto Superior deTeologia Aplica em Sobral- Ceará.

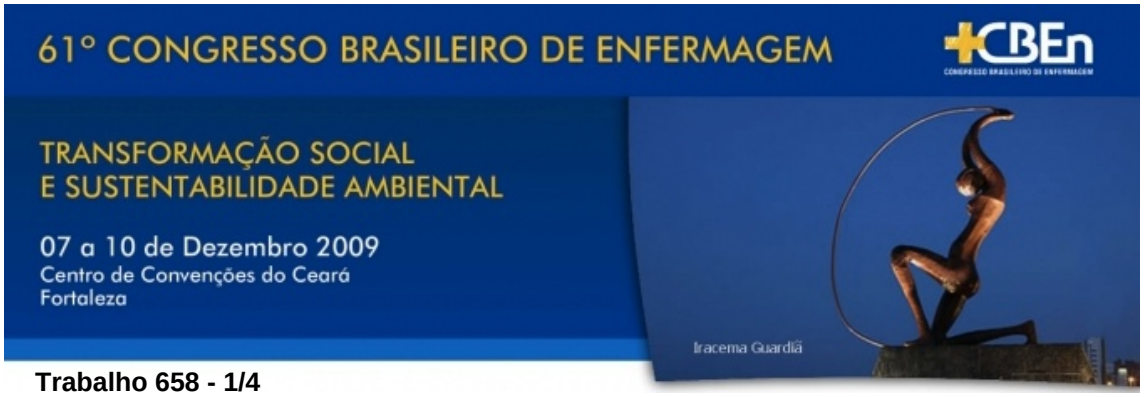


Trabalho 374 - 1/1

SAUDE E ADOECIMENTO DE EMPREGADOS DA EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAFOS: O OLHAR DA PSICODINAMICA DO TRABALHO

Pedro Izidoro Giovanetti

INTRODUÇÃO: As mudanças no mundo do trabalho vêm causando transformações no perfil da classe trabalhadora com a redução da classe produtora de bens e aumento no setor de serviços. O trabalho é um fator primordial na construção da identidade dos seres humanos, bem como da saúde, da realização pessoal, influindo na formação das relações sociais e no crescimento cultural, mesmo gerando novas formas de servidão e de patologias.
OBJETIVOS: O objetivo principal deste estudo foi investigar os indicadores de saúde e adoecimento, com base nas relações entre o contexto de trabalho, o custo humano do trabalho, as vivências de prazer e sofrimento e os danos físicos, psicológicos e sociais causador pelo trabalho, dos empregados da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, localizadas no Distrito Federal.
METODOLOGIA: Aplicação do Instrumento de Auxiliar de Diagnostico e Indicadores Críticos do Trabalho, como parte da consulta de enfermagem durantes os exames periódicos ocupacionais.
RESULTADOS: Foram distribuídos 1405 instrumentos, sendo que 594 (42,3%) foram devolvidos. A amostra foi composta por 70,5% de empregados do sexo masculino, 33,2% com faixa etária entre 41 a 50 anos, 56,9% casados, 76,3 com escolaridade de nível médio. Os empregados avaliaram criticamente a organização, as condições e as relações de trabalho. O custo humano no trabalho foi avaliado de forma critica nas esferas físicas e cognitiva e satisfatoriamente na esfera afetiva. Os indicadores de prazer e sofrimento foram avaliados criticamente em nas esfera de liberdade de expressão e realização profissional e satisfatoriamente nas esferas de falta de reconhecimento e no esgotamento.Para os dados físicos a avaliação foi critica e para os danos psicológicos e sociais a avaliação foi satisfatória.
CONCLUSÕES: Esta foi uma avaliação de forma geral para identificar os setores da empresa em que possa se explicitar uma demanda para a implantação da clinica do trabalho.

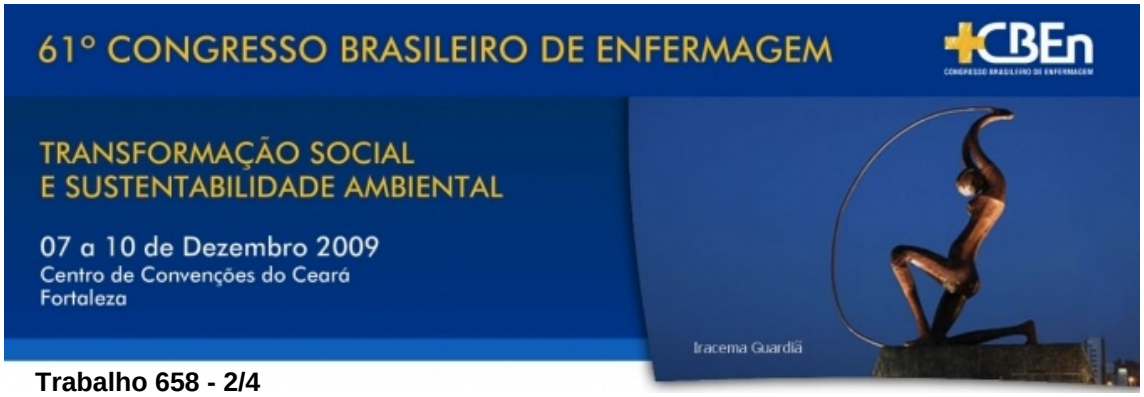


SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: O COTIDIANO DE TRABALHO NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS[1]

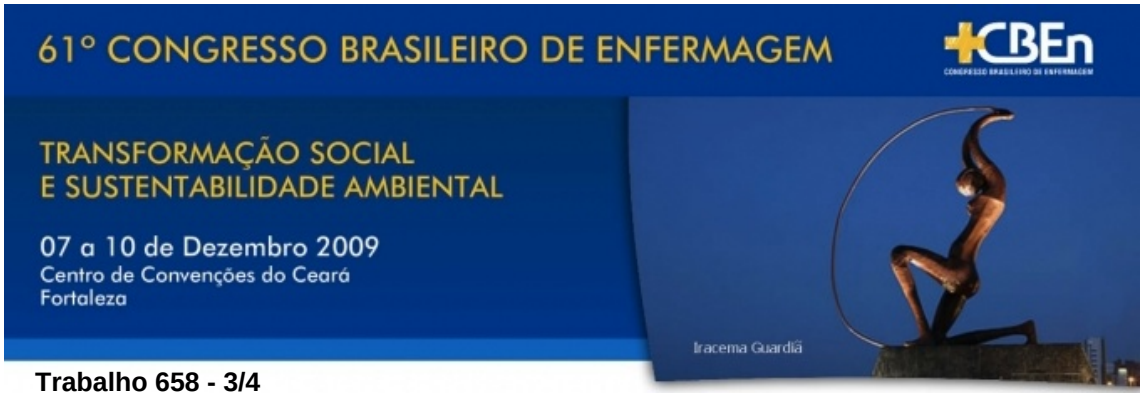
Gomes, Gelmar Geraldo[2]
Rocha, Thays Batista da[3]
Araújo, Meiriele Tavares[4]
Alves, Marília[5]

Nos últimos anos, buscando atender os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalização do acesso, equidade e integralidade, várias estratégias de organização do sistema vêm sendo utilizadas. Entre elas encontra-se a expansão dos serviços de urgência/emergência com a criação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Este foi criado como primeiro componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, em setembro de 2003. O SAMU se caracteriza pelo "atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde e que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte"(1). Tem como função prestar atendimento e/ou garantir transporte adequado ao usuário, levando-o a outro Serviço de Saúde da rede hierarquizada do SUS, quando necessário. O SAMU é parte da rede regionalizada e hierarquizada de atendimento às urgências e emergências que recebe solicitações de usuários e profissionais de saúde em situações caracterizadas como de urgência/ emergência em diferentes pontos da cidade. No entanto, há poucos estudos sobre o SAMU se comparado aos tradicionais hospitais de urgência e escassez de estudos sistematizados sobre a percepção dos profissionais do SAMU sobre o cotidiano de trabalho e o serviço do qual fazem parte. Este estudo tem como objetivo identificar as percepções dos profissionais

[1] O projeto original "Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: representações sociais de usuários e profissionais" teve apoio financeiro da FAPEMIG e Bolsa de Produtividade em Pesquisa do CNPq e de Iniciação Científica do CNPq a da FAPEMIG.
[2] Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Bolsista de Iniciação Científica do CNPq. Membro do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE). Aluno do 7° período de graduação em Enfermagem. gelmargomes@yahoo.com.br.
[3] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Bolsista de Iniciação Científica da FAPEMIG. Membro do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE). Aluna do 7° período de graduação em Enfermagem.
[4] Mestranda em Enfermagem pela UFMG. Enfermeira da SMS Betim-MG. Membro do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE).
[5] Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Aplicada e do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Líder do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE).



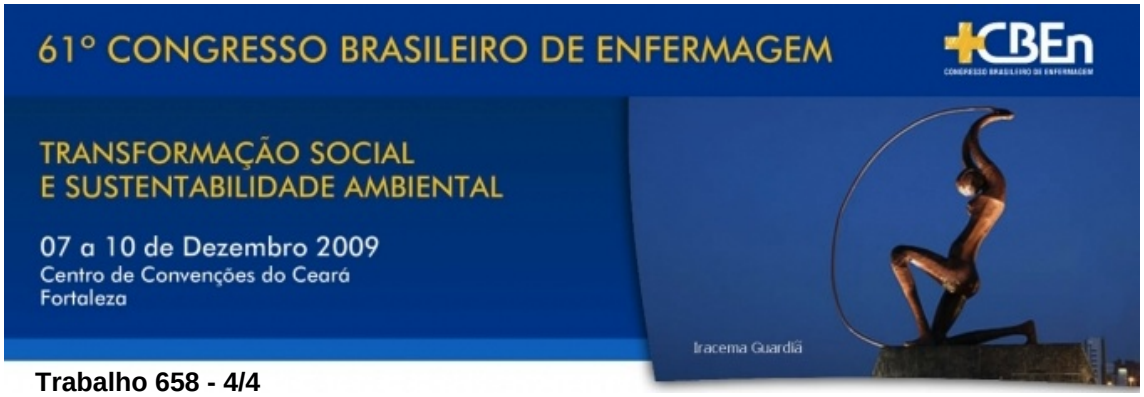
do SAMU sobre os serviços prestados, buscando conhecer sua identificação com o trabalho, a instituição e suas relações com os profissionais de outras unidades de saúde. Foi realizado um Estudo de Caso qualitativo cujos dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas com 12 profissionais do SAMU, em maio e junho de 2009. Para definição da amostra foi utilizado o critério de saturação, ou seja, as entrevistas foram encerradas quando nenhum dado novo estava sendo acrescentado. Os dados foram submetidos à Análise de conteúdo, segundo Bardin [(2)]. O projeto de pesquisa, atendendo à Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foi avaliado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas: UFMG, (Protocolo nº. 215/08) e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, (Parecer nº. 014/2008). Foi garantido o sigilo das informações, anonimato dos participantes e a utilização do material somente para pesquisa, além do esclarecimento quanto à participação voluntária e o direito de se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem sofrer prejuízo ou dano. Os resultados mostram que, 66,66% dos profissionais entrevistados são do sexo masculino e a idade teve uma variação de 24 a 50 anos, sendo que 41,66% têm entre 21 e 30 anos, 16,67% de 31 a 40 e 33,33% de 41 a 50 anos e 8,34% não informaram a idade. Dos entrevistados 58,33% são casados, 25% solteiros e 16,67% divorciados ou separados. Quanto à formação, 41,66% têm o ensino médio (2° grau) completo, 41,66% são técnicos em enfermagem, 8,34% são enfermeiras e 8,34% tem o ensino superior incompleto. Dos entrevistados 16,67% trabalham no SAMU há menos de um ano, 50% de 1 a 5 anos e 33,33% há mais de 5 anos. Quando indagados sobre o trabalho no SAMU, todos os entrevistados relataram gostar muito do trabalho por ser um serviço diferenciado que visa atender às urgências e emergências de Belo Horizonte, um trabalho totalmente voltado para a comunidade. Acrescentaram, ainda, que para trabalhar neste serviço é preciso gostar e ressaltaram que é um trabalho social, instigante e também de muita responsabilidade e agilidade. Relataram, também, como vantagem, que o SAMU é uma escola ambulante, que lhes proporciona grande aprendizado e é muito gratificante poder socorrer e ajudar as pessoas em suas necessidades, orientar e acalmar as famílias. Assim, prestar um bom serviço, gostar do trabalho, ter oportunidade de aprendizado, contribuir para salvar vidas é uma experiência profissional que faz com que se



identifiquem com a organização e o trabalho, passando a valorizar mais a vida, em suas diferentes dimensões. No entanto, também citaram pontos negativos como a carga de trabalho, irregularidade de horários, o stress do trânsito, falta de respeito para com as ambulâncias, incompreensão de usuários e de unidades que recebem pacientes encaminhados pelo o SAMU, a periculosidade, o mau uso do sistema e baixa remuneração. Foram mais freqüentes as queixas relacionadas à irregularidade de horários, mau uso sistema e a incompreensão de usuários e de unidades que recebem o SAMU. Os entrevistados, em sua totalidade, relatam que a relação entre os profissionais do SAMU é boa, ressaltando o companheirismo, o trabalho em equipe e o bom convívio no trabalho. Apenas um entrevistado aponta dificuldades de relacionamento por parte de alguns profissionais, apesar de afirmar que, em geral, as relações no trabalho são boas, o que nos pareceu uma questão pontual. Quanto à relação dos profissionais do SAMU com os pacientes, os entrevistados a classificam como boa e que somente tem dificuldades com alguns usuários, em situações específicas devido à dificuldade de locomoção e demora. No que diz respeito à relação dos entrevistados com os profissionais da rede relataram que são bem recebidos principalmente nos hospitais de referência em trauma, mas, também, apontam dificuldades em algumas unidades de saúde, nas quais profissionais se recusam a receber o paciente devido à grande demanda e superlotação das unidades. Conclui-se que os profissionais do SAMU se identificam com o trabalho realizado, principalmente por alcançar sua finalidade de socorrer pessoas em situações críticas de saúde. No entanto, enfrentam dificuldades comuns à maioria dos trabalhadores e específicas de um trabalho que exige agilidade, lidar com pessoas, enfrentar diariamente o transito caótico da cidade e, ainda, as decorrentes da pouca integração das unidades da rede de saúde do município.

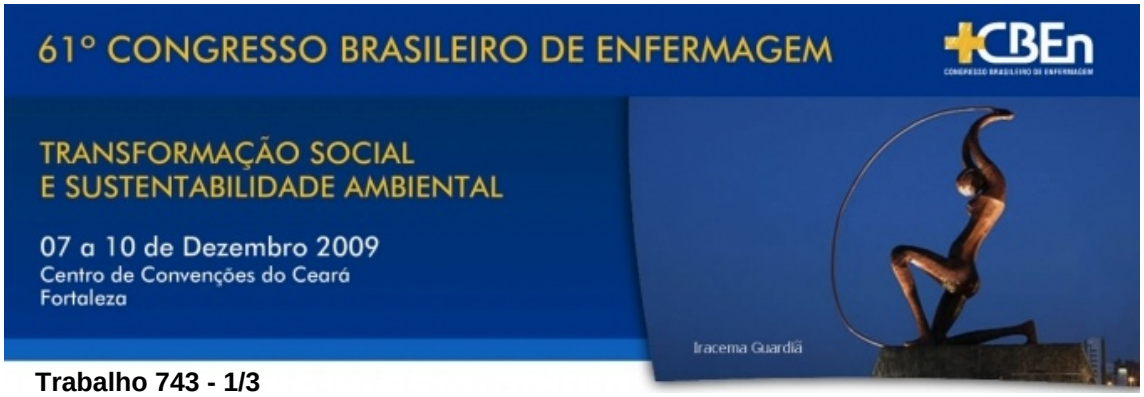
Palavras-Chave: Serviços Médicos de Emergência, Enfermagem em Saúde Pública, Tratamento de Emergência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM No. 2.048, de 05/11/2002. Dispõe sobre a organização do atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

2. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70, Lisboa: 2004.



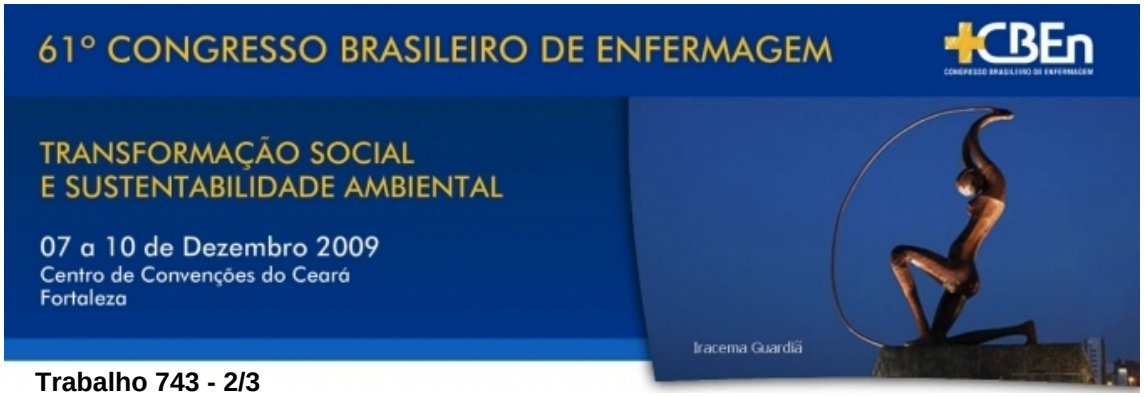
Trabalho 743 - 1/3

SISTEMA ABERTO DE ASPIRAÇÃO X SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO: UMA VIVÊNCIA DAS ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO.

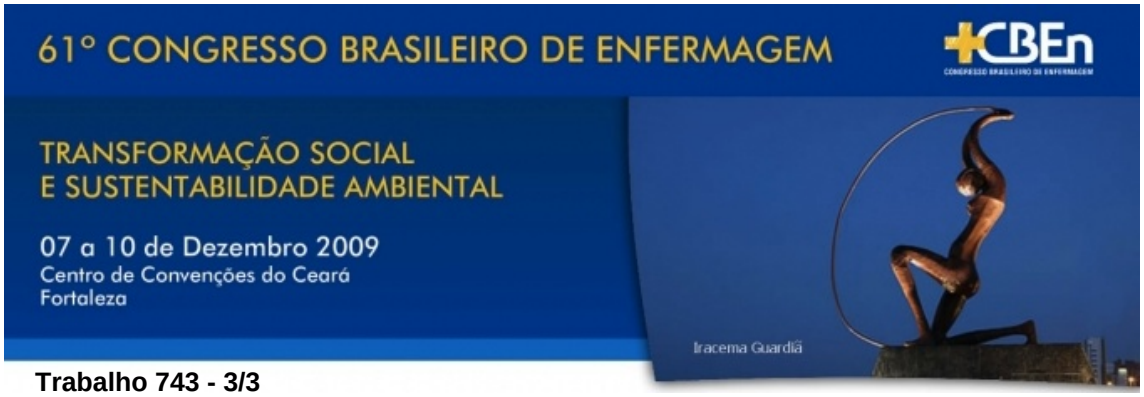
Emidio, Rosane Alecrim Ferreira[1]
Bezerra, Marcele Nunes[2]
Lago, Flavia Waleska Nechio[3]
Silva, Elaine Patrícia Vincler[4]

A intubação endotraqueal reduz a eficácia da barreira natural entre a orofaringe e a traquéia. A aspiração traqueobrônquica pode ser realizada através da nasofaringe, orofaringe e endotraqueal. É um procedimento invasivo, largamente utilizado pelos profissionais da área de saúde e tem como objetivo a redução de secreções, mantendo ou favorecendo a permeabilidade das vias aéreas e com isso, melhorando a ventilação pulmonar. Os mecanismos de defesa das vias aéreas superiores até a árvore traqueobrônquica incluem pêlos, mucosas altamente vascularizadas e revestidas com epitélio ciliar e um manto mucoso que aprisiona as partículas inaladas transportando-as até a orofaringe pelo epitélio ciliado. A intubação é um dos procedimentos que reduz a eficácia das defesas nasais e pulmonares (SCHWARTZ, 1982, Cap.3, P.50). Por isso, pacientes intubados necessitam de constante higiene brônquica. Tendo esta técnica como emergente em nosso campo hospitalar nós em quanto acadêmicas de enfermagem de uma unidade de pacientes graves situado em um Hospital Municipal do Rio de Janeiro, sentimos necessidades de discutir nossa experiência como diferencial na prática do cuidar em enfermagem. Traçamos, desta forma os seguintes objetivos: Demonstrar aos profissionais da área de saúde, sobre as vantagens e desvantagens do sistema aberto e fechado de aspiração e Discutir a introdução de novas tecnologias, no setor saúde, focalizando o centro de terapia

[1] Rosane Alecrim Ferreira Emídio. Especialista em Terapia Intensiva. Enfermeira assistencial na UPG. HMSA. rosaneenfe@gmail.com. Telefones: 21 3111-2673, 9904-1319.
[2] Marcele Nunes Bezerra. Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). marcelenunes@yahoo.com.br Telefones: 21 3155-9229, 9762-0629.
[3] Flavia Waleska Nechio Lago. Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). flaviawaleska@gmail.com Telefones: 21 3403-7209, 8867-1009.
[4] Elaine Patrícia Vincler da Silva. Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). elainevincler@yahoo.com.br



intensiva. A metodologia utilizada foi um resgate bibliográfico através de materiais já escritos, foram consultados dezesseis livros e treze artigos científicos. A aspiração endotraqueal é um procedimento de enfermagem que é realizado para manter a permeabilidade das vias aéreas em pacientes intubados ou traqueostomizados, removendo de forma eficaz a secreção acumulada, permitindo uma ventilação e oxigenação adequadas. Porém, tal procedimento deve ser realizado seguindo técnicas asséptica, o que requer exaustivo treinamento da equipe que cuida do paciente. A aspiração endotraqueal pode ser realizada através de dois métodos ou sistemas: sistema aberto e o fechado. O sistema aberto de aspiração endotraqueal é o mais tradicional, e o mais rotineiramente usado na maioria dos serviços. Este sistema de aspiração de consiste na introdução de uma sonda nas vias respiratórias do paciente, para a extração de secreção. Para que a secreção seja removida, a sonda de aspiração deve ser conectada a um aspirador com pressão de sucção ou pressão negativa. O processo da aspiração é definido como o movimento de fluidos e gases de um lugar para outro por gradiente pressórico. Apesar de frequentemente ser realizada, a aspiração endotraqueal está associada a várias complicações como, arritmias cardíacas, aumento da pressão intracraniana, atelectasia, instabilidade hemodinâmica e quedas na saturação arterial de oxigênio em pacientes que requerem pressão final expiratória positiva (PEEP) e fração inspirada de oxigênio (FiO^2) elevados, além de pneumonia nosocomial. O sistema fechado de aspiração traqueal *TRACH-CARE*, é um sistema para realizar aspirações de secreções traqueais. É adaptado ao tubo orotraqueal ou à cânula de traqueostomia. O produto consta de uma sonda de aspiração traqueal que é inserida numa manga plástica e conectada diretamente ao paciente, de maneira que ele pode ser aspirado seguidamente sem necessidade de interrupção da ventilação mecânica e sem abertura do sistema para o ambiente. Os sistemas de aspiração aberto e fechado são igualmente eficazes na remoção de secreções. No entanto, o sistema fechado determina menor risco de hipoxemia, arritmias e de contaminação e deve ser preferido, principalmente em situações nas quais são usados valores de PEEP elevados, como na lesão pulmonar aguda. (JERRE et al, 2007; FARIAS; FREIRE; RAMOS, 2006). A tecnologia, nossa aliada, tem proporcionado avanços terapêuticos, em que cada sistema orgânico



comprometido tem sua equivalência em suporte e diagnóstico, por meio de equipamentos microprocessados e compactos. Ao analisarmos estes dados concluímos que a partir do exposto, pode-se constatar que o sistema fechado de aspiração endotraqueal propicia uma execução mais adequada da técnica como menor alteração dos parâmetros cardiovasculares, além de diminuir o tempo dispendido para execução do procedimento. Já o sistema aberto mostrou-se uma técnica tradicionalmente executada na unidade de terapia intensiva, acarretando alterações fisiológicas refletindo na qualidade da assistência. Estas recomendações remetem à importância do treinamento e reciclagem contínuas, a fim de manter a equipe devidamente capacitada na execução da técnica. Vale ressaltar a carência bibliográfica referente à temática. A arte de cuidar traduz-se em um diferencial quando a enfermagem busca fazer algo a mais do que acreditar ser o certo. Cuidar é a prática do bem sem olhar a quem.

Descritores: Enfermagem; Tecnologia em Saúde; Unidades de Terapia Intensiva.

Referências

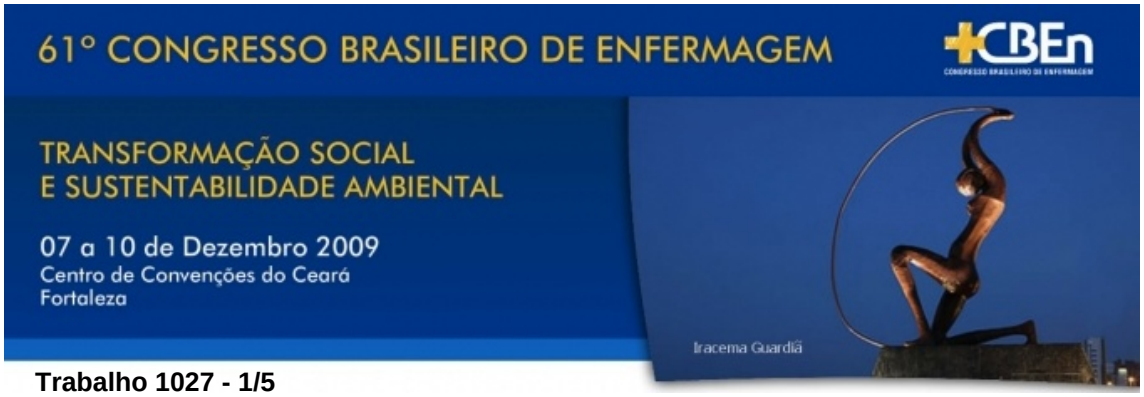
LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Metodologia do trabalho científico. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1992.

OLIVEIRA, I. et al. Análise da produção científica dos enfermeiros brasileiros sobre a temática ventilação mecânica. Revista Enfermagem Brasil, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.179-184, maio/ junho. 2007.

SAFAR, P.; CAROLINE, N. Insuficiência respiratória aguda. In: SCHWARTZ, G. R. Emergências Médicas. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982. Cap. 3, p. 50 – 97.

SILVA, Lolita Dopicio da. Cuidados ao paciente crítico: fundamentos para a enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2003.

ZUÑIGA, Q.G.P. Ventilação Mecânica básica para enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2003.

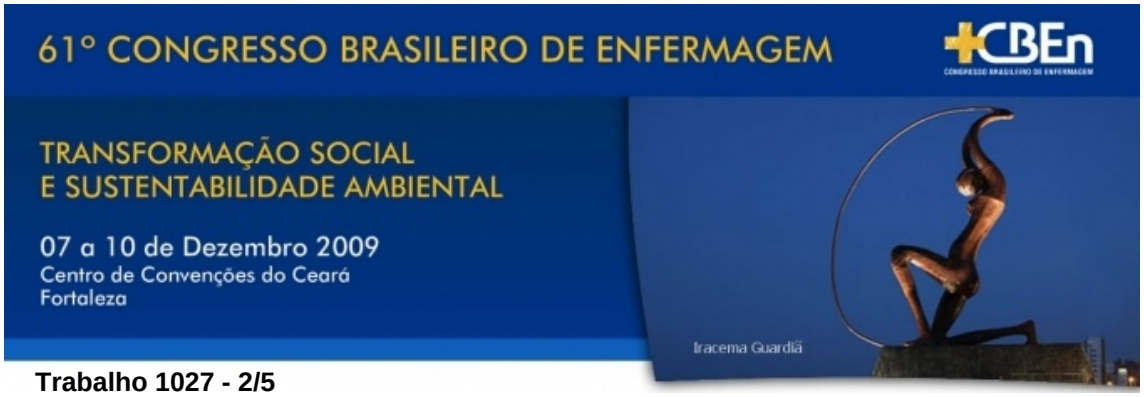


Trabalho 1027 - 1/5

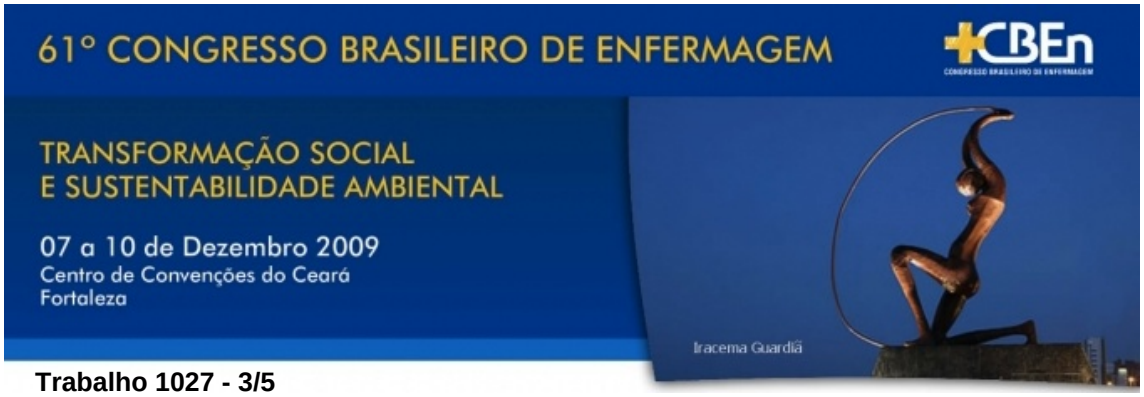
TENDÊNCIAS DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS BRASILEIRAS SOBRE MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRANSPORTE[1]

ROCHA, Karolina de Moura Manso da[2]
FARIAS, Glaucea Maciel de[3]
MORAIS FILHO, Luiz Alves [4]
COSTA, Isabel Karolyne Fernandes[5]
GURGEL, Allyne Karlla da Cunha[6]
BARROS, Wanessa Cristina TOmaz dos Santos [7]

INTRODUÇÃO: os acidentes de trânsito (AT's) são eventos que envolvem os veículos destinados ao transporte de pessoas nas vias públicas. Os AT's representam uma epidemia moderna que assola países no mundo inteiro, constituindo-se em um sério agravo a saúde. Esse tipo de acidente além de gerar elevado percentual de internação, com altos custos hospitalares, perdas materiais, despesas previdenciárias e grande sofrimento para as vítimas e seus familiares, traz como maior conseqüência a morte. Em 2006 o custo anual desse evento nas rodovias brasileiras alcançou em torno de 22 bilhões de reais, o que equivale a 1,2% do PIB brasileiro. A maior parte refere-se à perda de produção associada à morte das pessoas ou interrupção de suas atividades, seguido dos custos de cuidados em saúde além daqueles associados aos veículos. Segundo os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/MS), no ano de 2003, ocorreram 33.183 óbitos por AT's, significando 26,3% da mortalidade entre as causas externas. Desse modo, esses dados expressam a relevância epidemiológica e social do problema e a necessidade de articulação intersetorial entre as áreas de saúde, trânsito e a sociedade (BRASIL, 2002). Segundo Sauer e Wagner (2003), adolescentes e adultos jovens apresentam um elevado número de mortes por causas externas, especialmente em AT's, contribuindo com um contingente maior de anos potenciais de vida perdidos, o que reforça a sua importância em termos de saúde pública. Nesse contexto, lesões e danos provocados pelos AT's causam em especial mortes prematuras, resultam em custos excessivos para o governo e para a sociedade, sendo o álcool um dos principais colaboradores para a causa de morte e incapacidade de indivíduos na



plenitude da vida. Quanto aos fatores contribuintes para os AT's a literatura tem apontado, dentre outros, a precária conservação das estradas, frota antiga (mais de 12 anos) com manutenção precária das rodovias, somado ao ato de dirigir alcoolizado, da negligência e imprudência dos motoristas e condutores. **OBJETIVO:** conhecer como a mortalidade por Acidentes de Trânsito tem sido pesquisada na literatura brasileira. **METODOLOGIA:** trata-se de uma revisão de artigos científicos disponíveis no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), como a Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) Scientific Electronic Library Online (SciELO) e The Cochrane Library; e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. Além dessas bases, também pesquisamos o Portal da CAPES, no banco da CINAHL e da Web of Science, no entanto, nesse último portal, nenhum artigo atendeu os critérios de inclusão. O período de busca foi entre Março e Abril de 2009, utilizando os seguintes descritores: acidentes de trânsito (accidentes de tránsito; accidents, traffic); mortalidade (mortalidad; mortality). Os critérios de inclusão adotados foram: pesquisas sobre AT's, com dados sobre mortalidade, realizados no Brasil, em formato de texto completo, publicados em língua portuguesa, espanhola, ou inglesa entre o ano 2000 e 2009. Os dados foram coletados mediante a utilização de um formulário estruturado, abrangendo questões condizentes com a proposta da pesquisa. **RESULTADOS:** os artigos encontrados evidenciaram que os acidentes de transporte são responsáveis por um grande percentual de mortalidade no grupo das causas externas, variando de 14% a 52,5%. Entretanto, não superam as estatísticas dos homicídios, que é a principal causa de mortalidade atualmente. Mesmo assim, os AT's tem uma parcela significativa nesses números, sendo necessárias medidas que visem a prevenção, como o incremento nos itens de segurança dos veículos e do ambiente (maior e melhor sinalização de vias), a obrigatoriedade do uso do cinto de segurança, diminuição da velocidade (inclusive por meio de lombadas eletrônicas), campanhas de prevenção realizadas, assim como, a implantação de um código de trânsito mais rigoroso em 1998, instalação de radares e uma fiscalização mais ostensiva. Em relação à caracterização da vitima quanto ao sexo e idade, vários autores evidenciaram que o sexo masculino foi predominante



nos índices de mortalidades, sendo superior a 80% em relação ao feminino. Entretanto, quando os autores cruzaram as variáveis sexo feminino versus masculino e faixa etária, quanto ao óbito, tomando como base os dois extremos da vida, identificaram que o sexo feminino nas faixas mais jovens (de 0 a 19 anos) e nas pessoas idosas (a partir de 60) foi maior que a do masculino. Contudo, os homens adultos jovens dentro da faixa etária de 20 a 49 anos são ainda as principais vítimas fatais de AT's. Este fato apresenta um destaque especial, por revelar uma população em idade produtiva e participativa do mercado de trabalho. Além disso, evidenciam um fato marcante em relação ao impacto dessas mortes no que tange aos anos potencias de vida perdidos. **CONCLUSÃO:** de acordo com os estudos analisados concluímos que a mortalidade por AT's, possui índices bastante elevados especialmente entre jovens do sexo masculino na faixa produtiva, apesar de ser um evento previsíveis e passíveis de prevenção. Sendo assim, a análise dessa situação, que tão drasticamente afeta a vida das pessoas, pode auxiliar no planejamento de ações e enfrentamento dessa questão de saúde pública tão importante. Não resta nenhuma dúvida da importância desse problema, e da necessidade de mais ações na luta contra a perda de vidas ou das seqüelas advindas dos AT's que afetam a todos.

Palavras-chaves: acidentes de trânsito; mortalidade.

REFERENCIAS

SAUER, Maria Teresa Nardin; WAGNER ,Mario Bernardes. Acidentes de trânsito fatais e sua associação com a taxa de mortalidade infantil e adolescência. Cad. Saúde Pública. Out. v.19, n.5, p.1519-1526. 2003

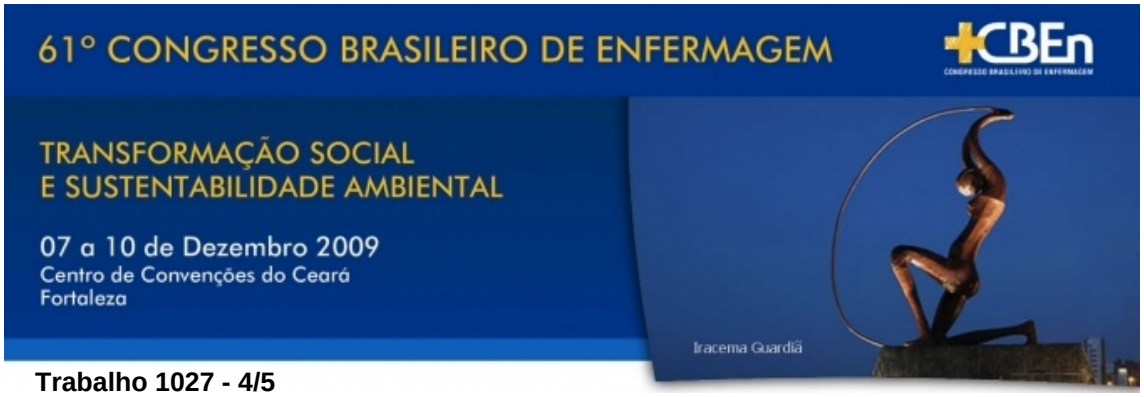
BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde. Rev. Saúde Pública Fev. v.36, n.1, p.114-117. 2002.

SOUZA M.F.M et al. Análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde. v.16, n.1, p.33-44. 2007.

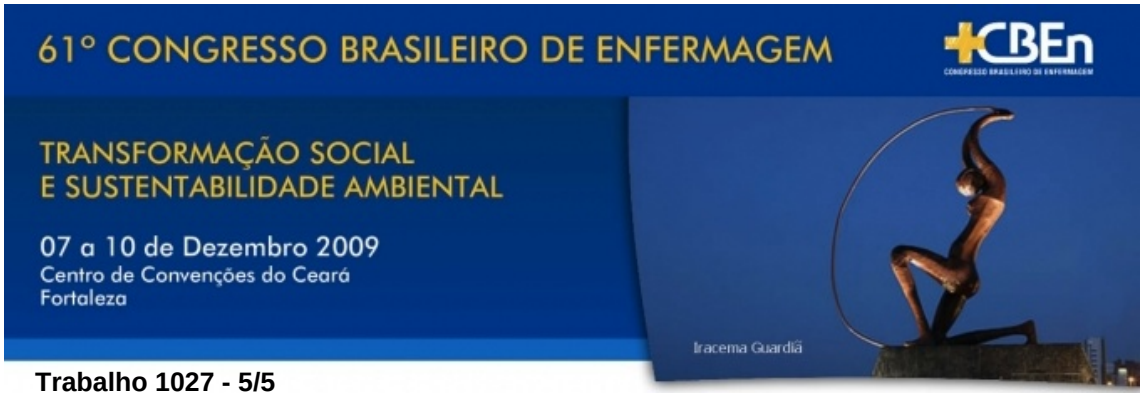
SOUZA, E.R.; LIMA, M.L.C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. Ciênc. saúde coletiva v.11, p.1211-1222. 2007,

EIXO 4: INTERFACE POLÍTICA E AMBIENTAL, POLÍTICAS DE SAÚDE, CUIDADO DE ENFERMAGEM

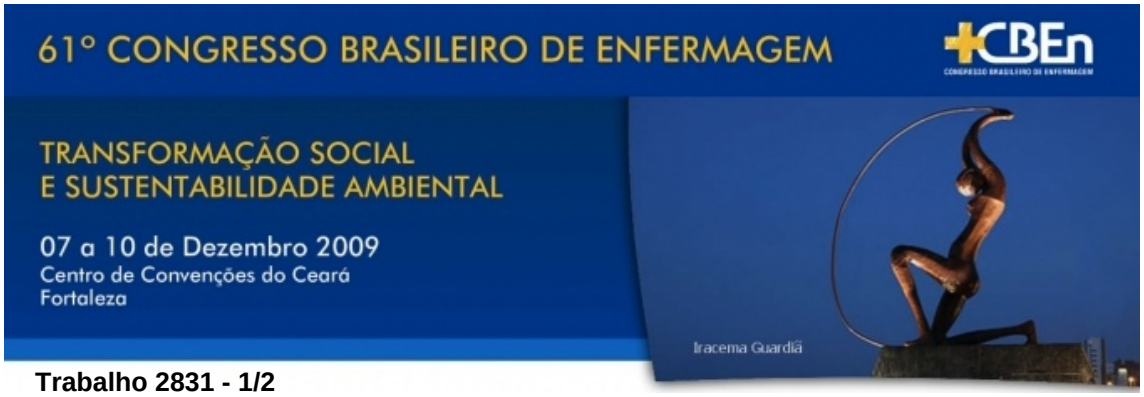
3. Saúde, ambiente, trabalho e biossegurança na Enfermagem.



1. Trabalho vinculado a Base de Enfermagem Clínica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
2. Enfermeiranda – Bolsista de Iniciação Científica (PIBIq) da UFRN. Endereço eletrônico: karolinamoura3@hotmail.com
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Professor Associado dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFRN.
4. Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN.
5. Enfermeira. Aluna especial de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN.
6. Acadêmica do 6º período de Enfermagem. Bolsista Voluntário de Iniciação Científica da UFRN.
7. Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRN. Docente do Departamento de Enfermagem de Santa Cruz. UFRN.



Trabalho 1027 - 5/5



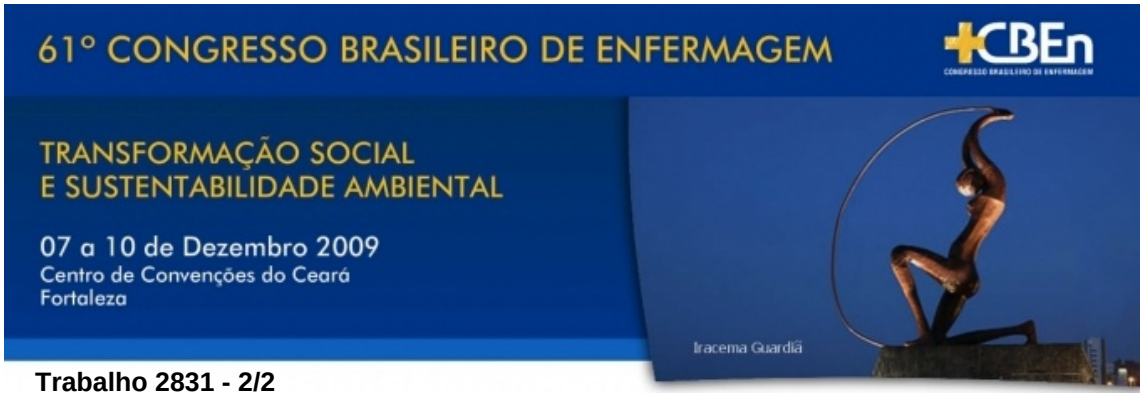
Trabalho 2831 - 1/2

TERAPIAS ALTERNATIVAS: LABORATÓRIO DO CUIDADO

ARAÚJO JÚNIOR, Manoel Austregésilo. [1].
MACIEL ARAÚJO, Maria Fátima. [2].
MOURA, Hosana Nunes [3].

INTRODUÇÃO: Diferentemente das práticas convencionais do cuidado a saúde centradas na cura de enfermidades, as terapias alternativas de saúde reconhecidas em diversas denominações, classificadas em sete grupos: terapias físicas: acupuntura, moxabustão, shiatsu, do-in, argiloterapia, cristais; hidroterapia: banhos, vaporização, sauna; fitoterapia: ervas, florais; nutrição: terapêutica nutricional ortomolecular; ondas, radiações e vibrações: radiestesia, radiônica; terapias mentais e espirituais: meditação, relaxamento psicomuscular, cromoterapia, toque terapêutico, visualização e Reiki visam o ser de maneira holística. **OBJETIVO:** Apresentar a estrutura de organização de um laboratório de terapias alternativas voltados para o desenvolvimento de práticas docentes, discentes, educação permanente e estudos e pesquisas na área. **METODOLOGIA:** Com abordagem descritiva o processo de organização do laboratório, desenvolvido de março a junho de 2009, seguiu algumas etapas: adequação da estrutura física, aquisição de equipamentos especializados, elaboração de normas de funcionamento, elaboração de protocolos de cuidado e exercício de experimentação de práticas de cuidados com uso de terapias alternativas entre docentes e discentes das disciplinas fundamentos de administração de Enfermagem e Práticas Alternativas em Saúde, com algumas parcerias de terapeutas populares. **RESULTADOS:** Com isso se concretiza um espaço acadêmico no âmbito de uma unidade de ensino de graduação voltado ao ensino e aprendizagem de terapias alternativas de cuidado a saúde, **CONCLUSÃO:** Legitima-se esse conhecimento como base de formação da graduação de Enfermagem ao tempo em que dispõe este cenário como espaço de

[1].Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceara, (manoelaaj@yahoo.com.br).
[2]. Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará - UFC – Fortaleza (CE), Brasil.
[23]. Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

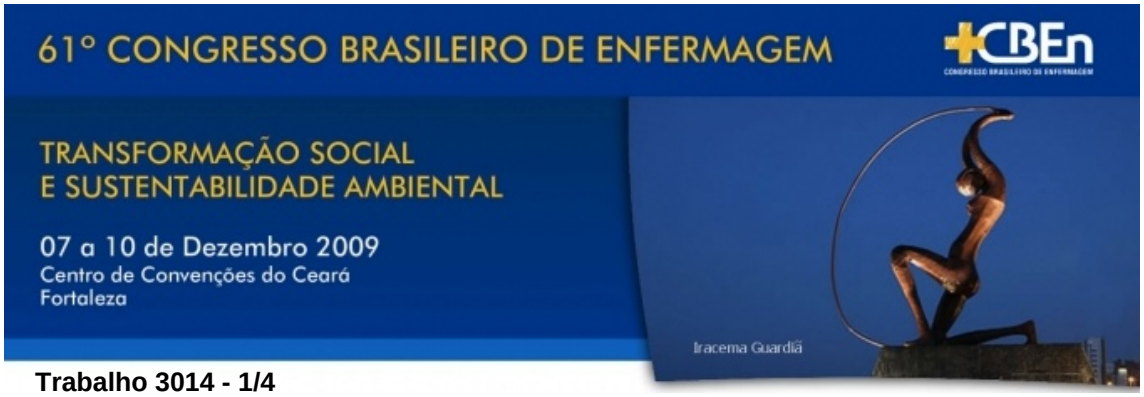


educação permanente para outras profissões e/ou capacitação de terapeutas populares.

Descritores: terapias complementares, cuidado de enfermagem, saúde holistica.

REFERÊNCIAS

1. NANDA, Diagnóstico de Enfermagem NANDA, Definições e classificações, 2007-2008; Trad. MICHEL, Jeame L. M, Porto Alegre: ArtMed; 2008.
2. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, et al. Ligações entre NANDA, NOC E NIC. Diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2009.
3. Conselho Federal de Enfermagem. (BR). Resolução COFEN 197. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7041&sectionID=34>. Acesso em: 15 maio 2007.
4. http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/lapacis/arquivos/JuliaCMottaENelsonFelice.pdf



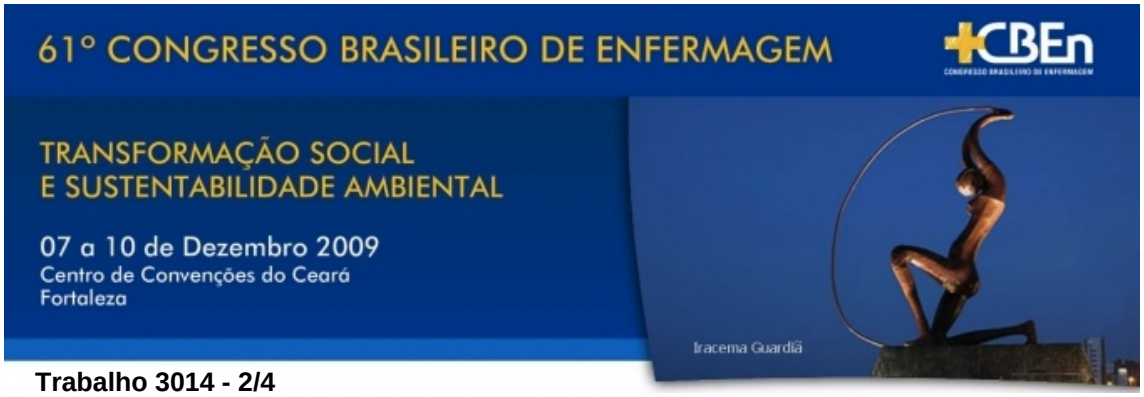
Trabalho 3014 - 1/4

TERRITORIALIZAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. LUCIANO ADEODATO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PET-SAÚDE DE SOBRAL-CE

ARAGÃO, Marcelo Martins[1]
AGUIAR, Glênia Costa[2]
CAPOTE, Patrick Teles Frota[3]
CHAGAS, Maristela Inês Osawa[4]
MACHADO, Diego Oliveira[5]
TEIXEIRA, Clarissa de Maria Tomás[6]

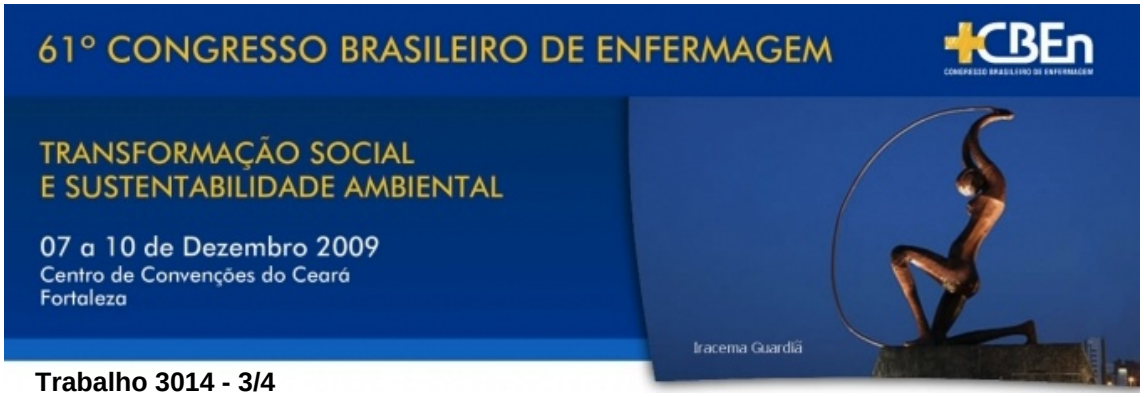
INTRODUÇÃO: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) é uma iniciativa governamental visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica (BRASIL, 2008). Buscando o alcance deste objetivo, estimula-se, dentre outras ações, vivências de processos educativos articulados com as necessidades de saúde da população de um dado território, através do enfrentamento de desafios identificados, da compreensão e interação com o ambiente. A concretização dessas idéias se dá com a territorialização - uma ferramenta metodológica que possibilita identificar a situação de saúde e as condições de vida da população em uma determinada área - como afirmam Gondim et all (apud MIRANDA et all, 2008). É, portanto, uma ação imprescindível para a atuação dos profissionais na Estratégia Saúde da Família, sendo uma prerrogativa inicial para atuação dos estudantes do PET-SAÜDE. **OBJETIVO:** Socializar a experiência de uma equipe de estudantes de Enfermagem e Medicina, bolsistas do PET-SAÜDE, com a territorialização da área de abrangência do Centro de Saúde da Família (CSF)

[1] Acadêmico de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Bolsista do PET-SAÚDE de Sobral-CE. E-mail: marcelo.forquilha@yahoo.com.br
[2] Enfermeira especialista em Saúde da Família. Gerente do Centro de Saúde da Família Dr. Luciano Adeodato. Preceptora do PET-SAÚDE de Sobral-CE.
[3] Médico do Centro de Saúde da Família Dr. Luciano Adeodato. Preceptor do PET-SAÚDE de Sobral-CE.
[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Diretora do CCS - UVA. Tutora do PET-SAÚDE de Sobral-CE.
[5] Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. Bolsista do PET-SAÚDE de Sobral-CE
[6] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Bolsista do PET-SAÚDE de Sobral-CE.



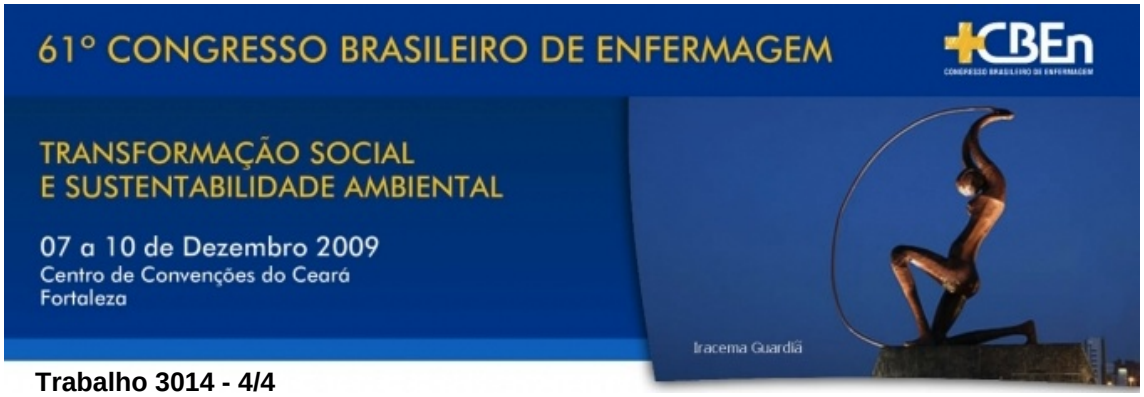
Trabalho 3014 - 2/4

– Dr Luciano Adeodato, no município de Sobral – CE. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, vivenciado no CSF Dr. Luciano Aldeodato, por uma das oito equipes do PET-SAÜDE no município de Sobral realizada durante os meses de maio e junho de 2009. O CSF Dr. Luciano Aldeodato atende a dois bairros: Tamarindo, que se localiza às margens do Rio Acaraú, e pelo Centro Urbano, que compreende a maior concentração de serviços bem como uma parcela relevante da população. Como o CSF localiza-se no bairro Tamarindo, é usualmente chamado de CSF Tamarindo. O processo de territorialização da área do CSF foi orientado e acompanhado por tutores e preceptores do PET-SAÜDE, sendo desenvolvido em 9 etapas básicas a saber: 1. Levantamento de dados bibliográficos; 2. Planejamento das atividades da territorialização apoiada pela tutora e equipe multiprofissional do CSF local, o que inclui os preceptores; 3. Reconhecimento do território a partir das múltiplas visões, realizada por meio de observação direta, acompanhada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do CSF-Tamarindo; 4. Discussão dos dados preliminares com preceptores/tutora; 5. Elaboração de um roteiro semi-estruturado para realização de entrevistas aos informantes-chave, previamente identificados pelos ACS, considerando tempo de residência no bairro, liderança e respeito da comunidade; 6. Entrevista com os 16 informantes-chave identificados sobre diferentes aspectos relacionados com o perfil deles e com as experiências de sua comunidade na área de saúde; 7. Coleta suplementar de dados epidemiológicos do CSF-Tamarindo no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); 8. Tratamento e análises dos dados à luz do referencial bibliográfico, de informações prestadas pela equipe multidisciplinar e da percepção dos discentes apreendida durante a inserção no campo; 9. Divulgação dos dados para a comunidade acadêmica. **RESULTADOS:** A equipe multiprofissional do CSF - Tamarindo, à época da pesquisa de campo, compunha-se de 22 ACS, 6 enfermeiras, 3 auxiliares de enfermagem, 2 médicos, 3 dentistas, 1 atendente de dentista, 4 vigilantes, 6 auxiliares administrativos, 2 serviços gerais e 1 *motoboy*. Tal equipe é responsável pela assistência à saúde de 3.573 famílias residentes nos bairros Tamarindo e

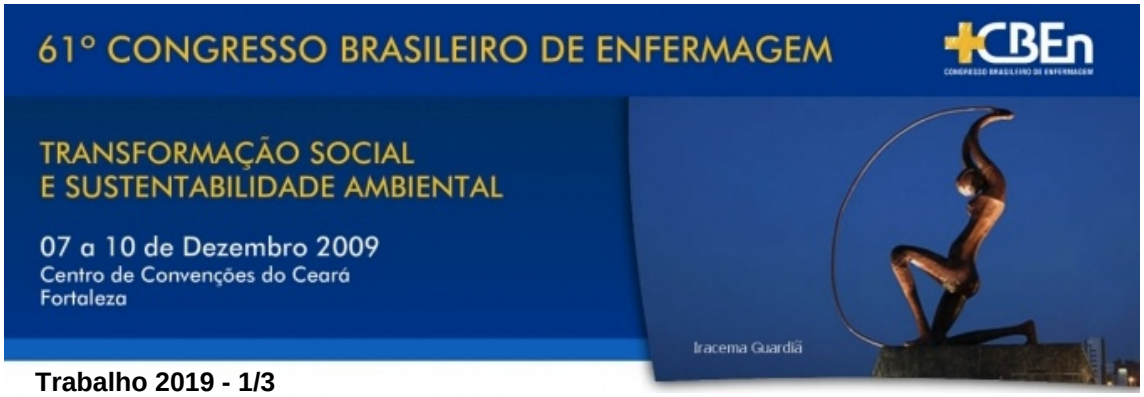


Trabalho 3014 - 3/4

Centro Urbano, ambos com perfis diferenciados, o que parece interferir no perfil epidemiológico da população assistida pelo CSF supracitado. No centro urbano há prevalência de doenças do envelhecimento, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), enquanto doenças infectocontagiosas ocorrem com maior freqüência no bairro Tamarindo. Em números absolutos, a população do Tamarindo é menor, porém apresenta maior complexidade social, devido a uma série de fatores socioeconômicos. Há discrepância na distribuição de equipamentos sociais (praças públicas, escolas, hospitais) quase inexistentes no Tamarindo e bem marcantes no centro urbano. No bairro Tamarindo prevalece áreas de risco social (prostíbulos e tráfico de drogas), risco ambiental, criminalidade e residências familiares às margens do Rio Acaraú, mais sujeitas aos agravos das enchentes na quadra invernosa. Por outro lado, o mesmo rio lhes serve de fonte de lazer e de renda e isso, associado à boa qualidade das relações interpessoais e ao nível de solidariedade existente entre os moradores, foi destacado como motivo da satisfação dos informantes por residir no local, apesar das dificuldades já apontadas. Devido ao maior poder aquisitivo, a população do centro urbano demanda menos assistência do CSF, pois uma parcela significativa dispõe de convênios de saúde, de caráter privado ou funcional. **CONCLUSÃO:** A experiência acadêmica ampliou nosso conhecimento acerca do objeto de estudo, de território e de sua dinâmica social, o que se torna importante para nortear intervenções voltadas ao aprimoramento da ESF no CSF observado. É notória a acentuada complexidade social de parte da área focada, mais precisamente, do bairro Tamarindo. O conhecimento de suas peculiaridades possibilita à equipe multiprofissional maior envolvimento com a população, tendo em vista o cuidado humanizado desenvolvido na Estratégia Saúde da Família. O estudo também propiciou o entendimento dos fatores sociais e culturais como predisponentes à promoção da saúde, vendo o ambiente como a inter-relação entre o homem/natureza. Portanto, nossa imersão na Estratégia Saúde da Família valida a territorização como uma ferramenta importante à apropriação da realidade do território, oferecendo informações imprescindíveis



para o planejamento em saúde e melhor atender às necessidades da população. **BIBLIOGRAFIAS:** 1. BRASIL. Portaria Interministerial n° 1.802, agosto de 2008. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27. ago. 2008. Seção 1, p. 27.2. CAVALCANTE NETO, P.G. **Programa de Educação pelo Trabalho – PET-SAÚDE**. Sobral-CE, 2008. 3. GONDIM, Grácia M. M. MONKEN, Maurício. ROJAS, Luisa Iñiguez. BARCELLOS, Christovam. PEITER, Paulo. NAVARRO, Marli. GRACIE, Renata. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. IN: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Mauricio. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. **DESCRITORES:** Programa Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde , Indicadores Básicos de Saúde.



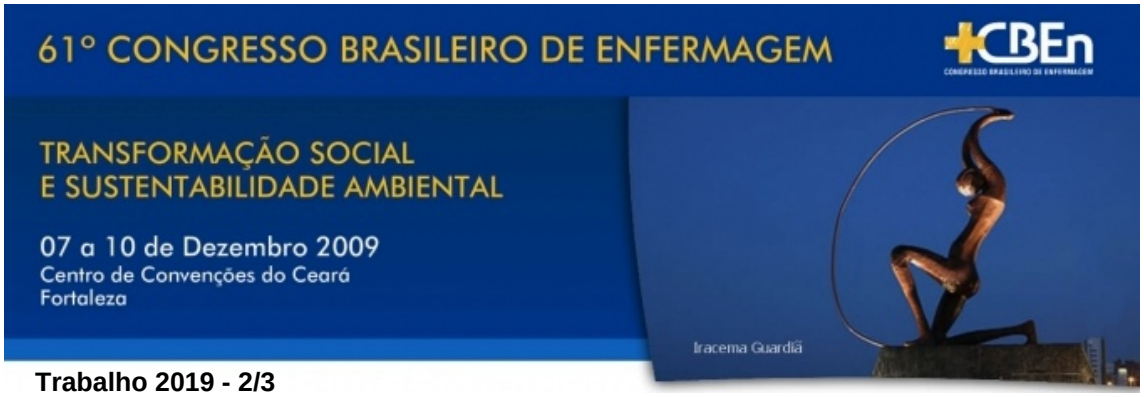
Trabalho 2019 - 1/3

TERRITÓRIO, AMBIENTE E RELAÇÕES DE PODER: PENSANDO SAÚDE DA FAMÍLIA COM NORBERT ELIAS

LUCCAS, Daiane Siqueira [1]
LAROCCA, Liliana Muller [2]
JÚNIOR RABONE, José Mario[3]

A reformulação do sistema de saúde brasileiro teve como estratégia, em 1994, a implantação de um novo modelo assistencial: o Programa de Saúde da Família (PSF) que possibilitou a ampliação de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família por meio da ação das equipes de saúde, que desenvolvem atenção básica na Unidade Local de Saúde e na própria comunidade. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) se destaca na equipe multiprofissional que compõe esta proposta, pela proximidade que estabelece com as famílias pertencentes ao território/processo, reconhecendo suas reais necessidades e colaborando assim para transformação da realidade da comunidade, considerada neste estudo como ambiente social. O envolvimento da sociedade nas mudanças do sistema de saúde brasileiro, consideradas estruturais, foi perceptível e justifica a investigação das relações estabelecidas entre os atores sociais partícipes do processo. Neste estudo procuramos descrever as relações de poder, analisadas sob a ótica do referencial teórico de Norbert Elias, existentes entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os usuários de uma Unidade de Saúde (Programa de Saúde da Família), pertencente ao município de Colombo, região metropolitana de Curitiba-PR e o território/ambiente onde elas se estabelecem. Trata-se de uma pesquisa descritiva, aprovada pelo Comitê de Ética da UFPR, com análise quanti-qualitativa dos dados, coletados por meio de entrevista semi-estruturada e observação participante, aplicada a 30 (trinta) usuários e 05 (cinco) Agentes Comunitários residentes no território investigado. Os resultados foram categorizados em relação

[1] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPR. Bolsista PIBIC/CNPq. Membro do GPPGPS/UFPR. e-mail: daiane_luccas@hotmail.com.
[2] Enfermeira. Doutora em Educação. Professora da Universidade Federal do Paraná. Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde – GPPGPS/UFPR.
[3] Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPR. Voluntário PIBIC. Membro do GPPGPS/UFPR.

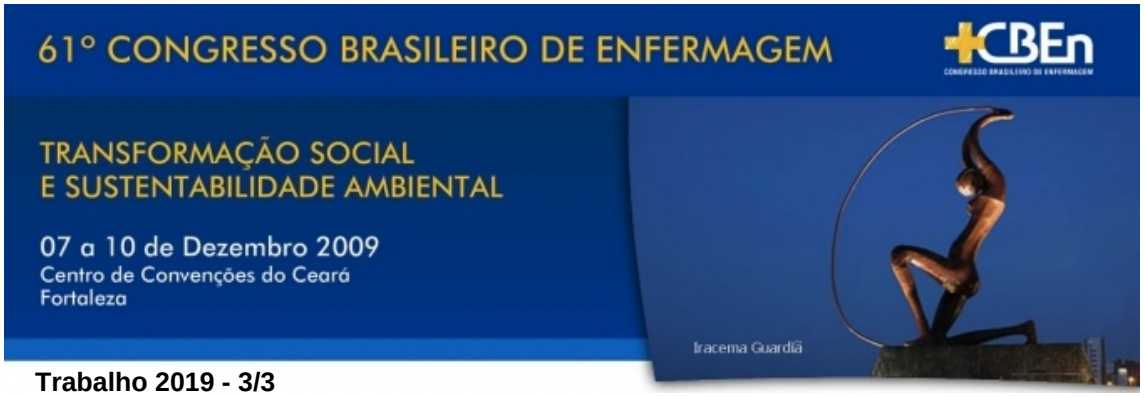


ao perfil sócio-demográfico e numa segunda etapa analisados em consonância aos conceitos de Elias – configuração, interdependência e equilíbrio de tensões. Na população pesquisada houve um predomínio de entrevistados do sexo feminino (90%), pertencentes à faixa etária de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos (ambos correspondendo a 33,3%) e a prevalência da participação dos moradores pertencentes à área 116 se comparado com outras áreas do território que compõe o estudo. A dinâmica entre sociedade e indivíduos, repleta de contradições e tensões que implicam lugar e posição social, conceito de figuração, foi evidenciada quando convidamos o usuário a refletir sobre a obrigatoriedade do ACS residir na mesma área de atuação profissional. Este conceito pode ser exemplificado por: *"As ACS estão por aí, a gente chama para dar uma passadinha em casa"*. O conceito de interdependência, que caracteriza a dependência recíproca entre os indivíduos, é evidente quando o usuário coloca a importância da existência do profissional ACS no elo que ele exerce entre comunidade e Unidade de Saúde: *"(O ACS) Traz a situação dos pacientes para o posto"*. O contato entre os atores sociais num dado ambiente social pode gerar mudanças no equilíbrio de forças (tensões), identificada na seguinte fala: "*Quando comento alguma coisa com ACS, no posto já ficam sabendo. Falo com a agente o essencial".* Como considerações finais, destacamos que práticas sanitárias estão permeadas de relações de poder mantendo interdependência com as políticas públicas. Nas relações sociais estabelecidas entre seres humanos teias complexas circundam os espaços das unidades de saúde (território) corroborando a necessidade de realização de pesquisas que aproximem o processo de trabalho em saúde aos referenciais da sociologia histórica.

Palavras-chave: Poder social; Programa de saúde da família; Agentes comunitários de saúde. Território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto n° 3189, 04 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 05 out. 1999. Disponível em



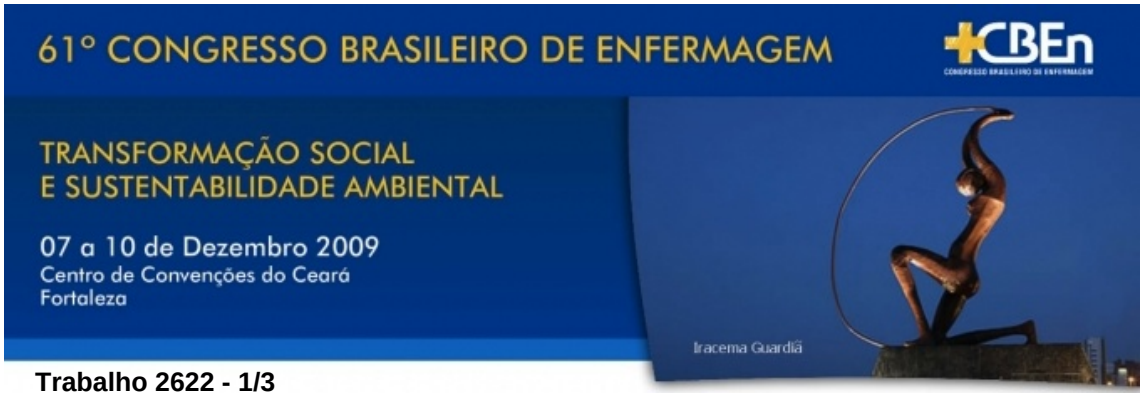
http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/Legis/CLT/Profis_regul/D3189_99.html. Acesso em: 01 jul. 2008.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.13, n.28, p.123-35, jan/mar. 2009. Disponível em:< http://www.interface.org.br/>. Acesso em: 29 jul. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª edição. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

SEOANE, A.F.; FORTES, P.A.C. A Percepção do Usuário do Programa Saúde da Família sobre a Privacidade e a Confidencialidade de suas Informações. **Saúde Soc**. São Paulo, v.18, n.1, p.42-49, 2009. Disponível em:<http://www.apsp.org.br/saudesociedade/>. Acesso em: 29 jul. 2009.

VEIGA, C.G. Pensando com Elias as relações entre sociologia e história da educação. In: FARIA FILHO, L.M. **Pensadores sociais e história da educação.** Belo Horizonte: Autêntica, 2005, 139-166 p.



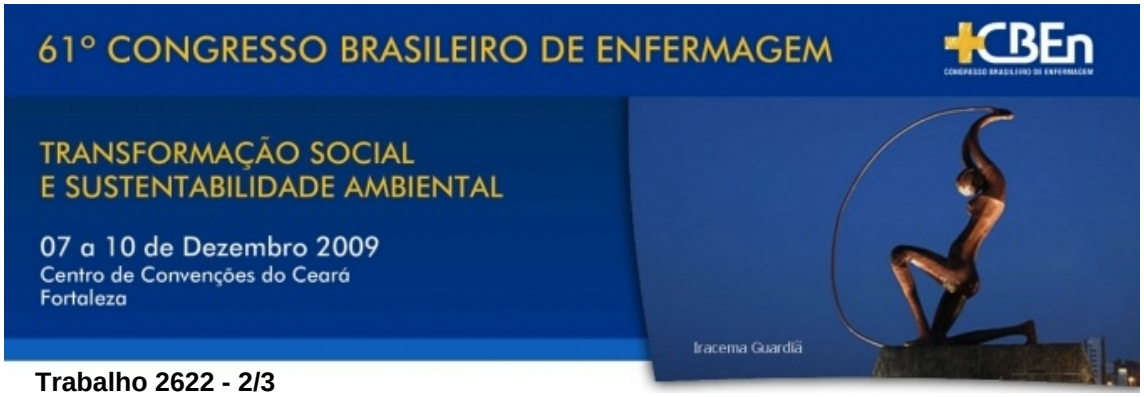
Trabalho 2622 - 1/3

TRABALHANDO A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO RESPIRATORIA AGUDA EM CRIANÇAS DE UMA CRECHE PÚBLICA EM TERESINA – PI.

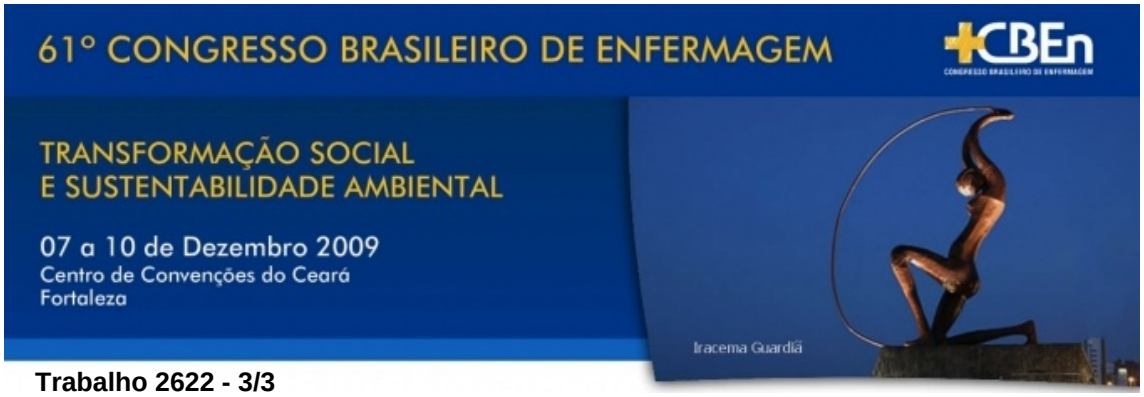
Morais, Kássia Rejane dos Santos [1]
Vasconcelos, Lyvia Crystina Alves de [2]
Lima, Sandra Cecília de Sousa [3]
Batista, Nancy Nay Loiola Leite Araújo [4]
Araújo, Eduardo Carvalho de [5]
Oliveira, Amanda Vieira [6]

INTRODUÇÃO: As infecções respiratórias agudas (IRAs) representam doenças de diversas etiologias e grau de complexidade que atingem crianças nos diferentes períodos do ano, sendo uma das principais causas de morbi-mortalidade[1]. A incidência das IRAs é semelhante em todo o mundo, tanto em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento, diferenciam-se apenas quanto a freqüência e gravidade dos casos.[2] As IRAs são problemas respiratórios que acometem crianças, principalmente nos primeiros cinco anos de vida pela suscetibilidade e imaturidade do trato respiratório nessa faixa etária, sendo causas de grande impacto sobre as taxas de hospitalização em crianças[3]. As infecções respiratórias infantis incluem em sua sintomatologia tosse, febre, dispnéia, dor de garganta, dor de ouvido, anorexia, coriza nasal, tiragem sub e intercostal, e cianose[4]. Caracterizam-se por crises que dependem ou não da exposição da criança ao agente infeccioso. Por apresentarem várias formas clínicas, dificultam a criação de estratégias para o controle ou erradicação dessas infecções[4]. Além disso, inúmeros fatores de risco estão relacionados aos problemas respiratórios em crianças, como idade da criança, nº de moradores por domicílio, desnutrição, escolaridade materna, desmame precoce, estação climática, tabagismo passivo, revelando uma maior incidência de infecções em crianças cujos pais apresentam baixa renda familiar, dificuldade de acesso ao serviço de saúde ou até mesmo a precariedade destes serviços, resultando no agravamento da doença.[5]

1 Graduanda de enfermagem do 6º período da FACE : email: kassiathuca@hotmail.com
2 Graduanda de enfermagem do 6º período da FACE.
3 Especialista em Enfermagem. Enfermeira. Professora da FACE.
4 Mestre em Enfermagem. Professora da FACE e FSA.
5 Graduando de Enfermagem do 4º período da NOVAFAPI.
6 Graduanda de Enfermagem do 6º período da FACE.



A freqüência da criança na creche também é um importante fator de risco para a ocorrência de IRA, devido a maior exposição das crianças aos agentes infecciosos pelo confinamento e aglomeração.[5] A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) preconiza as atividades educativas em saúde como uma das frentes para o controle das IRA, uma vez que medidas apropriadas de prevenção, detecção precoce de sinais de doença, principalmente sinais de gravidade, e manejo adequado dos principais agravos que acometem crianças pequenas, dependem dos conhecimentos que sustentam as práticas de cuidado no domicílio e em outros locais onde as crianças permanecem no seu dia-a-dia.[3] **OBJETIVO:** Relatar a experiência de um grupo de alunos de enfermagem na prevenção das Infecções respiratórias agudas em crianças na creche. **METODOLOGIA:** Os graduandos desenvolveram atividades na creche Peixe Vivo, no bairro Poti Velho, no período compreendido de março a junho de 2009, como conscientização, orientações aos pais e professores de medidas preventivas para as IRAs, através de palestras educativas. Foi realizada posteriormente consulta de enfermagem nas quais foram encontrados alguns problemas de saúde e orientando ao cuidador a levar a criança ao posto de saúde de sua área. Entre as medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos respiratórios, destacou-se principalmente a imunização, o aleitamento materno em crianças menores, uma alimentação nutricionalmente adequada, higiene ambiental, familiar e pessoal para prevenção de disseminação de infecções – em especial, a lavagem das mãos. No término da experiência desenvolveu-se a integração dos pais e responsáveis das crianças de todas as turmas da creche com os graduandos de enfermagem. **RESULTADOS:** Pode-se perceber através dos depoimentos dos pais e professores mudanças nas atitudes das crianças quanto a higiene, maior importância dada pelos pais para a imunização e redução na freqüência de IRAs nas crianças da creche, fato percebido pelos professores e enfermeiros do Centro de Saúde do bairro Poti Velho.**CONCLUSÕES:** A experiência mostra ser possível reduzir a freqüência de IRAs em crianças que freqüentam creches com medidas educativas e identificação precoce através da consulta de enfermagem dos possíveis portadores, para manejo correto, providência imediatas para evitar que a infecção se propague por todo o grupo. À assistência de enfermagem é muito importante nesse tipo de experiência.



DESCRITORES: Infecção Respiratória Aguda (IRA), Crianças, Creche.

BIBLIOGRAFIA:

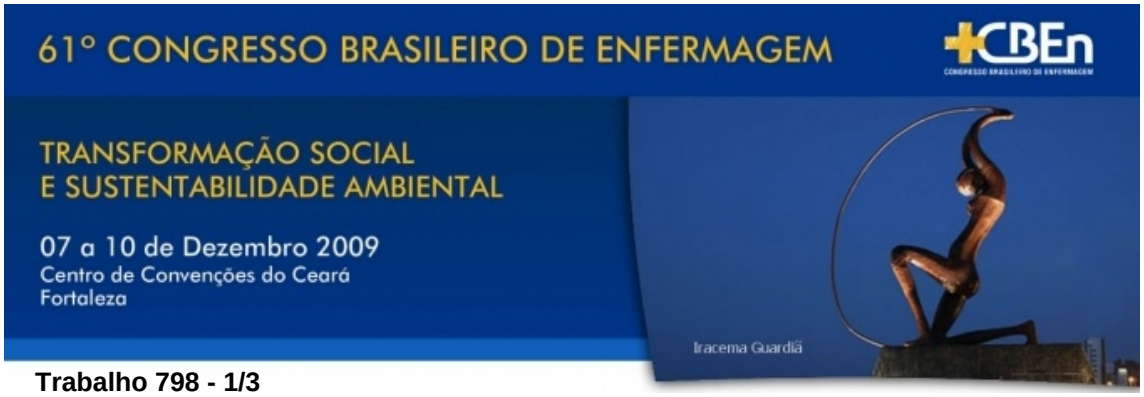
1 Rodrigues, OG. *et al.* Infecções virais em crianças portadoras de doença respiratória aguda, atendidas em um Centro de Saúde Escola, em Belém, Pará, Brasil*. Pediatria.* v. 26, n.1, p.13-20, 2004.

2 Botelho, C. *et al*. Fatores ambientais e hospitalizações em crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.6, p.1771 -1780, 2003.

3 Andraus, LMS. *et al*. Ensinando e aprendendo: uma experiência com grupos de pais de crianças hospitalizadas. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [on line] 2004. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/r1_desvela.pdf. [Acesso em 24 jul. 2009]

4 Barata, RCB. *et al*. Gastroenterites e infecções respiratórias agudas em crianças menores de cinco anos em área da região Sudeste do Brasil, 1986-1987. I – Infecções respiratórias agudas. São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v.30, n.6, p.553-63, 1996.

5 Caetano, JRM. *et al*. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública.* v. 36, n.3, p.285-91, 2002.



Trabalho 798 - 1/3

TRABALHO DA ENFERMEIRA EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO: metáforas de resistência à mudança do ambiente de trabalho[1]

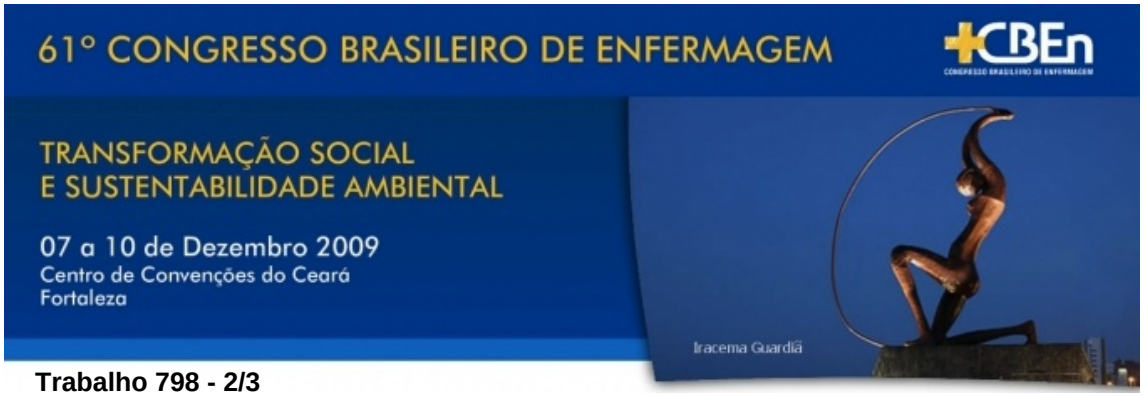
Silva, Iranete Almeida Sousa[2]
Cruz, Enede Andrade da[3]

RESUMO: O trabalho da enfermeira em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é complexo, pela diversidade de tecnologias e suas características peculiares. Neste ambiente fechado, de assistência especializada, com diferenciais humanos e tecnológicos, são atendidos pacientes em estado crítico, ou seja, em risco de vida. Dessa forma, esta unidade, se constitui em um cenário no qual o desgaste físico de energia e envolvimento dessa profissional é intenso. O trabalho dessa profissional, nesta unidade, é entendido como todas as atividades do cotidiano desenvolvido de forma coletiva, em que, vários trabalhadores cuidam de um mesmo corpo (ALMEIDA; ROCHA, 1986). É nesse contexto que a equipe multiprofissinal atua, cercada por intensas relações entre pacientes e profissionais, com o objetivo de prestar cuidados aos pacientes graves e potencialmente graves. Em meio a essas atividades, consideradas estressantes, podem emergir as Representações Sociais (RS). Estas são construídas segundo Moscovici (1978) e Jodelet (2001), como conhecimento do senso comum resultante da comunicação e interação social, elaboradas e partilhadas por determinado grupo social ou parcialmente, por parte dele. Neste estudo as Representações Metafóricas (RM), foram extraídas das RS construídas sobre o trabalho da enfermeira em UTI apreendidas neste ambiente social, como processo de objetivação que, segundo Vala (2001) representam a transformação do desconhecido – ou não familiar – em familiar, tornando-o concreto mostrando assim, a sua proximidade com o pensamento icônico das informantes. METODOLOGIA: Estudo descritivo com abordagem qualitativa, fundamentado nos aportes teóricos e reflexivos das RS de Moscovicí (1978), com o objetivo de analisar as RM extraídas das RS das enfermeiras participantes deste estudo,

[1]- Dados extraídos da Dissertação intitulada: Trabalho em Unidade de Tratamento Intensivo: representações sociais de enfermeiras apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2007.

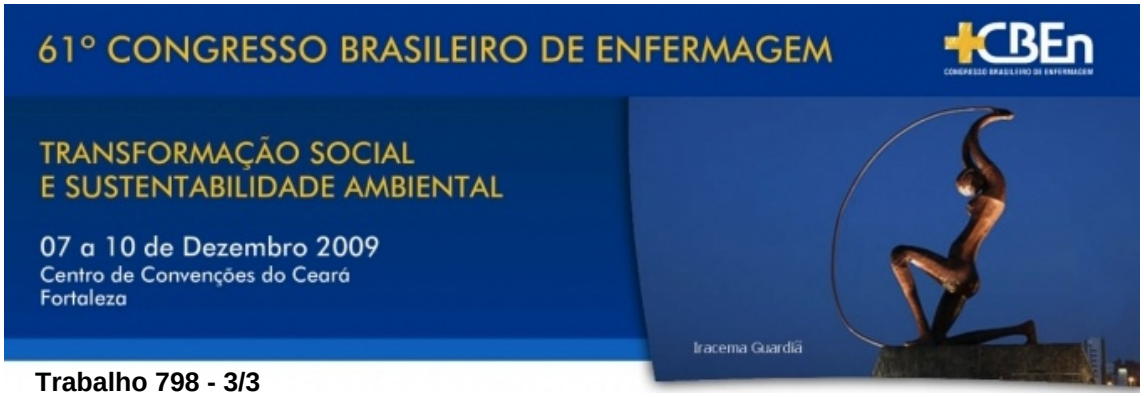
[2]- Enfermeira, Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Coordenadora da Unidade de Tratamento Intensivo do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos. Docente da Faculdade São Camilo-Ba e Faculdade Adventista da Bahia. iranetealmeida@hotmail.com

[3]- Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Docente do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA, Membro do GEPASE Coordenadora do NUPESCC.



sobre o trabalho da enfermeira em UTI. Participaram deste estudo as enfermeiras de cinco UTI's, de dois hospitais de grande porte, prestadores de serviço aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo um também, prestador de serviço à rede privada da cidade de Salvador-Ba. A pesquisa seguiu as orientações previstas na resolução 196/2006 concernente a estudos que envolvem seres humanos e foi efetivada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa N. 52/2006. RESULTADOS: Os dados evidenciaram o processo de objetivação das RS através das metáforas: *luta diária*, *missão*, *cachaça, é [...] estar engatinhando e é [...] uma escada.* Essas metáforas apontam para elementos significativos que simbolizam a condição de argumentação da enfermeira sobre o seu trabalho, e, em conseqüência, a resistência de mudança de ambiente de trabalho, ou seja, de unidade. Embora esse trabalho seja considerado estressante, essas profissionais utilizam-se dessas metáforas, para afirmar o caráter sedutor e gratificante que possibilitam satisfação no desenvolvimento das atividades assistenciais e laborais. Dessa forma ancoram o argumento do senso comum transformado do científico, no processo de enraizamento e estabilidade nessa unidade que, segundo Abric (2000), é reapropriado pelo grupo em seu sistema cognitivo e reintegrado a seu sistema de valores. Assim, projetam a satisfação resultante, não só da assistência direta e integral ao paciente, como da concretização da finalidade desse trabalho, como elementos de resistência à transferência de ambiente laboral. CONCLUSÂO: Conclui-se que as enfermeiras percebem o trabalho nessa unidade, como uma luta diária, por correr contra o tempo para assistir o paciente, ser uma missão na atuação profissional, um vício e uma oportunidade de crescimento profissional e pessoal. Recomenda-se, portanto, aos gestores, que essas metáforas sejam consideradas como elementos de valor significativo, que devem ser registrados nas fichas funcionais, como critérios de acompanhamento e avaliação do desempenho dessas profissionais, no sentido de atender seus anseios e contribuir para a permanência ou não, dessas enfermeiras, nesse ambiente de trabalho, salvaguardando a organização de possíveis implicações trabalhistas legais.

Palavras-chave: Enfermagem. Representações Sociais. Metáforas. Trabalho. Unidade de Tratamento Intensivo.



Referências:

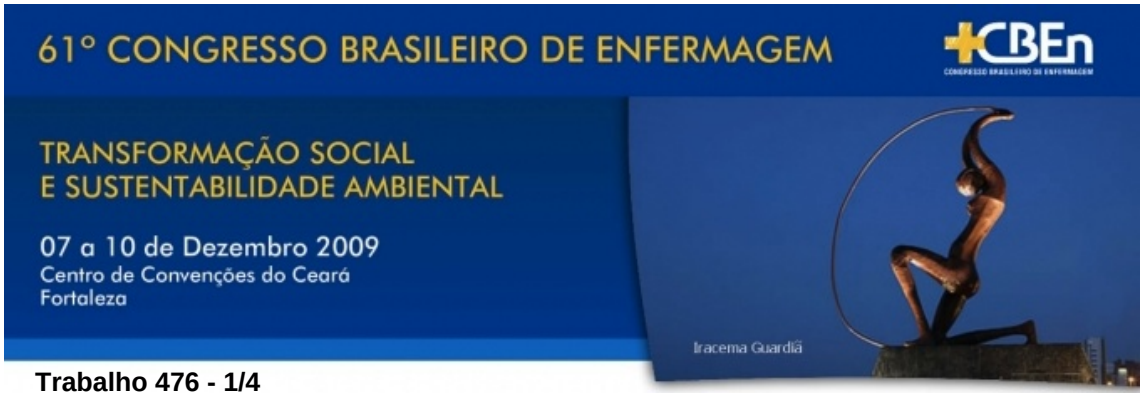
ABRIC, Jean Claude. A abordagem estrutural das representações sociais In: MOREIRA, A. S. P.; Oliveira, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social.** 2. ed. rev. Goiânia: AB, 2000 p. 27-38. Capítulo 2.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O Saber da enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: ed. Cortez, 1986.p.128p.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (org). **Representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed UERJ; 2001.p. 31-61. Capítulo.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da Psicanálise**. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

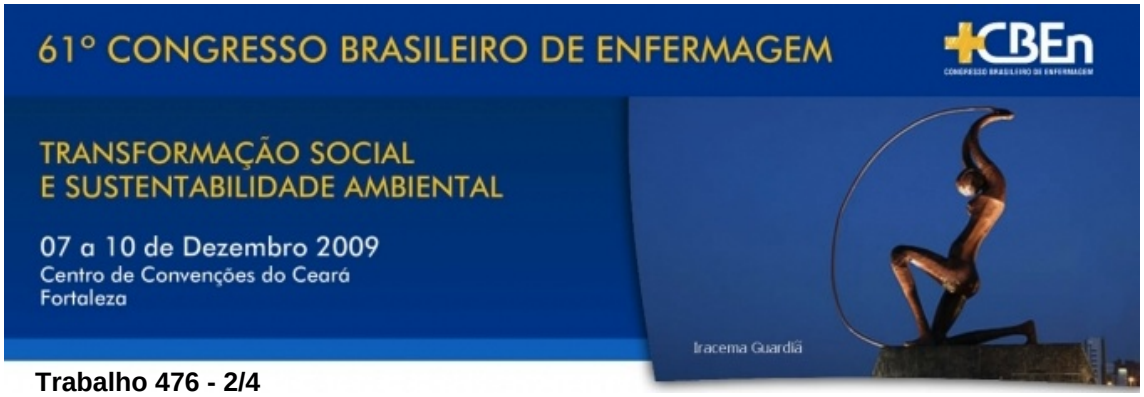
VALA, Jorge. A análise de conteúdo. In: SILVA, Augusto Silva; PINTO, José Madureira. (Orgs.). **Metodologia das ciências sociais.** 11. ed. Porto, Portugal: [s.n.], 2001.p.101-128.



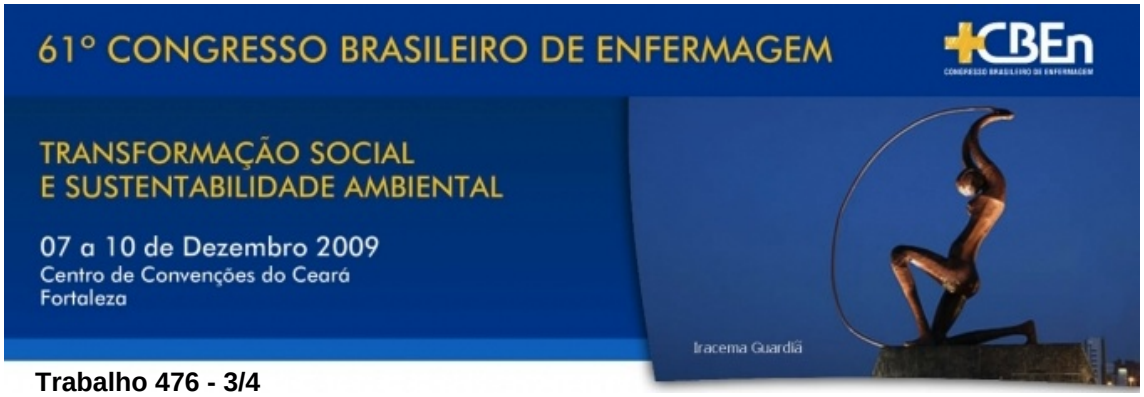
TRANSPLANTE CARDÍACO EM PACIENTE PORTADOR DE MIOCARDIOPATIA DILATADA: UM ESTUDO DE CASO

MUNIZ FILHA ,Maria José Matias [1]
SILVA ,Ana Paula Almeida Dias da[2]
RODRIGUES,Christiane Silva[3]
SOUZA ,Mônica Carneiro de[4]

INTRODUÇÃO: A miocardiopatia é uma doença do músculo cardíaco associada à disfunção cardíaca, a qual tem uma variedade de causas, sintomas e tratamentos. Na miocardiopatia o músculo cardíaco fica aumentado ou anormalmente rígido ou grosso. À medida que a miocardiopatia progride, o coração fica mais fraco e menos capaz de bombear sangue através do corpo. Isso pode resultar em insuficiência cardíaca, arritmias, acúmulo de fluidos nos pulmões ou pernas, e mais raramente endocardite (uma infecção bacteriana do revestimento do coração). O enfraquecimento do coração também ocasiona outras complicações severas. Os quatro principais tipos de miocardiopatia são: dilatada, hipertrófica, restritiva e displasia arritmogênica do ventrículo direito. O tipo mais comum de miocardiopatia é a dilatada. Ela geralmente ocorre em adultos de 20 a 60 anos de idade. Homens têm maior probabilidade de desenvolver miocardiopatia dilatada do que mulheres. Ter uma miocardiopatia dilatada avançada é razão comum para precisar de transplante de coração. O transplante de coração é atualmente um procedimento eficiente no tratamento de pacientes em insuficiência cardíaca terminal, entre elas a miocardiopatia dilatada. Entretanto, problemas de ordem logística, especialmente a escassez de doadores, impedem que o número de transplantes atenda a demanda existente. Essa realidade é mais evidente em países em desenvolvimento, como o Brasil, onde um número relativamente pequeno de centros tem conseguido manter, em atividade, programas de transplante cardíaco. **OBJETIVOS:** O trabalho visa o estudo de um caso clínico, que enfoca um paciente portador de Miocardiopatia Dilatada (MCPD) com conseqüente transplante cardíaco, objetivando-se aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso, de caráter descritivo com abordagem qualitativa**.** O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital terciário, referencia em doenças torácicas pertencente a rede pública de saúde em Fortaleza-CE. O sujeito do



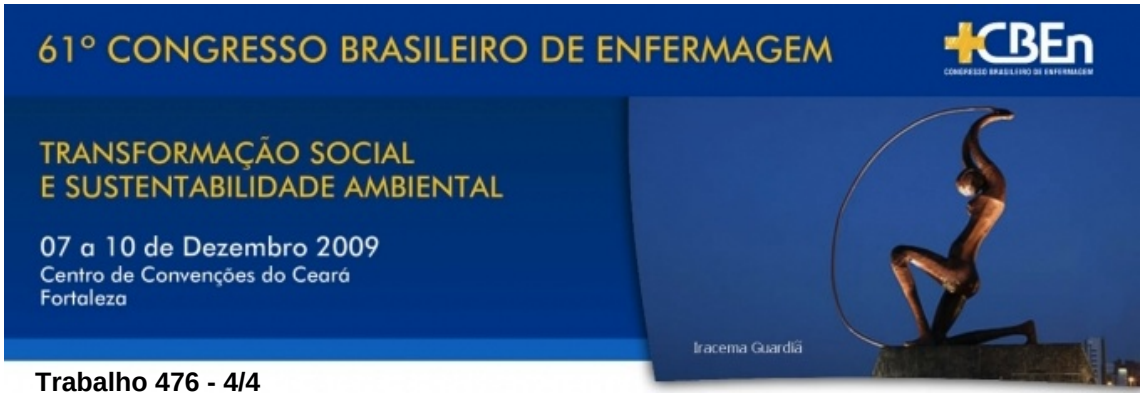
estudo foi um paciente de 37 anos, masculino, internado em pós-operatório de Transplante Cardíaco devido à miocardiopatia dilatada. Os dados foram coletados através do formulário do Hospital, exame físico e análise de prontuário no período de março de 2009. Os dados foram organizados e fundamentados na literatura selecionada. Foram seguidos os preceitos éticos legais da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **NOSSOS RESULTADOS**: paciente, 37 anos, masculino, natural de São João do Piauí, procedente de Teresina-Pi, com HD de Miocardiopatia dilatada idiopática + ICC com queixa principal de “falta de ar”. Paciente relata que em novembro de 2008 iniciou quadro de dispnéia, dor precordial, em peso, que irradia para região cervical posterior, procurou atendimento médico, quando foi diagnosticado miocardiopatia dilatada. Desde então, paciente iniciou tratamento farmacológico e foi orientado a procurar o serviço de transplante desde hospital. O paciente apresenta conhecimento quanto ao motivo da internação, ou seja, conhece sua patologia. Evolui com tosse seca, ortopnéia, dispnéia aos pequenos esforços e dor precordial em pontada com irradiação para o dorso. Refere urina concentrada e fezes normais. Nega febre, vômitos ou náuseas. Refere também que realizou uma cirurgia em perna direita há 11 meses por fratura tibial. Nega DM, porém, refere aumentos na PA ao se exercitar, fazendo o uso de propranolol nesses episódios. Estado geral regular: orientado, acianótico, afebril, anictérico, hipocorado e hidratado. Retenção hídrica (edema), turgência de jugular, taquipneico. Data do transplante: 21/03/09; Admissão no pós operatório: 21/03/09 ás 22:00h. Evolução de enfermagem em 23/03 - Paciente no 2º PO de Tx cardíaco, grave, em anasarca, sedado e analgesiado, com fentanil e midazolam em BIC. Apresentando episódios de agitação psicomotora. Intubado, em VM (A/C, Sat O2 96%), pouco secretivo, coletados aspirado traqueal, hemocultura e urinocultura, iniciado vancomicina e meropenem 2g. Afebril, taquicárdico, hipotenso, em uso de noradrenalina concentrada e em altas vazões, PVC elevada, diurese por SVD reduzida,estimulada por bomba diurética, uréia e creatinina elevada, mantendo cateter de swan-ganz. Drenos de mediastino M1 e M2 com 100ml de drenagem em ambos nas últimas 10hs. Acesso venoso central em subclávia direita, em uso de dobutamina, milrinona, midazolam, fentanil, noradrenalina. Ainda com óxido nítrico, glicemia elevada. Realizada sondagem gástrica, sonda bem localizada



com presença de resíduo gástrico. Através dos problemas de enfermagem encontrados os Diagnósticos de Enfermagem (DE), identificados de acordo com a taxonomia II da NANDA, foram: 1.Débito cardíaco diminuído relacionado à contratilidade e FC alterados. 2.Troca de gases prejudicada relacionada ao desequilíbrio ventilação - perfusão. 3. Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionado com a secreção retida. 4.Risco para infecção relacionada a exposição ambiental. 5. Volume de líquido excessivo/deficiente relacionado a falha de mecanismos reguladores. 6. Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais. À partir dos DE, propomos as seguintes intervenções de enfermagem: Verificar sinais vitais; monitorar ritmo e freqüência cardíaca; monitorar: PVC, PAP, DC, IC e PAM; Realizar ECG; Avaliar perfusão periférica e Saturação de O2; Verificar nível de consciência; Aspirar secreções, realizando toalete brônquica; Realizar curativos; Supervisionar infusão venosa/ Fechar balanço hídrico; Auxiliar mudança de decúbito/ Massagem de conforto/ Movimentação dos MMSS e MMSS; Auxiliar banho no leito; Fazer gavagem/ Higiene Oral/ Registrar aceitação da dieta. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo permitiu ampliar o conhecimento acerca da evolução clínica de um paciente portador de Miocardiopatia Dilatada, que foi submetido à transplante cardíaco, através da Sistematização da Assistência em Enfermagem, abordando os principais diagnósticos de enfermagem e as intervenções propostas, o que nos conduz a uma assistência individualizada e de qualidade através do julgamento clínico de enfermagem**.** **BIBLIOGRAFIA:** BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S.. **Tratado de enfermagem Médico-Cirurgica**, 11ª Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001; NANDA. **Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

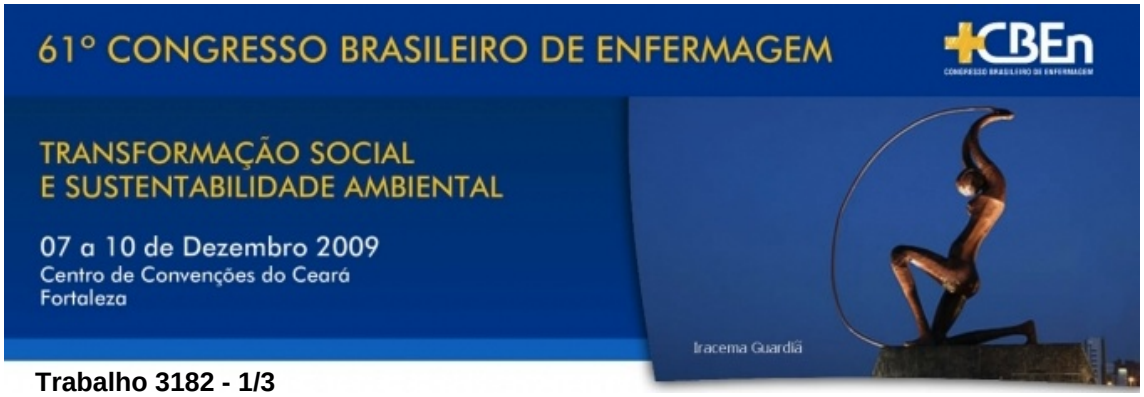
Descritores: Assistência; Enfermagem; Miocardiopatia Dilatada; Transplante de coração.

- Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Enfermeira do Hospital de Messejana e do Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará. mazemuniz@unifor.com.br



Trabalho 476 - 4/4

[2] - Enfermeira. Mestranda em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Docente da graduação de Enfermagem da UNIFOR. Enfermeira do Hospital Geral César Cals.
[3] - Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
[4]-Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.



Trabalho 3182 - 1/3

TRANSPORTE AÉREO DE PACIENTES IDOSOS TRAUMATIZADOS

[1] Dias, Carla Pena

[2] Rego, Cenira Vânia Paula

[3] Ferreira, Flávio Lopes

[4] Gomes,Laura Lima

[5] Alberti, Luiz Ronaldo

[6] Carvalho, Vânia Paula

Os idosos tem sido um grupo mais exposto ao risco devido o crescimento populacional. Tendo em vista as modificações morfológicas e funcionais com o avanço da idade. É importante ressaltar o atendimento diferenciado por parte da equipe que realiza o transporte aéreo do pacientes. Este estudo propõe descrever a epidemiologia do trauma em pacientes idosos e identificar fatores preditores da evolução. Foram estudados retrospectivamente pacientes idosos, atendidos entre janeiro de 2002 a junho de 2008. Características como sexo, idade, prevalência anual, altitude média de vôo, tempo de transporte, além de dados clínicos e tipo de aeronave foram considerados. Deste modo, foram encontrados 46 pacientes idosos. A idade média foi de 72± 8 anos. Em relação ao sexo, 65,8% eram masculinos e 34,2% femininos. Não houve um aumento da incidência de pacientes idosos em relação ao número total de transportes por ano (0,025%, 0,012%, 0,024%,0,026%,0,014% e 0,005%

[Digite texto]

1. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.Especialista em Terapia Intensiva.

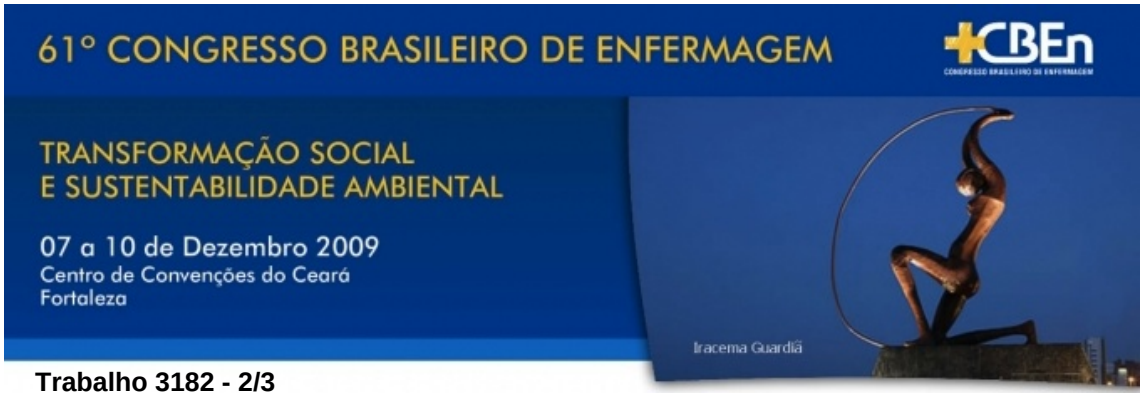
2.Médica UNIMINAS/Intensivista e Emergencista/Especialista em Pediatria.

3.Coordenador Médico da UNIMINAS/Intensivista/Doutorando na Universidade Federal de Minas Gerais.

4- Acadêmica de Medicina da na Universidade Federal de Minas Gerais.

5-Medico UNIMINAS/Cirurgião Pediátrico e Gastroenterologista/Pós-Doutorado na Universidade Federal de Minas Gerais.

6- Enfermeira Assistencial UNIMINAS/ Especialista em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência e Docente PUC-MG e Faculdade São Camilo.E-mail: vaniapaula.carvalho@gmail.com



respectivamente, de 2002 a 2008). A altitude média de vôo foi de 21.100± 13.924pés. O tempo médio de vôo foi de 100minutos±64 minutos. Os principais tipos de agravos foram: politrauma 48%; TCE 35%; TRM 13%. Observou-se que 76%, dos pacientes com Escala de Glasgow acima de 08. Os principais tipos de aeronave foram a de asa rotatória em 30% dos casos e de asa fixa turbo hélice em 46%. Estavam intubados 19% dos pacientes, faziam uso de aminas vasoativos 8,6% dos pacientes, com acesso venoso central 17%. Em 46% dos pacientes foi necessário a administração de volume para estabilização hemodinâmica, usavam cateter vesical de demora 33%, apresentavam drenagem torácica 4%, com cateterismo nasogástrico 19% e com monitoração invasiva completa 8%. Conclui-se que, o transporte aéreo no idoso traumatizado foi mais comum no sexo masculino com politrauma. A grande maioria dos pacientes submetidos a procedimentos invasivos com Escala de Glasgow acima de 8, foram transportados em aviões de asa fixa turbo hélice.

Descritores: Trauma, Idoso, Transporte Aéreo de Pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[Digite texto]

1. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.Especialista em Terapia Intensiva.

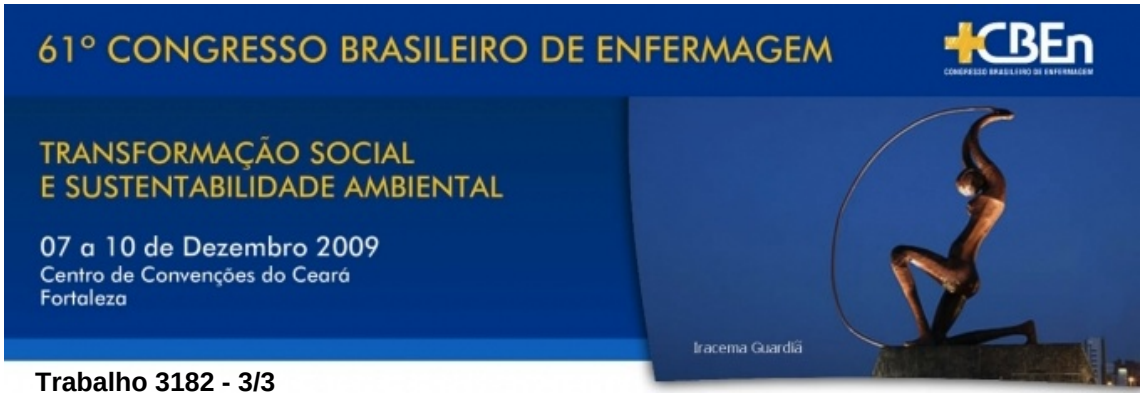
2.Médica UNIMINAS/Intensivista e Emergencista/Especialista em Pediatria.

3.Coordenador Médico da UNIMINAS/Intensivista/Doutorando na Universidade Federal de Minas Gerais.

4- Acadêmica de Medicina da na Universidade Federal de Minas Gerais.

5-Medico UNIMINAS/Cirurgião Pediátrico e Gastroenterologista/Pós-Doutorado na Universidade Federal de Minas Gerais.

6- Enfermeira Assistencial UNIMINAS/ Especialista em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência e Docente PUC-MG e Faculdade São Camilo.E-mail: vaniapaula.carvalho@gmail.com



1-Hirano Es, Fraga GP, Mantovani M. Trauma no idoso. Medicina (Ribeirão Preto) 2007; 40(3): 352-7,jul./set.

2-THOMAZ, R.R.; LIMA, F.V. Considerações especiais no atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de trauma. Acta Paul. Enf., São Paulo, v. 17, n.2, p. 229-34,2004.

3-Aeromedical evacuation of critically ill and injured patients

4-Ulus Trauma Acil Cerrahi Derg. 2006 Jan;12(1):1-8. Review. Turkish. PMID: 16456744 [PubMed - indexed for MEDLINE. Medical-legal aspects of aeromedical transport of emergency patients. Leg Med. 1990:1-30. Review. No abstract available.

5-PMID: 2130191 [PubMed - indexed for MEDLINE. Moura RN, Santos FC dos, Driemeier M, Santos LM dos, Ramos LR. Quedas em idosos: fatores de risco associados. *Gerontologia* 1999;7(2):15-21.

[Digite texto]

1. Enfermeira Assistencial UNIMINAS/Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.Especialista em Terapia Intensiva.

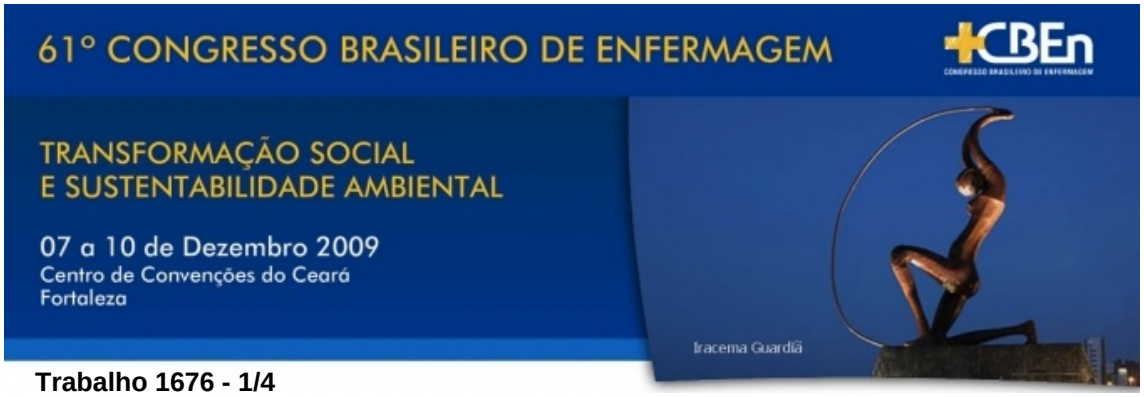
2.Médica UNIMINAS/Intensivista e Emergencista/Especialista em Pediatria.

3.Coordenador Médico da UNIMINAS/Intensivista/Doutorando na Universidade Federal de Minas Gerais.

4- Acadêmica de Medicina da na Universidade Federal de Minas Gerais.

5-Medico UNIMINAS/Cirurgião Pediátrico e Gastroenterologista/Pós-Doutorado na Universidade Federal de Minas Gerais.

6- Enfermeira Assistencial UNIMINAS/ Especialista em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência e Docente PUC-MG e Faculdade São Camilo.E-mail: vaniapaula.carvalho@gmail.com



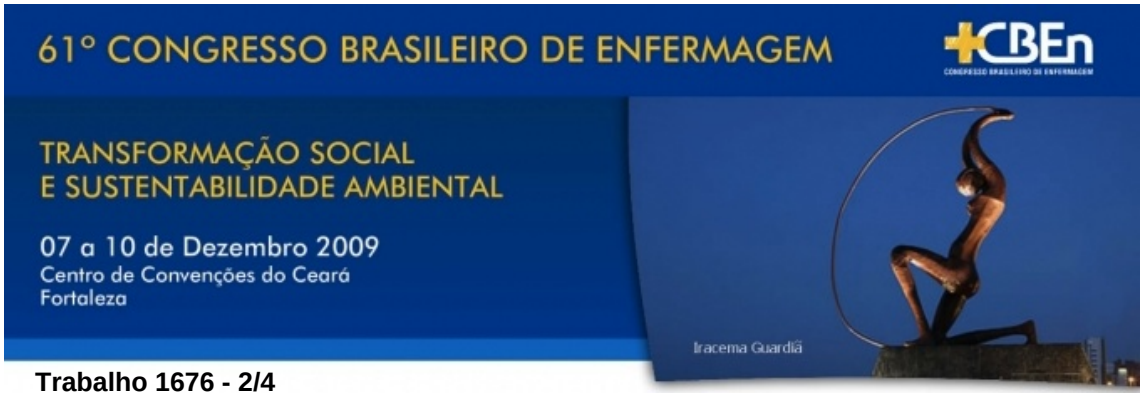
Trabalho 1676 - 1/4

TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS DA LIMPEZA REALIZADOS POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: Um Relato de Experiência

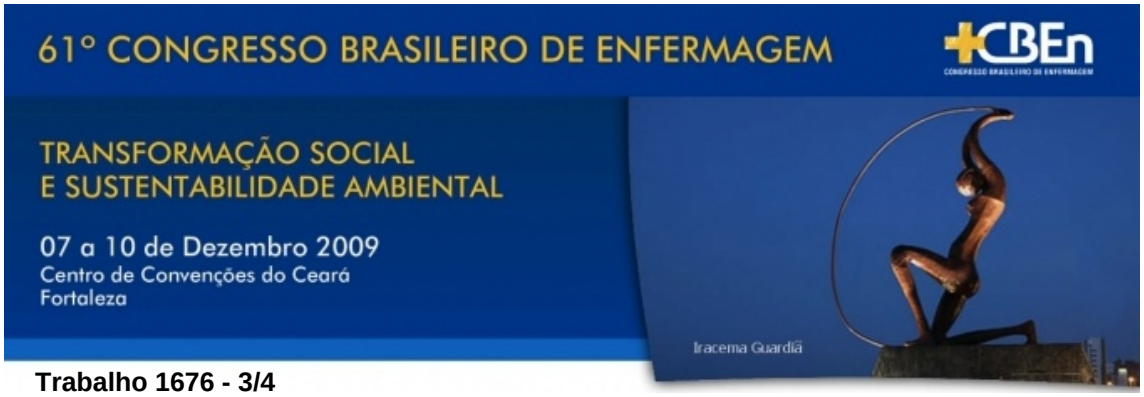
DOURADO, Giovanna de Oliveira Libório[1]
GRAÇA JÚNIOR, Carlos Alberto Guzman[2]
FREIRE, Alessandra Kelly do Nascimento[2]
RIOS, Saulo Lemos[2]
BEZERRA, Sandra Marina Gonçalves[3]

INTRODUÇÃO: O hospital é um ambiente propício a infecções, representando um foco de contato e transmissão, sendo necessário o controle através de higiene, que inclui o processo de limpeza e desinfecção, através de ações mecânica/manual e uso de agentes químicos. A limpeza é o procedimento utilizado para remoção de sujidade, com interesse de impedir a disseminação de microorganismos, sendo classificada em Concorrente e Terminal. A concorrente é definida como higienização diária de todas as áreas, com o objetivo da manutenção da limpeza e reposição de materiais e a terminal, que consiste na higienização completa, de forma criteriosa, seguindo com o processo de desinfecção para a diminuição da sujidade e redução da população microbiana, devendo ser realizada uma vez por semana ou quando necessário e seguindo rotina pré-estabelecida. De acordo com os artigos analisados a ausência da limpeza terminal aumenta os índices de infecção hospitalar, sendo relevante à elaboração de escala para esse tipo de atividade, pois anteriormente na Instituição era realizada apenas limpeza concorrente de forma aleatória de acordo com a demanda. O processo de desinfecção é a destruição de microorganismos na forma vegetativa presentes em superfícies inertes, mediante a aplicação de agentes físicos e químicos. Durante a limpeza deve ser realizada a reposição de material e recolhimento do lixo, conforme Política de Gerenciamento dos Resíduos. Os resíduos são classificados de acordo com seu potencial de contaminação, sendo

[1] Acadêmica de enfermagem do 8º período da NOVAFAPI. Teresina-PI. Contato: giovannaliborio@hotmail.com
[2] Acadêmicos de Enfermagem do 8º período da NOVAFAPI. Teresina-PI.
[3] Mestranda em enfermagem pela UFPI. Docente da NOVAFAPI. Especialista em Terapia Intensiva.

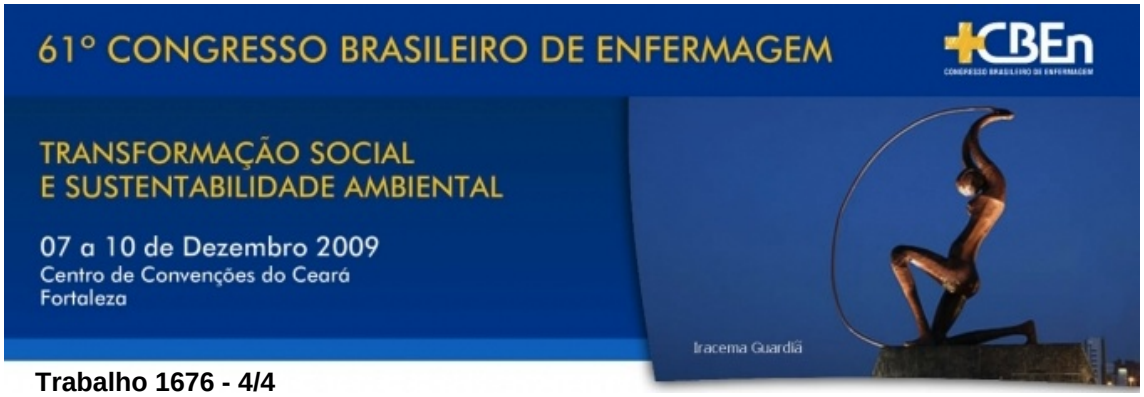


representados pelo Grupo A (agentes biológicos), Grupo B (materiais químicos), Grupos C (materiais radioativos), Grupo D (lixo comum) e Grupo E (perfurocortantes). Durante o processo de limpeza, desinfecção e manuseio de resíduos faz-se necessário o uso obrigatório dos equipamentos de proteção individual, pois proporciona segurança durante a realização das atribuições desempenhadas pela equipe, minimizando o risco de infecções por contato com fluidos corporais, além de reduzir as chances de contaminação com material perfurocortante. Durante experiência acadêmica observamos que as maiorias dos hospitais contratam empresas terceirizadas para realização da limpeza, constatamos que tais profissionais não possuem conhecimento dos principais conceitos envolvendo limpeza, segregação de resíduos e infecção hospitalar, o que nos motivou a trabalhar junto a esses funcionários durante o estágio em hospital escola de Teresina-PI. O estágio de administração em serviço hospitalar é pré-requisito para graduação em enfermagem e objetiva que o acadêmico desenvolva capacidade para tomar decisões visando à eficácia e custo dos recursos humanos e materiais das instituições de saúde, dentre outras. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de treinamento da equipe de limpeza de um hospital escola, visando discutir sobre sua importância. **METODOLOGIA:** O estágio foi realizado no período de abril a junho de 2009, turno da manhã, com supervisão da professora responsável. Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional do Hospital Escola, com interesse em identificar os principais problemas assistenciais e administrativos, envolvendo todos os profissionais da Instituição. Durante o diagnóstico desenvolvido buscou-se detectar os principais problemas existentes identificando-se deficiências relacionadas ao serviço de limpeza, que contribuem para controle da infecção hospitalar. Diante dos resultados viu-se a necessidade da realização de treinamento, visando otimização da limpeza da instituição. Inicialmente entrou-se em contato com o chefe da equipe de limpeza, sendo explanadas as principais falhas diagnosticadas. A partir de então chegou-se ao consenso da necessidade de elaborar escala de limpeza terminal e treinamento com os funcionários, com objetivo de beneficiar a instituição e promover melhorias do trabalho, com redução de acidentes ocupacionais e infecção. Com o apoio da diretoria geral e gerência de enfermagem a equipe foi convocada para



realização do treinamento, ocorrendo com os grupos, totalizando 21 funcionários dos turnos manhã e noite, durante dois dias. **DISCUSSÃO:** O serviço de limpeza interfere diretamente na qualidade do serviço de enfermagem, visto sua importância no controle de infecção hospitalar e na promoção de um ambiente mais propício para intervenção hospitalar, contribuindo de forma significativa na recuperação dos pacientes. O aparecimento de infecções no ambiente pode estar relacionado ao uso de técnicas de limpezas inadequadas, descontaminação de superfícies e de artigos hospitalares de forma incorreta e manuseio do lixo hospitalar sem proteção adequada. No treinamento abordou-se conceitos de limpeza concorrente, terminal, desinfecção e esterilização; método e técnica do processo de limpeza/desinfecção; classificação quanto as áreas hospitalares em críticas, semi-críticas e não-críticas; resíduos sólidos em serviço em saúde; proteção da saúde do trabalhador; apresentação a escala da limpeza terminal e distribuição de folder informativo. No treinamento foram orientados quanto à utilização dos produtos (hipoclorito de sódio 1%, álcool 70%) de forma adequada, quanto à diluição, vantagens e utilidade, quanto ao manejo adequado do lixo, além da importância indispensável e obrigatória do uso dos equipamentos de proteção individual. Observou-se receptividade, interesse e participação, através de observações e discussão das dificuldades: relataram que a equipe de enfermagem e médica não contribuem com a manutenção da limpeza, já que muitas vezes descartam resíduos contaminados em locais inadequados, incluindo materiais perfurocortantes, colocando em risco a saúde do trabalhador, acompanhantes e pacientes. **CONCLUSÃO:** Percebeu-se a importância da integração com diversas áreas do hospital e que o setor de limpeza contribui de forma efetiva no serviço de enfermagem, visto sua responsabilidade na busca de um ambiente seguro e confortável, proporcionando ao paciente melhores condições de recuperação e restabelecimento. Como acadêmicos foi primordial a experiência visto que a enfermagem tem um grande papel como educador no serviço contribuindo e atuando em diversas áreas.

PALAVRAS-CHAVES: Serviço hospitalar de limpeza, Desinfecção, acadêmicos de enfermagem.

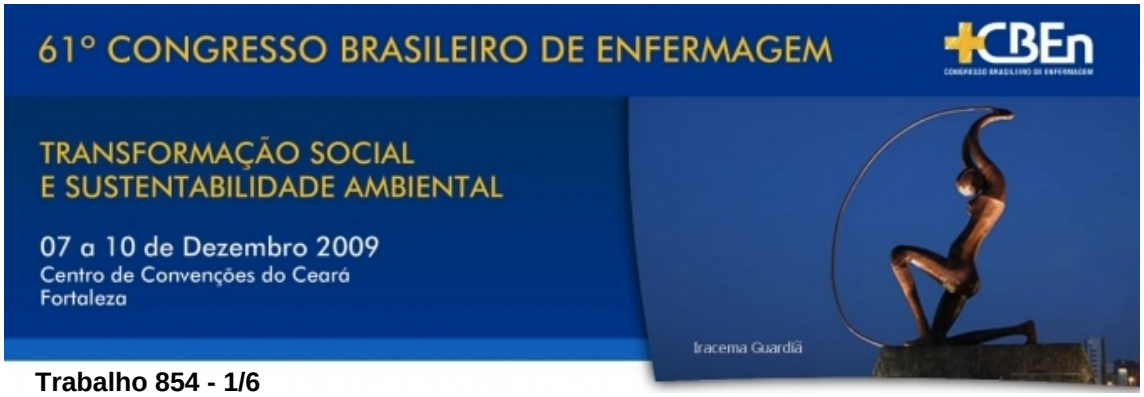


REFERÊNCIAS

ANDRADE, D.; ANGERAMI, E.L.S; PADOVANI, C.R. Condição microbiológica dos leitos hospitalares antes e depois de sua limpeza. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, Apr. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Jun. 2009.

BRASIL. **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Manual de Limpeza, 2003.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual.pdf>, Acesso em 09 de julho de 2009.

BRASIL. **Manual de Prevenção de Infecções Associadas a Procedimentos Estéticos, 2008.** Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/IH/ih08_manual.pdf>, Acesso em 09 de julho de 2009.

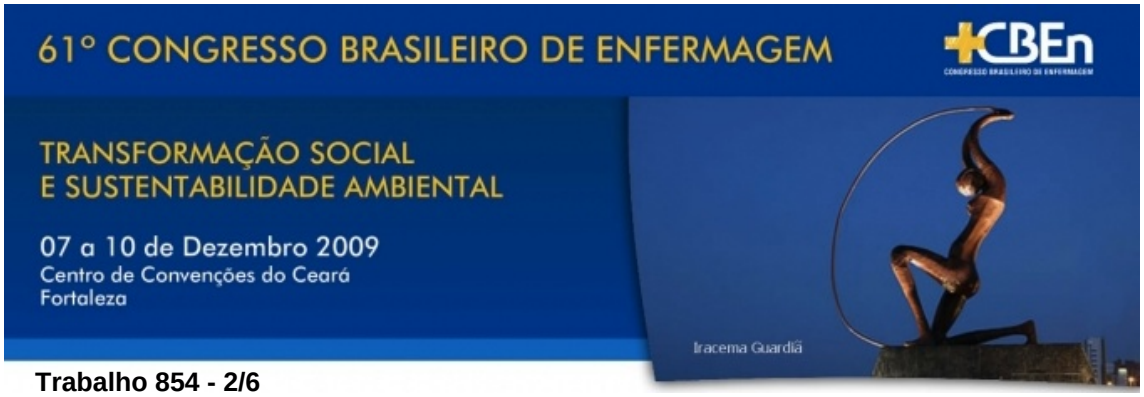


Trabalho 854 - 1/6

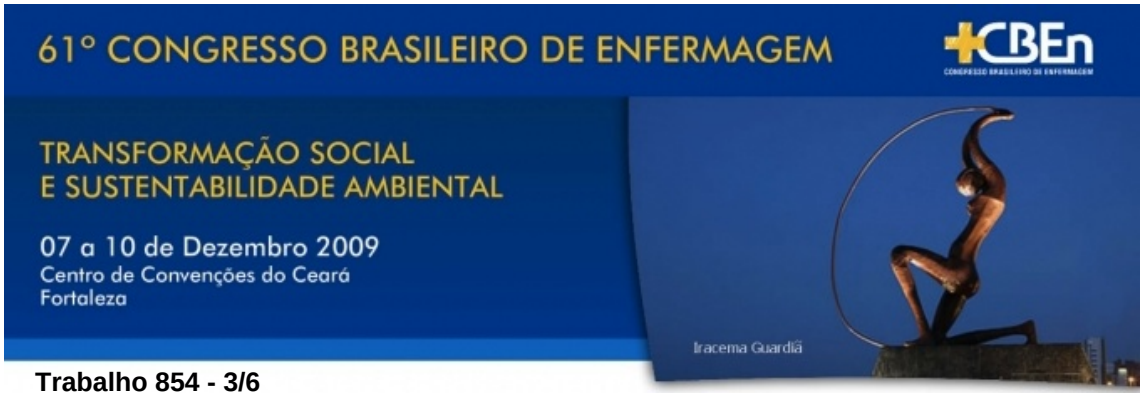
UM RECORTE DA REALIDADE DOS CATADORES DO LIXÃO DO SÍTIO SÃO MIGUEL – SANTA CRUZ/RN: ASPECTOS BIOPSICOSSOCIAIS, AMBIENTAIS E PERCEPÇÕES SOBRE SAÚDE, AMBIENTE E RISCOS

FARIAS, Taiza Rôse de Oliveira[1]
PEREIRA, Fábio Claudiney da Costa[1]
MEDEIROS, Ylana Karine Fonsêca[1]
SOUZA. Karla Gardênia Silva[1]
GIOVANNINI, Patricia Estela[2]

(INTRODUÇÃO) Relata-se a experiência de um grupo de estudantes do quinto período do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, com a aproximação sobre a realidade de um grupo de catadores no lixão localizado no Sítio São Miguel, no município de Santa Cruz/RN. A experiência em campo integrou o programa de estudos sobre problemas ambientais e diagnóstico ambiental, desenvolvido na disciplina Saúde Ambiental. **(OBJETIVOS)** Investigar as percepções dos catadores do lixão do Sítio São Miguel – RN no tocante a saúde, ambiente e riscos decorrentes da atividade de catação, realizando uma aproximação sobre o ambiente do lixão e sobre a realidade dos catadores, com ênfase nos aspectos biopsicossociais. **(METODOLOGIA)** Estudo exploratório englobando o levantamento bibliográfico e a observação, bem como a entrevista oral-informal, individual e em grupo com os catadores. As observações foram registradas com o auxílio de câmera fotográfica e complementadas com as anotações de campo. As entrevistas foram analisadas pelo método de análise do conteúdo. **(RESULTADOS)** Foi observada uma área de aproximadamente quatro hectares onde, diariamente, são despejadas cerca de oito toneladas de resíduos a céu aberto, em meio ao qual foi observada a presença de lixo hospitalar, objetos perfurocortantes e restos de animais. O lixão é visitado por espécies de animais silvestres, além de outras, de criação que lá deambulam e se alimentam, livremente. Os animais domésticos provêm de áreas particulares próximas ao lixão, onde também são cultivadas espécies vegetais para consumo humano. O tratamento dado ao lixo é a queima e o aterramento. O grupo de catadores é formado por dezesseis pessoas, incluindo adultos e



crianças. Os riscos decorrentes da atividade de catação de lixo, detectados durante nossa observação envolvem riscos físicos (exposição aos raios solares), químicos (fumaça da queima dos resíduos), biológicos (presença de material biológico e presença potencial de diversos bioagentes no lixo comum e hospitalar e carcaças de animais), riscos ergonômicos (esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, exigência de postura inadequada, presença de situações causadoras de stress físico e/ou a psíquico) e risco de acidentes, todos potencializados pela ausência de equipamentos de proteção e de indumentária adequada, a presença de insetos e animais peçonhentos, como escorpiões, e ainda pela falta de informação no tocante, tanto aos riscos para a saúde humana e do meio ambiente, decorrentes da presença do lixão, como aos riscos envolvendo a atividade de catação do lixo. Da análise das entrevistas emergiram as seguintes categorias: “a atividade de catador como única opção diante da falta de opções”, “tendência a negar os riscos presentes no ambiente do lixão e na atividade de catação”, “sentimento de discriminação e segregação”, “disposição em utilizar equipamento protetor e falta de recursos para adquiri-los”. Nessa vivência, a aproximação sobre a realidade dos catadores no lixão observado, uma área degradada e que oferece riscos importantes à saúde humana e do meio ambiente, nos levou ao confronto com um dos paradoxos presentes em nossa sociedade atual, cujos hábitos de consumo, se bem são traduzidos no aumento do volume de lixo produzido, ainda sobrepujam a preocupação no que tange a questões como o manejo do lixo, seu destino final e riscos, estimulando a reflexão sobre um problema tão complexo e que assume proporções cada vez maiores. Nesse cenário é crescente a necessidade de se desenvolver estudos mais aprofundados e abrangentes que subsidiem intervenções em prol da configuração de uma sociedade com menos desigualdades, mais favorável à apropriação do significado de saúde e ambiente equilibrado enquanto bem inalienável, direito de todos e, ao mesmo tempo, construção coletiva. Nessa perspectiva, a experiência que foi aqui relatada, promovendo a integração entre a vivência e a teoria, também contribuiu para a formação do profissional crítico e reflexivo, sintonizado com a realidade socioambiental na qual está inserido e capacitado para promover sua transformação. **(CONCLUSÃO)** Em nossa sociedade atual, a presença do lixão persiste como uma das mais sérias ameaças à saúde humana e do meio



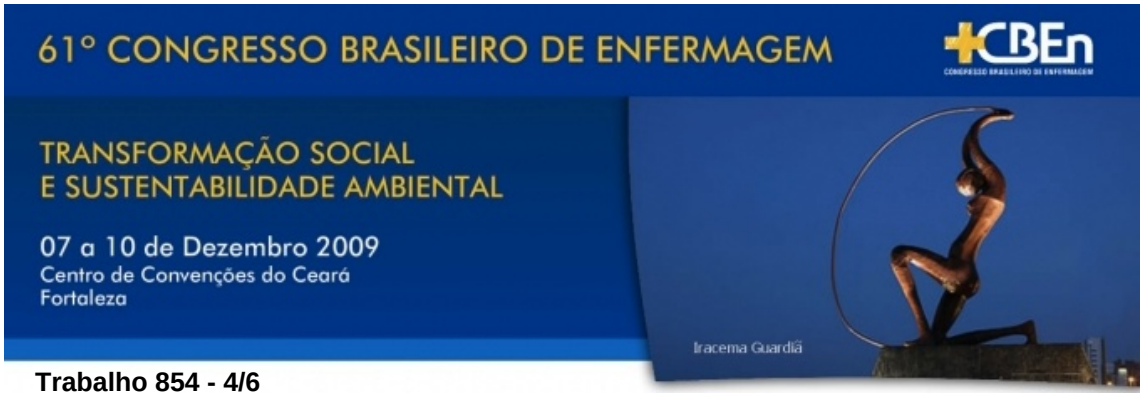
ambiente. A solução desse problema complexo demanda o desenvolvimento de intervenções articulando os diversos sujeitos e segmentos na sociedade. Ao profissional de Enfermagem caberá o desempenho de um importante papel, somando para a transformação dessa realidade, através de sua atuação, tanto no campo assistencial e na pesquisa, como no campo do ensino, o que poderá ser potencializado pelo estímulo fornecido, desde o curso de graduação, ao desenvolvimento da atitude crítica, reflexiva e transformadora, bem como à construção do conhecimento contextualizado na realidade. (**REFERÊNCIAS**) MEDEIROS, L. F.R.; MACEDO, K. B.. Catador de material reciclável: uma profissão para além da sobrevivência?. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, ago. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2009. PORTO, M.F. S. et al . Lixo, trabalho e saúde: um estudo de caso com catadores em um aterro metropolitano no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, Dec. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jul 2009. ROCHA, D.; DEUSDARA, B.. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **Alea**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-106X2005000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jul. 2009. ZANETI, I. C. B. B.; SA, L. M.; ALMEIDA, V. G.. Insustentabilidade e produção de resíduos: a face oculta do sistema do capital. **Soc. estado.** Brasília, v. 24, n. 1, abr. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269922009000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2009.

DESCRITORES: Saúde Ambiental; Saúde Coletiva; Saúde do Trabalhador.

---

[1]Acadêmicos do 6º período do curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. taiza_enferm@hotmail.com

[2] Bióloga. Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP – USP. Docente do departamento de enfermagem da UERN



Trabalho 854 - 4/6

COMPROVANTE DA ANUIDADE DA ABEN E DECLARAÇÃO DA ORIENTADORA

Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Educação e da Cultura – SEEC
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN
Campus do Seridó Governadora Wilma Maria de Faria
Rua André Sales, 667 - Paulo VI – Caicó/RN
Tel.: (84) 3421-6513 CEP: 59.300-000 Home Page: www.uern.br

Caicó, Rio Grande do Norte, 12 de Julho de 2009

DECLARAÇÃO

Eu, Patricia Estela Giovannini, declaro que sou formada em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, na modalidade Bacharelado, Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP – USP e que pertenço ao quadro efetivo de docentes da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN, estendendo a presente declaração para fins de inscrição do resumo do trabalho intitulado: "Um recorte da realidade dos catadores do lixão do Sítio São Miguel – Santa Cruz/RN: aspectos biopsicossociais, ambientais e percepções sobre saúde, ambiente e trabalho" por mim orientado, no 61° CBEn – Congresso Brasileiro de Enfermagem, que será realizado em Fortaleza (CE) de 7 a 10 de Dezembro de 2009.

e-mail institucional: patriciagiovannini@uern.br

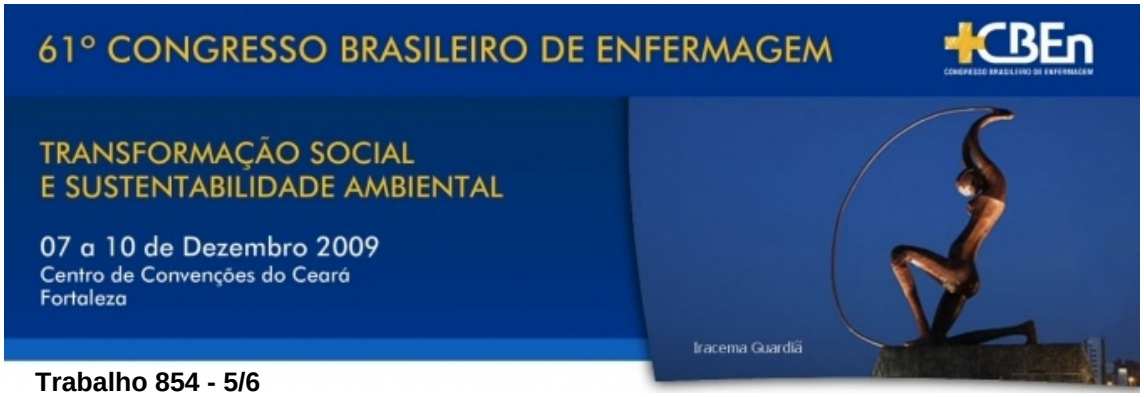
Associação Brasileira de Enfermagem
Seção/RN - CNPJ: 33.989.468/0009-67 Rua Angelo Varela, 1485 Tirol
Natal/Rn Tel/Fax: 3211-9725 - E-mail: aben.rn@ig.com.br

RECIBO R$ 60,00

Recebi do(a) Sr.(a) Fábio Claudiney da Costa Pereira
a importância de Sessenta reais — x —
— Est. de Graduação —
referente a Anuidade 2009

Natal, 17 de abril de 2009
Priscila Torres
TESOURARIA

aben-rn@abennacional.org.br



Trabalho 854 - 5/6

aben-rn@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Seção/RN - CNPJ: 33.989.468/0009-67 Rua Angelo Varela, 1485 Tirol
Natal/Rn Tel/Fax: 3211-9725 - E-mail: ~~aben.rn@ig.com.br~~

RECIBO R$ 60,00

Recibo do(a) Sr.(a) Ylana Karine F. de Medeiros

a importância de sessenta reais —x—

— Estudante de Graduação —

referente a Anuidade 2009

Natal, 20 de abril de 2009 PAGO

Priscila Torres
TESOURARIA

BANCO DO BRASIL — **Cobrança Integrada BB**

Cedente		Vencimento	Valor do Documento
ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM		13/07/2009	75,00
(-) desconto	(-) outras deduções / (+) mora / multa	(+) outros acréscimos	(=) Valor cobrado
Data de emissão	Agência / Código cedente	Nosso número	
07/07/2009	01668-3/000000021369-1	13792490000000796-3	

Dados do Sacado

Nome do sacado	Número do documento
TAISA ROSE DE OLIVEIRA FARIAS - CPF: 065.033.944-46	GRAD335
Endereço	Bairro / Distrito
R AUGUSTO SEVERO,126 CENTRO	
Município	UF / CEP
SANTA CRUZ	RN 59.200-000

Mensagem

COBAN-47337 LOJA:0001 PDV:0001
08-07-09 BANCO POPULAR DO BRASIL 14:00
474713872 0864
OUVIDORIA BB 0800 729 5678

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENFER

00190000093127924900494000796195642970000007500
NR. DOCUMENTO 10.001
DATA DO PAGAMENTO 08-07-2009
VLR DOCUMENTO 75,00
VALOR COBRADO 75,00
NR.AUTENTICACAO D.964.22D.5AF.6D0.724

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco.
Recebimento através do cheque n. do banco
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco sacado.

Autenticação mecânica - **Recibo do sacado**

61° CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
CBEn
TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL
07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza



Trabalho 854 - 6/6

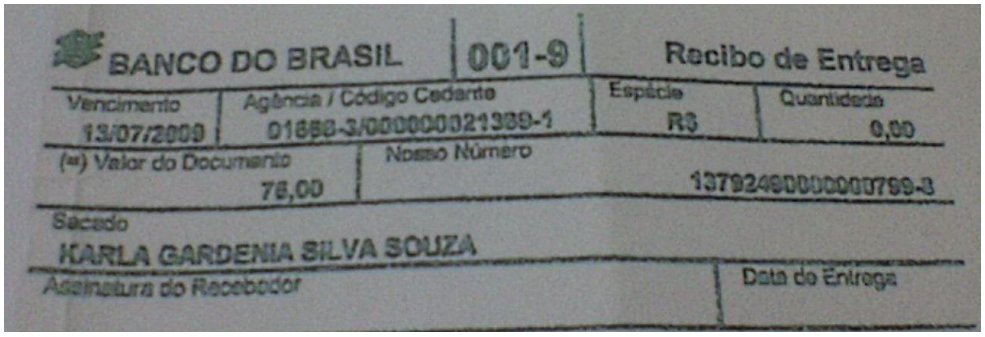


COBAN:47337 LOJA:0001 PDV:0001
10/07/09 BANCO POPULAR DO BRASIL 15:48
474713872 0051
OUVIDORIA BB 0800 729 5678

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENFER

0019000009013792490004000007991895
4297000000750
NR. DOCUMENTO
DATA DO PAGAMENTO 10.001
NR DOCUMENTO 10/07/2009
VALOR COBRADO 75,00
75,00



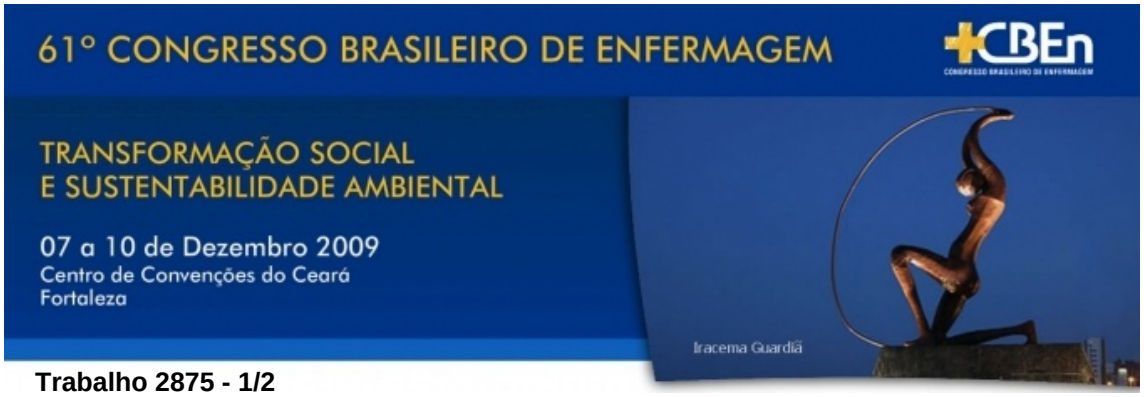
BANCO DO BRASIL | 001-9 | Recibo de Entrega

Vencimento	Agência / Código Cedente	Espécie	Quantidade
13/07/2009	01660-3/000000021389-1	R$	0,00

(=) Valor do Documento	Nosso Número
75,00	13792490000000799-3

Sacado
KARLA GARDENIA SILVA SOUZA

Assinatura do Recebedor | Data da Entrega



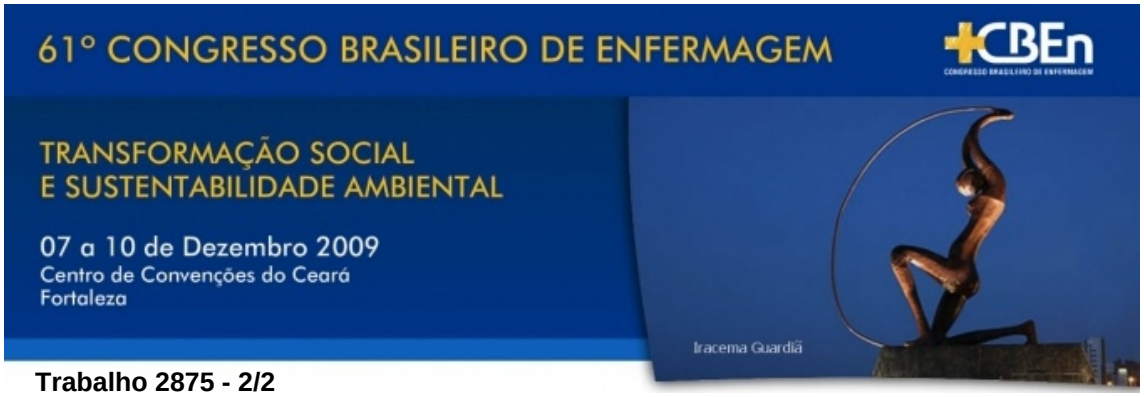
Trabalho 2875 - 1/2

UNIDADE DE EMERGÊNCIA: RISCOS QUE ENVOLVEM O TRABALHO DE ENFERMAGEM

Anunciação Pereira Assis Denílson [1]
Santos Andrade Aderivaldo [2]
Santos Maria Nilza [3]
Varela Silva Dantas Claudete [4]

O processo de desenvolvimento social e econômico repercute na s relações que ocorrem com os ecossistemas, gerando impactos na saúde dos seres humanos. A urbanização acelerada, o desmatamento indiscriminado, a falta de um saneamento básico, a contaminação ambiental, são fatores que têm agravado a saúde e o bem-estar das populações. As atividades econômicas são permeadas pelas questões ambientais e sociais de acordo com a declaração da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a saúde é o resultado das formas de organização social e produção: o modo de produção e consumo de cada sociedade é a raiz mais profunda que determina a saúde e a doença das pessoas, e, também do ecossistema em que vivemos. O modelo de desenvolvimento que cada sociedade adota está centralizada nas relações saúde-trabalho e no centro também das relações saúde-ambiente. Neste contexto, estão inseridos os trabalhadores de enfermagem como parte essencial na produção de bens e de serviços, podendo tornar-se vítimas e sujeitos nesse processo. Diante disso, algumas profissões estão mais propensas a riscos e a contrair doenças ou se acidentarem com maior freqüência, como os trabalhadores da saúde, a exemplo da categoria de enfermagem. Esses profissionais desempenham um papel central e de grande importância no atendimento ao paciente/cliente, estando assim expostos aos fatores de risco, acidentes e doenças relacionadas às atividades desenvolvidas no seu ambiente de trabalho. No cuidado ao paciente/cliente, o profissional de enfermagem se submete a diversos riscos como os químicos, biológicos, ergonômicos, físicos, mecânicos,

[1] Graduando em Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciência - FTC
[2] " Graduando em Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciência – FTC
[3] Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciência – FTC
[4] Mestre em Enfermagem, Professora da Faculdade de Tecnologia e Ciência - FTC e enfermeira do CESAT. E-mail: claudetevarela@hotmail.com



psicológicos e sociais. Este estudo teve como objetivos analisar os riscos aos quais os profissionais de enfermagem estão expostos durante os cuidados prestados ao paciente/cliente numa unidade de emergência e identificar os fatores que contribuem para a ocorrência da doença ou do acidente de trabalho. Optou-se por um estudo qualitativo descritivo. O universo estudado constituiu-se de 20 trabalhadores de enfermagem com atividades desenvolvidas numa unidade de emergência. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foi um questionário e observação e a análise partiu do conteúdo das informações obtidas. Concluiu-se que nesse cenário onde são desenvolvidas as atividades de enfermagem, esses profissionais, ao se preocuparem com a assistência ao paciente, nigligenciam os riscos que envolvem o seu trabalho tornando-os vulneráveis às doenças e aos acidentes de trabalho.

Descritores: Enfermagem; Riscos ocupacionais; Acidente de Trabalho.

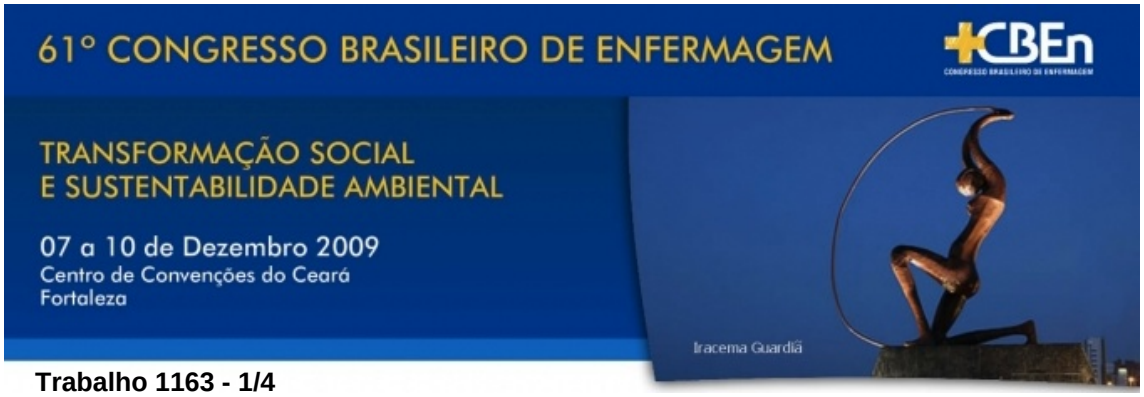
BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, M.C.P; ROCHA, J.S.Y**. O saber da enfermagem e sua dimensão** prática. São Paulo, Cortez, 1997.

BULHÕES, Ivone**. Riscos no trabalho de enfermagem.** 2. ed. Rio de Janeiro, 1998.

ZOCCHIO, Álvaro**. Políticas de segurança e saúde no trabalho: elaboração, implantação e administração.** São Paulo: LTR, 2002.

VARELA, Claudete Dantas da Silva**. Trabalhadoras de enfermagem com Lesões por Esforços Repetitivos (LER).** Universidade Federal da Bahia (Dissertação) Mestrado em Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, 2004.

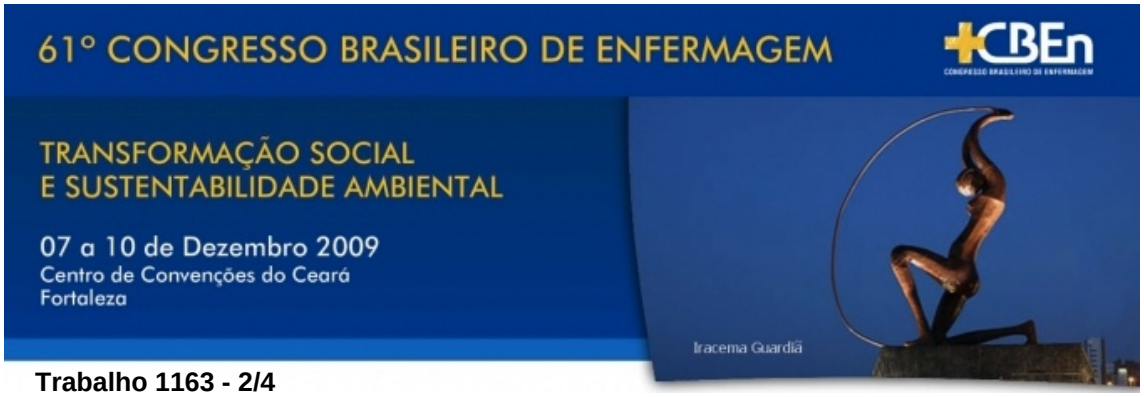


Trabalho 1163 - 1/4

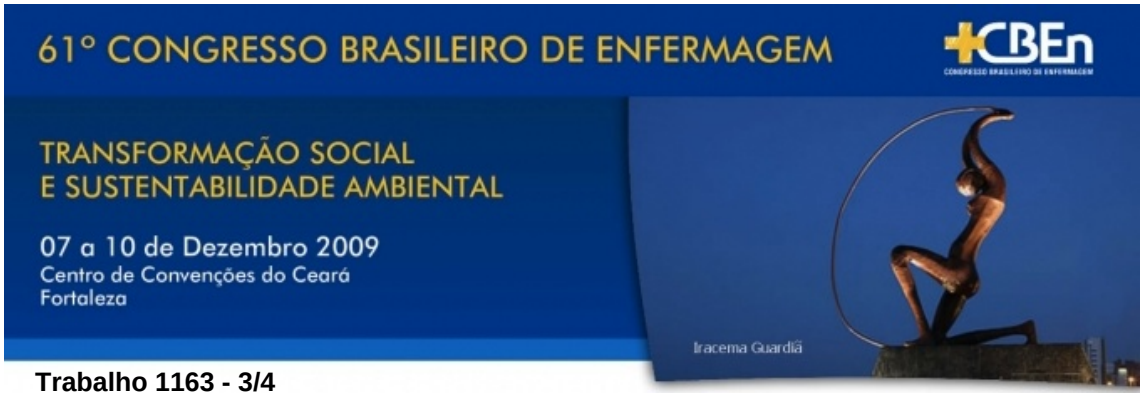
VIOLÊNCIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO AMBIENTE ESCOLAR[1]

GOMES, Ilana Barros[2]
FARIAS, Glaucea Maciel de[3]
ROCHA, Karolina de Moura Manso da[4]
RAMOS, Cristiane da Silva [5]
COSTA, Isabel Karolyne Fernandes[6]
OLIVEIRA, Ana Cristina Feitosa de[7]

INTRODUÇÃO: nos dias atuais, o clima de descontentamento e medo que assola o mundo pode comportar-se como um estimulante à criminalidade e violência em todos os segmentos da sociedade. Neste contexto, crianças e adolescentes sofrem maiores repercussões sobre sua saúde, justamente por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento, e, portanto, em situação de maior vulnerabilidade (ANSER; JOLY; VENDRAMINI, 2003). A violência, segundo a Organização da Saúde (OMS) no ano de 2002, é definida como todo evento provocado com intenção de causar lesões, danos psicológicos, privação ou deficiência de desenvolvimento, através da força física ou de poder, contra si próprio e/ou contra outras pessoas. Além disso, é também considerada uma causa externa de morbimortalidade, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua 10ª Revisão, (CID-10), Capítulo XX (BRASIL, 1993). A gravidade do problema é tão acentuada que só no ano de 2004, houve cerca de 872.000 casos de violência confirmados pelo *Child Protective Services* (CPS), nos Estados Unidos da América (EUA). Segundo essas fontes, no Canadá, constatou-se que das 7.672 investigações de maus-tratos contra crianças, 45% foram confirmadas e 22% permaneceram como casos suspeitos, embora não pudessem ser comprovadas. Em controvérsia à realidade destes países, no Brasil em âmbito nacional, foram contabilizadas apenas 174.851 notificações no período entre 1999 a 2004, o que denota a existência de sérios problemas na realização desses registros ou a subnotificação dos mesmos (COSTA et al., 2007). Como crianças e adolescentes tendem a passar aproximadamente um terço do dia na escola ou no caminho em direção a esta, a segurança neste ambiente, no que tange aos aspectos físico,



emocional e psicológico, é objeto de constante preocupação de responsáveis, professores e direção da escola que merecem constante debate (BORBA NETO, 2008). Porém, nem sempre esse ambiente é dotado de segurança necessária para os que freqüentam. A escola não se apresenta mais como um lugar protegido, mas como um espaço suscetível às agressões vindas de fora, como também, as agressões ocorridas dentro da instituição. Os alunos entre 10 a 21 anos, frequentemente estão revelando-se violentos até frente aos adultos. Eles se apresentam com o comportamento agressivo e anti-social, causando conflitos interpessoais, danos ao patrimônio e atos criminosos, reproduzindo o modelo do mundo exterior, sendo esse evento chamado de booling. Os atos de booling são desenvolvidos, a maioria das vezes, por crianças e adolescentes do sexo masculino, porém não há diferença entre os gêneros. O fato de os meninos envolverem-se em atos de booling mais comumente não indica necessariamente que sejam mais agressivos, mas sim que têm maior possibilidade de adotar esse tipo de comportamento. Já a dificuldade em identificar-se o booling entre as meninas pode estar relacionada ao uso de formas mais sutis (LOPES NETO, 2005). **OBJETIVO:** identificar nas principais bases de dados como estão sendo abordados os principais atos violentos sofridos pelas crianças e adolescentes dentro do ambiente escolar; identificar as estratégias que estão sendo tomadas por essas instituições para minimizar esta problemática. **METODOLOGIA:** trata-se de uma revisão de literatura, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no portal da CAPES, utilizando os descritores: violência; criança; escolas; enfermagem. Os critérios de inclusão foram: texto completo; em inglês, português e espanhol; publicados entre 2003 e 2009. Os dados foram coletados mediante a utilização de um formulário estruturado, abrangendo questões condizentes com a proposta da pesquisa como: os principais tipos de violência cometidas em crianças e adolescentes no ambiente escolar e as principais medidas tomadas pelas instituições para minimizar esse evento. **RESULTADOS:** foram encontrados 366 artigos, dos quais, após o refinamento selecionamos 13. identificamos que quando as instituições possuem um número muito elevado de alunos, os mesmos estão mais suscetíveis às práticas de violência. Destaca-se também que, a humilhação foi a forma de violência mais sofrida pelos alunos, seguida dos furtos, ameaças e agressão verbal, física e por armas branca e de fogo. Esses eventos



quando acontecem, na escola, na família ou na comunidade, tendem a reproduzir o comportamento censurado, surgindo então a violência juvenil, que pode ser cometida por pessoas com idades entre 10 e 21 anos. Os grupos em que o comportamento violento é percebido antes da puberdade tendem a adotar atitudes cada vez mais agressivas, culminando em graves ações na adolescência e na persistência da violência na fase adulta, sendo conhecido como booling (LOPES NETO, 2005). Objetivando minimizar esses tipos de prática, varias instituições dotaram de segurança ostensivas com o intuito de reprimir os qualquer ação violenta, entretanto não diminuiu significativamente as ocorrências de roubo, vandalismo ou agressão. Outras maneiras mais eficientes de diminuir a ocorrência desse evento é através de campanhas de desarmamento da população; apoio na formação e treinamento, integração entre jovens e policiais no ensino de técnicas de mediação de conflitos e ações de capacitação de educadores e policiais em direitos humanos e ética. **CONCLUSÃO:** concluímos que as instituições com números elevados de alunos são mais suscetíveis às práticas de violência e que a humilhação é a forma de agressão mais comum no ambiente escolar. As medidas preventivas mais executadas pelas instituições de ensino, são as campanhas contra a violência que incluem a co-participação de alunos, professores e profissionais da área de segurança. Entretanto, o fato de os estabelecimentos de ensino terem adotado medidas de segurança ostensiva não alterou, de forma significativa, as ocorrências de roubo, vandalismo ou agressão.

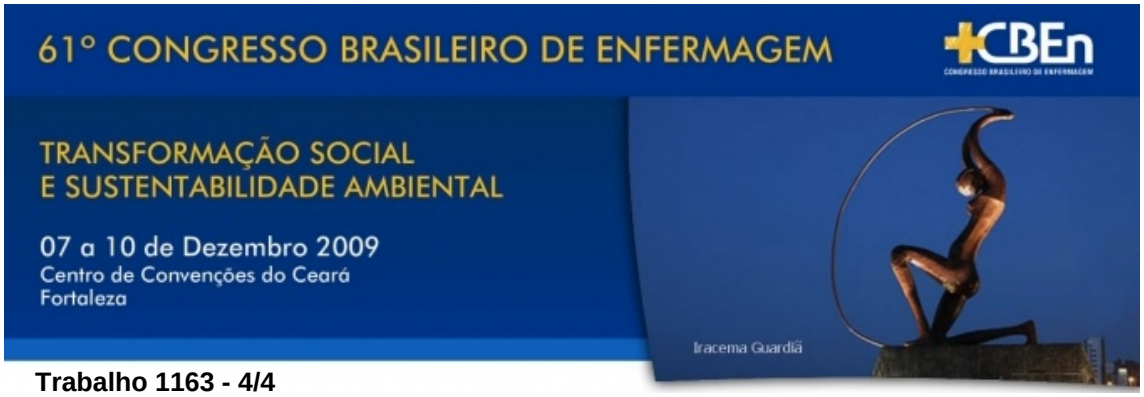
Palavras-Chaves: violência; criança; escolas; enfermagem

EIXO 4: INTERFACE POLÍTICA E AMBIENTAL, POLÍTICAS DE SAÚDE, CUIDADO DE ENFERMAGEM
3. Saúde, ambiente, trabalho e biossegurança na Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ANSER, Maria Aparecida Carmona Ianhes, JOLY, Maria Cristina Rodrigues Azevedo e VENDRAMINI, Claudette Maria Medeiros. **Avaliação do conceito de violência no ambiente escolar: visão do professor**. *Psicol. teor. prat.*, dez. 2003, vol.5, no.2, p.67-81. ISSN 1516-3687.

BORBA NETTO, Fernanda Colares. Negligência no Tratamento de Crianças HIV Positiva. (Dissertação). FioCruz. Rio de Janeiro, 2008.



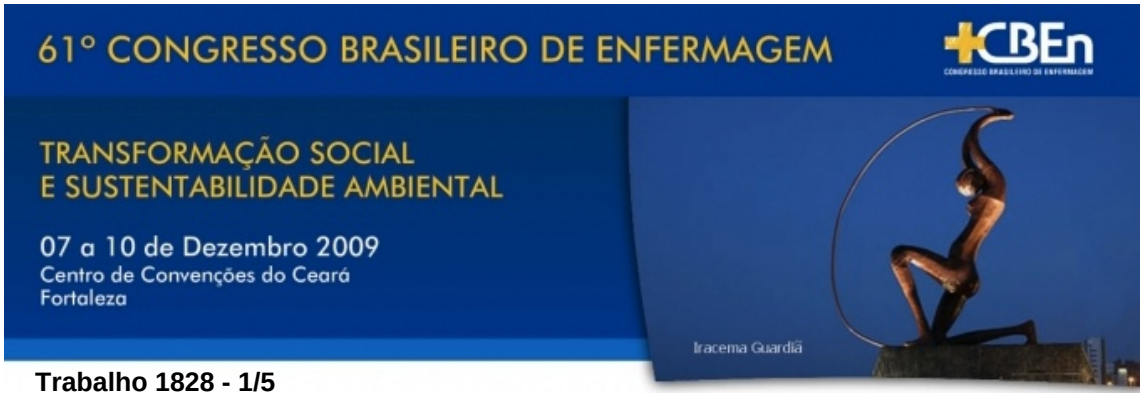
BRASIL, Ministério da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).** 10ª Revisão,v.1,1993.

COSTA, Maria Conceição Oliveira. **O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. Ciência & Saúde Coletiva, 12(5):1129-1141, 2007.**

LOPES NETO, Aramis A. **Bullying**: **comportamento agressivo entre estudantes**. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2005, vol.81, n.5, suppl., pp. s164-s172. ISSN 0021-7557.

---

1. Trabalho vinculado a Base de Enfermagem Clínica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
2. Acadêmica de Enfermagem do 3º período. Bolsista voluntária de Iniciação Científica da UFRN.
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Professor Associado dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFRN.
4. Enfermeiranda . Bolsista de Iniciação Científica (PIBIq) da UFRN. Endereço eletrônico: karolinamoura3@hotmail.com
5.Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRN. Enfermeira Assistencial do Hospital do Coração Natal/RN.
6. Enfermeira. Aluna especial do Mestrado UFRN.
7. Acadêmica do 6º período. Bolsista Voluntário de Iniciação Científica pela UFRN.

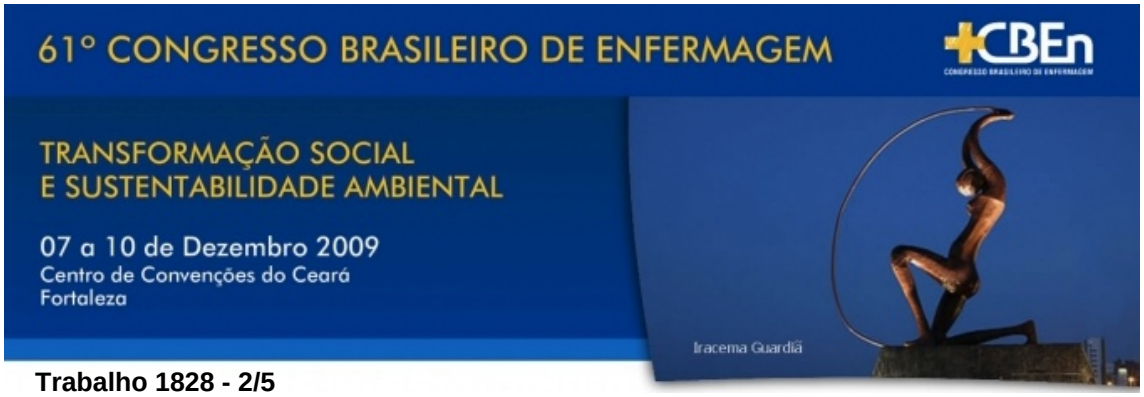


Trabalho 1828 - 1/5

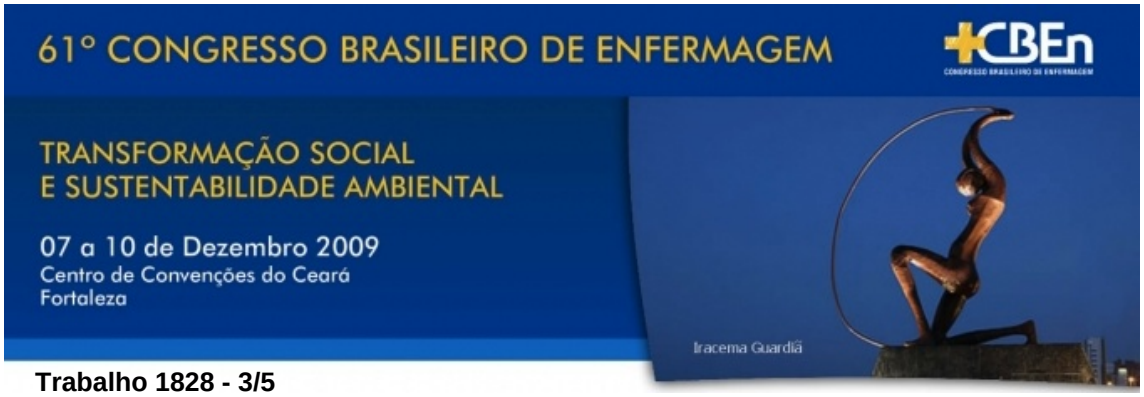
Visões e reflexões sobre Ambiência: depoimentos de profissionais de saúde que atuam no SUS e discentes de enfermagem

FONSECA, Aline Miranda[1]
BACCHI, Elisabeth Aquilino[1]

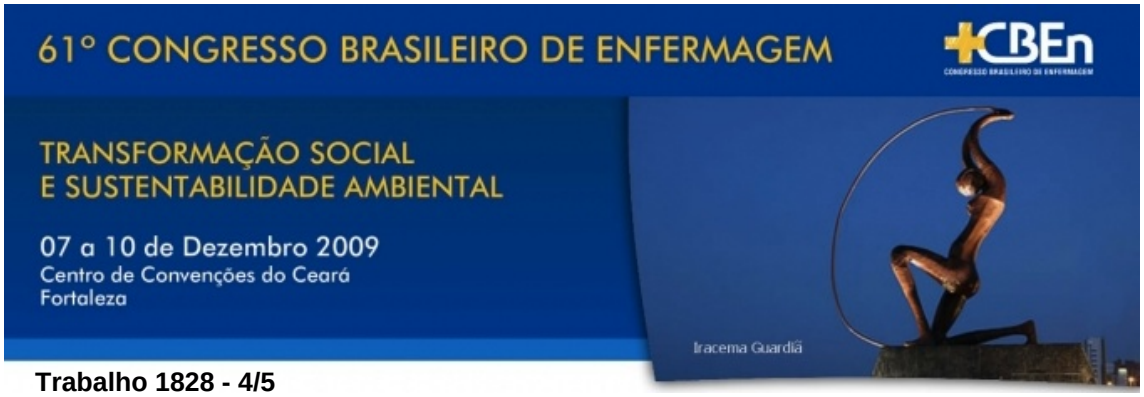
[1] Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense/UFF. Contato:bethaquilino@yahoo.com.br



INTRODUÇÃO: Há algum tempo a Política Nacional de Saúde instituiu uma política pública que visa à universalidade, à integralidade, eqüidade e à incorporação de novas tecnologias e diferentes saberes e, apesar dos avanços acumulados ainda enfrenta dificuldades. Hoje, a Humanização[1] é uma política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, operacionalizando-se a partir da troca e construção de saberes com equipes multiprofissionais; do pacto entre os níveis de gestão do SUS; do resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde, assim como outras ações. A política não só se caracteriza em modificações de conduta, mas também, empenha-se em reorganizar os aspectos da estrutura física dos Serviços de Saúde, sendo a *ambiência*[2] o espaço físico entendido como social, profissional e de relações interpessoais que propiciem atenção acolhedora, resolutiva e humana. Assim, segue três eixos: 1º espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos, garantindo conforto aos trabalhadores e usuários; 2º que possibilita a produção de subjetividades por meio da ação e reflexão sobre processos de trabalho e o 3º como ferramenta facilitadora dos mesmos, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. Dessa forma, traçamos como **objetivos desse estudo**: Conhecer a visão de discentes de enfermagem do 5º período de enfermagem da EEAC/UFF e da equipe multidisciplinar do Departamento de Supervisão Técnico-Metodológica (DESUM/FMS) - Niterói / RJ sobre



as práticas desenvolvidas no cotidiano da prática assistencial, com vistas à humanização e Identificar a avaliação quanto à ambiência e estratégias favorecedoras para sua implementação. **METODOLOGIA:** A pesquisa possui abordagem qualitativa[3], com utilização da cartilha do Programa Nacional de Humanização (PNH) / Ambiência. Para a efetivação dessa trajetória, propomos discussões ampliadas sobre a temática a fim de identificar práticas cotidianas e ambientes favoráveis à humanização. Foi desenvolvido um instrumento – Estudo Dirigido – contendo cinco questionamentos sobre: Conceito de Ambiência; Ambiência como espaço de encontro entre os sujeitos; Ambiência – ferramenta facilitadora do processo de trabalho; Ambiência e suas interfaces com outros dispositivos da PNH (Informação; Sinalização; Acessibilidade; O trabalhador nos serviços de saúde e Acolhimento) e Estratégias de implementação do conceito de Ambiência no cotidiano da prática assistencial. **RESULTADOS:** Seguindo os questionamentos do Estudo Dirigido, os resultados apontaram para: Tanto os discentes quanto os profissionais do DESUM entenderam Ambiência como um fator fundamental no desenvolvimento tanto das relações interpessoais como espaço físico propriamente dito. Quando questionados sobre Ambiência – espaço de encontro entre sujeitos, esses destacaram que quando o espaço é bem organizado/estruturado ele proporciona melhores condições de interação. Com relação à Ambiência – ferramenta facilitadora do processo de trabalho, revelaram que o processo quando bem efetivado estimula o profissional a

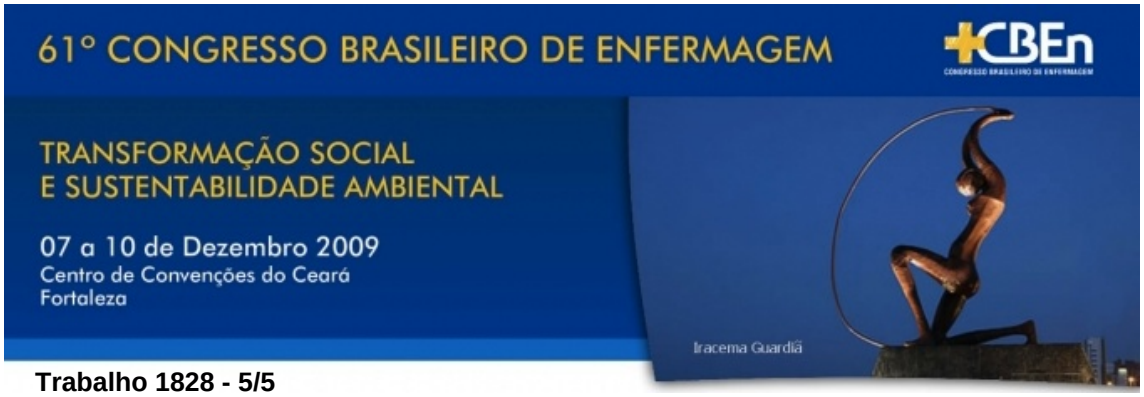


desenvolver com qualidade o seu trabalho. No que diz respeito à Ambiência e suas interfaces com o PNH, ressaltaram que o ambiente de trabalho deve estar organizado dentro de padrões que facilitem o acesso dos usuários na rotina diária das instituições de saúde, revelando-o como sujeito-participante desse processo. Para os sujeitos da pesquisa, a concretização do conceito de Ambiência no cotidiano da prática assistencial, algumas medidas podem ser adotadas, como por exemplo: implementação da Educação permanente; treinamento; palestras; cursos e debates. **CONCLUSÃO**: Os discentes de enfermagem do 5º período da EEAAC/UFF e a equipe multidisciplinar do Departamento de Supervisão Técnico-Metodológica (DESUM/FMS) - Niterói / RJ apontaram que o conceito de Ambiência é amplo e diversificado, o que os levou a questionar algumas dificuldades encontradas no cotidiano da prática assistencial, tais quais: falta de medicamentos; falta de recursos humanos e demora no agendamento de consultas e exames.

DESCRITORES: humanização da assistência; estudantes de enfermagem; equipe de assistência ao paciente.

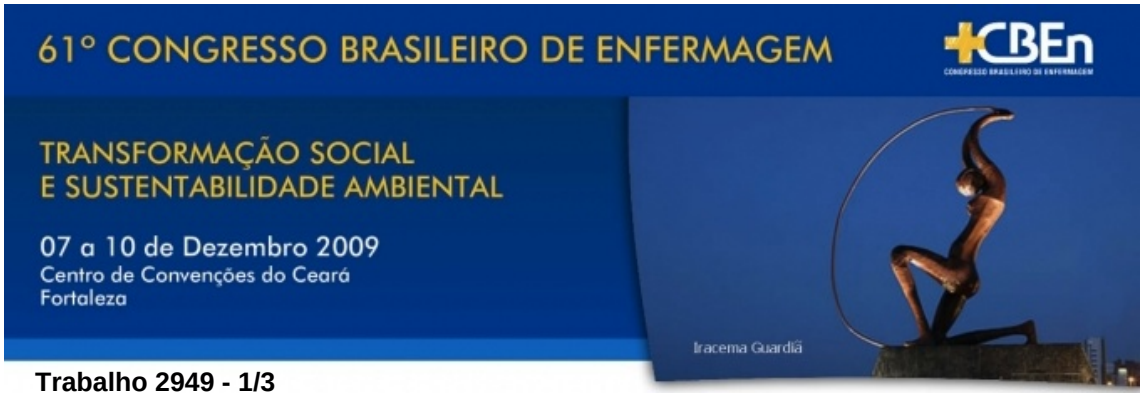
BIBLIOGRAFIA:

1 HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004



2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília :Editora do Ministério da Saúde, 2008.

3 Leopardi, Maria Tereza. Metodologia da Pesquisa na Saúde. Florianópolis: UFSC / Pós-graduação em enfermagem, 2002.



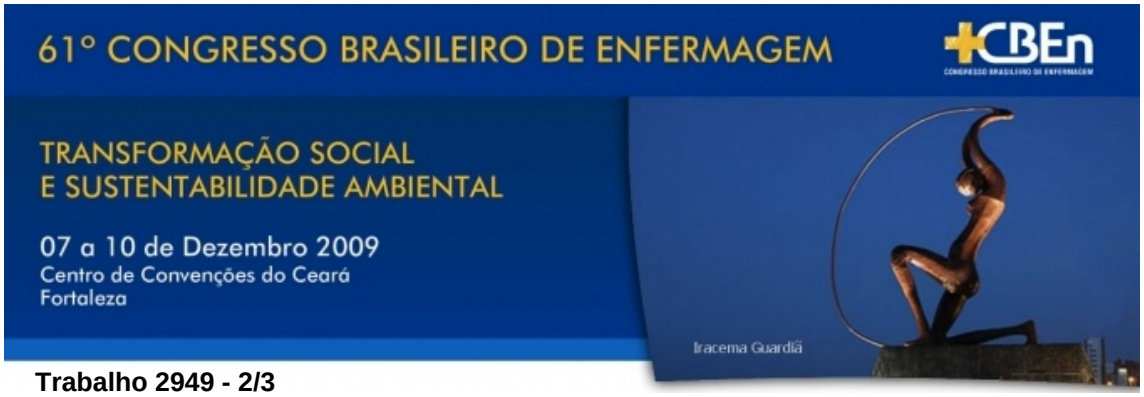
Trabalho 2949 - 1/3

VIVÊNCIA DO GRUPO TUTORIAL DO PET-SAÚDE NA TERRITORIALIZAÇÃO DO BAIRRO DOM EXPEDITO-SOBRAL/CE

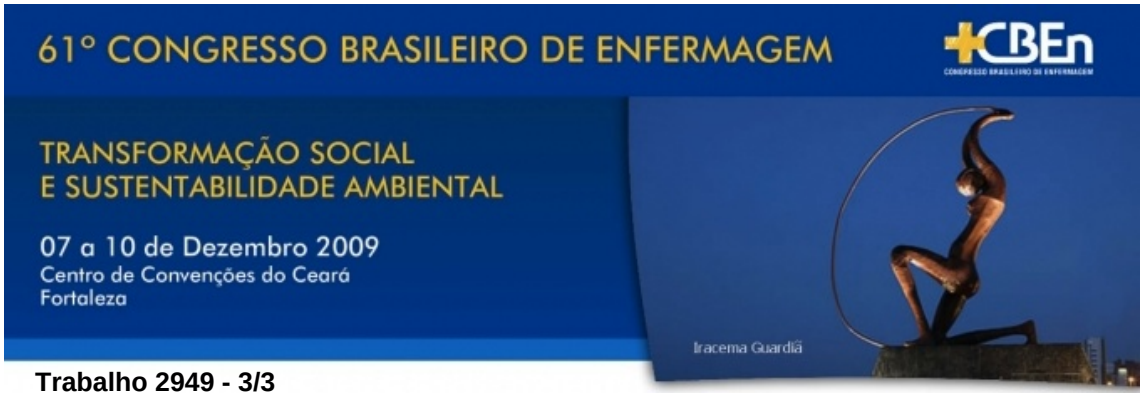
MACÊDO, Débora Rodrigues Ribeiro [1]
MESQUITA, Tienna Ilka Barbosa [2]
DIAS, Maria Socorro de Araújo [3]

Introdução: O Projeto de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Acreditando que o estudo do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para o planejamneto e a avaliação dos serviços de saúde de uma dada população, iniciamos nossa vivência no PET-Sobral por meio do desenvolvimento do processo de territorialização como estratégia para nos inserir no território de atuação. Esse espaço configurou-se em uma oportunidade de realizar vivências teórico-conceituais e práticas de territorialização, buscando conhecer os dados e características referentes às condições sanitárias do Bairro e a percepção da população sobre estes aspectos. Segundo Ducan (2006) o desenvolvimento do processo de territorialização nos permite fazer o reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente em determinadas áreas. **Objetivo:** Descrever a vivência de territorialização como estratégia para conhecer as condições de infra-estrutura sanitária do Bairro Dom Expedito-Sobral/CE. **Metodologia:** O estudo é do tipo exploratório-descritivo de abordagem quanti-qualitativa. As fontes utilizadas na pesquisa foram documentais utilizando os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). O estudo também contou com o emprego de entrevistas semi-estruturada elaborada com a participação dos monitores, preceptores e tutora inseridos no projeto PET-SAÚDE. Foram entrevistados um total de 15

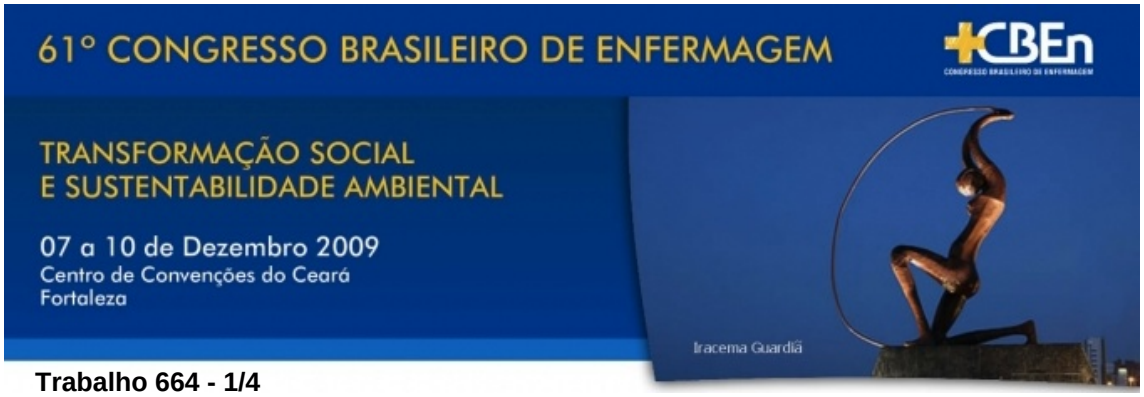
1 (1) Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, monitora bolsista do PET-SAÚDE; Endereço: Rua Sete, nº41, Casa 30, Condomínio Tordesilhas – Bairro: Betânia. CEP: 62100000. Cidade: Sobral. Fone: (88) 99590470. E-mail: debizinhamacedo@hotmail.com
2 (2) Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, monitora bolsista do PET-SAÚDE.
3 (3) Orientadora. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA; Doutora em Enfermagem; Tutora do projeto PET-SAÚDE.



informante-chave, sendo esses moradores da própria comunidade que tivessem um maior vínculo e conhecimento sobre as características do bairro. A análise quantitativa dos dados documentais se deu através de estrutura descritiva, já a análise qualitativa das entrevistas foi obtida por meio da categorização dos dados. O reconhecimento do território foi feito através de visitas periódicas ao Bairro Dom Expedito realizadas entre Maio a Junho de 2009. Durante esse momento saíamos em coletivo, membros do projeto juntamente com os agentes de saúde da área, com o intuito de conhecer as características macro-visuais do Bairro. O estudo seguiu os princípios éticos da pesquisa com seres humanos previstos na Resolução 196 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). **Resultados:** Durante as visitas eram perceptíveis às precárias condições de infra-estrutura e saneamento básico do Bairro. Algumas ruas apresentavam insuficiência no acondicionamento do lixo e outras se mostravam alagadas devido ao intenso período de chuva verificadas no primeiro semestre do ano de 2009. Situação sentida pela população como potencializadora de agravamento das condições de saúde. De acordo com os dados do SIAB, 68,32% do lixo tem como destino a coleta pública, 27,23 % encontram-se a céu-aberto e 4,28% tem como destino queimadas/enterrado e em relação à água de consumo aproximadamente 49% é filtrada, 29% é clorada, 21% não recebe tratamento e cerca de 1% é fervida. O Bairro não dispõe, em sua totalidade, de uma cobertura da rede de esgotamento sanitário, porém esta havendo uma ampliação deste serviço. Em consonância com os dados da entrevista a maioria dos informante-chave disse estar satisfeito com o abastecimento de água e com a coleta do lixo, alegando insatisfação somente com a demora das obras de saneamento básico que está sendo realizada no território. Cerca da metade desses entrevistados desconhecem o destino que é dado ao lixo. **Conclusão:** Diante do exposto, percebemos que as principais necessidades dos moradores dessa região dizem respeito às melhorias no sistema de saneamento básico expondo a população a riscos de contaminação por doenças infectocontagiosas, necessitando desse modo não apenas de melhorias das condições ambientais, mas também, de ações de educação em saúde para que possam prevenir essas doenças através da adoção de hábitos de vida mais higiênicos e saudáveis. **Bibliografias:** BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Estabelece critérios sobre**



Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 1996. DUCAN, Bruce. B, et al. **Medicina ambulatorial**: Condutas de atenção primária baseada em evidências, 3 Ed., São Paulo: Artmed, editora S.A, 2006. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica: situação de saneamento.** Brasília: 2008. Disponível em < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabcCE.def> acesso em: Maio 2009. **Descritores:** Meio ambiente, saúde, saneamento básico.



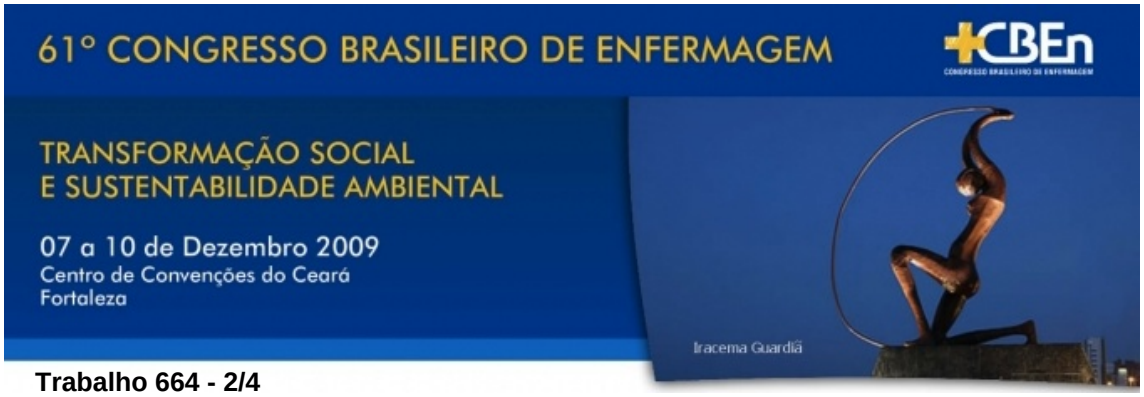
Trabalho 664 - 1/4

HUMANIZAÇÃO EM UTI NA PERCEPÇÃO DO CLIENTE

Ribeiro, Nádia Ferreira Gonçalves[1];
Suzuki, Karina[2];
Nunes, Patrícia Silva[1];
Barreto, Regiane Aparecida dos Santos Soares[2].
patriciasn_gyn@hotmail.com

Introdução: O processo de hospitalização é considerado como um evento estressante, porém singular, para pacientes e familiares acompanhantes atendidos. A unidade de terapia intensiva (UTI) possui características próprias como à convivência diária dos profissionais e dos sujeitos doentes com as situações de risco; a ênfase no conhecimento técnico-científico e na tecnologia para o atendimento biológico, com vistas a manter o ser humano vivo; a constante presença da morte; a ansiedade, tanto dos sujeitos hospitalizados quanto dos familiares e trabalhadores de saúde; as rotinas muitas vezes rígidas e inflexíveis; e a rapidez de ação no atendimento. No ambiente angustiante da UTI, encontra-se o paciente cardiopata em pós-cirúrgico com uma sobrecarga emocional própria de sua condição, necessitando de um cuidado especial. Receios oriundos da complexidade de sua patologia, acrescidos da supervalorização dada aos problemas cardíacos, tornam o cardiopata mais susceptível a variantes negativas que envolvem, além do paciente, a estrutura familiar e social (PINTO, 2008). A proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) coincide com os próprios princípios do SUS, que enfatiza a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. A PNH parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propõe transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população (BRASIL, 2004). **Objetivos:** Elucidar os cuidados de enfermagem relevantes para a humanização na perspectiva de clientes em PO de cirurgia cardíaca. **Metodologia:** Pesquisa descritivo-analítica com clientes

[1]Discente em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.
[2]Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

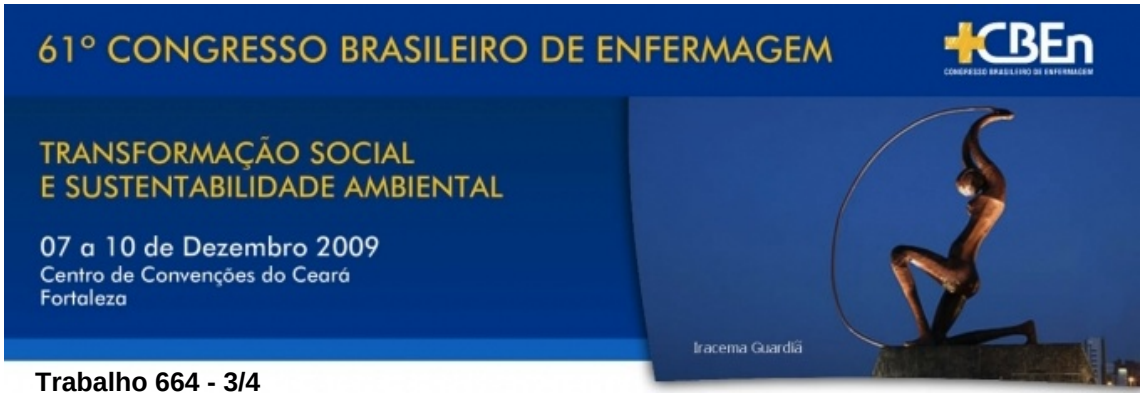


maiores de 18 anos de UTIs em um hospital público de Goiânia que assinaram o [1]Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aplicando instrumento contendo[2] questões abertas referentes à humanização do atendimento. O número dos participantes obedeceu ao critério de saturação dos dados (BARDIN, 1977). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob protocolo nº 047. Os aspectos éticos foram baseados na Portaria nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Resultados**: A maioria dos entrevistados era do sexo feminino, com idade ente 33 e 59 anos. A idade constitui-se num importante item a ser observado, pois a assistência de enfermagem deve considerar as particularidades referentes a cada faixa etária. Quatro clientes declararam ter primeiro grau completo, um segundo grau incompleto e um se declarou analfabeto. Tais dados evidenciam o perfil populacional atendido pelo hospital, e comprovam a necessidade de atendimento individualizado pela equipe. A maioria esteve internada pela primeira vez em UTI, e a média de internação foi de três dias. Em resposta à primeira questão a unidade era vista como um lugar ruim, cheio de sofrimento, as pessoas internavam para morrer, porém, após a internação três responderam ter mudado de opinião, pois foram bem tratados reconhecendo o empenho dos profissionais em proporcionar conforto, dois responderam negativamente alegando internações anteriores e convivência diária com o sofrimento alheio. O ambiente da unidade, a presença de tubos e alarmes, o pouco contato com a família e a falta de controle do corpo são fatores causadores de estresse entre os clientes. A identificação destes fatores é importante para a implementação de medidas que possam facilitar a humanização deste ambiente (BITENCOURT, 2007). Uma respondeu que fora abordada por alguns de maneira *seca e dura*. Quatro afirmaram saber o significado da palavra humanização relatando ser o tratamento com humanidade, não ser tão técnico robotizado. A PNH entende a humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde

1

2

[1]Discente em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.
[2]Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.



(BRASIL, 2004). Em estudo desenvolvido por BACKES (2005), no entender dos pacientes, a humanização se traduz, predominantemente, em gestos concretos, tais como: solidariedade, sensibilidade e compaixão. O significado de humanização, deste modo, não se limita a uma relação profissional – paciente e/ou paciente – profissional, mas aponta perspectivas para um cenário mais amplo. O cuidado, no contexto da humanização, precisa ser compreendido como um dever de cada pessoa e não um dever exclusivo de uma categoria profissional. A humanização deve fazer parte da filosofia da enfermagem, pois vai além do cuidado ao paciente, engloba todos envolvidos no processo saúde-doença, neste contexto envolve além do paciente, a família, a equipe multiprofissional e o ambiente. **Conclusões:** Na perspectiva dos clientes investigados, a equipe de enfermagem tem realizado o cuidado humanizado de maneira eficaz e satisfatória. O carinho e a atenção percebidos pelos clientes tornam o ambiente da UTI menos hostil, além de transmitirem uma sensação de maior segurança a estes e seus amigos e familiares. No entanto, os dados mostram a necessidade de atentar para a melhoria da assistência, principalmente quanto à necessidade do cuidado individualizado e globalizado visando manter a qualidade da assistência prestada.

Referências

Backes DN, Filho WDL, Lunardi VL. Humanização hospitalar: percepção dos pacientes. Acta Sci. Health Sci. 2005; 27(2): 103- 107.

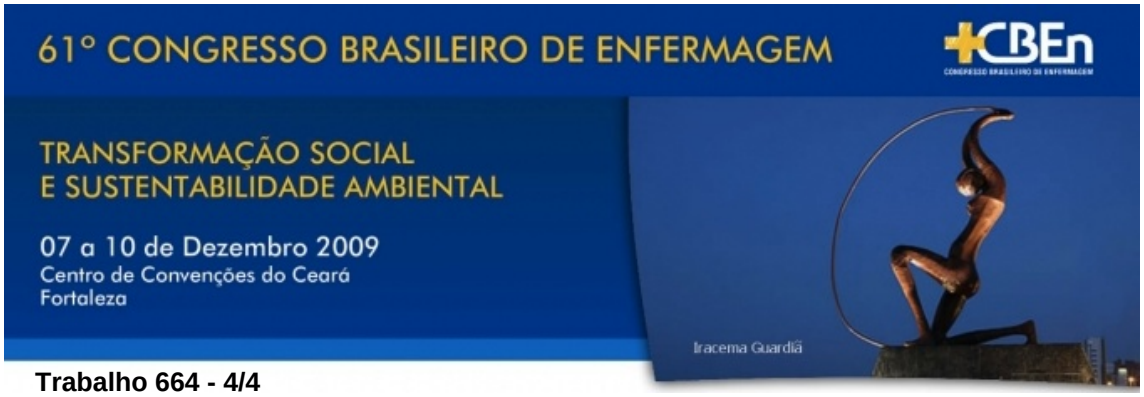
Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1997; 225 p.

Brasil. Política Nacional de Humanização. Relatório Final da Oficina HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Bitencourt AGV, Neves FBCS, Dantas MP. *et al.* Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Bras. de Terapia Intensiva 2007; 19(1): 53- 59.

Pinto JMS, Silva SF, Sampaio AP. *et al.* A humanização da assistência na unidade de terapia intensiva na visão dos usuários. Rev. Bras. em Promoção da Saúde 2008; 21(2): 121- 127.

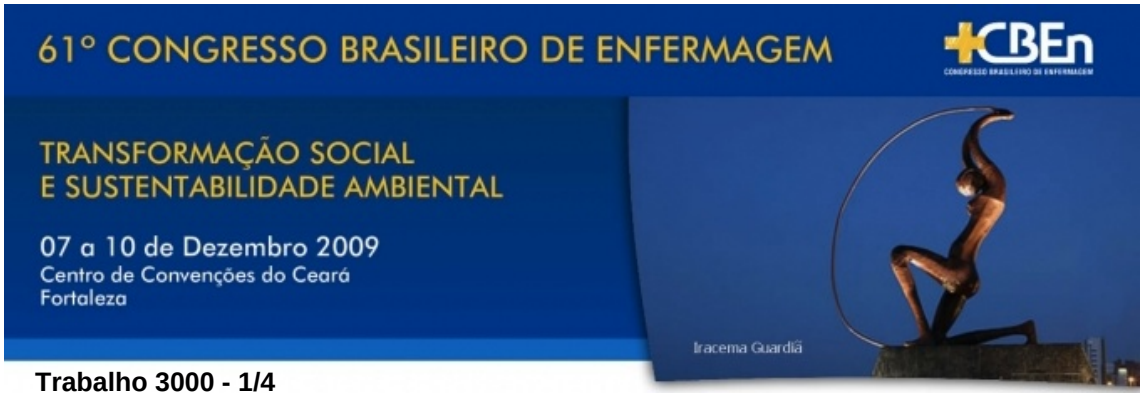
[1]Discente em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.
[2]Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.



Trabalho 664 - 4/4

Descritores: Enfermagem; Humanização da assistência; Cuidados de Enfermagem.

[1]Discente em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.
[2]Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.



Trabalho 3000 - 1/4

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃODE INDICADORES DE QUALIDADE PARA REALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.

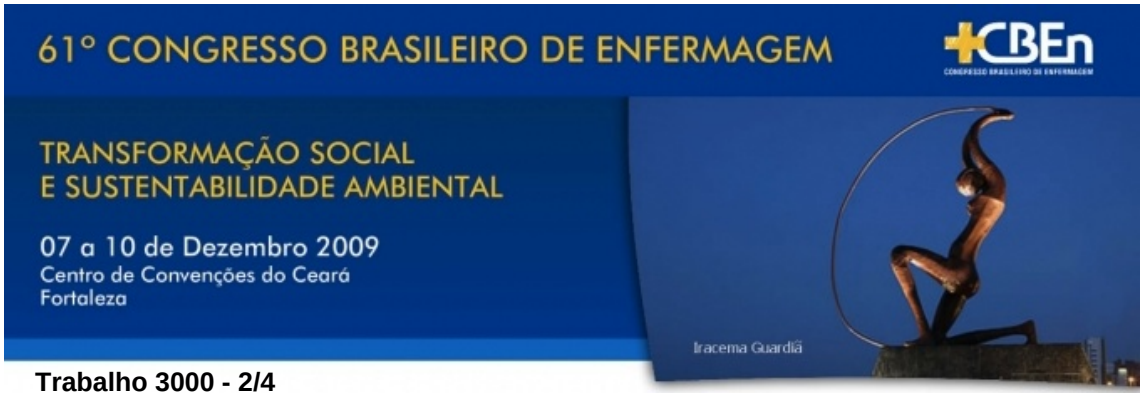
Luziana Araújo Borges **LEMOS**[1]
Viviane Martins da **SILVA**[2]

RESUMO

Os objetivos deste estudo são realizar validação de conteúdo de indicadores de avaliação para a intervenção aspiração de vias aéreas, realizar levantamento literário sobre a intervenção aspiração de vias aéreas, construir indicadores de qualidade para avaliar como está sendo desempenhada a intervenção aspiração de vias aéreas e submeter os indicadores à opinião de especialistas para auxiliar na consolidação de um instrumento de avaliação da prática do enfermeiro. A pesquisa, de natureza exploratória e descritiva, foi desenvolvida entre junho de 2007 e julho de 2008, em Quixadá – CE. O estudo compreendeu duas fases: 1- construção dos indicadores através de levantamentos bibliográficos, com base no diagnóstico de enfermagem Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas na intervenção Aspiração de Vias Aéreas; 2- validação dos indicadores que foram submetidos ao julgamento de um grupo de especialistas. Os especialistas propuseram: adequação do nome de alguns indicadores e maior especificação do indicador, o que foi acatado, sendo o instrumento reorganizado. O instrumento validado é composto de 27 itens para o desenvolvimento da intervenção Aspiração de Vias Aéreas. Todos os especialistas são do sexo feminino, idade média de 30,6 anos, tempo médio de formação de 7,9 anos e 80% são especialistas em saúde da criança e/ou enfermagem neonatal, com tempo médio de trabalho de 6,5 anos. 90% trabalham em instituições hospitalares. Os especialistas opinaram através da apresentação dos índices de concordância quanto à adequação dos indicadores aos critérios estabelecidos ao julgarem as atividades integrantes da intervenção Aspiração de Vias Aéreas para o diagnóstico de enfermagem Desobstrução Ineficaz de vias Aéreas. Dentre os itens, 20 obtiveram índice de concordância maior que 0,80 para o critério simplicidade. 20 foram adequados para o critério clareza. 17 indicadores obtiveram concordância entre os especialistas para o critério aplicabilidade. 13 itens receberam escore máximo para todos os critérios avaliados. Os itens obtiveram escores menores que 0,80 foram adequados às sugestões dos especialistas. Este indicador não abrange todas as questões de cuidado dignas de atenção, mas dirigem-se às necessidades mais urgentes da intervenção Aspiração de Vias Aéreas para a melhoria da qualidade do serviço de enfermagem no país. Este estudo contribui para a melhoria das práticas de cuidado relativos à intervenção Aspiração de Vias Aéreas, ressaltando a importância de estudos posteriores para determinação da confiabilidade deste instrumento.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem, Intervenção, Validação de indicadores.

[1] Enfermeira, graduada em 2008.1 na Faculdade Católica Rainha do Sertão.
[2]Doutora, Enfermeira, Professora. Dedicação exclusiva da Universidade Federal do Ceará.



Bibliografia: ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem.** 5. ed. São Paulo: Artmed, 2005.

ALVES, Albertisa Rodrigues, CHAVES, Edna Maria Camelo, FREITAS, Maria Célia de *et al*. **Aplicação do Processo de Enfermagem: estudo de caso com uma puérpera**. *Rev. bras. enferm.*, May/June 2007, vol.60, no.3, p.344-347. ISSN 0034-7167.

AMERICAN NURSE'S ASSOCIATION. **Standards perioperative nursing practice.** Kansas City 40, 1981.

BITTAR, O. J. N. V. Hospital: qualidade & produtividade. São Paulo: Sarvier, 1996.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem.** Aplicação à prática clínica. 8ªed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CIANCARULLO, T. I. **Teoria e prática em auditoria de cuidados.** São Paulo: Ícone, 1997. (Série C & Q).

CIANCARULLO, T. I.; FUGULIN, F. M. T.; ANDREONI, S. (Orgs.). **A hemodiálise em questão:** opção pela qualidade assistencial. São Paulo: Ícone, 1998. (Série C & Q).

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2003-2004/ organizado por North American Nursing Association; trad. Cristina Correia. – Porto Alegre: Artmed, 2005.

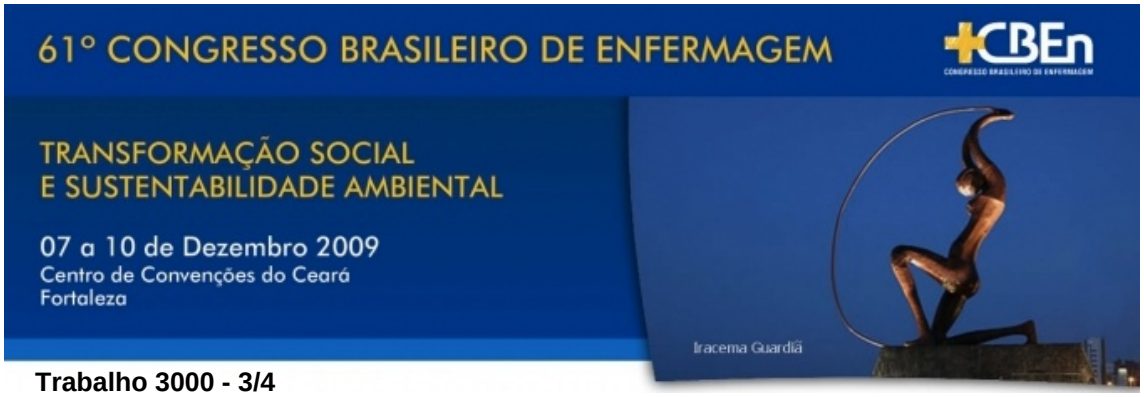
DONALDSON, M.S., editor. Measuring the quality of health care: **a statement by the National Roundtable on Health Care Quality.** Washington: National Academy Press; 1999.

DREYER, E. et al. Técnicas de enfermagem na ventilação mecânica. In: ZUÑIGA, .G.P. *Ventilação mecânica para enfermagem.* São Paulo: Atheneu, 2003, p. 41-49.

FERREIRA, D. P. **Indicadores de saúde: construção e uso.** In: CIANCARULLO, T. I.; CORNETTA, V. K. Saúde, Desenvolvimento: um desafio para os gestores do Terceiro Milênio. São Paulo: Ícone, 2000.

GASTAL, F. L. **Controle estatístico de processo: um modelo para a avaliação da qualidade de serviços de internação psiquiátrica.** São Paulo, 1995. 374 f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1995.

GUYTON, A. C. **Fisiologia humana e mecanismos das doenças.** 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.



HADDAD, G. G.; FONTÁN, J. P. Mecanismos de defesa e funções metabólicas dos pulmões. In: BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.;JESON, H. B. **Nelson – Tratado de pediatría.** 16ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

JOHSON, M.; BULECHEK, G.M.; DOCHTERMAN, J. M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. **Nursing diagnosis, outcomes and interventions – NANDA, NOC and NIC linkages**, Sant Louis: Mosby, 2001.

KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Pesquisa em enfermagem: **métodos, avaliação crítica e utilização.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2001. 330 p.

MACCARI, G. M.; ABREU, C. F.; MIYOSHI, M. H. **Papel da fisioterapia respiratória em doenças neonatais.** In: Alves Filho & Trindade. Clínica de Perinatologia – Aparelho respiratório em neonatologia – Parte I. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

MARTINS, Ivete and GUTIERREZ, Maria Gaby Rivero de. **Intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem Desobstrução ineficaz de vias aéreas**. *Acta paul. enferm.*, Apr./June 2005, vol.18, no.2, p.143-149. ISSN 0103-2100.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

McCLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M. **Classificações das intervenções de enfermagem (NIC).** 3ªed. São Paulo: Artmed, 2004.

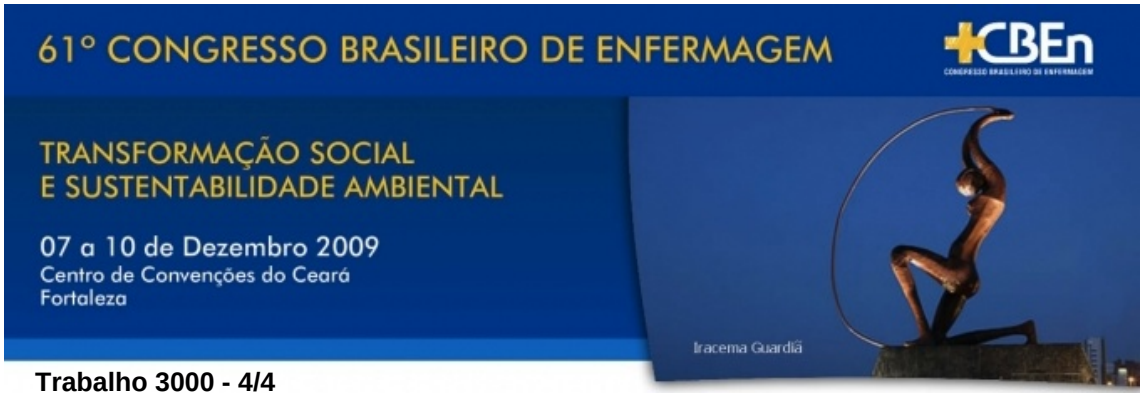
MIURA, E.; PROCIANOY, R. **Neonatologia: princípios e prática**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

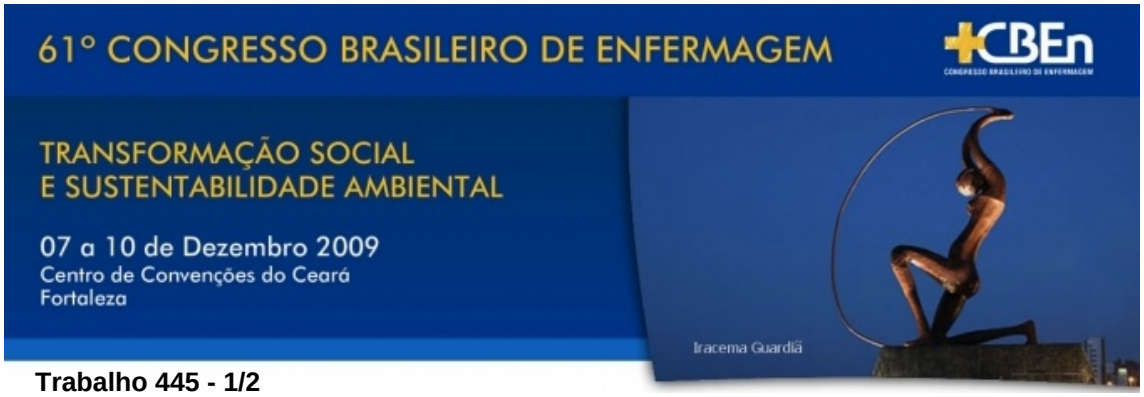
POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.168 e 207.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem. Conceitos, processo e prática.** 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

TANAKA, O. U. **Avaliação de programas de saúde do adolescente.** São Paulo: EDUSP, 2001.



ZEITOUN, S. S. *Validação clínica dos sinais e sintomas e comportamento dos diagnósticos de enfermagem respiratórios em pacientes sob ventilação mecânica invasiva*. 2005. 214f. Tese. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Departamento de Enfermagem, São Paulo, 2005.



Trabalho 445 - 1/2

A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FORTALEZA: VISÃO DA USUÁRIA

Abreu, Renata Sales da Rocha[1]

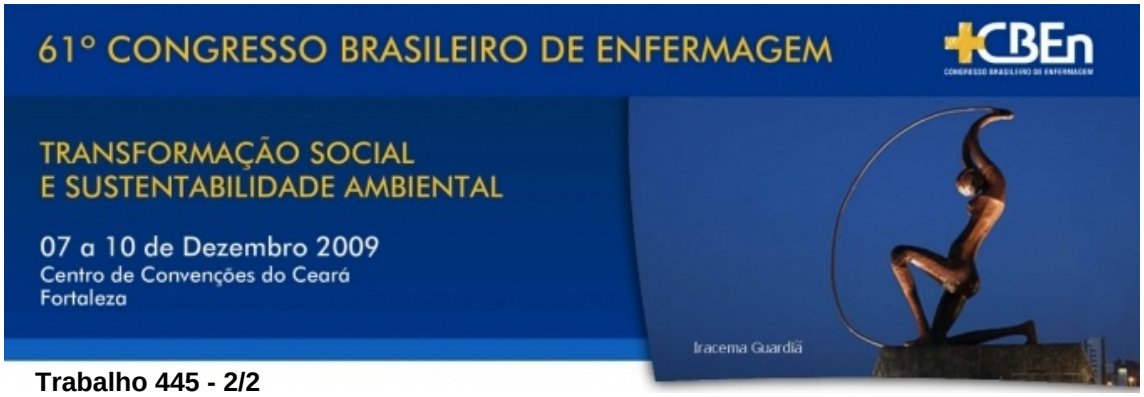
Costa, Alda Angéllica de Melo[2]

Ferreira, Ingrid Nobre[3]

Gonçalves, Valéria Freire[4]

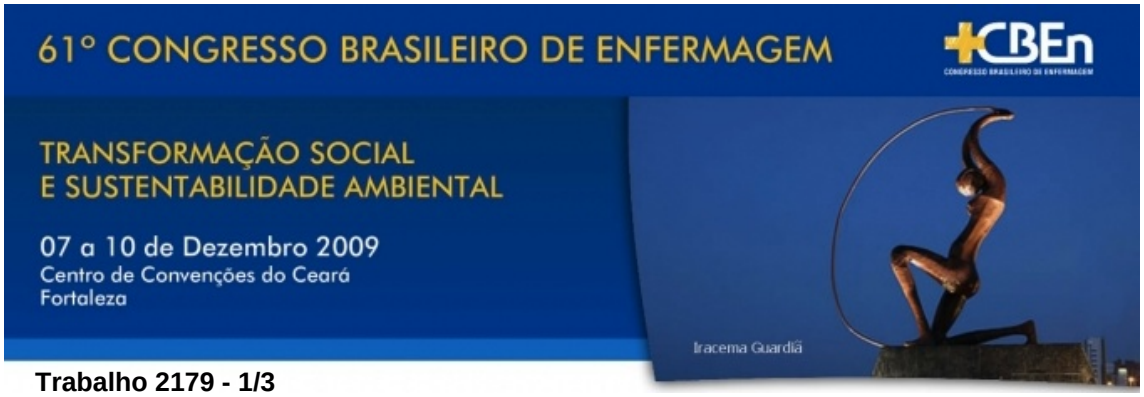
Holanda, Ítala Thaise Aguiar[5]

Uma atenção pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade e com ações que integrem todos os níveis de ação: Promoção, Prevenção e Assistência à saúde da gestante e do RN. Esse estudo objetiva avaliar a assistência prestada à gestante durante o pré-natal, através da percepção da própria usuária. Foram entrevistadas 20 usuárias do serviço de pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde de Fortaleza. A Entrevista, semi-estruturada, era composta por questões que abordavam a situação socioeconômica e perguntas relacionadas ao tema. A pesquisa tem abordagem quanti-qualitativa de caráter descritivo. As entrevistadas apresentaram média de idade de 22 anos, e média de idade gestacional de 26 semanas. 70% têm renda familiar de até 1 salário mínimo e 70% delas avaliaram a assistência pré-natal recebida como Boa; 25% sugeriu que deveriam ser atendidas sempre pelo mesmo profissional durante toda a gestação. Quando questionadas quanto a importância da realização do pré-natal todas foram unânimes, e afirmaram que o pré-natal era importante não só para a sua própria saúde mas também para a do Bebê. Para a maioria, 90%, o profissional Enfermeiro foi o que melhor esclareceu as suas dúvidas. Nesse contexto, pode-se notar que a assistência pré-natal ainda é, sem dúvida, a principal forma de assegurar a evolução normal da gestação, preparando a futura mãe para o parto e puerpério tranqüilos e lactação normal, daí a importância de abordarmos procedimentos relativos à promoção da saúde, ultrapassando a fase dos cuidados básica. Bibliografia: SILVEIRA, D., SANTOS, I., COSTA, J. *Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo*. Cad. Saúde Pública vol.17 no.1 Jan./Feb. 2001. PEREIRA, M.; NOVO,N.; ARMOND,J. *A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na*



periferia da zona sul, no município de São Paulo. Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.2 Mar./Apr. 2007. Palavra chaves: Pré-natal, Gestantes, Enfermagem.

(1) Acadêmica de enfermagem da Universidade de Fortaleza.
(2) Acadêmica de enfermagem da Faculdade Metropolitana de Fortaleza.
(3) Acadêmica de enfermagem da Universidade de Fortaleza.
(4) Enfermeira, Mestre em Saúde Pública pela universidade Federal do Ceará, Professora ligada à área de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza.
(5) Acadêmica de enfermagem da Universidade de Fortaleza. Email: thaiseaguiar@yahoo.com.br



Trabalho 2179 - 1/3

A CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO COMO SUPORTE À PREVENÇÃO DE INFECÇÕES. AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

MENEZES, Celeste Aída da Silva Prado[1]

ANDRADE, Paulo José[2]

PAREDES, Rosangela do Carmo[3]

SANTOS, Iza Cristina dos[4]

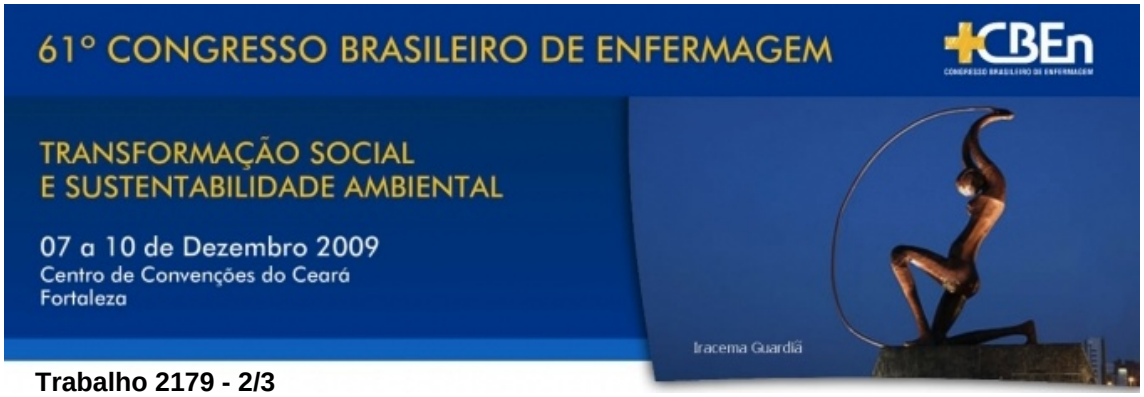
INTRODUÇÃO: Este estudo trata das atribuições dos profissionais de enfermagem (auxiliares e enfermeiros) na Central de Material e Esterilização que é a área responsável pela limpeza e processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, que realizam o controle, preparo, esterilização e distribuição dos materiais hospitalares, evidenciando que é possível desenvolver um processo de prevenção das infecções hospitalares através da observação adequada das práticas realizadas. **OBJETO DE ESTUDO**: Atuação do profissional de enfermagem na prevenção de infecção hospitalar na Central de Material Esterilização. **QUESTÕES NORTEADORAS:** Como a equipe de enfermagem da Central de Material e Esterilização desenvolve ações de prevenção de infecções hospitalares? Como a equipe de enfermagem

[1] Técnico de enfermagem Instituto Nacional de Cardiologia

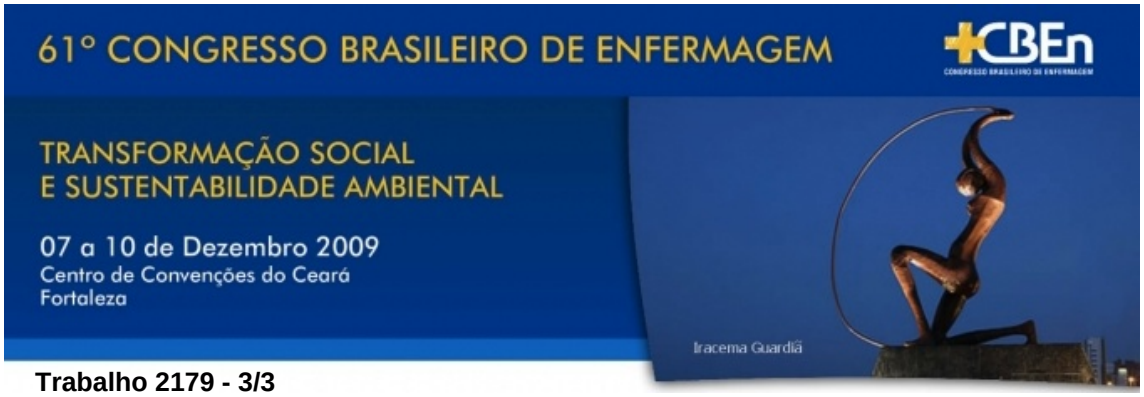
[2] Mestre em Enfermagem pela EEAN/UFRJ, Chefe de Enfermagem da CME do Instituto Nacional de Cardiologia

[3] Técnico de enfermagem Instituto Nacional de Cardiologia

[4] Mestre em Enfermagem pela UNIRIO, Membro da Educação permanente do Instituto Nacional de Cardiologia



da Central de Material e Esterilização interage com os profissionais de saúde e usuários de materiais estéreis? **OBJETIVOS:** Geral: Descrever as ações voltadas para o suporte da prevenção das infecções hospitalares. Específicos: Caracterizar essas ações desenvolvidas e analisar as interações da equipe da Central de Material e Esterilização com os demais profissionais usuários de materiais estéreis. **METODOLOGIA:** A abordagem etnometodológica possibilita retratar a realidade do cenário de uma central de esterilização, permitindo apontar detalhes no desenvolvimento do trabalho voltado à prevenção das infecções hospitalares através da descritibilidade, reflexividade e prática contextualizada. **PÚBLICO ALVO:** os atores do estudo são 02 enfermeiros e 15 auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam na Central de Material e Esterilização de uma instituição pública da esfera federal localizada no município do Rio de Janeiro. Os instrumentos utilizados contribuíram para a coleta de informações importantes a proposta de estudo, foi desenvolvido um roteiro para entrevista semi-estruturada e um para a observação participante, onde os investigados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:** Os resultados mostraram que apesar do trabalho árduo, os profissionais se preocupam com a prevenção mantendo rigor na manutenção das práticas de reprocessamentos dos artigos sob sua responsabilidade. **CONCLUSÃO:** Observamos que os profissionais de enfermagem que atuam na Central de Material e Esterilização desempenham um papel primordial na prevenção e controle das infecções hospitalares, os mesmos apesar das dificuldades relacionadas a recursos materiais e humanos, desenvolvem



ações preventivas e de segurança para atender as necessidades dos diversos setores que utilizam o seu serviço. **DESCRITORES:** prevenção, esterilização, infecção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

COULON, Alann **Etnometodologia P**etrópolis.

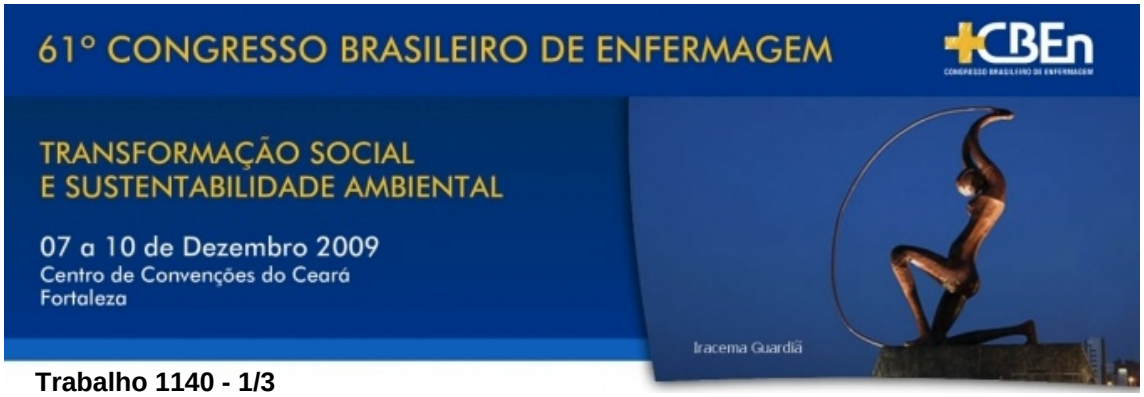
GAUTHIER, Jacques. **Pesquisas em Enfermagem Novas Metodologias Aplicadas**, Rio de Janeiro.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Moral e Técnica Especializada dos Cuidados da Enfermagem**, Florianópolis

BIANCHLE R. F. **Atuação do enfermeiro de centro cirúrgico**, São Paulo.

SALSANO.S.D.T. O **Trabalho de enfermeiros na central de material**. Rev. Paulo enf. Vol. 9 n.3.p.103.

IWANOW. T. C. **Compromisso Institucional da Enfermagem**. Rev. Sobec.



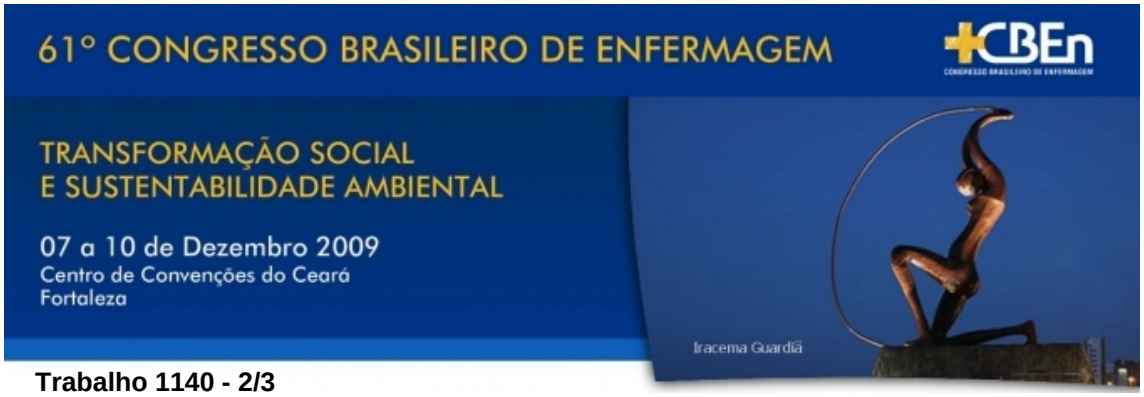
Trabalho 1140 - 1/3

ACOLHIMENTO DE UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA – CE, SOB A ÓTICA DE ESTUDANTES DO PET-SAÚDE UNIFOR. RELATO DE EXPERIÊNCIA.

SILVA, Gabriella de Almeida[1]
FREITAS, Antônia Valdenice Feitosa de[2]
LEITE, Antônia Cleide Abrante de Lima[3]
VIRGÍNIO, Elen Cristina Duarte[4]

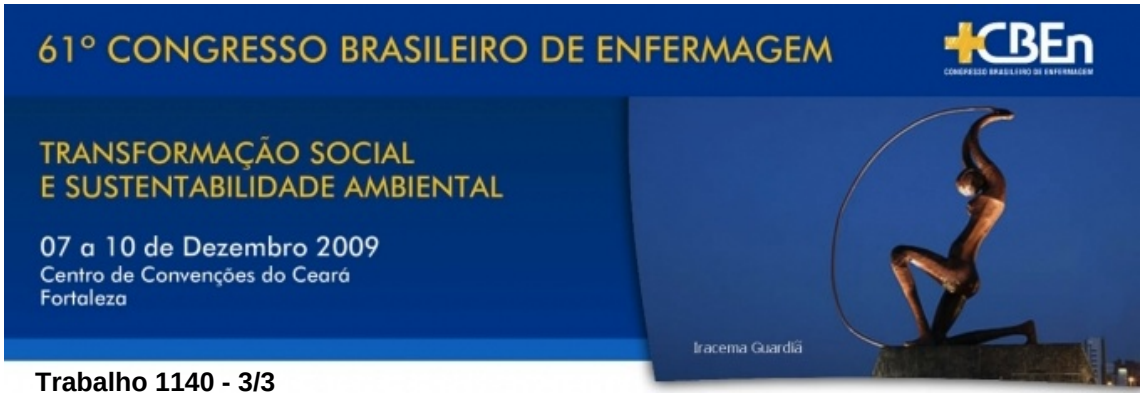
INTRODUÇÃO: Acolhimento é uma ação técno-assistencial que pressupõe a mudança dno processo a relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito participante ativo no processo de produção da saúde. Os objetivos do acolhimento seriam: ampliar o acesso dos usuários do serviço , humanizar o atendimento e funcionar como um dispositivo para a reorganização do processo de trabalho.A proposta de construção desse trabalho surgiu da meta do PET-SAÚDE, de construção de conhecimentos em atenção básica além de formar recursos humanos para atuarem neste nível de atenção a saúde. OBJETIVO: Analisar sob a ótica do verdadeiro “acolhimento em atenção básica” o acolhimento realizado em um Centro de Saúde da Família de Fortaleza – CE,onde estivemos inseridas. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, por entendermos que o objeto de estudo é um processo de trabalho. Os dados foram coletados em maio/09, através de participações ativas e observações assistemáticas, no processo de acolhimentos de um dos Centros de Saúde da Família, do Bairro Jangurussu, na cidade de Fortaleza – CE. Foram respeitados os aspectos éticos e legais da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. RESULTADOS E DISCUSSÕES: A partir das observações assistemáticas, percebemos que o processo de Acolhimento, ou se seja, o ato de escuta da população, era realizada três vezes por semana (no período da manhã acontecia o acolhimento dos adultos e durante a tarde, acontecia o acolhimento infantil), sob a coordenação e execução de uma das enfermeiras da unidade, também com a participação de funcionárias que realizavam o agendamento e outra responsável pelo chamamento dos usuários, em ordem crescente de números de fichas, entregues no início de cada turno,

[1]Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre e bolsista do PET-SAÚDE UNIFOR. E-mail: gabizinhaxinhah@hotmail.com.
[2]Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre.
[3] Chefe de Enfermagem do Hospital José Maria Philomeno Gomes – Pacajus – CE.
[4] Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre e aluna do PET-SAÚDE UNIFOR.



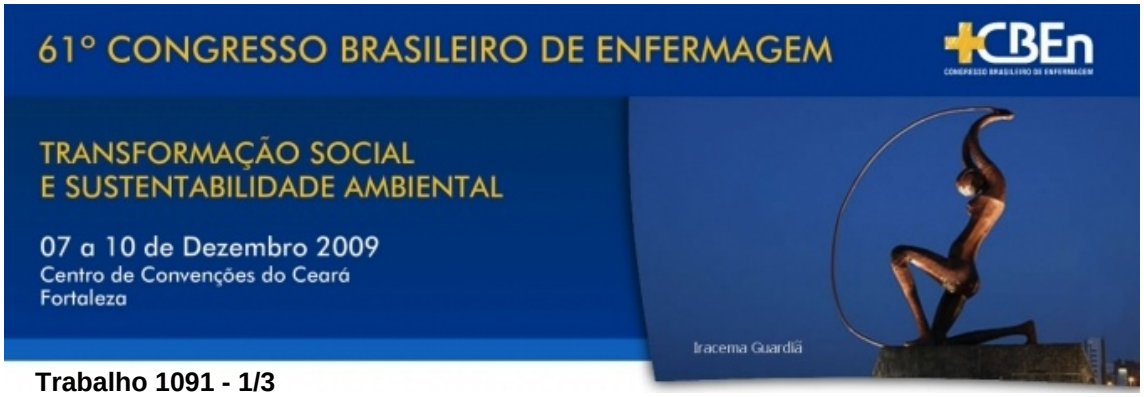
além do fechamento da porta da sala. Este processo de trabalho acontecia em uma sala fechada e destinada a realização de aerossolterapia e administração de medicamentos. Vale ressaltar, que esse procedimentos aconteciam, simultaneamente ao acolhimento. O acolhimento se dava da seguinte maneira: No início de cada turno uma funcionária entregava um número de fichas para todas as pessoas que aguardavam atendimento. Os usuários iam sendo chamados e atendidos pela enfermeira, que sabia o número de vagas para consultas estavam disponíveis e ia alocando nas vagas os casos que fugiam de sua competência. Casos como renovação de receituário de medicamentos e solicitações de exames programas da ESF, a própria enfermeira resolvia, além de análise de exames laboratoriais. CONCLUSÃO: Diante disso percebemos, a falta de adequação desse processo de acolhimento, uma vez que, acontecia em um espaço conjunto com outros procedimentos, barulhentos, prejudicando: a escuta qualificada, a relação e o entendimento profissional de funcionar como barreira de desabafo “do usuário permanência do foco da doença e não, no sujeito. Não só isso, o fato de apenas a equipe de enfermagem tentar desenvolver um acolhimento dentro de suas possibilidades, a equipe médica se negava a participar desse processo, o que daria, do acolhimento o maior poder de resolutividade e não um mero caráter de triagem. Dessa forma, para que o acolhimento seja efetivo neste Centro de Saúde da Família é preciso o entendimento da situação de saúde da área de abrangência, o envolvimento de todos no planejamento de metas para melhorias(estrutura-física e recursos humanos) e participação ativa de todos profissionais médicos e não-médicos no processo de acolher a comunidade. BIBLIOGRAFIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da perecepção dos**

[1]Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre e bolsista do PET-SAÚDE UNIFOR. E-mail: gabizinhaxinhah@hotmail.com.
[2]Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre.
[3] Chefe de Enfermagem do Hospital José Maria Philomeno Gomes – Pacajus – CE.
[4] Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre e aluna do PET-SAÚDE UNIFOR.



usuários e profissionais de saúde. Caderno de Saúde Pública. V. 24, p. 100 – 110, 2008. TTAEKOMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. **Acolhimento e transformações no processo de trabalho em enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil.** Caderno de Saúde Pública. V. 23, n. 2, p. 331-340, fev, 2007.

[1]Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre e bolsista do PET-SAÚDE UNIFOR. E-mail: gabizinhaxinhah@hotmail.com.
[2]Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre.
[3] Chefe de Enfermagem do Hospital José Maria Philomeno Gomes – Pacajus – CE.
[4] Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre e aluna do PET-SAÚDE UNIFOR.



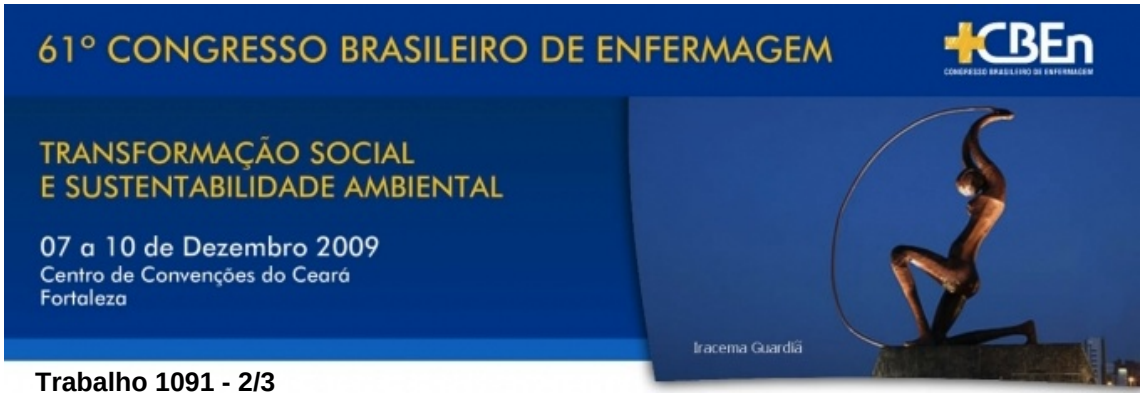
Trabalho 1091 - 1/3

ACOLHIMENTO DE UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA – CE, SOB A ÓTICA DE ESTUDANTES DO PET-SAÚDE UNIFOR. RELATO DE EXPERIÊNCIA.

SILVA, Gabriella de Almeida[1]
FREITAS, Antônia Valdenice Feitosa de[2]
LEITE, Antônia Cleide Abrante de Lima[3]
VIRGÍNIO, Elen Cristina Duarte[4]

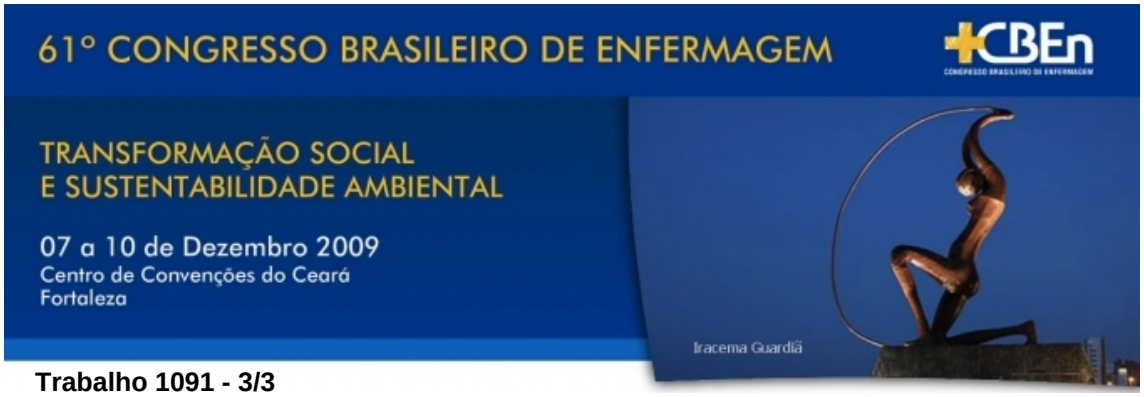
INTRODUÇÃO: Acolhimento é uma ação técno-assistencial que pressupõe a mudança dno processo a relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito participante ativo no processo de produção da saúde. Os objetivos do acolhimento seriam: ampliar o acesso dos usuários do serviço , humanizar o atendimento e funcionar como um dispositivo para a reorganização do processo de trabalho.A proposta de construção desse trabalho surgiu da meta do PET-SAÚDE, de construção de conhecimentos em atenção básica além de formar recursos humanos para atuarem neste nível de atenção a saúde. OBJETIVO: Analisar sob a ótica do verdadeiro “acolhimento em atenção básica” o acolhimento realizado em um Centro de Saúde da Família de Fortaleza – CE,onde estivemos inseridas. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, por entendermos que o objeto de estudo é um processo de trabalho. Os dados foram coletados em maio/09, através de participações ativas e observações assistemáticas, no processo de acolhimentos de um dos Centros de Saúde da Família, do Bairro Jangurussu, na cidade de Fortaleza – CE. Foram respeitados os aspectos éticos e legais da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. RESULTADOS E DISCUSSÕES: A partir das observações assistemáticas, percebemos que o processo de Acolhimento, ou se seja, o ato de escuta da população, era realizada três vezes por semana (no período da manhã acontecia o acolhimento dos adultos e durante a tarde, acontecia o acolhimento infantil), sob a coordenação e execução de uma das enfermeiras da unidade, também com a participação de funcionárias que realizavam o agendamento e outra responsável pelo chamamento dos usuários, em ordem crescente de números de fichas, entregues no início de cada turno,

[1]Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre e bolsista do PET-SAÚDE UNIFOR. E-mail: gabizinhaxinhah@hotmail.com.
[2]Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre.
[3] Chefe de Enfermagem do Hospital José Maria Philomeno Gomes – Pacajus – CE.
[4] Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre e aluna do PET-SAÚDE UNIFOR.



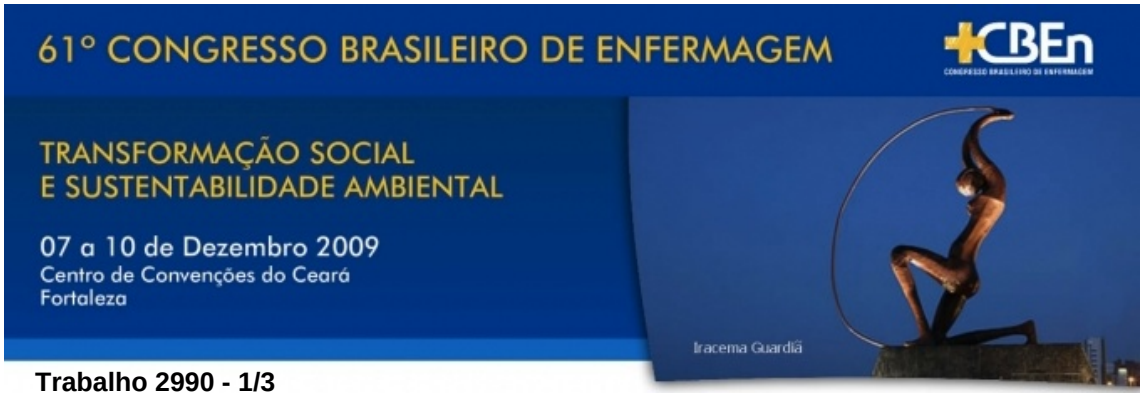
além do fechamento da porta da sala. Este processo de trabalho acontecia em uma sala fechada e destinada a realização de aerossolterapia e administração de medicamentos. Vale ressaltar, que esse procedimentos aconteciam, simultaneamente ao acolhimento. O acolhimento se dava da seguinte maneira: No início de cada turno uma funcionária entregava um número de fichas para todas as pessoas que aguardavam atendimento. Os usuários iam sendo chamados e atendidos pela enfermeira, que sabia o número de vagas para consultas estavam disponíveis e ia alocando nas vagas os casos que fugiam de sua competência. Casos como renovação de receituário de medicamentos e solicitações de exames programas da ESF, a própria enfermeira resolvia, além de análise de exames laboratoriais. CONCLUSÃO: Diante disso percebemos, a falta de adequação desse processo de acolhimento, uma vez que, acontecia em um espaço conjunto com outros procedimentos, barulhentos, prejudicando: a escuta qualificada, a relação e o entendimento profissional de funcionar como barreira de desabafo “do usuário permanência do foco da doença e não, no sujeito. Não só isso, o fato de apenas a equipe de enfermagem tentar desenvolver um acolhimento dentro de suas possibilidades, a equipe médica se negava a participar desse processo, o que daria, do acolhimento o maior poder de resolutividade e não um mero caráter de triagem. Dessa forma, para que o acolhimento seja efetivo neste Centro de Saúde da Família é preciso o entendimento da situação de saúde da área de abrangência, o envolvimento de todos no planejamento de metas para melhorias(estrutura-física e recursos humanos) e participação ativa de todos profissionais médicos e não-médicos no processo de acolher a comunidade. BIBLIOGRAFIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da perecepção dos**

[1]Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre e bolsista do PET-SAÚDE UNIFOR. E-mail: gabizinhaxinhah@hotmail.com.
[2]Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre.
[3] Chefe de Enfermagem do Hospital José Maria Philomeno Gomes – Pacajus – CE.
[4] Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre e aluna do PET-SAÚDE UNIFOR.



usuários e profissionais de saúde. Caderno de Saúde Pública. V. 24, p. 100 – 110, 2008. TTAEKOMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. **Acolhimento e transformações no processo de trabalho em enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil.** Caderno de Saúde Pública. V. 23, n. 2, p. 331-340, fev, 2007.

[1]Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre e bolsista do PET-SAÚDE UNIFOR. E-mail: gabizinhaxinhah@hotmail.com.
[2]Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre.
[3] Chefe de Enfermagem do Hospital José Maria Philomeno Gomes – Pacajus – CE.
[4] Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 9º semestre e aluna do PET-SAÚDE UNIFOR.



Trabalho 2990 - 1/3

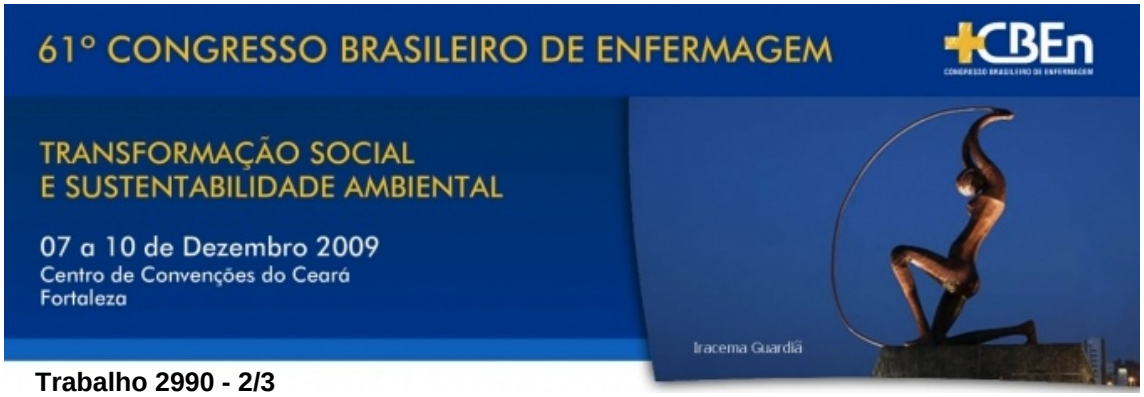
ACURÁCIA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM "DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS"

JÚNIOR, Sérgio Vandeglaucio de Sousa Veras[1]
LOPES, Marcos Venícios de Oliveira[2]
LIMA, Luisa Helena Oliveira[3]
CAVALCANTE, Joyce Carolle Bezerra[4]
MENDES, Lanuza Celes [5]
QUEIROZ, Cláudia Natássia Silva Assunção[6]

Descritores: diagnóstico de enfermagem, asma, criança

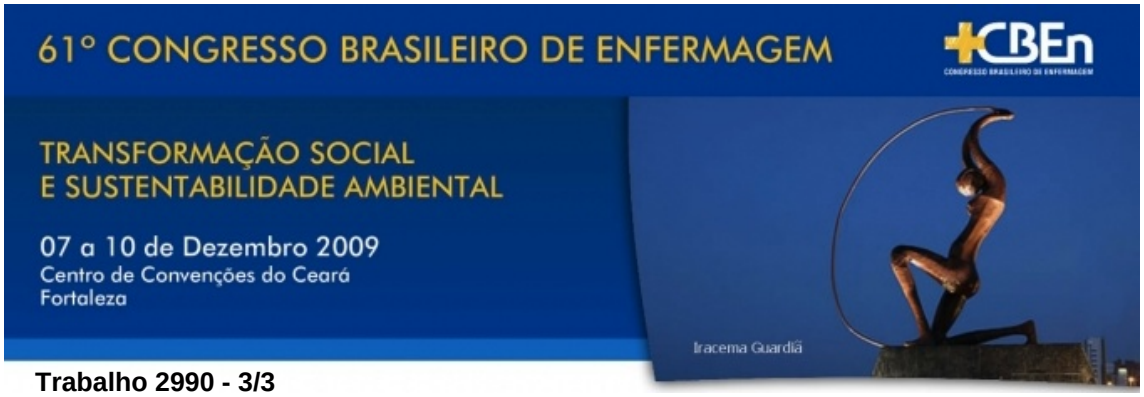
INTRODUÇÃO: O diagnóstico de enfermagem foi introduzido no Brasil em 1967, sendo utilizado como ferramenta de planejamento para direcionar o cuidado em situações clínicas específicas. Para alcançar um diagnóstico de enfermagem preciso é necessário identificar características definidoras capazes de predizê-los (CHANG et al, 1998). O estudo tem como base identificar a prevalência do diagnóstico Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas (DIVA) em crianças asmáticas. A DIVA, na taxonomia da NANDA (2008), é definido como a incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório, para manter uma via aérea desobstruída. O grupo selecionado apresenta características importantes, pois a asma apresenta grande importância epidemiológica. OBJETIVOS: Identificar a prevalência do diagnóstico de Enfermagem desobstrução ineficaz das vias aéreas em crianças com asma; Determinar a associação entre este diagnóstico e suas características definidoras; Verificar a reprodutibilidade das características definidoras para o estabelecimento do diagnóstico de Enfermagem desobstrução ineficaz das vias aéreas em crianças com asma; Identificar a acurácia das características definidoras do diagnóstico de Enfermagem desobstrução ineficaz

[1] Acadêmico de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: sergio_ce86@hotmail.com
[2] Doutor em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC.
[3] Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará;
[4] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista Iniciação Científica - CNPq.
[5] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista Iniciação Científica - CNPq.
[6] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).



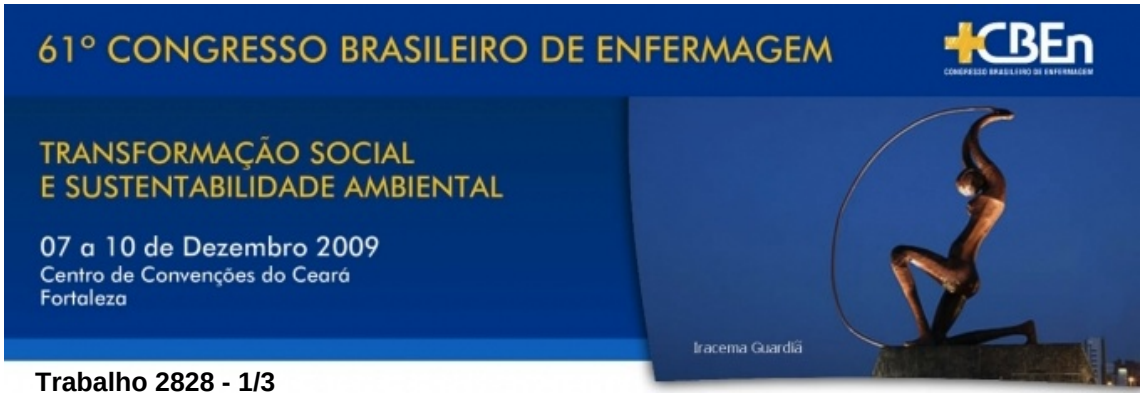
Trabalho 2990 - 2/3

das vias aéreas em crianças com asma. METODOLOGIA: Estudo transversal realizado com 147 crianças asmáticas em um hospital infantil da rede pública do município de Fortaleza – CE. Tivemos como critérios de inclusão: criança com idade entre 0 e 6 anos incompletos; criança com diagnóstico médico de asma; criança cujo responsável aceite participar da pesquisa e assine o termo de consentimento livre e esclarecido. Tivemos como critério de exclusão: criança com outra doença crônica associada. A amostra foi selecionada de forma consecutiva de todas as crianças que preencheram os critérios de elegibilidade na instituição hospitalar, recrutadas na unidade de internação. O instrumento de coleta de dados (ICD) foi baseado na taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2008) e contém os sinais e sintomas que representam as características definidoras do diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz das vias aéreas possivelmente presente em crianças asmáticas. O instrumento foi validado quanto à aparência e conteúdo por quatro docentes e aplicado sob a forma de teste piloto com cinco crianças asmáticas. Não foram percebidas inadequações no teste e o instrumento foi considerado adequado. Os resultados da coleta foram encaminhados a especialistas selecionados de um Grupo de Estudos em Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem, que avaliaram a presença do diagnóstico baseado nas características definidoras encontradas. A identificação de cada característica definidora foi estabelecida segundo alguns critérios, os quais foram definidos com base nas diretrizes para testes de função pulmonar e em estudiosos da semiologia (PEREIRA, LÓPEZ e JARVIS, 2208). Os dados foram organizados em tabelas e analisados com base em freqüências absolutas e percentuais e em medidas de tendência central, medidas de dispersão e testes de associação e de diferença de média e coeficientes de correlação. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificação da normalidade dos dados numéricos e o teste de Levene para verificação da homogeneidade das variâncias. Com relação aos testes de associação, para freqüências esperadas maiores de cinco, foi utilizado o teste de qui-quadrado, e para freqüências esperadas menores de cinco o teste de Fisher. O teste T foi aplicado para calcular a diferença de médias. O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para dados que apresentaram normalidade, homocedasticidade e linearidade. Para os demais dados utilizamos o coeficiente de correlação Rho de Spearman. A acurácia foi analisada através da sensibilidade, especificidade e valor preditivo.



Trabalho 2990 - 3/3

RESULTADOS: Foi observada maior prevalência de crianças asmáticas do sexo masculino (64,3%). As crianças apresentavam em média 24,42 meses (± 19,667), peso mediano de 11,200 kg (± 21,7) e o tempo mediano de internação era de três dias. As variáveis peso e tempo de internação apresentaram distribuição assimétrica (p< 0,05), tendo em vista que há presença de valores extremos. A característica definidora mais prevalente foi ruídos respiratórios adventícios (82,3%). O diagnóstico de enfermagem Desobstrução ineficaz de vias aéreas esteve presente em 55,8% da população estudada. Todas as características dos diagnósticos foram consideradas estatisticamente significantes (p < 0,005), exceto olhos arregalados (p = 0,63). Dentre as características com significância estatística as que apresentaram maior importância foram expectoração ausente e mudança no ritmo respiratório, essas características aumentam em quatro vezes as chances de apresentar o diagnóstico desobstrução ineficaz das vias aéreas. A característica definidora sensível para o diagnóstico Desobstrução ineficaz das vias aéreas foi Ruídos adventícios respiratórios (98,78%). Já a característica que se apresentou específica foi Olhos arregalados (98,46%). Não houve características com valor preditivo positivo e negativo alto para o diagnóstico em questão. CONCLUSÕES: Estudos que colaboram para traçar o perfil das características definidoras mais freqüentes para uma população específica devem ser estimulados, uma vez que poucos estudos são encontrados na literatura, além disso, esses estudos podem servir como guia na prática de enfermagem, contribuindo para uma identificação correto do diagnóstico e também para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem de forma a tornar a linguagem da NANDA mais acessível para o seu uso pelos profissionais enfermeiros. BIBLIOGRAFIA: NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificações 2007-2008. Porto Alegre: Artmed, 396p, 2008. PEREIRA, NEDER, 2002; LÓPEZ, LAURENTYS – MEDEIROS, 2004; JARVIS, 2002. CHANG, B.L.; UMAN, G.C.; HIRSCH, M. Predictive power of clinical indicators for self-care deficit. **Nurs Diagn**, 9(2): 71-82. 1998.



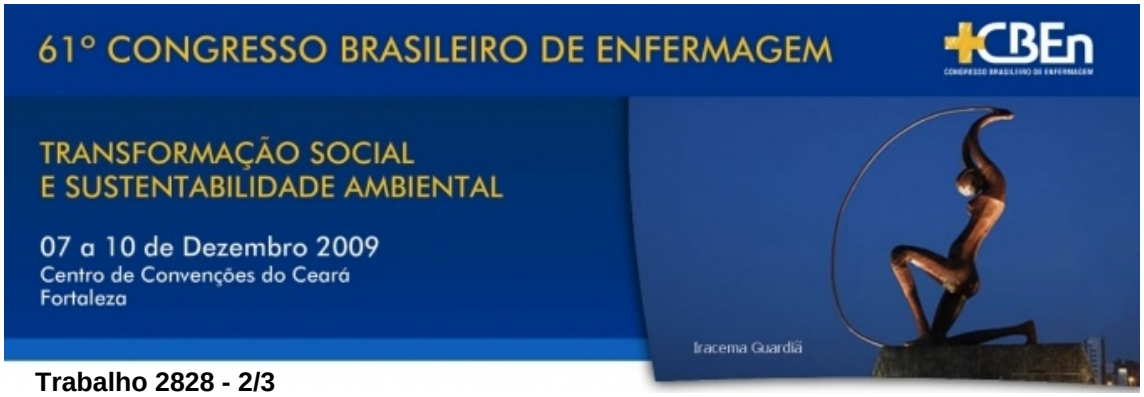
Trabalho 2828 - 1/3

AMBIENTE DA ASSISTÊNCIA A DOR TORÁCICA AGUDA PELO SUS EM FORTALEZA-CE

LIMA, Danielly Sousa[1]
LEITE, Ana Cláudia de Souza[2]
CARVALHO, Rebeka Rafaella Saraiva[3]
CASEMIRO, Ismael Lima[3]
SANTIAGO, Thaís Nascimento[3]
LOPES, Larissa Vasconcelos[3]

Introdução: A dor torácica é considerada um sintoma álgico localizado entre o nariz e a cicatriz umbilical, surgindo à partir de uma queixa espontânea do paciente. No Brasil é crescente o número de atendimentos a pessoas com queixa de dor torácica, sendo uma das principais causas de hospitalização na rede pública, uma vez que, as doenças cardiovasculares compõem o maior índice de mortalidade, estatística também presente no estado do Ceará. Neste estado, existe somente um hospital público de referência, na macrorregião Fortaleza, para o atendimento de pessoas com queixa de dor no peito, possuindo apenas uma unidade de dor torácica, apresentando um compromisso de ter que atender efetivamente todos aqueles que a procura. Assim, devido ao crescente número de hospitalizações na emergência referente a problemas cardiovasculares, tem-se a necessidade de configurar uma estrutura que receba com qualidade toda essa demanda. **Objetivo:** Diante deste contexto, o principal objetivo desse estudo foi avaliar o ambiente da qualidade da assistência prestada à pacientes com dor torácica aguda atendidos pelo referido hospital, levando em consideração o critério de escolha do paciente para utilização dos serviços desse hospital e a resolubilidade de sua demanda. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória cuja amostra foi constituída por 213 pacientes que

[1]Discente do Curso de Enfermagem. Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista Voluntário do Grupo de Pesquisa Tecnologia para os Cuidados Clínicos da Dor - TECDOR-UECE. E-mail: danielly_slima@hotmail.com
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem Clínico-Cirúrgica. Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do Grupo de Pesquisa Tecnologia para os Cuidados Clínicos da Dor - TECDOR-UECE.
[3] Discente do Curso de Enfermagem. Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista do Grupo de Pesquisa Tecnologia para os Cuidados Clínicos da Dor - TECDOR-UECE



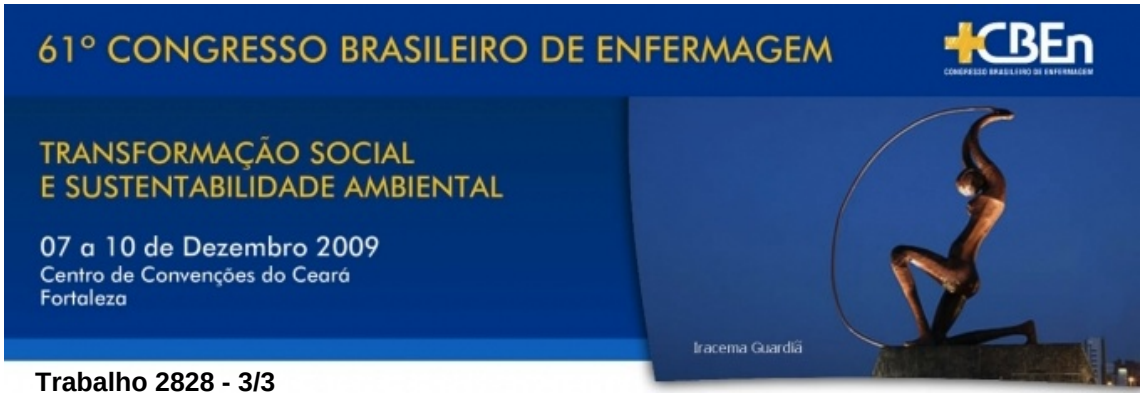
referiram dor torácica e procuraram atendimento nesta unidade de saúde, nos meses de Maio de 2008 a Agosto de 2009. Realizou-se entrevista abordando questões sobre o perfil do paciente e análise do seu atendimento. Os aspectos éticos, constantes das Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução nº 196/96, foram respeitados. **Resultados e Discussão:** Os resultados presentes na pesquisa mostraram que dos 213 pacientes entrevistados, 7,98% procuraram este serviço devido à proximidade ao domicílio, 39,9% por ser uma unidade de referência em atendimento cárdio-pulmonar, 4,7% devido à qualidade e rapidez do atendimento, 28,17% por encaminhamento de outras unidades de saúde, 5,63% por orientação de familiares ou pessoas próximas, 11,73% por já fazerem acompanhamento neste hospital e 1,87% por outros motivos. Do total de pacientes entrevistados, 144 eram recidivos, destes, todos relataram que, na procura anterior ao hospital, a demanda apresentada foi resolvida, tendo o seu problema de saúde solucionado. **Conclusão:** De acordo com a análise dos resultados, pode-se concluir que, devido à resolubilidade da demanda e o motivo da procura por esta unidade de saúde é comprovada a aceitabilidade e a qualidade desse hospital no ambiente do atendimento ao paciente com dor torácica.

Descritores: Dor torácica, Qualidade, Dor

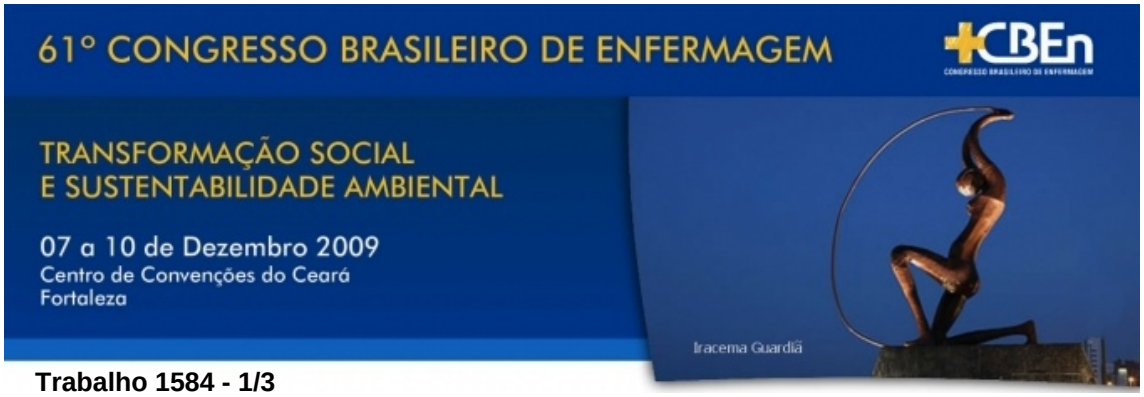
BIBLIOGRAFIA:

BASSAN, R. *et al*. Dor Torácica na Sala de Emergência. A Importância de uma Abordagem Sistematizada. **Arq. Bras. Cardiol.** Rio de Janeiro, v.74, n.1, p.13-21, 2000.

BASSAN, R. *et al*. Eficácia de uma Estratégia Diagnóstica para pacientes com Dor Torácica e sem Supradesnível do Segmento ST na Sala de Emergência. **Arq. Bras. Cardiol.** Rio de Janeiro, v.74, n.5, p.405-411, 2000.



MENDES, A.C.G. *et al*. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v.9, n.2, p.157-162, abr./jun., 2009.

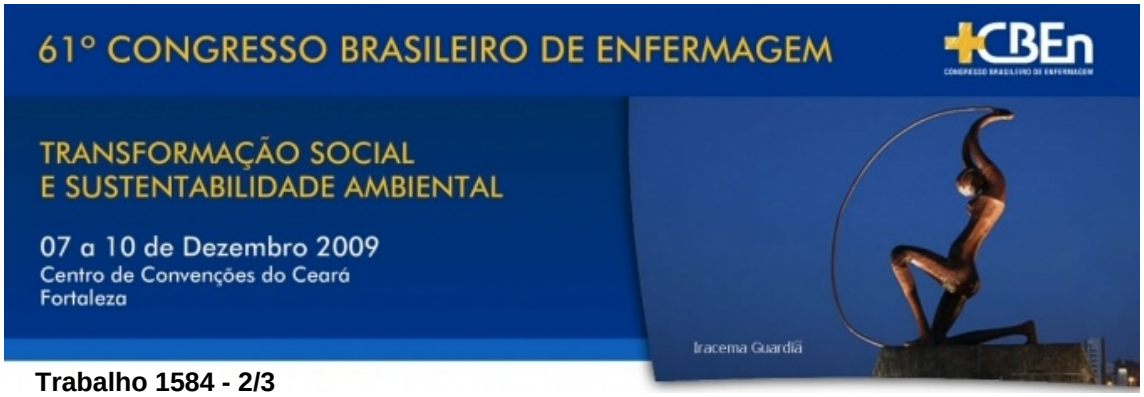


Trabalho 1584 - 1/3

ANÁLISE DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS À TAXA DE UTILIZAÇÃO DOS DISPOSITIVOS: SONDA VESICAL DE DEMORA, CATETER VENOSO CENTRAL E VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE ENSINO

Petrício, Josie Lílian [1]
Souza, Eugênia Silva de [2]
Alves, Larissa Cunha [3]
Garcia, Laura G. Feitosa [4]
Audenes de Oliveira Melo [5]

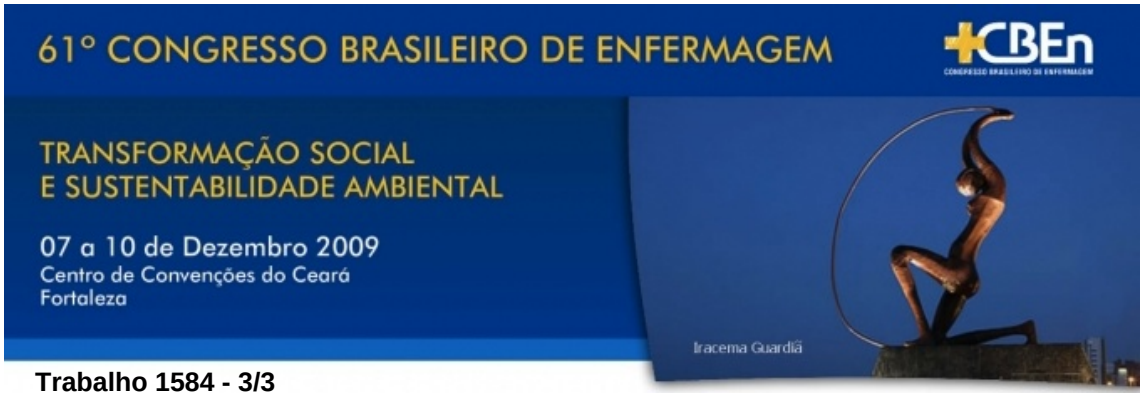
As infecções ocorridas em serviços de assistência à saúde representam um problema de abrangência mundial, constituindo-se uma das principais causas de morbidade e letalidade associadas aos procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos prestados à população. As doenças infecto-contagiosas se destacam como as principais fontes de transmissão de microrganismos para pacientes e para profissionais. Trata-se de um estudo que tem como objetivo geral analisar taxa de utilização dos dispositivos de cateter venoso central, sonda vesical e a ventilação mecânica nas unidades de terapia intensiva. É um estudo *exploratório – descritivo*, de abordagem *quanti-qualitativa*. O estudo foi realizado no Hospital da Restauração- Recife/PE, na Comissão de Controle e Infecção Hospitalar (CCIH/HR). A população estudada foi composta por todos os casos de infecções de corrente sanguínea, do trato urinário e pneumonia relacionada à utilização de cateter venoso central, sonda vesical e ventilação mecânica que foram registradas na ficha de buscativa da CCIH/HR no período de Março de 2008 a Março de 2009. A amostragem constituiu-se de 197 pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva adulto (UTI 1A, 1B e 2) e pediátrica. Foram excluídas os demais dispositivos e setores do hospital. Seguida da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizado o levantamento das informações através do banco de dados da CCIH em Mar/Abril de 2009. Este estudo segue as orientações da resolução Nº196/96 do Conselho de Saúde que destaca os cuidados que se deve ter quanto aos riscos previsíveis inerentes a todo projeto de pesquisa em humanos. Ao analisar a taxa de utilização do dispositivo - cateter venoso central- à terapia, 35% dos pacientes da UTI pediátrica foram submetidos ao uso desse dispositivo. Na UTI 1A,compreendeu 78% de utilizações, UTI 1B, 47% e UTI 2 um percentual de 81%. Pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTIs) apresentam maior risco em adquirir infecção hospitalar (IH),



devido aos fatores de severidade da doença de base, deficiência da imunidade, procedimentos invasivos a que são submetidos como cateteres venosos centrais, cateterismo vesical e ventilação mecânica. Ao analisar a taxa de utilização da sonda vesical de demora a UTI pediátrica apresentou um percentual de 17%. Já a UTI 1A-adulto obteve um percentual de 77%, UTI 1B- adulto uma taxa de utilização de 72% e a UTI 2 com uma taxa de 85%. Sabe-se que o risco da aquisição da ITU está diretamente associada ao uso de cateter vesical e é bastante utilizado principalmente nas unidades de terapia intensiva para um melhor controle e monitorização do paciente (APECIH, 1998). Quanta a taxa de utilização da ventilação mecânica, nota-se um percentual de 79% na UTI pediátrica, na UTI 1A-adulto obteve-se um percentual de 72%, UTI 1B-adulto com um percentual de 69%, e UTI 2-adulto 73%.Vários estudos apontam que uso de ventilação mecânica em pacientes de UTI podem determinar altas taxas de letalidade quando comparadas a de pacientes hospitalizados em outras unidades de terapia. Após a análise de toda a problemática, é importante a compreensão dos diferentes aspectos no manuseio e também na prevenção da ocorrência e recorrência das infecções estabelecidas de acordo com grupos específicos de pacientes com ITU que maximizem os benefícios terapêuticos, além de reduzir os custos e as incidências de efeitos adversos, que neste caso, trata-se da infecção. Dessa forma, a vigilância epidemiológica deve ser realizada de maneira contínua e sistemática com o intuito de observar as infecções advindas da assistência à saúde, para direcionar as intervenções e para reduzir os coeficientes de infecção do trato urinário nos serviços.

Descritores: Infecção hospitalar, UTI.

[1] Enfermeira, Especialista em Gestão Hospitalar pela UFPE, Residente em Centro Cirúrgico do Hospital da Restauração, Recife – PE.
[2] Enfermeira, Mestranda em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, Enfermeira da CCIH do Hospital da Restauração,Recife – PE.
[3] Enfermeira, Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgico pela UECE, Residente em Centro Cirúrgico do Hospital da Restauração, Recife – PE.
[4] Enfermeira, Pós-graduanda em Suporte Básico e Avançado à Vida pela Universidade de Pernambuco, UPE, Professora da Escola de Enfermagem São Caetano.
[5] Enfermeiro, Pós-graduando em Saúde Pública, Residente em Emergência Geral do Hospital da Restauração, Recife – PE. audenesmelo@hotmail.com



BIBLIOGRAFIA

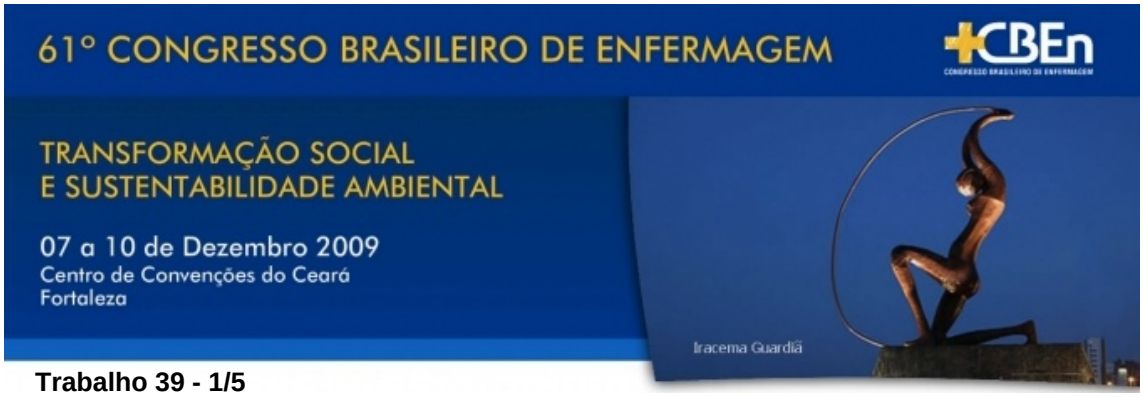
APECIH. Associação Paulista de Estudos e controle de infecção hospitalar. **Manual de prevenção de infecções Hospitalares do trato respiratório**. 2ª Edição, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar. Caderno C. Métodos de Proteção Anti-Infecciosa.** 2000. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/. Acesso em: 15 abril. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar. Caderno B. Principais Síndromes Infecciosas.** 2000. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/. Acesso em: 15 abril. 2009.

CASSETTARI, Valéria Chiaratto; BALSAMO, Ana Cristina; SILVEIRA, Isa Rodrigues. **Manual para prevenção das infecções hospitalares 2009**. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CORRÊA, L. & WEY, B. S. **Infecção associada a uso de cateteres vasculares.** Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. APECIH. 3ed. São Paulo. 2005.



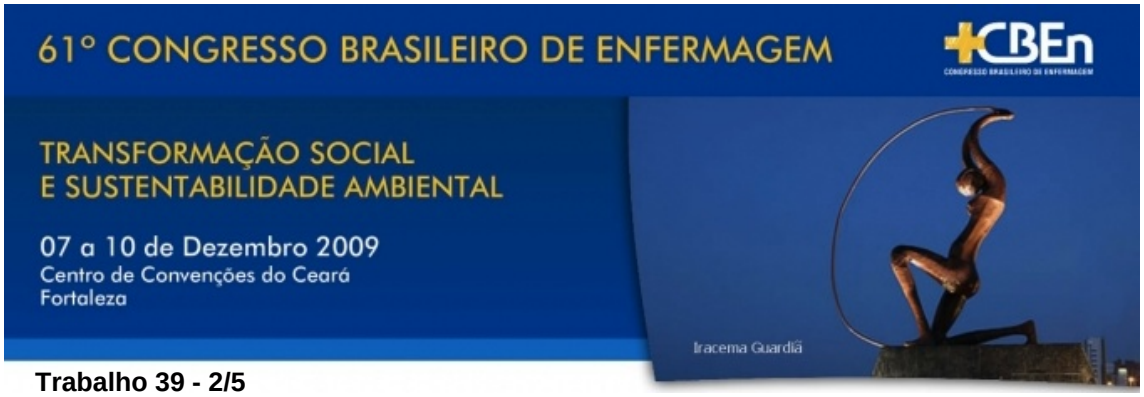
Trabalho 39 - 1/5

APLICAÇÃO DA TECNOLOGIA DO CUIDADO AOS PACIENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

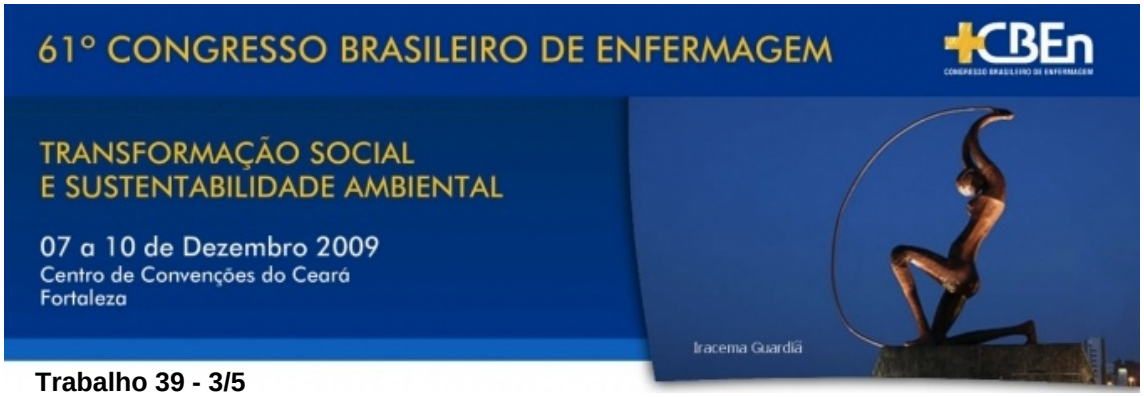
BALBINO, Carlos Marcelo [1]
OLIVEIRA, Beatriz Guitton Renaud B [2]
CARAMEZ, Luciane Filgueiras Cadete[3]
BARBOSA, Marcio Santos [4]
SILVINO, Zenith Rosa [5]

Falar sobre tecnologia nos remete muitas vezes a infância, não muito remota, onde diziam a nós que num futuro próximo tudo seria diferente, com máquinas sofisticadas, robôs e muitos aparatos tecnológicos. Percebemos que evoluímos consideravelmente, porém, não fomos tão longe assim, afinal a tecnologia tem avançado de forma gradativa e nem todos os homens possuem acesso econômico ou instrucional para usufruir de todas as inovações em beneficio próprio. Temos tratado a tecnologia como algo novo e moderno, que estaria contida nos equipamentos, nos aparelhos e instrumentos. Com isso, esquecemos que os equipamentos são produtos de um determinado saber tecnológico que se ateve à construção de um determinado procedimento eficaz em função de um determinado objetivo[1]. A tecnologia é um termo bem abrangente e variável podendo ser desenvolvida e aplicada em diversas áreas do conhecimento humano, inclusive na Enfermagem quando cuidamos de indivíduos ou elaboramos planos e estratégias para promoção da saúde. A tecnologia em saúde é um tema muito discutido no meio cientifico onde profissionais multidisciplinares tentam encontrar novos recursos para a manutenção da vida de indivíduos. A tecnologia tem o poder de influenciar tudo a

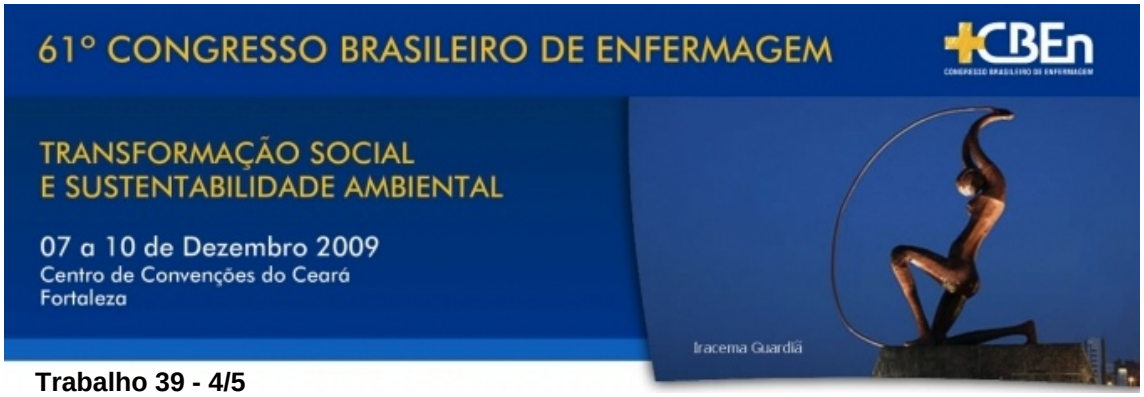
[1] Autor. Enfermeiro. Professor do Instituto de Cultura Técnica e FAETEC. Mestrando do MPEA-UFF. End. Rua Gustavo Lira 275, aptº 201 – São João – Volta Redonda. CEP 27253 280. E-mail: carlosmbalbino@hotmail.com. Pesquisa financiada pelo Instituto de Cultura Técnica de Volta Redonda. [2] Orientadora. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa / UFF. [3] Autora. Enfermeira. Docente da Universidade Severino Sombra. Mestranda no MPEA-UFF. End. E-mail: lucianecaramez@yahoo.com.br. [4] Autor. Enfermeiro. Docente da Universidade Veiga de Almeida. Mestrando no MPEA-UFF. End. Rua Ipê, 19 - Parada Angélica – Duque de Caxias – Rio de Janeiro. Cep.: 25.271-410 E-mail: enfmarciosantos@ig.com.br [5] Orientadora. Profª. Titular de Administração em Enfermagem da UFF. Doutora em Enfermagem. Docente do MPEA e MACCS – UFF.



nossa volta, incorporando a ela recursos antigos e atuais melhorando e aperfeiçoando o modo de cuidar e promovendo a saúde e o bem estar dos pacientes por meio da pratica em saúde. O termo tecnologia possui como definição etimológica “tecno” que vem de techné, que é o saber fazer, e “logia” que vem de logos razão, ou seja, significa a razão do saber fazer[2]. A tecnologia tem três camadas de significado: a de objetos físicos tais como instrumentos, maquinário, matéria; (tecnologia dura) a de uma forma de conhecimento, na qual significa que é concebido para um objeto através de nosso conhecimento de como usá-lo, repará-lo, projetá-lo e produzi-lo (tecnologia leve-dura) e, ainda, formando parte de um conjunto complexo de atividades humanas (tecnologia leve)[3]. Em décadas passadas houve uma rápida expansão de conhecimentos e habilidades tecnológicas como resultado do desenvolvimento da ciência e da tecnologia nas diversas áreas de atenção a saúde: na educação, no cuidado, na pesquisa e no gerenciamento. Através desta expansão houve uma mudança considerável nos ambientes de trabalho e nos serviços prestados a comunidade de atenção à saúde, refletindo diretamente na mudança de valores e nas relações humanas. Estes avanços tecnológicos têm nos inspirado permanentemente a refletir sobre o que a enfermagem FOI, É e SERÁ[3]. Esta revisão integrativa tem por objetivo identificar as evidências disponíveis na literatura sobre as principais tecnologias no cuidado ao paciente e propor estratégias para o emprego delas na arte do cuidar. Para guiar a revisão integrativa da literatura, formulou-se a seguinte questão: De que forma o Enfermeiro reconhece e descreve as tecnologias implementadas no cuidado prestado ao paciente? Os critérios de inclusão dos artigos definidos para a presente revisão integrativa foram: artigos publicados em português e espanhol, disponíveis on line na íntegra ou nos periódicos de Enfermagem, no período compreendido entre 2005 a 2009. Na presente revisão integrativa, foram encontrados 03 artigos a partir dos critérios de inclusão supra citados nas bases de dados foram encontrados 04 artigos, sendo 04 no LILACS, 01 na BEDENF e 01 MEDLINE que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e, a seguir, apresentar-se-á um panorama geral dos dados avaliados. Ao acessar os artigos em cada base de dados, buscou-se também os documentos correlatos e assim foram encontrados mais 30 artigos disponíveis sobre o assunto com apenas

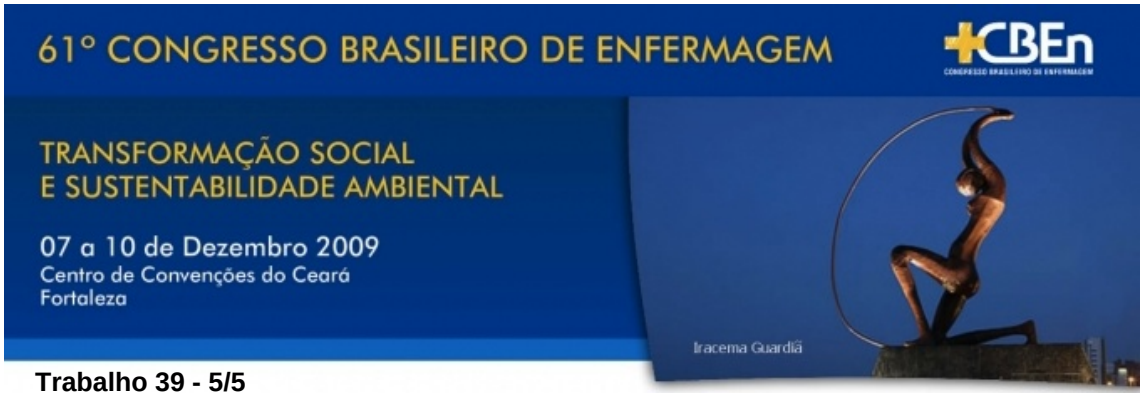


01 na integra. Os artigos encontrados no LILACS foram todos coincidentes com os da BDENF e da MEDLINE, ficando ao final da pesquisa um total de 04 artigos. Todos os artigos e resumos incluídos na revisão integrativa são de autoria de Enfermeiros. Em relação ao tipo de revista nas quais foram publicados os artigos incluídos na revisão, todos foram publicados em revistas de enfermagem geral. Um dos recursos da prática baseada em evidências é o método da revisão integrativa da literatura, a qual possibilita a síntese e a análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado [4]. Para a coleta de dados do material que foi incluído na revisão integrativa, foi elaborado um instrumento, que contempla os seguintes itens: Identificação do artigo/resumo original; propósito do estudo; tamanho da amostra, características e cenário; desenho da pesquisa e instrumento; principais achados e conclusões / recomendações. A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, impactar positivamente na qualidade da prática de enfermagem, fornecendo subsídios ao enfermeiro na sua tomada de decisão. Quando ampliamos nosso entendimento sobre tecnologias, identificamos as tecnologias materiais e as não materiais [5]. A tecnologia revela a maneira como as pessoas lidam com a natureza e cria as condições de intercurso com as quais nos relacionamos uns com os outros. A humanização hoje tão debatida é um grande artifício tecnológico, que para tal a necessidade de se reconhecer às modalidades e as diferentes estratégias de implementá-la. Portanto, é também um erro definir a tecnologia apenas como instrumentos e técnicas ou associá-la a compreensão de superioridade, especialização e profissionalismo. Os profissionais devem estar preparados para o rápido crescimento e evolução tecnológicos, acompanhando o desenvolvimento humano na tentativa de alcançar uma competência social saudável e solidária, pois por mais eficiente que sejam as máquinas não poderemos jamais subestimar o capital tecnológico do conhecimento. A presença do Enfermeiro é de extrema importância para o cuidado e para a garantia da qualidade assistencial prestada ao cliente, com isso e necessário um equilíbrio entre a tecnologia e o verdadeiro papel do enfermeiro, pois ele como ser pensante realiza tecnologias diversificadas ao



cuidar sistematicamente. Vale ressaltar a importância do toque, o olhar atento, a percepção de um desconforto observada através de sinais e sintomas e até mesmo a expressão facial que revela a melhoria do quadro clinico apresentado, como fator crucial para realização de novas tecnologias em benefício da preservação da integridade e da manutenção do bem estar do indivíduo, pois este tipo de tecnologia desenvolvida, jamais será substituído por qualquer artefatos maquinários tecnológicos, por mais avançado e eficazes que sejam.Verificamos que o enfermeiro também se insere na busca de novas tecnologias na arte do cuidar. Encontramos a existência de diversos conceitos de tecnologia, porém podemos observar que os textos enfatizam a importância da construção de tecnologias, sejam elas educacionais, assistenciais ou gerenciais, qualificando, dessa forma, o exercício profissional na Enfermagem.

Descritores: Conhecimento, Tecnologia e Enfermagem.



BIBLIOGRAFIAS

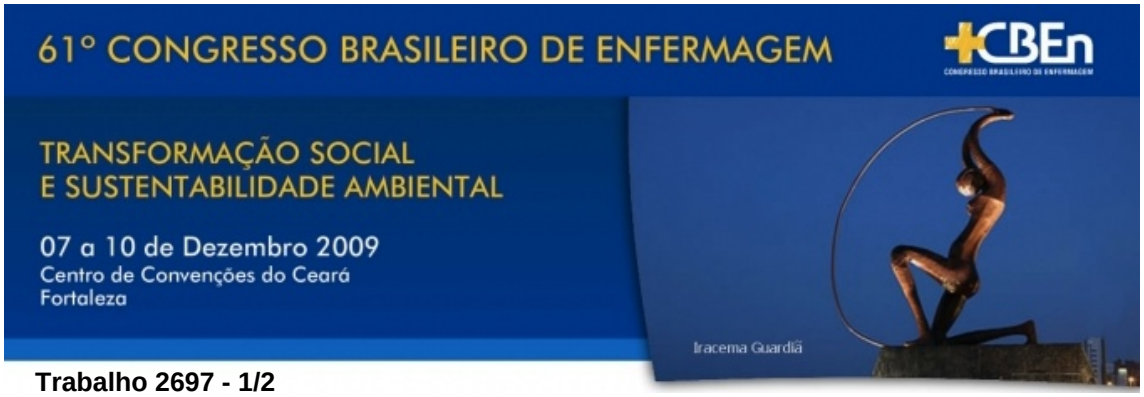
1.Rocha T.Abrahão A. The technologies on the process of the nurse work – a literature review - **online brazilian journal of nursing**, vol 7, no 1 (2008) http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1259/323

2.Rodrigues AMM. Por uma Filosofia da Tecnologia. In: Grinspun MPSZ, organizador. **Educação Tecnológica: desafios e perspectivas**. 2a ed. São Paulo (SP): Cortez; 2001.

3.Cleusa, RM; Grace TMDS. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. **Revista texto & Contexto Enfermagem.** V.17, n.1, Florianópolis, jan/mar.2008.

4.Broome ME. Integrative literature reviews in the development of concept. In: Rodgers BL, Knafl KA. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications.** Philadelphia: WB Saunders Company; 1993. p. 193-215.

5.Rocha T.Abrahão A. The insertion of soft, soft-hard and hards technologies on the management of the care by the nurses of a university hospital- **preview note Online Brazilian Journal of Nursing** [serial on the Internet]. 2007 July 24; [Cited 2009 March 13]; 6(2):[about ## p.]. Available from: http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/1019



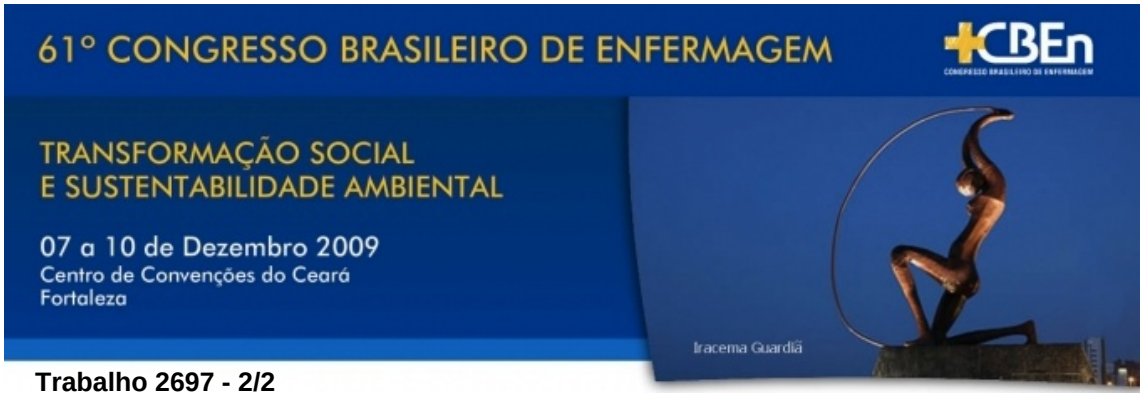
Trabalho 2697 - 1/2

AS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO FRENTE À REDE DE FRIO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI/RJ

SILVA, Beatriz Lopes[1]
BALISTIERI, Aline Schütz[2]
CARDOSO, Veronica Nunes da Silva[3]

De acordo com o Ministério da Saúde (2001, p.11), Rede de Frio é o processo de armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte dos imunobiológicos do Programa Nacional de Imunização (PNI). Para assegurar que as vacinas propostas pelo PNI sejam eficazes, é de extrema importância que haja a manutenção da Rede de Frio para que os produtos administrados mantenham suas características imunogênicas. Até os imunobiológicos serem administrados na população, estes produtos passam pelo Armazenamento nacional que é a Central Nacional de Armazenagem e Distribuição dos Imunobiológicos (Cenadi), Armazenamento estadual, regional, municipal, local, até a chegada destes na Sala de Imunização. Portanto, são necessários cuidados importantes quanto à conservação destes. Este estudo tem como objetivo apresentar as atribuições do enfermeiro frente à Rede de Frios em uma Unidade Básica de Saúde. A metodologia utilizada foi a pesquisa descritiva com abordagem qualitativa tendo como procedimento metodológico observação participante com diário de campo. O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde do município de Niterói, Rio de Janeiro. A partir dos resultados obtidos constatamos que um manuseio errado na conservação dos imunobiológicos compromete-se toda sua eficácia, assim, possibilitando o surgimento de reações adversas pós-vacinação. É necessário que haja conhecimento teórico-científico associado à responsabilidade técnica por parte dos enfermeiros na conservação da Rede de Frios. Durante as observações destacamos a enfermeira como principal responsável pela conservação dos imunobiológicos que são distribuídos para a sala de Imunização da Unidade, ela se mostra bastante dedicada, pois diariamente se dispõe para

[1] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, 8º Período – e-mail: bia_lopess@yahoo.com.br
[2] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, 8º Período
[3] Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Professora Substituta do Departamento Materno Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa / UFF. Orientadora



arrumar a geladeira e a caixa térmica, de acordo com o que é proposto pelo Ministério da Saúde. Quando esta enfermeira, que é gerente da Unidade não pode estar presente para esta tarefa, ela propôs um mini-curso de atualização da Rede de Frio com os técnicos de enfermagem para que estes possam estar aptos para atender este serviço de grande importância. Portanto, concluímos que o enfermeiro traz em sua formação um extenso conhecimento quanto a Rede de Frio, podendo atribuí-los a toda equipe de enfermagem e assim fazer com que os imunobiológicos mantenham sua condição inicial, para que a população possa estar imunizada contra as doenças imunopreveníveis.

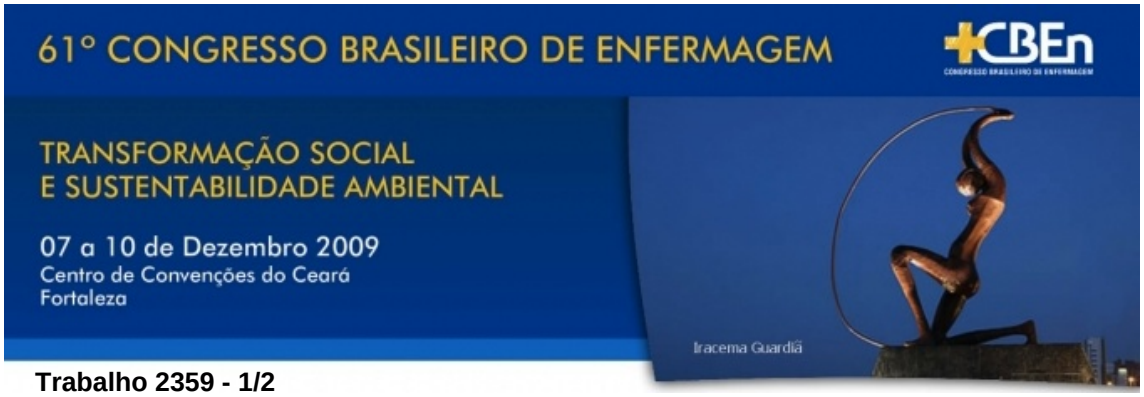
Descritores: Enfermeiro, Rede de Frio, Sala de Imunização.

BIBLIOGRAFIA:

ARANDA, Clélia Maria Sarmento de Souza e MORAES, José Cássio de. **Rede de frio para a conservação de vacinas em unidades públicas do município de São Paulo: conhecimento e prática.** Rev. Bras. Epidemiol. 2006, vol. 9, n. 2, pp.172-185, São Paulo. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n2/04.pdf. Acesso em: 28 de julho de 2009.

BRASIL. **Manual de Rede de Frio** 3. ed. - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2001. 80p.

ESCOBAR, Eulália Maria Aparecida; ADAMI, Nilce Piva e SILVA, Conceição Vieira, da. **Avaliação da qualidade da Rede de Frio do Programa de Imunização de Vinhedo – SP.** Acta. Paul. Enf., 2002, vol.15, n. 3, pp. 7-14. São Paulo. Disponível em: http://www.unifesp.br/denf/acta/2002/15_3/pdf/art1.pdf. Acesso em 09 de agosto de 2009.

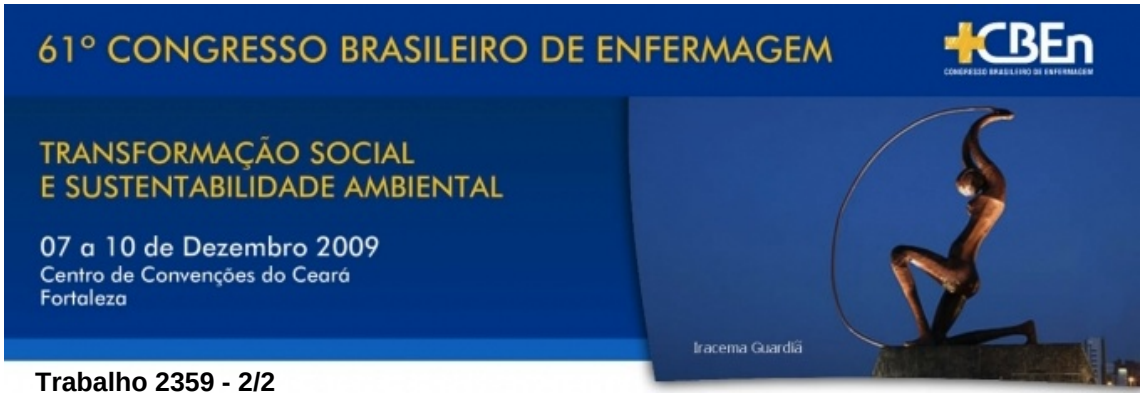


Trabalho 2359 - 1/2

AS DIFICULDADES DE IMPLANTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE EM UNIDADES HOSPITALARES DO INTERIOR DA BAHIA

BRITTO, Rita Adriana[1]
OLIVEIRA, Juliana da Silva[2]

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), de acordo com a resolução do COFEN nº 272/2002, é um importante recurso que o enfermeiro dispõe para aplicar e demonstrar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos no cuidado ao paciente e caracterizar sua prática profissional. Este estudo possibilita a discussão sobre a importância da Sistematização da Assistência para a prática profissional do enfermeiro, que presta assistência em unidades hospitalares, seja ela pública ou privada. Para buscar este entendimento estabeleceram-se como objetivos: discutir os principais fatores que interferem no processo de implantação e ou implementação da sistematização da assistência de enfermagem; analisar o perfil do enfermeiro que é responsável pela assistência em uma unidade hospitalar; identificar o conhecimento dos enfermeiros acerca do diagnóstico de enfermagem e conhecer a importância da sistematização da assistência de enfermagem junto ao cliente/família/comunidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva do tipo estudo de campo, realizada em instituições hospitalares do município de Jequié-BA. Participaram como informantes 6 enfermeiras, 3 de instituição privada e 3 de instituição pública, responsáveis pela coordenação e assistência de instituições hospitalares do referido município. Tendo como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, os dados foram trabalhados pelo método de análise de conteúdo que estabeleceu as seguintes categorias: Perfil do enfermeiro que atua em unidade hospitalar; Fatores que interferem na implantação e/ou implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem; Concepção sobre o diagnóstico de enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem junto ao cliente/família/comunidade; Sistematização “é tornar a assistência mais qualificada”. A partir dos resultados obtidos identificamos que o perfil do profissional de enfermagem atual é mais gerencial que assistencial isto tem afastado o enfermeiro das ações de cuidado, foi identificado também a importância da SAE, para a qualidade dos serviços, no



entanto, a mesma não é implementada devido ao quadro reduzido de funcionários, ausência de capacitação, rotatividade e resistência de profissionais. Com relação a concepção sobre o diagnóstico de enfermagem observamos através das falas das informantes que a maioria das enfermeiras demonstraram pouco conhecimento teórico sobre o diagnóstico de enfermagem. O cuidar humanizado e integral também está diretamente relacionado com a SAE, de acordo com as enfermeiras entrevistadas o cliente/família/comunidade fazem parte de um único contexto, no entanto, percebemos que o cuidado tem sido desenvolvido de forma desarticulada e fragmentada pela equipe de enfermagem. As informantes confirmaram que a implementação da SAE constitui, efetivamente, possibilidade de melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem, mas porém essa sistematização é realizada de forma incompleta, atendendo apenas as necessidades mínimas do paciente em detrimento das limitações encontradas. Conclui-se que, é necessário aos enfermeiros desenvolverem a SAE, exercendo liderança e estabelecendo a comunicação como um meio de estarem buscando conquistas dentro das instituições em que trabalham junto a gerência e a equipe profissional, a fim de minimizarem os problemas que são comuns nos serviços de saúde para poderem desta forma implantar/implementar uma assistência de qualidade.

Palavras-chaves: Sistematização da assistência de enfermagem, Planejamento, Cuidado.

BIBLIOGRÁFIA:

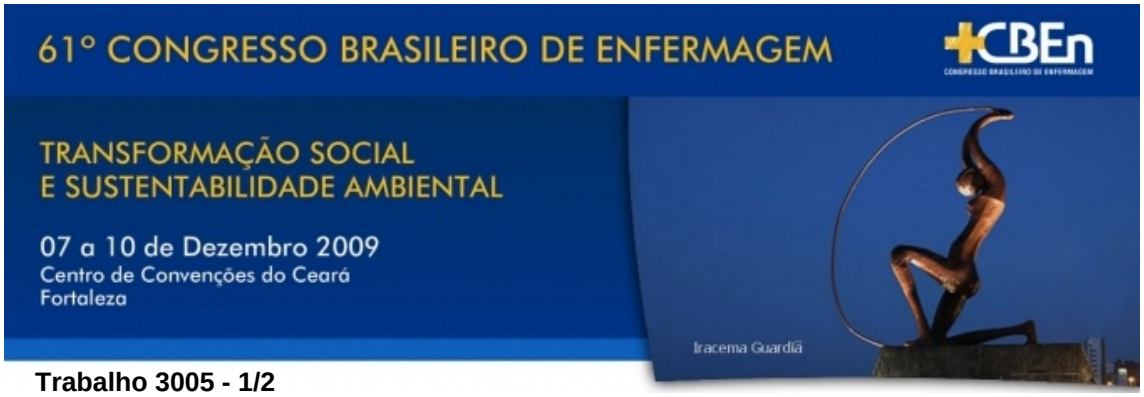
CARPENITTO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem:** aplicação à prática clínica. 8ª.ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979.

KURCGANT. Paulina. **Administração em enfermagem**. SP, EPU, 1991.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem** 2001/2002. São Paulo: Artmed; 2001.

[1] Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão - **IBPEX** , Diretora de Enfermagem do Hospital Geral Prado Valadares, Jequié – BA.
[2] Enfermeira Coordenadora da Higienização e Lavanderia, do Hospital Geral Prado Valadares de Jequié, Bahia. (jujuba.eu.mim@gmail.com).



Trabalho 3005 - 1/2

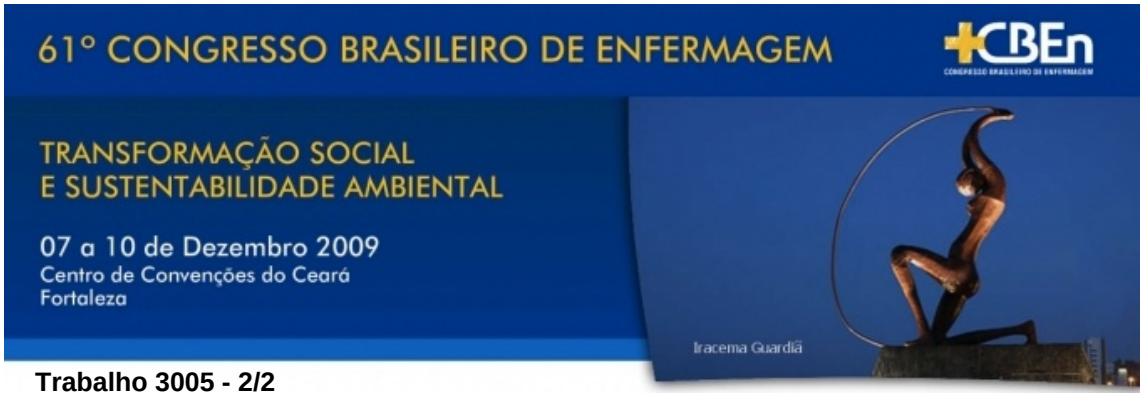
ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE DST/AIDS COM GRUPO DE ALCOOLITAS

Júnior, Sérgio Vandeglaucio de Sousa Veras[1]
Sobreira, Tanara Távora[2]
Cavalcante, Joyce Carolle Bezerra[3]
Mendes, Lanuza Celes[4]
Queiroz, Cláudia Natássia Silva Assunção[5]
Viana, Maria Magdalena Vieira[6]

Descritores: DST; AIDS; educação em saúde;

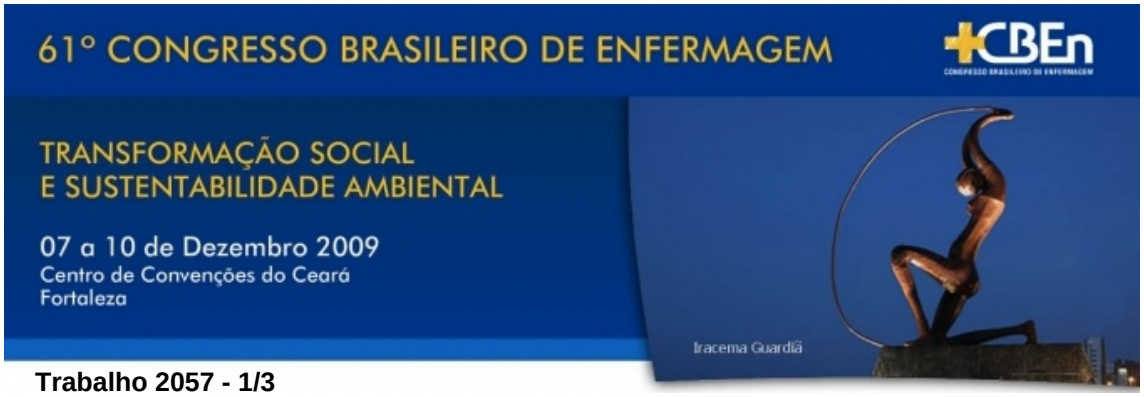
INTRODUÇÃO: O alcoolismo é um grave problema da atualidade que vem crescendo e preocupando diversos setores da sociedade, principalmente o setor saúde, devido ao fato do alcoolista ser vulnerável a adquirir determinadas doenças, como as DST/AIDS, com práticas sexuais sem proteção. A dependência de bebidas alcoólicas compromete diversas funções do organismo, levando o indivíduo a realizar ações que possam intervir em sua saúde. OBJETIVO: O trabalho foi realizado objetivando conscientizar os alcoolistas quanto aos cuidados necessários quando se associa sexo e álcool e informar a respeito das DST's (sintomas, tratamento e prevenção), enfatizando a importância da detecção precoce e uso correto de preservativos. METODOLOGIA: A realização deste relato ocorreu no CAPS AD localizado na Rua Papi Júnior 1221 em um grupo de 25 alcoolistas no dia 09 de julho de 2008, havia homens e mulheres com faixa etária entre 18 e 56 anos. Para realização das atividades, foram utilizados os seguintes métodos: dinâmicas, análise de conhecimento prévio e após a exposição, álbum seriado sobre DST's, demonstração do uso correto do preservativo e distribuição do mesmo. RESULTADOS: Percebeu-se no decorrer das práticas educativas, uma

[1] Acadêmico de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: sergio_ce86@hotmail.com
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.
[3] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista Iniciação Científica - CNPq.
[4] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista Iniciação Científica - CNPq.
[5] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).
[6] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista Iniciação Científica - CNPq.



Trabalho 3005 - 2/2

interação mútua entre os coordenadores e os participantes, fato esse, favorecedor de um bom desenvolvimento das atividades, com formulação de perguntas, depoimentos de experiências pessoais acompanhado de esclarecimentos de dúvidas. Foi notável a deficiência de informações que os alcoolistas possuíam a respeito das DST's/HIV/AIDS e a forma correta de proteção. CONCLUSÃO: Constatou-se por meio desta prática, a importância de desenvolver atividades como esta para ensinar novos conceitos a grupos vulneráveis. O enfermeiro deve conscientizar o uso correto de preservativos e a detecção precoce de DST's, em conjunto com o apoio aos dependentes na prevenção e promoção da saúde, de maneira contínua e integral, de forma que ocorram mudanças no estilo de vida do indivíduo, melhorando efetivamente a qualidade de vida desse grupo. Referências Bibliográficas: FORNAZIER, Mariana Lorencetti; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, 2006. DINIZ, Sebastiana A.; RUFFINO, Márcia Caron. Influência das crenças do enfermeiro na comunicação com o alcoolista. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 4, n. spe, abr. 1996 .



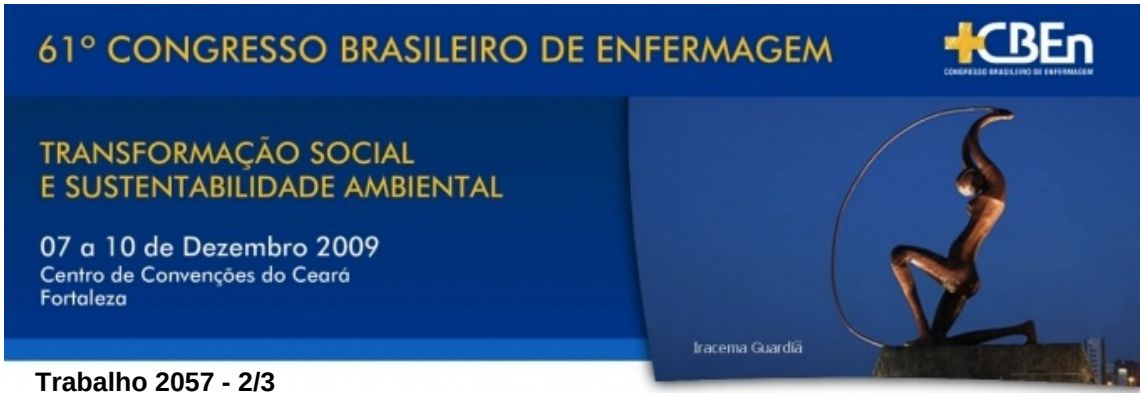
Trabalho 2057 - 1/3

AUDITORIA DE ENFERMAGEM: uma revisão bibliográfica

RIOS, Saulo Lemos[1]
GRAÇA JUNIOR, Carlos Alberto Guzman[2]
DOURADO, Giovanna de Oliveira Libório[2]
FREIRE, Alessandra Kelly do Nascimento[2]
BEZERRA, Sandra Marina Gonçalves[3]

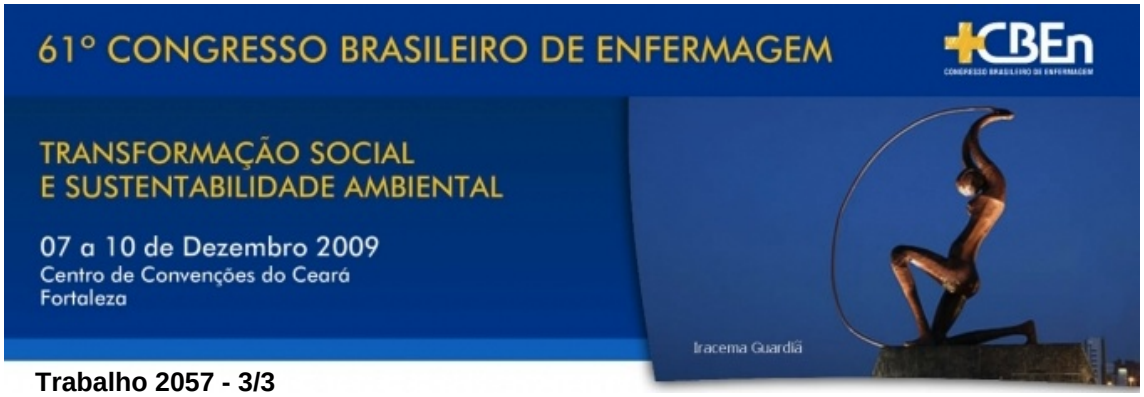
INTRODUÇÃO: Auditoria é um instrumento de avaliação sistemática e formal, onde mensura a qualidade e custo do serviço prestado através da análise de prontuários e condições de saúde do paciente. É um exame analítico e pericial que segue o desenvolvimento das operações contábeis, visando o controle de gastos e melhor assistência, permitindo identificar as deficiências e apontar alternativas preventivas e corretivas. Essa atividade é responsável por análise da conta hospitalar; verificação da qualidade da assistência de enfermagem; emissão de relatórios de divergências e sugestões para otimização do cuidar, contribuindo para planejamento de atividades e negociação de contratos. Apesar da obrigatoriedade da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todas as instituições de saúde e o registro formal das atividades, observamos na prática, como acadêmicos de enfermagem, muitas deficiências, tais como: letra ilegível, rasuras, não justificativa de uso de medicamentos e procedimentos, dentre outros, interferindo, portanto na efetivação e qualidade da assistência de enfermagem e no serviço de auditoria. O tema foi escolhido por sua relevância e atual ascensão, no entanto existe uma lacuna na produção científica sobre o assunto, o que nos motivou a aprofundar os conhecimentos a cerca da temática. **OBJETIVOS:** Apresentar aos acadêmicos e profissionais uma revisão bibliográfica sobre a auditoria de enfermagem, identificando e descrevendo seus conceitos, classificações e importância, refletindo sobre sua influência no cotidiano do profissional. **METODOLOGIA:** O estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica sobre auditoria de enfermagem. Inicialmente realizou-se a escolha do tema, em seguida passou-se a etapa de identificação das obras no período de maio a junho de 2009 nas bases de dados SCIELO e BDENF,

[1] Acadêmico de enfermagem do 8º período da NOVAFAPI. Teresina-PI. Contato: saulolrrloluas_@hotmail.com
[2] Acadêmicos de Enfermagem do 8º período da NOVAFAPI. Teresina-PI.
[3] Mestranda em enfermagem pela UFPI. Docente da NOVAFAPI. Especialista em Terapia Intensiva. E-mail Sandramarina20@hotmail.com



através dos descritores: auditoria de enfermagem, qualidade da assistência à saúde, cuidados de enfermagem. Realizou-se a leitura seletiva e exploratória, resultando um total de 18 artigos para análise. **DISCUSSÃO:** Auditoria em enfermagem segue duas formas: auditoria analítica, que ocorre após a alta do paciente e auditoria concorrente, praticada durante o processo de internação. A auditoria é classificada quanto ao tempo, limite e intervenção. Em relação ao tempo é dividida em contínua, esta, efetuada constantemente em determinado setor, enquanto que a periódica é realizada em período determinado, sem continuidade. Quanto ao limite é subdividida em total, abrangendo todos os setores profissionais e parcial limitada a alguns serviços. No que diz respeito à intervenção, é classificada em interna e externa. A interna é realizada por profissional da própria instituição, estes possuem conhecimentos da estrutura organizacional e funcional, permitindo soluções adequadas, em contra partida enfrentam limitações administrativas e problemas decorrentes de relações interpessoais, interferindo no desempenho das atividades. Enquanto que a intervenção externa é responsabilidade de profissionais sem vínculo empregatício, com independência administrativo-afetiva, porém por não ter conhecimento da realidade da instituição, não elaboram soluções eficazes para os problemas existentes. A contribuição da auditagem atualmente esta restrita à funções burocráticas e administrativas, no entanto observa-se uma mudança gradual para o enfoque assistencial. Uma das ferramentas para as intervenções é o prontuário, que possibilita a análise da qualidade do serviço, obtenção de dados estatísticos e análise institucional para fins de faturamento. As principais falhas nos registros de enfermagem podem ser categorizadas em três aspectos: legais, de checagem e características técnicas, tendo como conseqüência a glosa. Tal recurso consiste no cancelamento das verbas de forma parcial ou total. A forma como a instituição aplica a auditoria, influencia diretamente no serviço de enfermagem, onde ao priorizar o controle de gastos exige-se do profissional maior dedicação na parte administrativa, muitas vezes deixando a assistência em segundo plano. Instituições que valorizam a qualidade do cuidar exigem a aplicação da SAE, seguindo as fases do processo de enfermagem e

Acadêmico de enfermagem do 8º período da NOVAFAPI. Teresina-PI. Contato: saulolrrloluas_@hotmail.com
[2] Acadêmicos de Enfermagem do 8º período da NOVAFAPI. Teresina-PI.
[3] Mestranda em enfermagem pela UFPI. Docente da NOVAFAPI. Especialista em Terapia Intensiva. E-mail Sandramarina20@hotmail.com



preenchimento correto do prontuário, conforme normas estabelecidas, acarretando menos glosas e custos. **CONCLUSÃO:** O estudo nos permitiu compreender o conceito de auditoria, suas ramificações e importância de sua aplicação focada na qualidade da assistência. A administração de recursos materiais na área da saúde exige que a equipe de enfermagem analise suas funções administrativas e trabalhe junto da instituição, buscando aliar a redução de gastos com uma assistência de qualidade, garantindo ao paciente um cuidado efetivo pela equipe multiprofissional. De acordo com a pesquisa desenvolvida constatou-se que a auditoria em enfermagem apresenta maior preocupação na qualidade da assistência, ficando em segundo plano a abordagem sobre os rendimentos. Porém os profissionais devem participar de atividades de educação continuada, o que permite a eficácia do atendimento e redução de glosas.

DESCRITORES: Auditoria, qualidade da assistência à saúde, cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

FONTINELE JUNIOR, K. **Administração Hospitalar.** Goiânia: AB-Editora, 2002. 223.

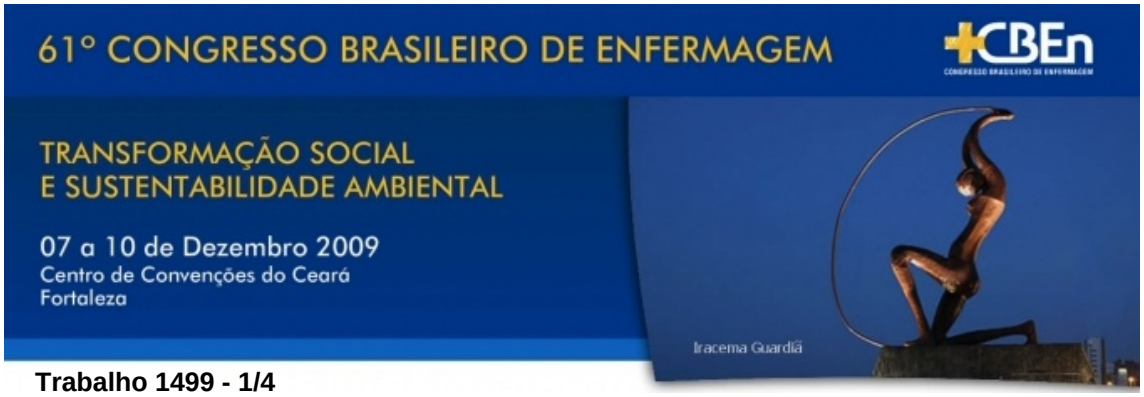
KURCGANT, P. **Administração em Enfermagem.** São Paulo: E.P.U, 1991.

LUZ, A.; MARTINS, A.P.; DYNEWICZ, A.M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2007;9(2):344-61. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm

RODRIGUES, V.A.; PERROCA, M.G.; JERICÓ, M.C. Glosa hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Arq Ciênc Saúde.**, 2004 out-dez;11(4):210-4.

SCARPARO, A.F.; FERRAZ, C.A. Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Rev Bras Enferm.**, Brasília 2008 maio-jun; 61(3): 302-5.

Acadêmico de enfermagem do 8º período da NOVAFAPI. Teresina-PI. Contato: saulolrrloluas_@hotmail.com
[2] Acadêmicos de Enfermagem do 8º período da NOVAFAPI. Teresina-PI.
[3] Mestranda em enfermagem pela UFPI. Docente da NOVAFAPI. Especialista em Terapia Intensiva. E-mail Sandramarina20@hotmail.com



Trabalho 1499 - 1/4

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA OPINIÃO DE ADOLESCENTES

SILVA, Raimunda Magalhães da [1]
CAVALCANTE, Sue Helem Bezerra [2]
CAVALCANTE, Joana Carla da Conceição [3]
LIMA, Claudianne Maia de Farias [4]
BEZERRA, Renata Késia de Andrade [5]

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) propõe, em um dos seus objetivos, estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde. Dentre os objetivos propostos, ressalta-se a estratégia de estimular a participação e a inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar (1). O Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), visa à integralidade das ações de saúde e ao enfoque preventivo e educativo aos adolescentes, buscando, assim, reduzir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais (2). Para atender ao público adolescente que frequenta os centros de saúde da família (CSF) o profissional de enfermagem, deve, enquanto prática social, buscar responder às exigências sociais e de saúde de uma determinada época e de um determinado espaço físico (3). Objetivou-se avaliar, na opinião de adolescentes, a qualidade da assistência de enfermagem voltada ao planejamento familiar dessa clientela atendida em centros de saúde da família (CSF) da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI), Fortaleza-CE.

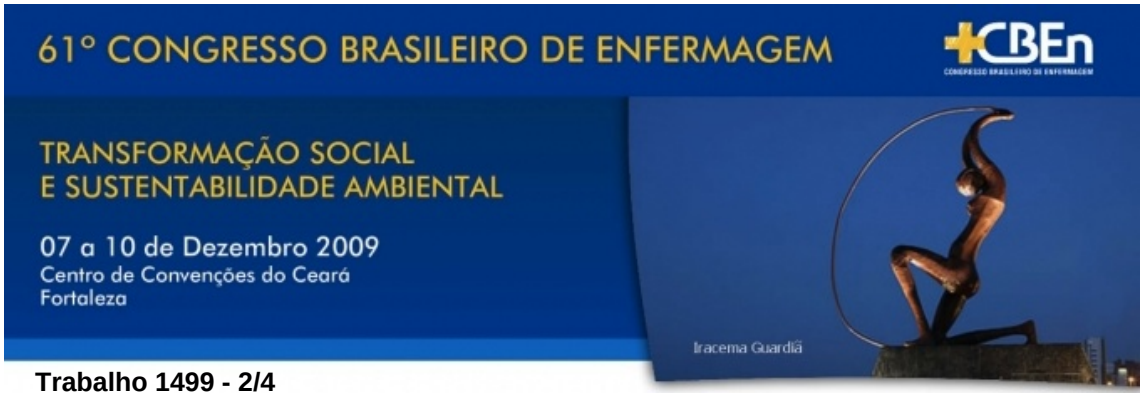
[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora titular da Universidade de Fortaleza – Unifor. Pesquisadora pelo CNPq e FUNCAP.

[2] Enfermeira pela Universidade de Fortaleza. sue_helem@hotmail.com

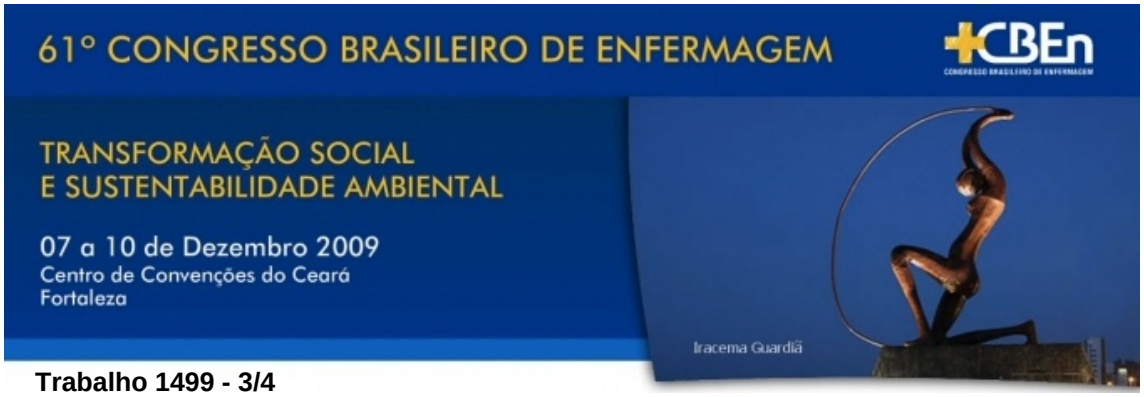
[3] Enfermeira assistencial do Hospital São Mateus, Fortaleza-CE.

[4] Acadêmica de enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Bolsista IC/ CNPq.

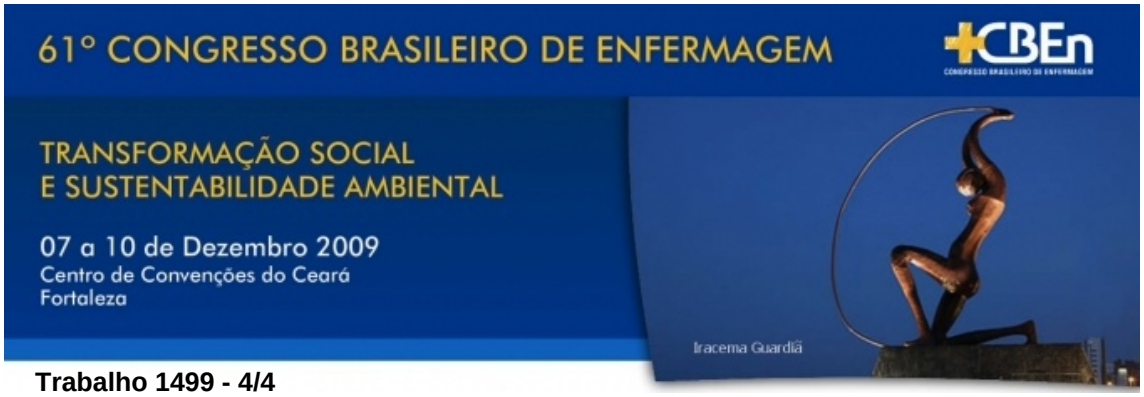
[5] Acadêmica de enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Bolsista IC/ FUNCAP.



Pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa, desenvolvida em cinco CSF da SER VI, em Fortaleza-CE. A SER VI é considerada a maior, por abranger 27 bairros e por manter o total de 19 CSF. A escolha das unidades baseou-se em ter demanda de adolescentes para o planejamento familiar e que a unidade realizasse atividades extramuros, como: grupos de apoio, palestras com os adolescentes, entre outras. Participaram 11 adolescentes, na faixa etária entre 16 e 19 anos, selecionados pelo cadastro nos CSF escolhidos, que precisavam ter entre 10 e 19 anos de idade e haver participado de pelo menos três consultas de enfermagem relativa ao planejamento familiar. Os dados foram coletados de agosto a outubro de 2008, usando-se entrevista semiestruturada. Antes de iniciar a entrevista, os adolescentes foram informados da relevância e objetivos do estudo, acerca da importância de sua participação, de que sua fala seria gravada, tendo-se procurado interagir com eles no sentido de criar uma situação de confiança e respeito mútuo. O início da entrevista ocorreu após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Durante a entrevista, restaram-lhes assegurados a privacidade, o respeito pelas expressões de emoções e sentimentos, a liberdade de resposta sem julgamento, o anonimato e o sigilo. Na organização dos dados, foram encontradas as convergências das falas de acordo com o objeto de estudo e agrupamos em temáticas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, conforme o protocolo Nº. 332/2006, em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, segundo Resolução N˚196/96 [(4)]. Os resultados foram apresentados de acordo com os elementos da qualidade do planejamento familiar propostos por Judith Bruce [(5)], nas categorias: oferta e escolha dos métodos e a informação fornecida às adolescentes; competência técnico-profissional e o relacionamento entre enfermeiro e adolescente; acompanhamento da adolescente e a rede conveniente de serviços. As características das adolescentes estudadas mostraram que estas tinham mais de 15 anos, todas procedentes de Fortaleza, a maioria era solteiras e tinham pelo menos 01 filho (a média do 1º parto foi com16



anos de idade), a renda familiar foi de aproximadamente 2,5 salários mínimos e o tempo de estudo foi equivalente ao ensino fundamental. Em relação ao uso de método anticoncepcional (MAC), as 11 adolescentes referiram fazer uso de MAC. Após a consulta, sob orientação e com a receita, as adolescentes obtêm os MAC no próprio CSF e não podendo adquiri-lo gratuitamente, o fazem comprando nas farmácias. A decisão quanto ao método a ser utilizado partiu, principalmente, da própria usuária. De acordo com a substituição do MAC, nove adolescentes estavam satisfeitas com o método em uso e não queria trocá-lo. Quanto à informação que a usuária recebe sobre os métodos anticoncepcionais, esta foi prestada principalmente pelos enfermeiros, e amigos/vizinhos, seguidos pelos médicos, professores e alguém da família. A consulta de enfermagem foi predominante dentre as atividades de planejamento familiar das quais as adolescentes participaram. As adolescentes relataram que a consulta de enfermagem supre suas necessidades, pois há orientação de qualidade, informação completa e adequada, acessibilidade quanto ao atendimento e esclarecimento de dúvidas. As participantes estavam à vontade ao conversar com o enfermeiro sobre suas questões. Os profissionais, de acordo com as adolescentes, apresentaram uma boa comunicação, os diálogos foram longos, pois continham indagações gerais e eles estavam interessados no entendimento das orientações dadas, mostrando-se até simpáticos. No que concerne à frequência da procura por atendimento, cinco usuárias referiram consultar-se mensalmente, pois é o período quando o anticoncepcional oral termina, procurando o atendimento para receber a prescrição do método daquele mês. Duas adolescentes relataram ir em busca do atendimento a cada dois meses e quatro a cada três meses. O retorno mensal ao CSF apresentou o maior número de queixas por sete adolescentes, enquanto quatro usuárias apontaram a longa espera, as longas filas e dificuldades para participar das atividades do planejamento familiar. As usuárias relataram o horário de consulta, a “ignorância” dos profissionais e a falta de anticoncepcionais como outros critérios de insatisfação com o serviço. As adolescentes acreditam que o atendimento de qualidade do PF ocorreria se não faltasse comprimido nas



unidades, esperasse menos tempo nas filas, houvesse uma unidade mais próxima de casa, o profissional atendesse com atenção e educação e o horário de acolhimento fosse mais cedo, pois as usuárias têm outras ocupações. Considera-se que os pontos de vista das adolescentes foram ao encontro dos seis elementos da qualidade, que estas são uma clientela que deve ser ouvida, pois estes têm opiniões próprias e sugestões a respeito da assistência de planejamento familiar. Sugere-se aos CSF o desenvolvimento de atividades educativas individuais e em grupos, proporcionando-lhes questionamentos sobre os temas relacionados ao planejamento familiar.

Palavras-chaves: Planejamento Familiar, Qualidade do Cuidado, Adolescentes.

BIBLIOGRAFIA

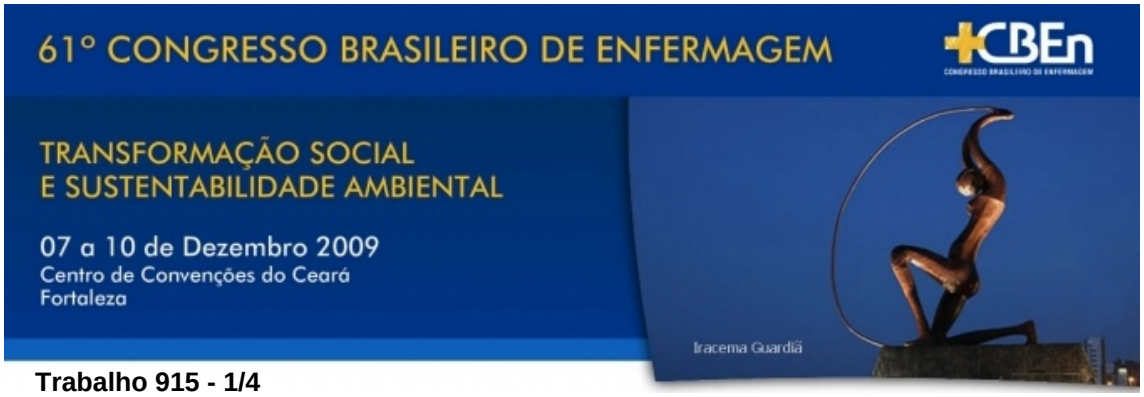
1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2004.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente. Brasília, 1993. 1v. 2v. 3v.

3. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeirras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. Rev. Esc. Enferm. USP. 2006: 40 (4): 533/539.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília, 2001.

5.Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. Studies in Family Planning, New York, v.21, n.2, p. 61–91, Mar. / Apr. 1990.

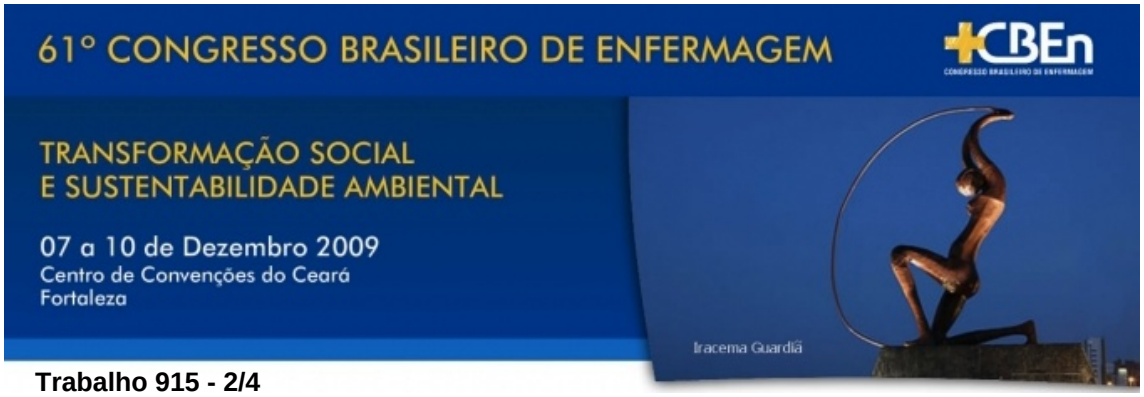


AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTENCIA ATRAVÉS DA AUDITORIA NOS REGISTROS DE ENFERMAGEM.

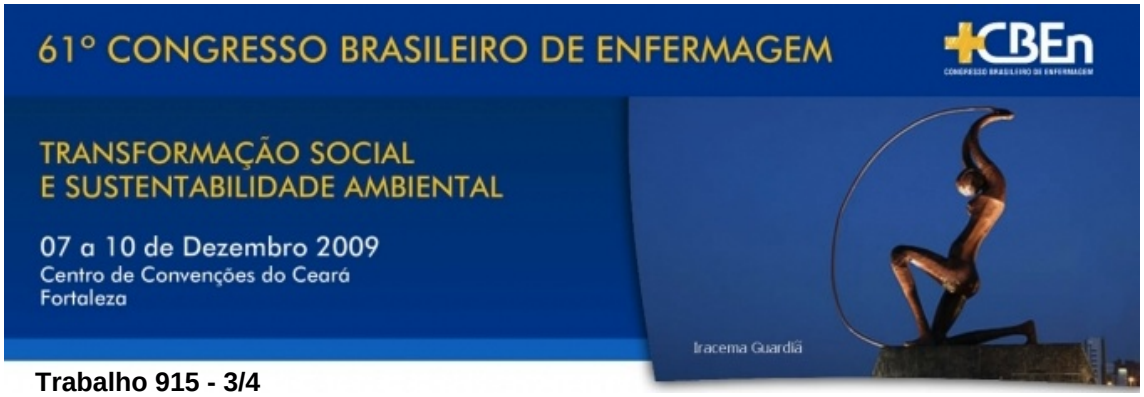
Zanata,Renann[1]
Nicola, Anair Lazzari[2]

Introdução: Na avaliação da qualidade da assistência à saúde é necessário considerar um conjunto de elementos que incluem o grau de qualificação dos profissionais, os recursos disponíveis e a eficiência na utilização dos recursos. Estes elementos são relevantes na qualidade da assistência, pois interfere diretamente na boa atuação dos profissionais[1]. A qualidade tem diferentes definições e geralmente está associada aos valores pessoais e institucionais envolvidos no processo de assistência[2]. Os mecanismos utilizados para o alcance da qualidade da assistência em saúde são diversos, como também os mecanismos utilizados para quantificá-la. A qualidade da assistência de enfermagem passou a ser avaliada de forma sistemática através da auditoria em enfermagem, entre outras. Esta forma de avaliação da qualidade da assistência em enfermagem consiste em realizar uma análise dos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem e registrados no prontuário do paciente. Assim sendo, a qualidade da assistência está relacionada com o conjunto de atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, ou seja, com seu processo de trabalho que deve ser o foco da análise quando a assistência apresenta falhas[3]. A auditoria tem como finalidades identificar as áreas deficientes do serviço de enfermagem, fornecer dados para analisar e mensurar a qualidade do cuidado de enfermagem prestado e subsidiar a tomada de decisões para agir nas causas fundamentais dos problemas[2,3,4]. Na área da enfermagem, a auditoria pressupõe uma avaliação através da revisão detalhada dos registros de enfermagem, para a verificação da qualidade da assistência prestada ao paciente. A análise das atividades de enfermagem registradas no prontuário do paciente, principalmente as anotações de enfermagem que tem como finalidade essencial informar as condições

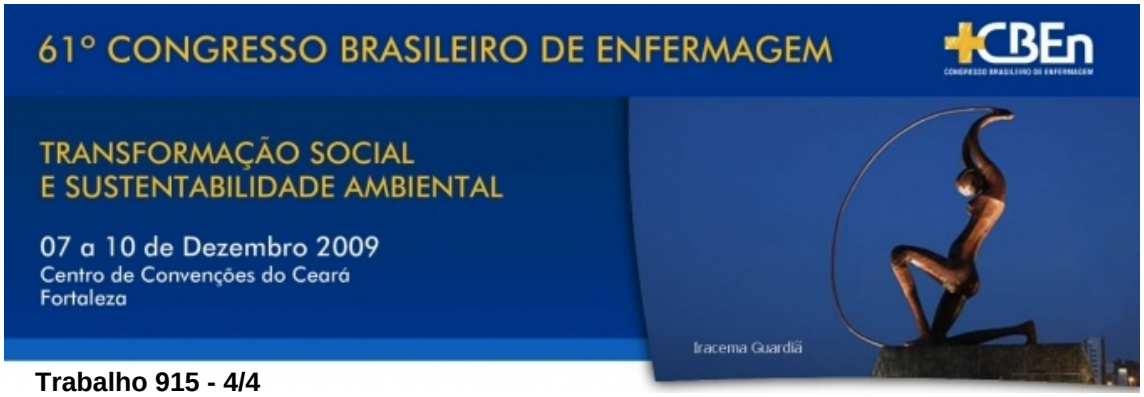
[1] Acadêmico do 5º ano do Curso de Enfermagem da Unioeste- Campus de Cascavel-PR. renannz@hotmail.com.
[2] Enfermeira. Doutora. Professora do Curso de Enfermagem da Unioeste- Campus de Cascavel-PR. anairln@yahoo.com.br; alnicola@unioeste.br.



do paciente e a assistência prestada nas 24 horas assegurando a comunicação entre os membros da equipe de saúde. Nesse sentido, a identificação de áreas deficientes relacionadas à assistência de enfermagem deve subsidiar a tomada de decisões para a revisão do processo assistencial. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo realizar a avaliação da qualidade da assistência através da auditoria retrospectiva nos registros da assistência de enfermagem contidos no prontuário dos pacientes. **Material e Método:** Estudo descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados dos registros de enfermagem efetuados nos prontuários dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Geral de um hospital universitário no interior do Paraná. A amostra foi composta por 44 prontuários dos pacientes que receberam alta no período 1° de outubro a 30 de novembro de 2008. No hospital a assistência de enfermagem não é executada pela metodologia da Sistematização da Assistência de Enfermagem em todas as suas fases, porém, na UTI Geral, o enfermeiro realiza a evolução e prescrição de enfermagem como forma de organizar o cuidado diário para cada paciente. Assim sendo, os procedimentos para a coleta dos dados foram adaptados da metodologia da auditoria retrospectiva e de acordo com os critérios estabelecidos, foram avaliadas as variáveis: identificação do paciente; prescrição de enfermagem; procedimentos de enfermagem e anotações de enfermagem. **Resultados e discussão**: Os resultados mostraram que em 89,5% dos prontuários estavam com os dados de identificação completos. O prontuário do paciente é um documento legal e deve conter todas as informações pertinentes à internação. Por ser um documento legal é imprescindível o correto registro de todas as informações. Em relação à prescrição de enfermagem 66% dos pacientes apresentaram uma prescrição diária. A prescrição de enfermagem é a etapa da assistência na qual o enfermeiro define as condutas a serem implementadas de forma individualizada e visando uma assistência de qualidade[2]. A legislação garante ao enfermeiro o direito de executar a prescrição de enfermagem, mesmo assim, encontramos 34% dos pacientes sem um plano assistencial diário, supõem-se com isso, a ausência na identificação das necessidades de assistência de enfermagem apresentadas pelo paciente. A prescrição de enfermagem expressa os cuidados de enfermagem, portanto, resulta do julgamento das ações consideradas prioritárias e



levantadas durante a entrevista e o exame físico, sendo de caráter individual e as condutas de enfermagem são determinadas pela avaliação da necessidade de cada paciente, podendo através dessa avaliação a prescrição ser mantida ou modificada, de acordo com as necessidades do paciente[2]. Assim a prescrição de enfermagem deve ser realizada diariamente tendo em vista a complexidade do paciente de UTI, sendo um importante instrumento norteador da assistência de enfermagem. Procedimentos de enfermagem, nesta variável, foram avaliados os procedimentos relacionados à higiene, alimentação, eliminações, sinais vitais e descanso por serem considerados comuns a todos os pacientes e destes, 84% estavam registrados como realizados. Em relação a variável, anotações de enfermagem, foram avaliados itens que devem constar do relatório de enfermagem e que representam as ações realizadas. Somente em 87% dos prontuários foram encontradas anotações de enfermagem e se referiam aos cuidados considerados de rotina e estas anotações também se encontravam de forma incompleta e fragmentada, o que impossibilita a identificação das necessidades do paciente e das condutas de enfermagem que visem à continuidade da assistência. O registro no prontuário do paciente é o principal veículo de comunicação de informações, sobre as condições do paciente, para os membros da equipe de saúde e é considerada uma ferramenta fundamental para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde[1,2,4]. Assim sendo, devem conter as observações sobre a situação do paciente, as intervenções realizadas e os resultados obtidos. **Conclusão**: Observou-se neste estudo que em todas as variáveis analisadas há um índice considerável de prontuários sem registro de um plano assistencial diário, bem como, dos procedimentos realizados. Estes resultados podem expressar queda na qualidade da assistência. A melhoria contínua da qualidade da assistência de enfermagem passa pela identificação permanente de falhas nas ações relacionadas com a assistência e da implementação de instrumentos que permitam a avaliação sistemática dos níveis de qualidade da assistência prestada.



Palavras-chave: auditoria de enfermagem; registros de enfermagem; assistência de enfermagem.

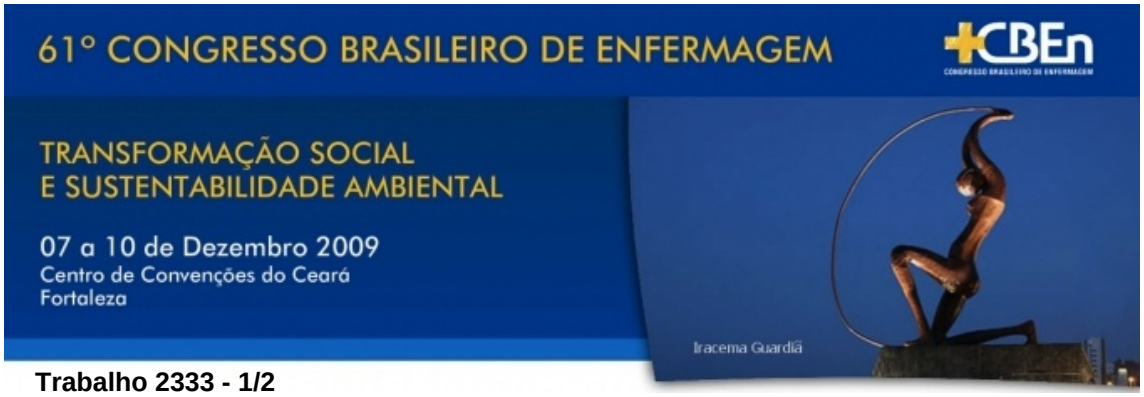
Referências:

1 . D'Innocezo, M. (Coord.) Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006.

2. Cianciarullo, TI. et al. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

3. Fonseca AS, Yamanaka NMA, Barison THAS, Luz SF. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistência na atividade hospitalar. O Mundo da Saúde. 2005; 29(2) 161-9.

4 . Pereira, LL, Takahshi, RT. Auditoria em enfermagem. In: Kurcgant, P. (Coord.) Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1991.



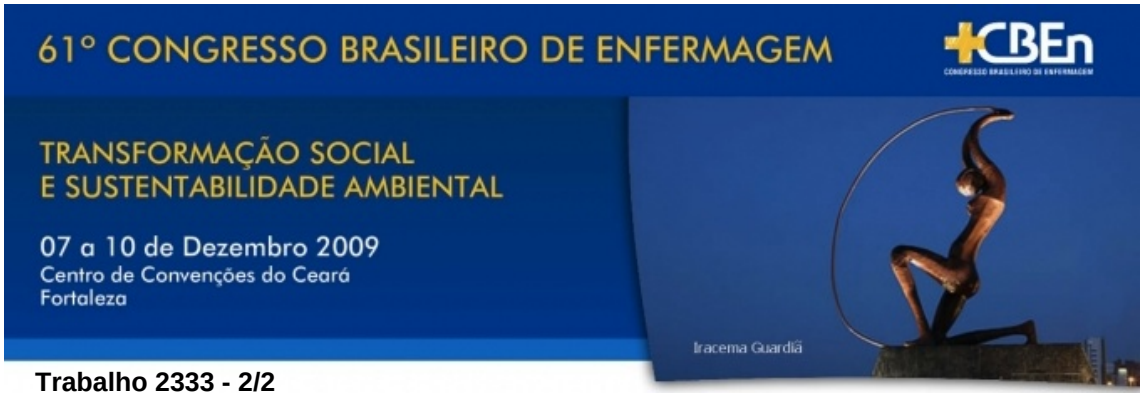
Trabalho 2333 - 1/2

Título: **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL OFERECIDA ÀS USUÁRIAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL V – FORTALEZA - CE**

Autores: Ana Paula Leite Barbosa da Frota[1]; Fernanda Aguiar Kucharski[2]; Silvia Helena Leite Barbosa da Frota[3]; Rose Mary Cardoso Ribeiro[4], Irisvane Sousa da Silva[5]; Patrícia Rejane Carneiro Suassuna[6].

O pré-natal é um importante instrumento utilizado pelo profissional de saúde que venha atender a gestante para diagnosticar e tratar precocemente patologias que possam interferir no prognóstico materno e fetal, além de reduzir a mortalidade materna e fetal. Consiste em um dos principais indicadores do Pacto da Atenção Básica do SUS sendo sua importância evidente nas normas que regem a operacionalização do SUS quando se busca reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência pré-natal oferecida às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) das Unidades de Saúde pertencentes à Secretaria Executiva Regional V do município de Fortaleza – Ceará foi realizado um estudo a partir dos dados gerados no sistema informatizado SISPRENATAL. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e retrospectiva realizada na Secretaria Executiva Regional V do município de Fortaleza, abordando os indicadores de processo da assistência pré-natal no período de 2006 a 2008, utilizando-se como fonte de dados o programa SISPRENATAL. Foram estudados 6.187 cadastros de gestantes de 2006 a 2008. Os dados foram coletados no período de março a agosto de 2009 na Atenção Básica da Secretaria Executiva Regional V. Os resultados foram apresentados em tabelas e analisados segundo os indicadores relativos aos critérios para o acompanhamento pré-natal do Programa de Humanização no Pré- natal e Nascimento (PHPN). A partir dos indicadores investigados, detectamos através dos dados obtidos pelo SISPRENATAL uma baixa cobertura de pré-natal oferecido pelas unidades básicas de saúde (29,49%); crescente índice de gravidez na adolescência; mais de 40 % das gestantes cadastradas não realizaram tipagem sangüínea, glicemia em jejum, VDRL, sumário de urina e anti HIV; 67,18% das gestantes iniciaram o pré-natal até 4º mês; cerca de 85,46%

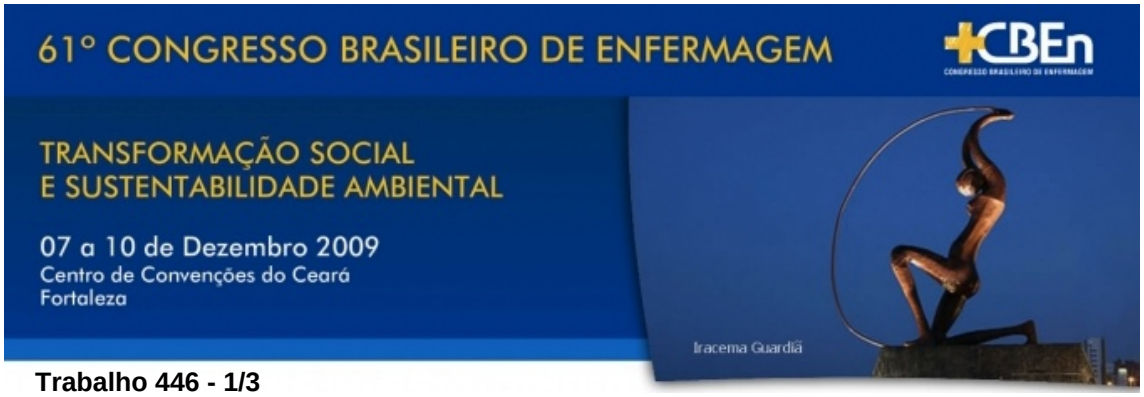
1, 2, 3, 4, 5 – Enfermeiras do Programa Saúde da Família, Especialistas em Saúde da Família - Centro de Saúde da Família Fernando Diógenes – Fortaleza – CE <paulafrotta@bol.com.br>
6- Enfermeira Técnica da Vigilância Epidemiológica da SER V – Fortaleza – CE



foram cadastradas por enfermeiros do PSF; somente 7,17% realizaram até seis consultas de pré-natal; 91,48% das gestantes não tiveram consulta puerperal; 95,89% não concluíram os critérios do PHPN para conclusão resultando no não faturamento de mais de duzentos mil reais pelo município de Fortaleza. Mediante tais resultados faz-se necessário uma maior atenção aos programas de saúde da mulher através da sensibilização e treinamento para os gestores e profissionais de saúde garantindo um oferecimento de uma estrutura organizacional que proporcione condições adequadas para a realização de uma assistência de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Pré-natal. Saúde Materno-infantil. Qualidade da assistência.

1, 2, 3, 4, 5 – Enfermeiras do Programa Saúde da Família, Especialistas em Saúde da Família - Centro de Saúde da Família Fernando Diógenes – Fortaleza – CE <paulafrotta@bol.com.br>
6- Enfermeira Técnica da Vigilância Epidemiológica da SER V – Fortaleza – CE



Trabalho 446 - 1/3

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FORTALEZA

Abreu, Renata Sales da Rocha[1]

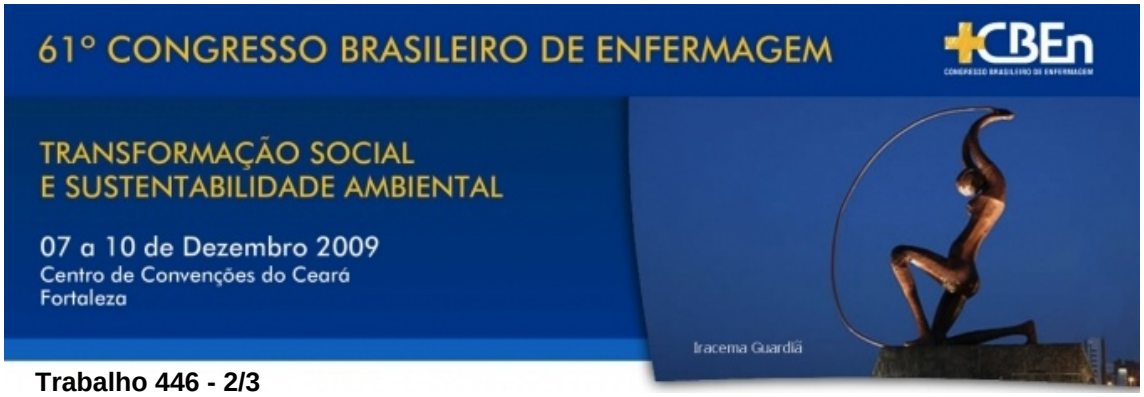
Costa, Alda Angéllica de Melo[2]

Mororó, Erisliane Maria Moreira[3]

Gonçalves, Valéria Freire[4]

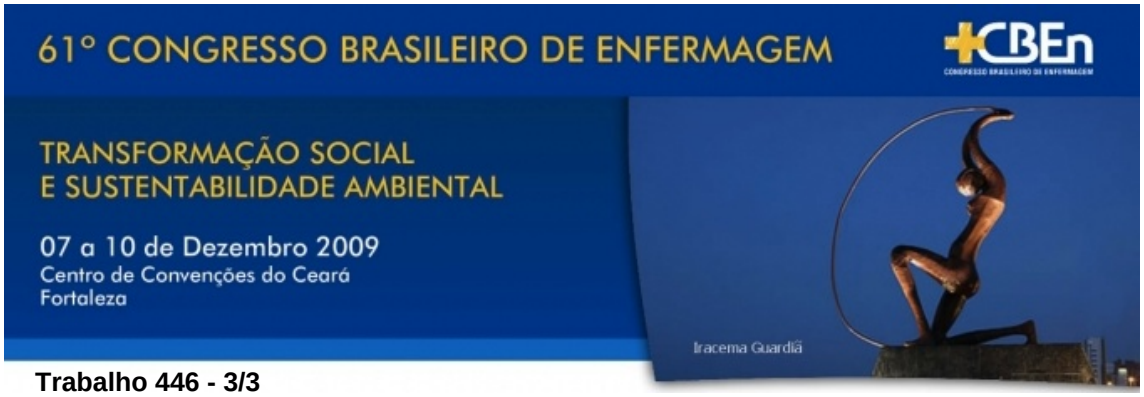
Holanda, Ítala Thaise Aguiar[5]

Compreende-se hoje, com maior clareza no Brasil, a importância da Atenção Primária à Saúde. É neste nível de atenção onde tudo se inicia que devem ser desenvolvidas - de forma integrada e articulada - ações de educação, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação para os problemas mais prevalentes de saúde. O foco não são as partes do corpo ou os sistemas orgânicos, mas, sim, as pessoas, as famílias, a comunidade e seus processos de adoecer e preservar a saúde. Entretanto, a Atenção Primária à Saúde ainda enfrenta grandes desafios e um dos principais é a qualificação dos profissionais. Somente com a qualificação poderemos ter uma maior resolubilidade da atenção e assim ampliar á área de atuação influenciando positivamente a reorganização do Sistema de Saúde. O objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade do atendimento e a satisfação do usuário na Atenção Primária à Saúde em uma Unidade Básica de Saúde localizada na periferia da cidade de Fortaleza. A Pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde localizada na periferia da cidade de Fortaleza entre os meses de maio e junho de 2009. A unidade serve a uma população de classe baixa. Oferece em torno de 400 consultas mensais e no presente momento atende também a população residente fora da área de abrangência da unidade. A unidade oferece serviço de nutrição, consultas médicas de clínica geral, ginecologia, pediatria e alergologia, consultas de enfermagem com atendimento de puericultura, consultas de pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero e mama, diabetes e hipertensão, tuberculose e hanseníase. Uma amostra de 20 usuários foi convidada a opinar a respeito do atendimento na unidade básica de saúde. A entrevista, semi-estruturada, era composta por questões que abordavam a situação socioeconômica e perguntas relacionadas ao tema. O paciente era solicitado a opinar a respeito dos seguintes parâmetros: facilidade de acesso à



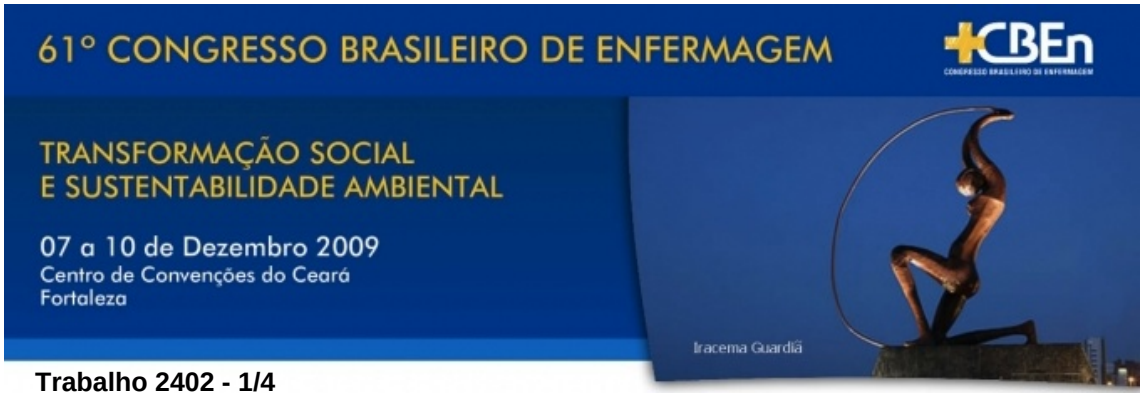
consulta; acolhimento; tempo despendido na sala de espera; cordialidade por parte da recepção; atendimento profissional e avaliação geral do atendimento. Numa tentativa de quantificar estas atitudes, os pacientes eram confrontados com uma série de cinco ícones, acompanhada da pergunta: Qual destas imagens expressa melhor sua opinião? Ao fim do interrogatório era apresentada uma pergunta aberta: Sugira como melhorar o atendimento. Através do cálculo da média ponderada de cada item, as notas que lhes foram atribuídas são as seguintes: 1)Facilidade de acesso à consulta: 6,0; 2)Acolhimento: 7,0; 3)Tempo despendido na sala de espera: 3,5; 4)Cordialidade por parte da recepção: 7,0; 5)Atendimento profissional: 8,0; 6)Avaliação geral do atendimento: 6,0; Tendo A=10, B=8, C=6, D=4 E=2. A análise dos resultados mostra uma opinião quase unanimemente favorável. A espera prolongada foi o principal motivo de reclamação o que levou muitos pacientes a sugerirem mais rapidez nos atendimentos, e o aumento no número de funcionários. Tais fatores não podiam deixar de afetar a última pergunta: impressão geral do atendimento. Entretanto, aparentemente, não interferiram numa reação positiva quanto aos aspectos técnicos e no relacionamento com os profissionais da saúde. Pode-se concluir com a pesquisa, que em sua maioria, os usuários da unidade de saúde avaliada encontram-se relativamente satisfeitos com a qualidade do serviço, salvo alguns itens que devem ser corrigidos e melhorados como sugeridos pelos próprios usuários. A literatura revela uma estreita correlação entre a satisfação e a adesão. E uma boa adesão do paciente, seja quanto à assiduidade ao serviço, seja no rigoroso cumprimento da terapêutica, é fundamental. Sem isso é impossível consolidar um vínculo continuado, o que é de grande importância nos serviços de saúde. Bibliografia: KLOETZEL, K. *et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I A satisfação do usuário*. Cad. Saúde Pública vol.14 n.3, Jul/Set. 1998. HALAL, I. S.*et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região Sul do Brasil.* Rev. Saúde Pública vol.28 no.2 Apr. 1994.

(1) Acadêmica de enfermagem da Universidade de Fortaleza. Email:renatasales@hotmail.com
(2) Acadêmica de enfermagem da Faculdade Metropolitana de Fortaleza.
(3) Acadêmica de enfermagem da Universidade de Fortaleza.



Trabalho 446 - 3/3

(4) Enfermeira, Mestre em Saúde Pública pela universidade Federal do Ceará, Professora ligada à área de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza.
(5) Acadêmica de enfermagem da Universidade de Fortaleza.



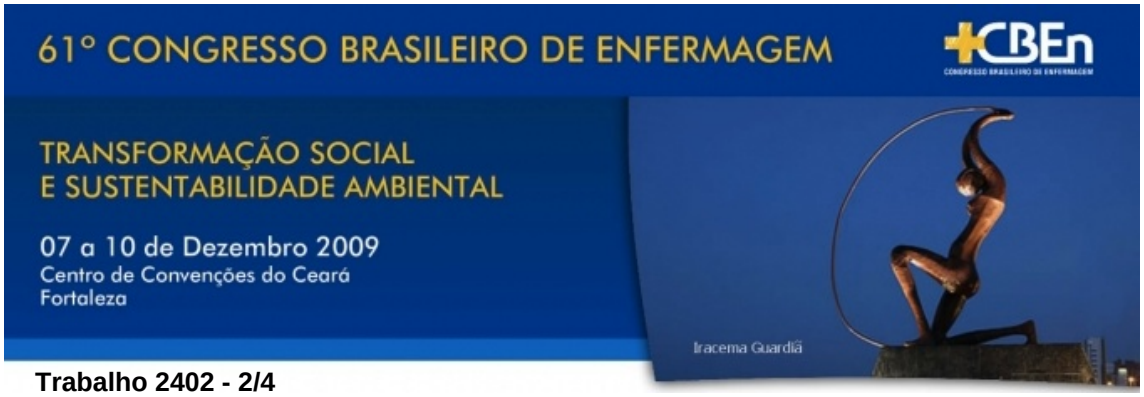
Trabalho 2402 - 1/4

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A IMPORTÂNCIA DA TUBERCULOSE PULMONAR NO MUNICIPIO DE ITAPISSUMA-PE.

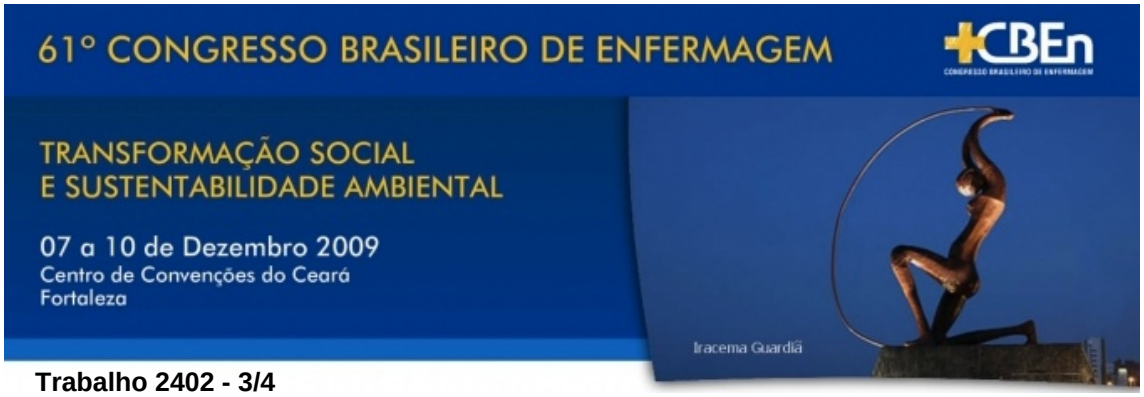
JEMERSON ROSSELE SILVA MELO[1], LUCIANA ARAÚJO LIMA DE MENEZES[2]; SEVERINA MARIA DA SILVA[3]

A tuberculose pulmonar (TBP) é um problema de saúde pública que acompanha o homem desde as civilizações mais antigas e seus riscos são aumentados na medida em que ocorre o adensamento das populações (urbanização) com conseqüente aproximação e convivência prolongada entre os indivíduos(BRASIL, 2000b). As políticas governamentais de saúde pública estabeleceram diretrizes para ações e metas fixadas para o controle da tuberculose no Brasil. Agente comunitário de saúde (ACS) é o elo entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida, bem como a ponte entre a comunidade e os profissionais e serviços de saúde (SILVA E DALMASO, 2002). Traçou-se para objetivo geral identificar o conhecimento teórico dos ACS's sobre TBP nos Programas Saúde da Família (PSF) da cidade de Itapissuma-Pe; para específico: descrever o perfil dos ACS's quanto ao sexo, faixa etária e tempo de serviço, investigar a existência de programa de capacitação e atualizações sobre tuberculose para estes profissionais, identificar o conhecimento dos ACS's sobre conceitos de transmissibilidade, sinais e sintomas e tratamento da TBP. Trata-se de um estudo não experimental, descritiva, é aquele utilizado com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimento que se queira comprovar, (LAKATOS, 2003), com abordagem quantitativa expressa mediante símbolos numéricos, por obter informações através de levantamento de dados por amostragem sobre o conhecimento dos ACS's diante o manejo com pacientes portadores de TBP. Foram cumpridos, neste estudo, os princípios éticos registrados na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, iniciou o estudo após aprovação pelo Comitê de Ética. Resultado e Discussão: quanto à identificação do perfil dos ACS's verifica-se que 90% são do sexo feminino e 10% masculino. Trata-se da questão de gênero, estima-se que 80% dos profissionais de enfermagem no Brasil sejam mulheres (PARCERIA, 2000); 48% se encontram no intervalo de 35-49, seguido por 21% para faixa etária de 25-30 anos. Observa-se que não há uma idade padrão para que os ACS's desempenhem suas funções, uma vez que se encontraram agentes nas faixas etárias diversas em idade produtiva, resultado parecido foi encontrado, em investigação com trabalhadores de enfermagem, no qual a faixa etária concentrava-se entre 25 e 49 anos (ROCHA, 2003). Quanto ao tempo de serviço 59% apresentam de quatro a seis anos de atuação em PSF, 34% mais de sete anos e 7% de um a três o anos. Com esta apresentação se espera que a maioria dos ACS's tenha bom nível de conhecimento acerca da tuberculose por apresentarem mais de cinco anos de trabalho em Saúde Pública, esse achado discorda com os de Silva (2001), que identificou em seus estudos que o ACS não dispõe de instrumentos, de tecnologia, inclusive dos saberes para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho. Quanto da participação desses trabalhadores em programa de capacitação e atualizações 97% realizaram capacitação e 3% não

[1] Enfermeiro, enfermeiro do PSF de Itapissuma e assistencial do Hospital de Igarassu, jemersonrossele@hotmail.com;
[2] Enfermeira, Sanitarista, Coordenadora da Atenção Básica de Itapissuma, Docente da FUNESO e Preceptor da FABEJ;
[3] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da FAABEJ.

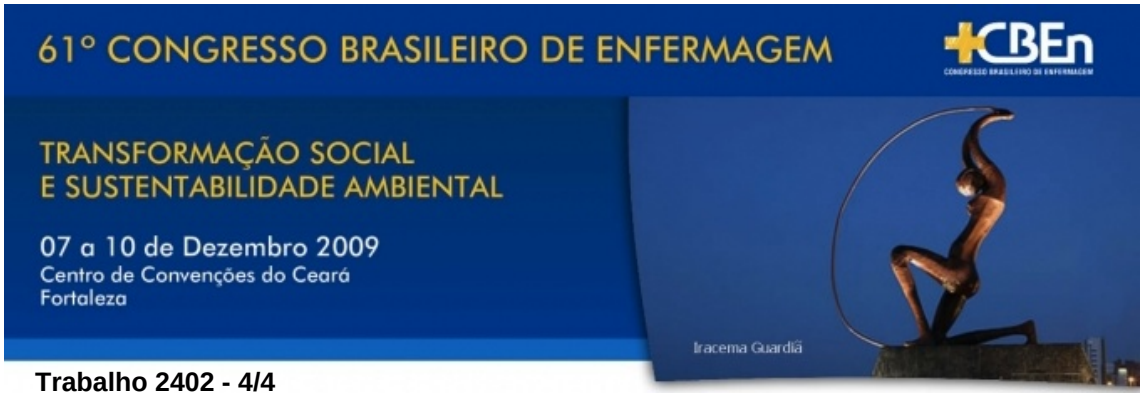


realizaram; 72% realizaram atualização em tuberculose e 28% não realizaram. Situação indesejada para estes profissionais, pois é através da atualização que se cria espaço para novas estratégias de promoção e prevenção à saúde, refletindo na qualidade da assistência prestada à população. Segundo o Ministério da Saúde, uma das condições básicas para se obter uma assistência de qualidade no tratamento da tuberculose é a unidade de saúde possuir profissionais treinados (BRASIL, 2002). Quanto ao meio de transmissão da tuberculose 100% dos entrevistados conhecem o modo de transmissão da tuberculose, o que traz benefícios à população através de uma correta orientação e educação a saúde. Segundo o Ministério da Saúde, a tuberculose é uma doença infecto e contagiosa, causada por um microorganismo denominado *Mycobacterium Tuberculosis*, que se propaga através do ar (BRASIL, 2002). Na identificação do grupo de comunicantes da tuberculose 76 % dos entrevistados consideram como todas as pessoas que coabitem com o paciente, seguido pelos 21% que responderam que são aquelas pessoas que entram em contato com portadores do bacilo, e com 3% os que afirmam que são aquelas pessoas que habitem a rua do paciente. Observa-se que a maioria dos entrevistados tem o conhecimento correto acerca do grupo de comunicantes da tuberculose, no entanto um quarto da amostra não conhece a correta definição, o achado influencia na identificação do grupo de comunicantes da tuberculose na comunidade, podendo tardar o encaminhamento de um possível portador ao posto. Para o Ministério da Saúde, comunicantes são todas as pessoas, parentas ou não, que coabitem com um doente de tuberculose (BRASIL, 2002). Distribuição dos ACS's em relação identificação dos sinais e sintomas mais característicos da TB pulmonar se verifica que 69% dos profissionais referem que tosse e expectoração por mais de três semanas, febre vespertina, perda de peso e sudorese noturna; seguido por 17% tosse, expectoração por uma semana, febre vespertina e sudorese matinal e com 14%, os que afirmam como sendo os que apresentam tosse, expectoração, dor torácica e febre. Apesar da maior do grupo pesquisado conhecer os sinais e sintomas mais característicos da TBP, é considerado critico o quantitativo que não sabem identificar com precisão tais sinais e sintomas. Por falta de conhecimento preciso desses profissionais, casos de tuberculose podem existir nessas comunidades sem que sejam encaminhados aos postos de saúde, tardando o tratamento e aumentando o tempo de transmissibilidade pelo doente. Urge a implantação de formas mais abrangentes e organizadas de formação e capacitação dos profissionais de saúde, incluindo os ACS, mediante um projeto nacional, estimulado pelo MS (TOMAZ, 2002). Em relação ao conhecimento quanto ao tratamento da TBP amostra apresentou o seguinte comportamento, 62% referem o esquema tríplice com rifampicina (RFM), pirazinamida (PZA) e hidrazida para o (INH), tomados diariamente em única dose diária em jejum por um período de seis meses, 24% referem apenas a rifampicina (RFM), pirazinamida (PZA) com administração devem ser fracionada ao dia, 14% desconhecem o nome das substancias do tratamento, referem que a administração deve ser realizada depois do jantar ou duas vezes ao dia. Apesar da maioria dos entrevistados estarem condizentes com o que o MS preconiza para o tratamento e administração do medicamto, não é aceitável nenhum percentual de desconhecimento por poder acarretar prejuízos ao assistido. No Brasil o RFM, PZA e INH, tomados diariamente por um período de seis meses, passou a ser recomendado a partir de 1979, introduzido pela Portaria n.o 144. (BELLUOMINI E TAGUSAGAWA,1984). Segundo o Ministério da Saúde, o esquema tríplice é de uso



diário e deverá ser administrada de preferência em única tomada em jejum ou, em casos de intolerância digestiva, junto às refeições (BRASIL, 2002). Em conclusão 90% amostra é do sexo feminino; 48% se encontram na faixa etária de 35-49 anos; 59% apresentaram de 4 a seis anos de atuação em PSF, 97% referem ter realizado capacitação e 72% realizaram atualização em tuberculose, 100% conhecem a forma de propagação da tuberculose, 24% encontram dificuldades em identificar o grupo de comunicantes da tuberculose, 31% não sabem identificar, com precisão, os sinais e sintomas mais característicos da TB pulmonar, 62% referem o esquema tríplice com rifampicina (RFM), pirazinamida (PZA) e hidrazida para o (INH), tomados diariamente em única dose diária em jejum por um período de 6 meses. Diante do encontrado no estudo se faz necessário medidas urgentes de esclarecimento e capacitação quanto a TBP aos profissionais pesquisados que os habilite para a prática de trabalho com qualidade, objetivando assistência adequadamente a esse paciente. Por esta moléstia ser um grave problema de saúde pública, não só pela alta taxa de incidência e prevalência, mas também pelos prejuízos sociais que afetam ao paciente necessário se faz uma assistência de qualidade de forma a solucionar a problemática estudada. Em concordância, o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel (TOMAZ, 2002). Para se obter uma melhor assistência, se recomenda: Realização de capacitação e ações de educação continuada seja mantida permanentemente aos ACS's; auto-avaliação constante do desempenho de suas funções; os registros do número de casos de TB pulmonar sejam revisados e atualizados, visando controle ideal dos dados; ênfase nas orientações prestadas aos pacientes no início do tratamento da TBP.

Palavras chaves: Tuberculose pulmonar, agente comunitário de saúde, assistência de Enfermagem.



Referências

Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga: Controle da tuberculose uma proposta de ensino serviço. Rio de Janeiro: 5. Ed; 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS: Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: 1999b.

Lakatos EM; Marconi, MA. Fundamentos da metodologia científica. São Paulo: Atlas; 2003.

Parceria R, et al. Guia semestral de cursos superiores do Estado de São Paulo. São Paulo: Segmento, 2000;(2): p115.

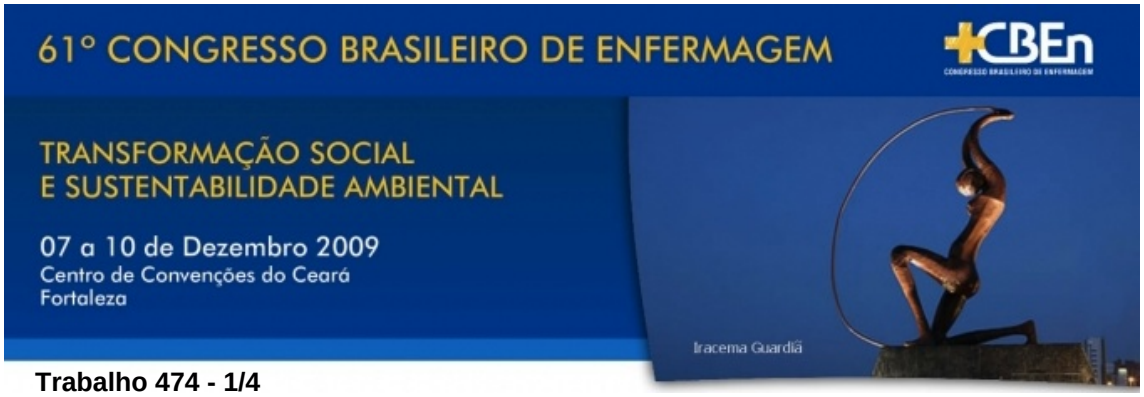
Rocha AM. **A saúde do trabalhador de enfermagem sob a ótica da gerência** – obstáculos e possibilidades.[tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, São Paulo, Escola de Enfermagem, 2003.

Rosenberg J. Tuberculose. Panorama global: óbices para o seu controle. Governo do Estado. Secretaria de Saúde, 2001. p 111.

Silva JA, Dalmaso ASW. O Agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2002 Fev;6(10):75-96.

Silva JA. O Agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS. Agente institucional ou agente de comunidade? [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2001.

Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Saúde Educação. 2002 Fev;6(10):75-94.



Trabalho 474 - 1/4

CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CENÁRIO DE ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM.

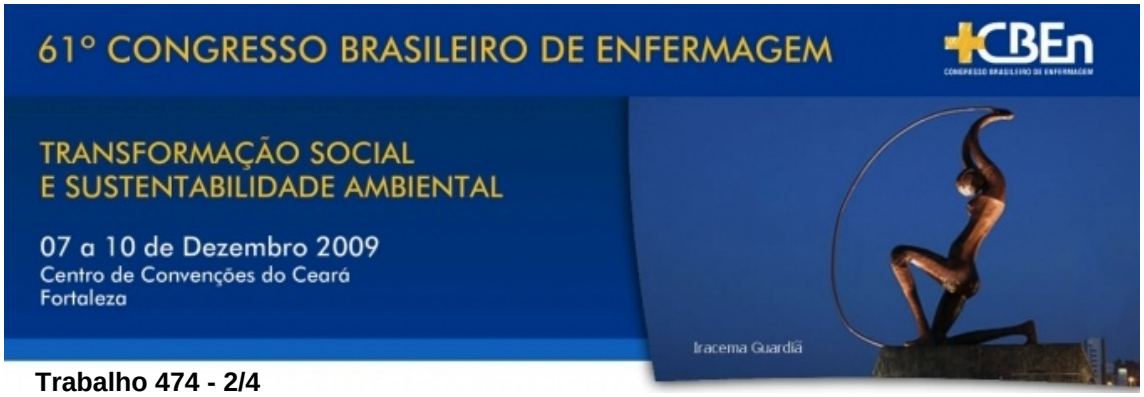
Américo,Camila Félix[1]
Teles, Liana Mara Rocha[2]

INTRODUÇÃO:

A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial à saúde, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. A Equipe de Saúde da Família (ESF) deve estar composta, a princípio, por Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde - ACS. Como membro da ESF, o ACS funciona como um elo entre a equipe e a comunidade, tendo entre suas atribuições específicas desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças. (BRASIL, 2001). No âmbito da saúde da mulher, ganha destaque a assistência ao pré-natal, prevenção do câncer de colo do útero e planejamento familiar (BRASIL, 2005). Assim, como multiplicador de informação de saúde à comunidade, o ACS precisa manter-se familiarizado e atualizado com tais assuntos. Partindo desse entendimento, cabe ao enfermeiro, como supervisor da equipe de ACS, desenvolver competências, de forma a mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes que o levem a articular uma prática pedagógica de caráter emancipatório (BRASIL, 2003). Nessa perspectiva, objetivou-se descrever a experiência de realização de uma oficina de capacitação para ACS de Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre o tema de Planejamento Familiar.

1.Enfermeira.Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.Bolsista Propag/CAPES.E-mail:cfamerico@yahoo.com.br.

2.Enfermeira de Programa de Saúde da Família.E-mail:lianinhamara@yahoo.com.br.

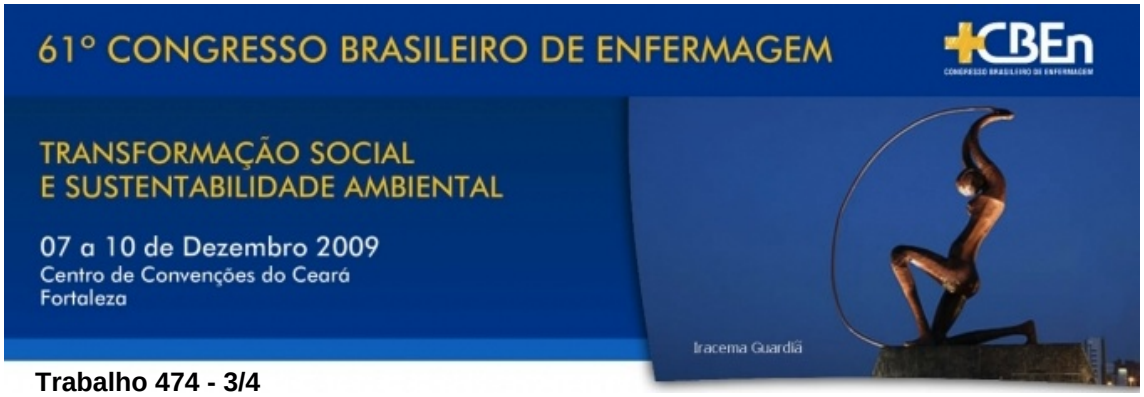


METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de uma oficina educativa para 11 ACS integrantes de uma ESF localizada no município de São Gonçalo-CE. A oficina foi promovida por enfermeira e médica integrantes de ESF, em maio de 2009. Foram realizados quatro encontros, semanais, que abordaram aspectos do Planejamento Familiar permeando desde o sistema reprodutor feminino e masculino até os mitos e tabus existentes com relação aos métodos contraceptivos.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

No primeiro encontro exploraram-se características do sistema Reprodutor feminino e masculino, utilizou-se álbum seriado e modelos anatômicos. Diante das ilustrações do álbum seriado surgiram dúvidas a respeito dos métodos cirúrgicos, que foram então discutidos na ocasião. Em seguida, abordaram-se os métodos de barreira, sendo utilizada a prótese peniana para a demonstração do uso do preservativo masculino. O preservativo feminino, diafragma e espermicida foram explanados através de ilustrações e kit de métodos contraceptivos para visualização. As dúvidas recaíram principalmente quanto ao uso do preservativo feminino e diafragma: como colocar? Qualquer mulher pode usar o diafragma? No segundo encontro, explanou-se sobre o Dispositivo Intra Uterino (DIU), sendo utilizada ilustração para a visualização do método e modo de colocação em modelo anatômico de útero. Nesta ocasião, surgiu um debate quanto à existência ou não de poder abortivo. Em seguida, abordaram-se os Anticoncepcionais Hormonais Orais (AHO). Antes dessa abordagem, foram distribuídas frases representativas de mitos e tabus referentes aos mesmos. Cada participante foi estimulado a comentar a frase recebida e, a partir desse comentário, desmitificava-se os mitos e tabus existentes. Já no terceiro encontro, foi abordado o injetável combinado, com desconstrução de tabus a respeito deste método, sendo enfatizado que não há ganho de peso em todas as mulheres, não há problemas para engravidar após a interrupção do uso; não há risco de esterilidade; não há diminuição do libido, não provoca coceira; não provoca aborto, não cria massa e o sangue não fica preso, todos estes termos foram ditos pelos ACS e postos como dúvidas.Por fim, no quarto encontro, explorou-se a



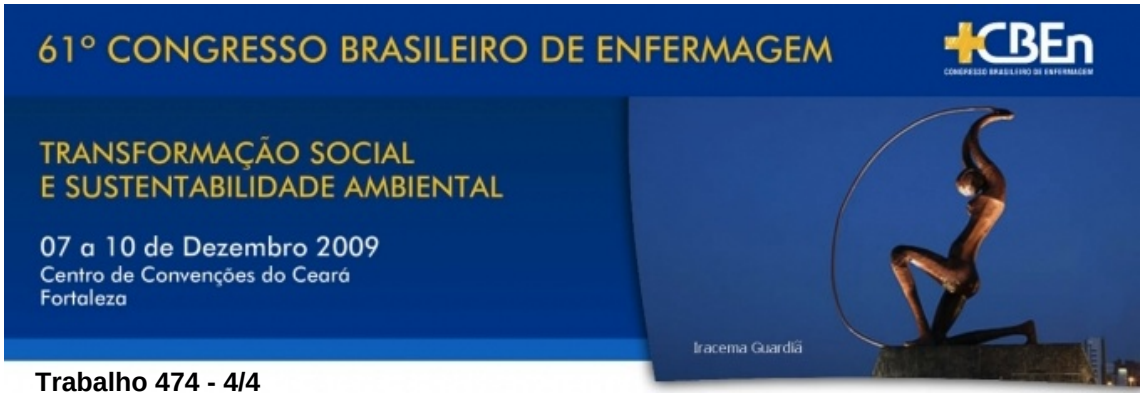
minipílula com explicação simplória sobre o modo de ação, uso correto e quem pode utilizar. Também se falou da pílula do dia seguinte e métodos comportamentais, com ênfase na Lactação com Amenorréia (LAM). O método com o qual os ACS demonstraram maior familiaridade foi o preservativo masculino, porém sua motivação parecia estar direcionada a aquisição de conhecimentos referentes aos métodos hormonais, já que as dúvidas da comunidade geralmente recaem sobre estes. Os ACS não demonstraram interesse em aprender sobre métodos comportamentais. Os métodos comportamentais são os com menor adesão e menor conhecimento por parte da população, que sente dificuldade em elegê-los como método de escolha. A medicalização pode ser vista como mais prática, “concreta” e imediata do que a mudança de comportamento, além disso, pode haver um “desvaler” da observação/exploração do corpo entre as mulheres, o que minimiza o interesse em realizar os métodos comportamentais, o que se soma a um descrédito muitas vezes dado pelos próprios profissionais a adesão deste tipo de método.

Pelas discussões propiciadas nas oficinas e pela vivência de todos os profissionais que dela participaram, percebeu-se que nas microáreas de atuação dos agentes há uma tendência da população feminina em desacreditar da potencialidade dos métodos comportamentais em prevenir uma gravidez indesejada. Para elas o medicar é mais confiável que prevenir. Fato este comprovado pela natureza das dúvidas que emergiam e da atuação dos ACS no contexto domiciliar e comportamentos adotados por algumas usuárias, a saber: só se deve tomar o comprimido quando o esposo chega de viagem (marido caminhoneiro); espera terminar a menstruação para começar a próxima cartela ou tomar a próxima injeção.

O método comportamental mais trabalhado foi a LAM, foi enfocado o duplo benefício do método, a alta eficácia e suas condições para realização.

CONCLUSÃO:

A realização de oficinas de capacitação propicia a formação de agentes comunitários multiplicadores de saúde em potencial, que otimizarão a adesão de práticas mais conscientes de Planejamento Familiar difundidas pela equipe multidisciplinar de atenção básica a saúde.



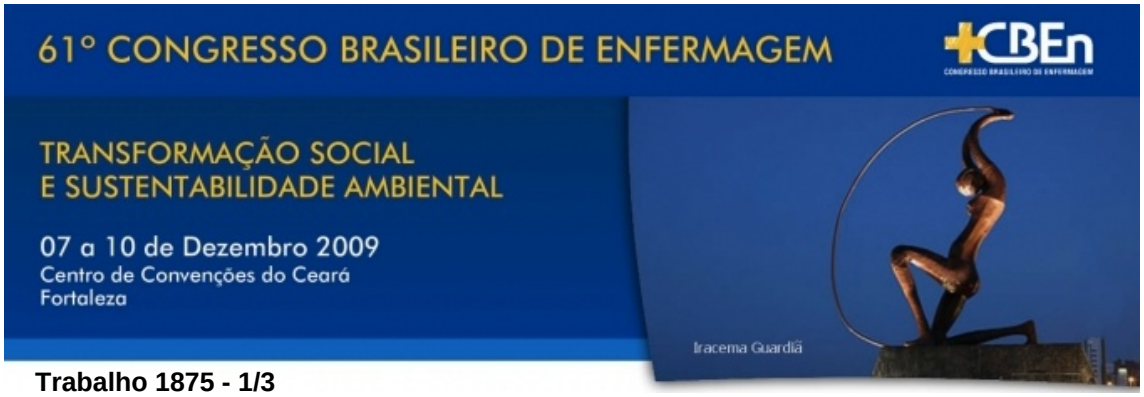
Descritores: Planejamento Familiar; Equipe interdisciplinar de saúde; Atenção básica à saúde.

REFERENCIAS:

1.BRASIL. **Oficinas de educação em saúde e comunicação.** - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001.80 p.

2. BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde enfermagem. Guia do aluno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.



Trabalho 1875 - 1/3

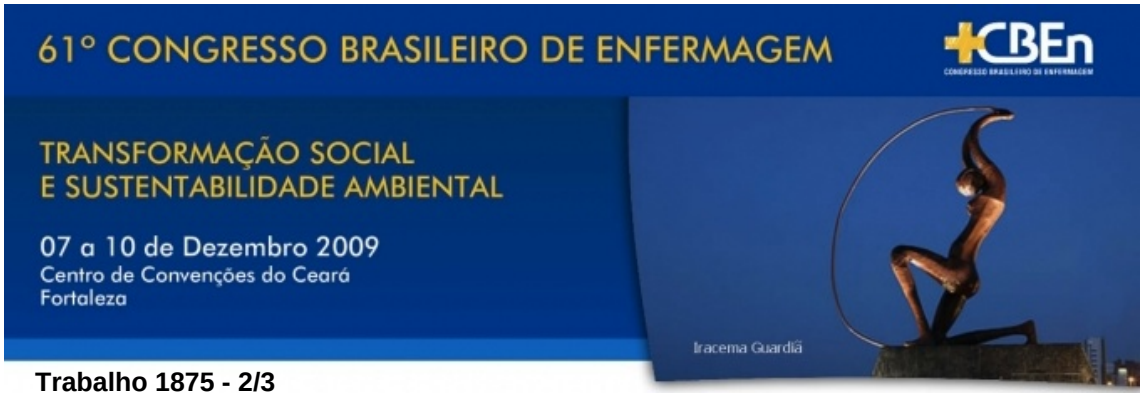
EIXO 4: Interface política e ambiental, políticas de saúde, cuidado de enfermagem
DIMENSÃO: 4

CONTRATOS DE GESTÃO – NOVOS CAMINHOS PARA O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

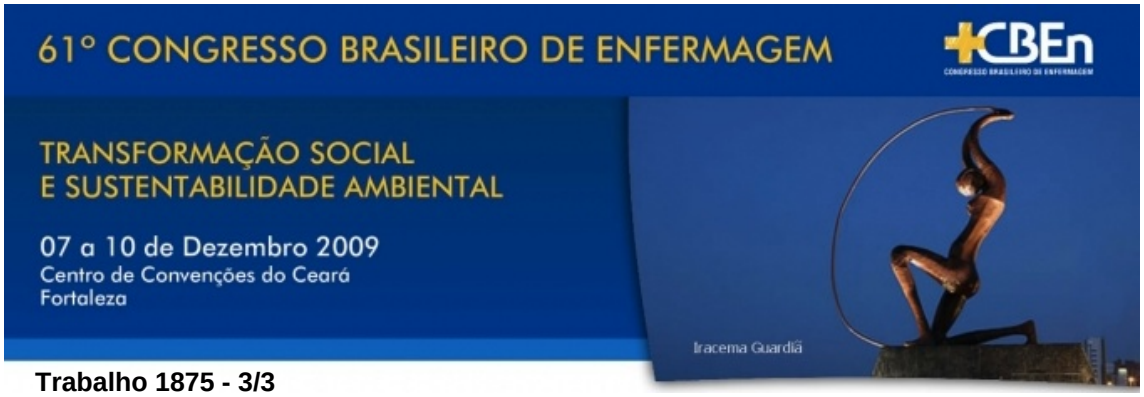
Barreto, Claudine Esmaniotto[1]
Faoro,Nilza Teresinha[2]
Kami, Maria Terumi[3]
Martins,Soriane Kieski[4]

Introdução: A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS) para fortalecer a Atenção Primaria implantou várias ferramentas de gestão que permitiram o acompanhamento do crescimento populacional, as mudanças nas condições de saúde, monitoramento de morbidade e mortalidade, bem como a organização de uma rede de atenção. Em 2002, instituiu-se os “Contratos de Gestão” que foram construídos por meio de seminários que objetivaram a sensibilização do quadro gerencial, com ênfase na importância da utilização da informação para a tomada de decisão[1]. Na etapa seguinte foram realizadas oficinas sob consultoria, com os profissionais e gerentes que definiram as informações/indicadores necessárias para o monitoramento. Os Contratos de Gestão são compostos do Termo de Compromisso (TERCOM) e o Plano Operativo Anual (POA)[2], que são firmados anualmente com as Equipes das Unidades de Saúde (UBS), Distrito Sanitário (DS), Secretário Municipal de Saúde e ciência de representantes de usuários do Conselho Local de Saúde. O POA, hoje implantado em 108 Unidades Básicas de Saúde, prioriza 81 indicadores de saúde, que são monitorados trimestralmente, e tem como objetivos: acompanhamento e monitoramento das ações, busca da melhoria da qualidade da gestão de serviços por resultados, garantia de permanente processo de negociação e renegociação, a transparência entre as

[1] Especialista em Saúde Coletiva, Enfermeira da SMS-Curitiba. cbarreto@sms.curitiba.pr.gov.br
[2] Especialista em Saúde Pública, Especialista em Saúde do Trabalhador, Coordenadora de Informação da SMS-Curitiba, nifaoro@sms.curitiba.pr.gov.br
[3] Especialista em Saúde Coletiva, MBA em Auditoria em Serviços de Saúde, Enfermeira da SMS-Curitiba. mkami@sms.curitiba.pr.gov.br
[4] Mestre em Enfermagem. Coordenadora de Enfermagem da SMS de Curitiba- PR. somartins@sms.curitiba.pr.gov.br



partes e o aprimoramento do planejamento local, estabelecendo relação de compromisso entre os envolvidos (SMS/DS/UBS). O monitoramento trimestral dos indicadores aponta as necessidades de mudanças no processo de trabalho e de condutas gerenciais, aumentando a eficiência dos serviços prestados. Proporciona aprendizagem das equipes quanto ao manejo clínico, estratificação de riscos, seguimentos de protocolos, conhecimento de perfis epidemiológicos locais com socialização das informações que possibilita a melhoria da gestão por resultados, envolvendo as equipes no compromisso e responsabilização para alcance das metas pactuadas que passa a ser um desafio coletivo e, não apenas do gestor municipal[3]. Neste processo, o enfermeiro vem assumindo um papel fundamental possibilitando autonomia no desenvolvimento de suas ações com ampliação de suas responsabilidades na busca dos resultados pactuados. **Objetivos:** Proporcionar reflexão ao profissional enfermeiro sobre a importância do seu papel no contrato de gestão. **Metodologia:** Este estudo ocorreu por meio da avaliação dos indicadores de saúde de responsabilidade do enfermeiro e equipe de enfermagem, no POA/2008 na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Resultados:** Atualmente o POA é constituído por 81 indicadores de saúde, os quais são avaliados trimestralmente e devem ser monitorados continuamente por todos os profissionais envolvidos neste processo. Entre estes indicadores 13 são de responsabilidade direta do enfermeiro e 58 são de responsabilidade compartilhada. Os indicadores de responsabilidade direta são aqueles cujas ações são realizadas pelo profissional enfermeiro, como: número de consultas do enfermeiro/hab/ano, inscrição de gestantes, número de consulta de gestantes baixo risco, número de consulta puerperal, número de consulta de criança menor de 1 ano de risco e não risco, número de consulta de adolescente, número de consulta hipertensos e diabéticos conforme estratificação de risco. Os indicadores de responsabilidade compartilhada são aqueles em que o enfermeiro executa ou supervisiona a realização dos mesmos, como por exemplo: coleta de citopatológico, vacinas, atendimento de enfermagem nos programas, visita domiciliar, entre outros. A pactuação tem como base documentos institucionais: Plano Municipal da Saúde, Plano Plurianual (PPA), Plano Pactuação Integrada, Pacto pela Saúde, Protocolos Clínicos/Planejamentos Locais/e outros. Estes indicadores são estabelecidos a partir da população SUS do território adscrito de



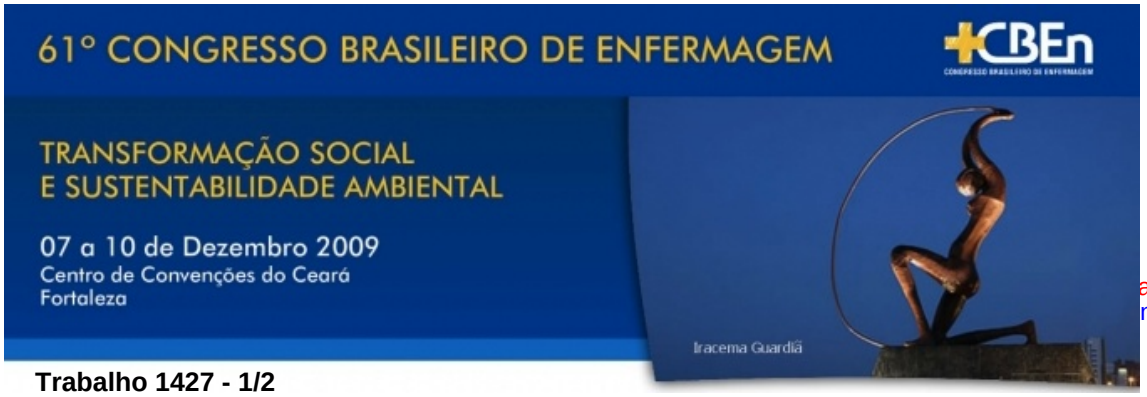
cada UBS e também do total de usuários inscritos nos programas institucionalizados. Os enfermeiros devem envolver os profissionais da equipe de enfermagem estabelecendo uma permanente comunicação para que estes se sintam parte do processo. **Conclusão:** Com a implantação do Contrato de Gestão, observou-se um maior envolvimento e compromisso de gestores locais, enfermeiros, equipe de enfermagem e outros profissionais que compõem as equipes, tendo significativa melhoria no seguimento das orientações estabelecidas pelos protocolos clínicos dos programas estratégicos, desempenho dos profissionais e serviços, bem como dos indicadores de saúde. Historicamente os indicadores de competência direta do enfermeiro teve um significativo aumento, o que indica que a partir da apropriação deste instrumento, participa da pactuação e busca atingir a meta proposta, criando estratégias próprias e que também subsidiam a equipe de enfermagem. Esse processo intensificou o trabalho do enfermeiro na busca da excelência e do impacto das ações nos indicadores de saúde[1], bem como, possibilitou maior visibilidade, direcionamento e empoderamento de suas ações, otimizando seu tempo e contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população Curitibana.

Referências

1 - CURITIBA. **Capacitação para Equipes da Estratégia da Saúde da Família:** textos de apoio. In Marty, I. K. Gestão por resultados na SMS-Curitiba. Curitiba, 2009.
2 – CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Contratos de Gestão**: Plano Operativo Anual. Curitiba, 2009.

3 – XAVIER, E. C.; SHIMAZAKI, M. E.; MARTY, I. K. **Sistema de Informação Gerencial:** A Informação Certa, no Tempo Certo. CBIS, São Paulo, 2004.

Palavras chave: Papel do Enfermeiro, gestão, monitoração



are
nly.

Trabalho 1427 - 1/2

CONTROLANDO A DOR: BENEFÍCIOS DA ACUMPUNTURA AURICULAR E AURICULOTERAPIA EM IDOSOS

SOARES, Maria Cidney da Silva[1]
OLIVEIRA, Márcia Mabel[2]
GONÇALVES, Chirlaine Cristine[3]
VASCONCELOS, Ariedney Sâmylla de Souza[4]

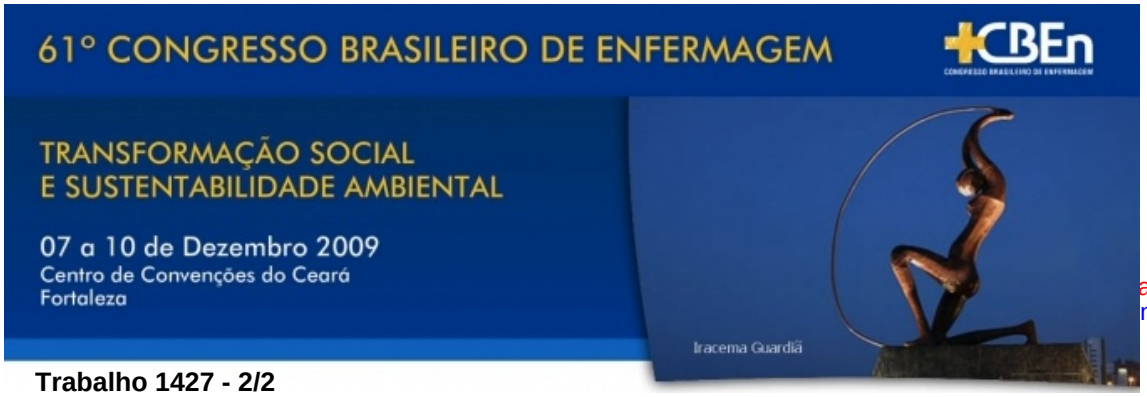
Sabe-se que a dor hoje é tida como o quinto sinal vital, sendo acrescentado com intuito despertar atenção dos profissionais de saúde, para o tratamento desta. A dor representa um grave problema de saúde publica na atualidade, requerendo a implantação de ações para seu controle. Neste sentido a acupuntura surgi como um novo conceito para o tratamento da dor. A dor e natural a qualquer ser vivo, sendo mais evidente na gerontologia devido ao processo natural de perda fisiológicas e anatômicas. Neste contexto a acupuntura aliada ao atendimento a pacientes idosos com dor, aparece como uma melhora na qualidade da assistência prestada. O estudo em questão trata de uma pesquisa qualitativa, com intuito de demonstrar os benefícios da Acupuntura Auricular e Auriculoterapia nos alunos idosos da Escola Municipal Melo Leitão. A população da pesquisa foi constituída de 40 alunos idosos, matriculados na escola no turno da noite, porém, apenas 20 desses alunos se dispuseram a participar da pesquisa. Os dados foram coletados através de um questionário semi-estrutura versando sobre o tema em questão. Os resultados obtidos foram os seguintes: 75 dos idosos são do sexo feminino ,70% dos tem entre 60-64 anos, 85% destes se recusaram a fazerem a acupuntura auricular, dos que aceitaram participar do tratamento 75% tiveram êxito , dentre os sintomas apresentados por estes 63% declararam sofre de insônia e 90% já

[1] Docente do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – Especialista em saúde pública. E-mail. profcidneysoares@hotmail.com

[2] Graduada em enfermagem pela Faculdade de Ciências médicas de Campina Grande (2009).

[3] Mestre em saúde coletiva. Coordenadora do CEP/CESED da Faculdade de Ciências médicas de Campina rande.

[4] Aluna do curso de enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas de campina Grande

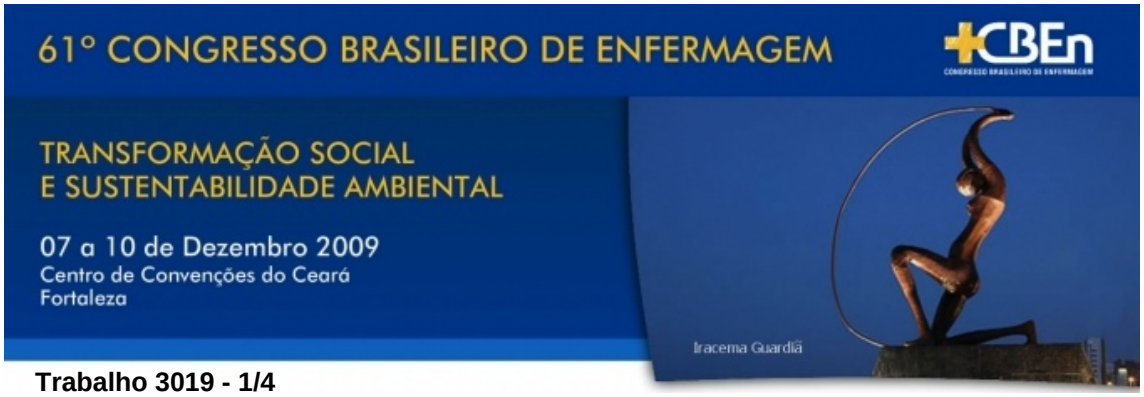


are
nly.

Trabalho 1427 - 2/2

vem sido submetido ao tratamento a mais de 10 meses. No que diz respeito a analise qualitativa os idosos foram questionados no que se refere ao local da dor emergindo duas subcategorias: “membros superiores e membros inferiores” e “coluna vertebral”, no que se refere ao inicio das dores, surgiu as seguintes subcategorias: “quando faço esforço físico”, “após sofre uma queda” e “avançar da idade”. Ao questionarmos acerca das mudanças ocorridas após as sessões de acupuntura surgiu: “alivio das dores”, “locomoção”, “melhora na qualidade do sono” e “melhora da auto-estima”. No que se refere as dificuldades encontradas idoso para a realização da acupuntura auricular, emergiram as seguintes subcategorias: “religião” e “falta de conhecimento ao procedimento acupuntural”. Esses resultados permitiram-nos traçar o perfil dos participantes, bem como a significativas melhoras desses com o inicio do tratamento acupuntural.

Descritores: acupuntura. Enfermagem. Idoso.



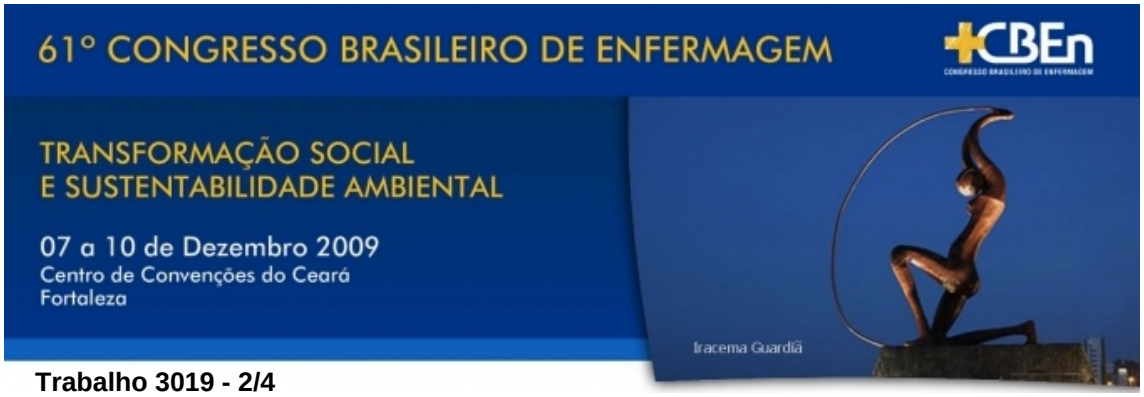
Trabalho 3019 - 1/4

CURETAGEM PRÉVIA COMO FATOR PREDISPONENTE À DOR NA HISTEROSCOPIA.

Santos Ana Carolina Leal[1]
Silva Luanna Marques Gindre da[2]
Rodrigues Raquel Fonseca [3]
Fonseca Márlon de Freitas[4]

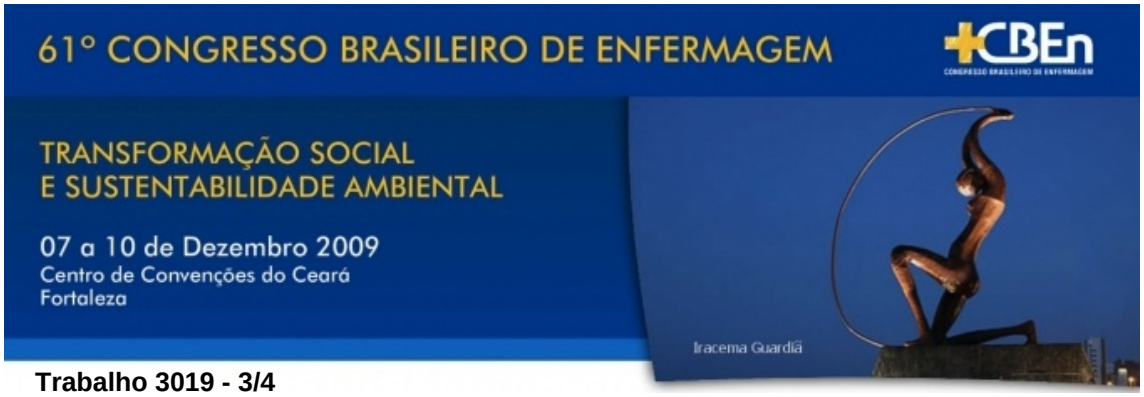
A histeroscopia é um método que permite a visualização direta do interior do útero. Geralmente, a histeroscopia diagnóstica (HTD) é realizada em ambiente ambulatorial sem uso de anestesia ou sedativo e, na maioria das vezes, é bem tolerada pelas clientes. Apesar disso, em algumas situações ocorre grande desconforto ou dor intensa. A curetagem uterina é um procedimento ginecológico considerado de baixa complexidade, o qual consiste na evacuação mecânica da cavidade uterina[(1,2)]. As principais complicações desse procedimento são a perfuração uterina e a formação de sinéquias. Na prática clínica, as clientes com história de terem sido submetidas a algum tipo de curetagem uterina são consideradas por alguns histeroscopistas do Serviço de HTD do Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) como mais propensas a maior desconforto e dor durante a HTD sem anestesia. A argumentação destes profissionais é de maior probabilidade da existência de sinéquias, as quais dificultariam a progressão do histeroscópio acarretando maior desconforto e dor durante esta etapa do procedimento. Essa pesquisa tem como objetivo testar esta hipótese através da comparação de dois grupos de mulheres (com e sem história pregressa de curetagem uterina) em relação à intensidade de dor por elas experimentadas durante e 15 minutos após a realização do procedimento. Assim, visa-se avaliar a importância do conhecimento prévio de história de curetagem uterina para elaboração de um protocolo de triagem de clientes candidatas à realização de HTD em regime ambulatorial sem anestesia ou

[11]Graduanda da Escola de Enfermagem Anna Nery. UFRJ. E-Mail: ohcaral@hotmail.com
[2]Graduanda da Escola de Enfermagem Anna Nery. UFRJ
[3]Enfermeira do Serviço de Ginecologia. Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Mestranda da UERJ
[4]Médico anestesiologista. Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Ph.D.

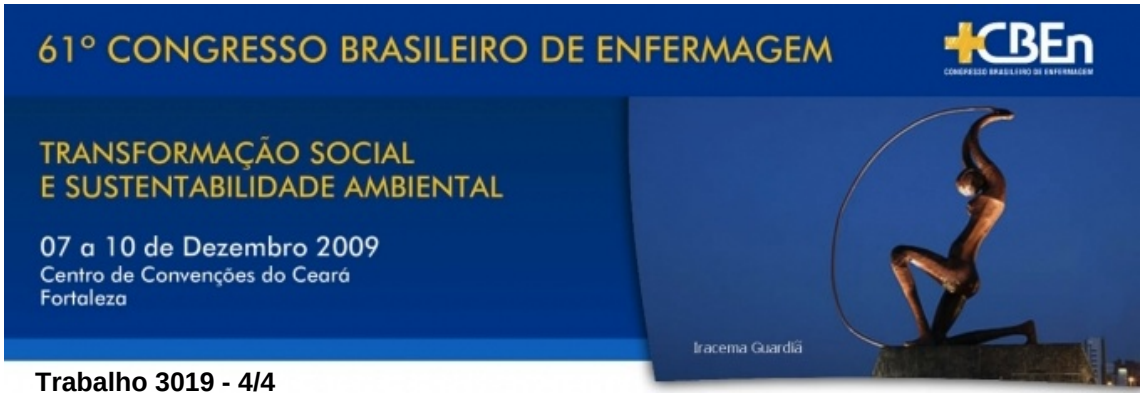


sedação. Desta forma, evitar-se-ia o transtorno da dor, o insucesso do exame e a prestação de uma assistência geradora de estresse a essas mulheres. A presente pesquisa baseou-se em um estudo observacional com abordagem quantitativa, o qual foi conduzido entre abril de 2008 a julho de 2009. Os procedimentos foram realizados em 313 clientes (23 a 85 anos), no ambulatório de HTD do Serviço de Ginecologia do IFF/FIOCRUZ. Como critério de inclusão, consideramos todas as clientes residentes no Estado do Rio de Janeiro, que compareceram ao serviço de ginecologia e realizaram o referido exame. Não houve critério de exclusão. Um formulário de pesquisa (o qual vem sendo aprimorado durante os últimos 2 anos) estruturou a entrevista em três momentos. Os materiais utilizados nos exames foram os de rotina, ou seja, iluminação especial acoplada a uma óptica (histeroscópio) e a um sistema de vídeo-câmera. Foram utilizados histeroscópios com calibre de 2,9 e 2,7 mm com meio de distensão líquido (NaCl 0,9%) pressurizado por gravidade[3]. A dor referida pelas participantes durante e 15 minutos após o exame foi dimensionada através de uma escala analógica visual (EAV) com o auxílio de uma mesma régua plástica milimetrada, a qual foi especialmente desenvolvida para esta atividade. Esta escala proporcionou a obtenção de um escore que variou do grau 0 (ausência total de dor) ao grau 10 (a pior dor pela cliente imaginada), na forma de uma variável contínua finita e diretamente proporcional ao desconforto experimentado por cada indivíduo. Na anamnese, foram obtidos dados acerca da história da cliente, os quais incluíram variáveis potencialmente interferentes no estudo deste tipo de dor[4]. Um primeiro grupo incluiu variáveis contínuas e/ou ordenáveis: índice de massa corporal, idade, anos de estudo, duração do exame, números de gestações e paridade. Um segundo grupo incluiu variáveis dicotômicas) admitindo- se somente duas respostas possíveis (sim ou não): parto normal, parto cesáreo, dispaurenia, dismenorréia intensa, nuliparidade, hipertensão arterial, diabetes, se é a primeira vez que realiza a HTD sem anestesia, tabagismo, idade > 45 anos, uso de anovulatório oral, satisfação ao final do exame, ansiedade e dor pélvica crônica.

Através do diagnóstico histeroscópico (competência do médico histeroscopista), coletaram-se mais cinco variáveis potencialmente interferentes no estudo:



retroversão uterina, realização de biópsia durante o exame, sinéquias diagnóstico de endometrite e de miomatose à histeroscopia.A análise estatística foi conduzida com o software SPSS for Windows versão 15.0 (USA). Este trabalho está contido na primeira fase do estudo “Prevenção de Cólicas Uterinas e Reflexo Vaso-Vagal Durante Histeroscopia Diagnóstica Ambulatorial Realizada Sem Anestesia”. Este estudo observacional preliminar corresponde à primeira fase deste projeto (etapa observacional), a qual foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do IFF/FIOCRUZ através do processo CAEE 0045.0.008.000-07 Cadastro FR-163053, atendendo à Resolução nº196 do Conselho Nacional de Saúde: Pesquisa envolvendo seres humanos, 1996. Inicialmente, a associação da curetagem uterina com as variáveis potencialmente interferentes foi testada através do teste não-paramétrico Qui-quadrado de Pearson. Em seguida, comparou-se os dois grupos (com e sem história prévia de curetagem uterina) em relação à intensidade da dor referida em cada um dos dois momentos: durante e 15 minutos após o exame. O teste utilizado para esta comparação foi o não-paramétrico de Mann-whitney (U). Encontramos associação significativa apenas entre história de curetagem uterina e a variáveis dicotômicas realização de biópsia histeroscópica durante o procedimento (P=0.016). Em relação às variáveis contínuas/ordenadas, os grupos sem e com história de curetagem uterina foram significativamente diferentes em relação: (1) ao tempo de duração do procedimento (P=0.003). (2) em relação ao número de gestações (P<0.001) e ao número de abortos (P<0.001????). Os grupos sem e com história de curetagem uterina não diferiram estatisticamente em relação à intensidade da dor referida durante a realização de histeroscopia diagnóstica, porém, esta equivalência deu-se numa condição limítrofe (P=0.051). Concluiu-se com a pesquisa que, na HTD realizada sem anestesia, curetagem uterina, como fator isolado, não se relaciona à intensidade da dor em nenhum dos dois momentos: durante o procedimento com histeroscópio nem 15 minutos após sua realização. A curetagem prévia não é uma variável relevante em um processo de triagem para realização de HTD em regime ambulatorial com ou sem anestesia ou sedação. Em relação às contribuições e implicações desta pesquisa para enfermagem, podemos considerar: (1) Uma



consciência interdisciplinar da equipe de saúde quanto à necessidade de uma busca continuada de segurança e conforto para as clientes candidatas à HTD; (2) A obtenção de informações fidedignas para substanciar decisões no que tange à otimização da produtividade do serviço público; (3) O uso de dados reais oriundos de uma população para elaboração de um protocolo para triagem de clientes, mediante metodologia científica.

Referências :

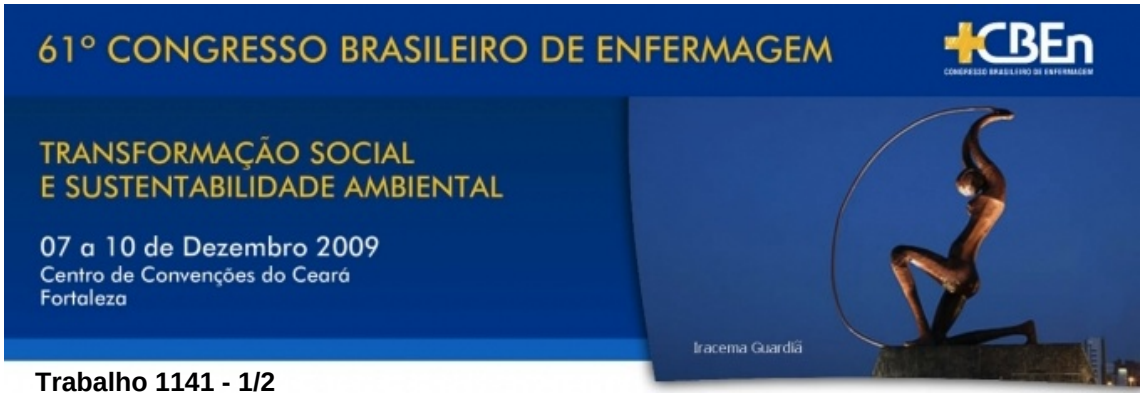
1. Chang CC. Efficacy of office diagnostic histerofibroscopy. Journal minimally invasive gynecology. 15/07/2006. p 172-175.

2. Floris S, Piras B, Orrù M, Silvetti E, Tusconi A, Melis F, Tuveri M, Piga M, Paoletti A & Melis G. Efficacy of intravenous tramadol treatment for reducing pain during office diagnostic hysteroscopy. Fertility and Sterility. 2007. 87(1):147-151.

3. Oliveira FMM, Errico G, Damian JC Jr. Técnica da videohisteroscopia ambulatorial. Em: Crispi CP. Tratado de videoendoscopia ginecológica. Edição II. Rio de Janeiro: Atheneu. 2006. p 770-791.

4. Carvalho DS & Kowacs PA. Avaliação da intensidade de dor. Migrâneas Cefaléias. 2006. 9(4):164-168.

Descritores: curetagem; histeroscopia; enfermagem; sinéquia



Trabalho 1141 - 1/2

DESAFIOS DA ENFERMAGEM PARA VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA

Sousa, Isaura Danielli Borges de[1];
Moura, Aritana Carvalho de[2];
Daniel Neto, Manoel[3];
Silva, Raysa Emanuela Beleza da[4];
Arrais, Eduardo Líneker Moreira[5].

RESUMO

Introdução: A água tem influência direta sobre a saúde, a qualidade de vida e o desenvolvimento do ser humano. Todas as pessoas, em quaisquer estágios de desenvolvimento e condições sócio-econômicas têm o direito de ter acesso a um suprimento adequado de água potável e segura. **Objetivos:** Este estudo tem objetivo de analisar as produções científicas sobre a vigilância da qualidade de água, bem como os desafios encontrados nela pela enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica em periódicos indexados nas bases de dados SciELO e LILACS, no período de 2001 a 2008 em que foram encontrados 12 artigos científicos completos. **Resultados:** Os resultados encontrados revelam que embora o estabelecimento de programas de vigilância da qualidade da água para consumo humano possa ser considerado um avanço, existem ainda muitos

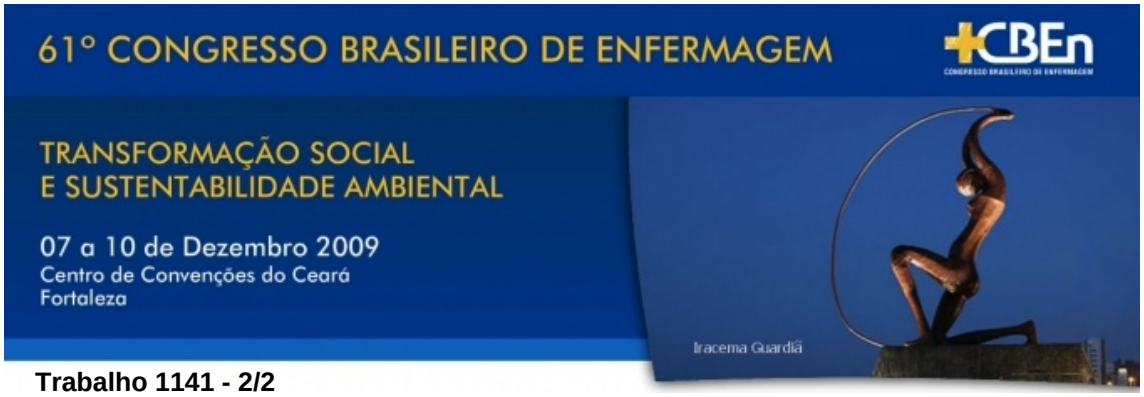
[1] Acadêmica do 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão, do Centro de Estudos Superiores de Caxias (CESC/UEMA). E-mail: isauramariaborges@hotmail.com;

[2] Acadêmico do 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão, do Centro de Estudos Superiores de Caxias (CESC/UEMA).

[3]Acadêmico do 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão, do Centro de Estudos Superiores de Caxias (CESC/UEMA).

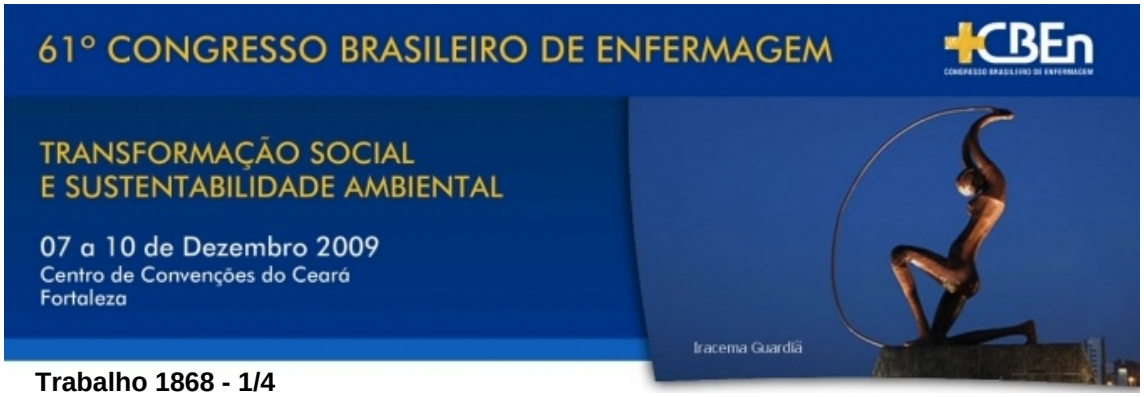
[4]Acadêmicos do 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão, do Centro de Estudos Superiores de Caxias (CESC/UEMA).

[5] Acadêmicos do 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão, do Centro de Estudos Superiores de Caxias (CESC/UEMA).



desafios para serem superados. Entre os desafios está a falta de informação, a participação e consciência da população, a falta de investimento, além da gestão das verbas do país. Para solução desses problemas, várias estratégias estão sendo desenvolvidas no cenário brasileiro através do Programa de Saúde da Família (PSF). Torna-se importante que o enfermeiro adquira o conhecimento das situações ambientais, realize a construção de indicadores de vigilância, participe nas políticas públicas, além de desenvolver educação em saúde com a comunidade. **Conclusão:** A ação do enfermeiro é um fator que colabora tanto na vigilância da água como no processo saúde-doença da comunidade como um todo. **Bibliografia:** CEZAR-VAZ, Marta Regina et al. Estudo com Enfermeiros e Médicos da Atenção Básica à Saúde: uma abordagem socioambiental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Out-Dez, 16(4): 645-53. FREITAS, Marcelo Bessa; FREITAS, Carlos Machado de. A vigilância da qualidade da água para consumo humano – desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde; **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(4) 999-1004, 2005. MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco. 2000. FREITAS, Marcelo Bessa de; BRILHANTE, Ogenis Magno; ALMEIDA, Liz Maria de; Importância da análise de água para a saúde pública em duas regiões do Estado do Rio de Janeiro: enfoque para coliformes fecais, nitrato e alumínio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(3):651-660, mai-jun. 2001. CEZAR-VAZ, Marta Regina et al.; Saber Ambiental: Instrumento Interdisciplinar para a Produção de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Jul-Set, 14(3):391-7. 2005.

Descritores: água para consumo humano, vigilância em saúde, qualidade da água, saúde pública.



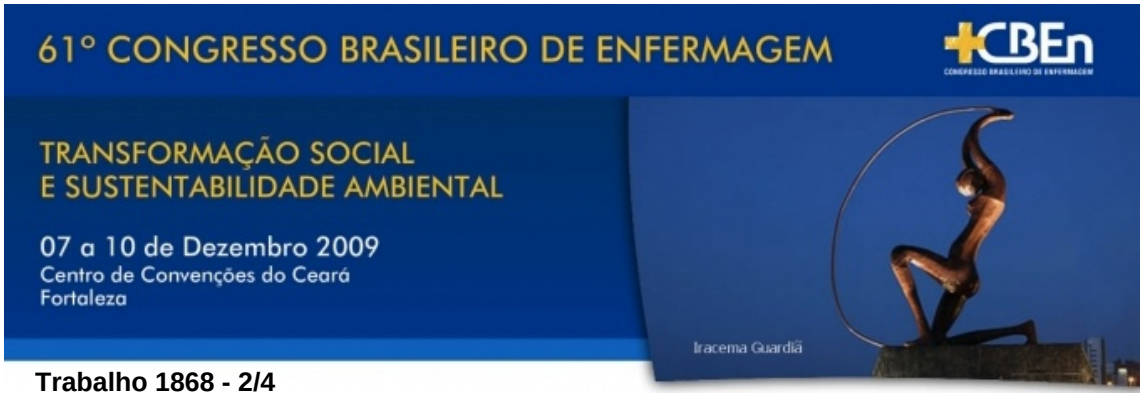
Trabalho 1868 - 1/4

DESAFIOS E ESTRATÉGIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

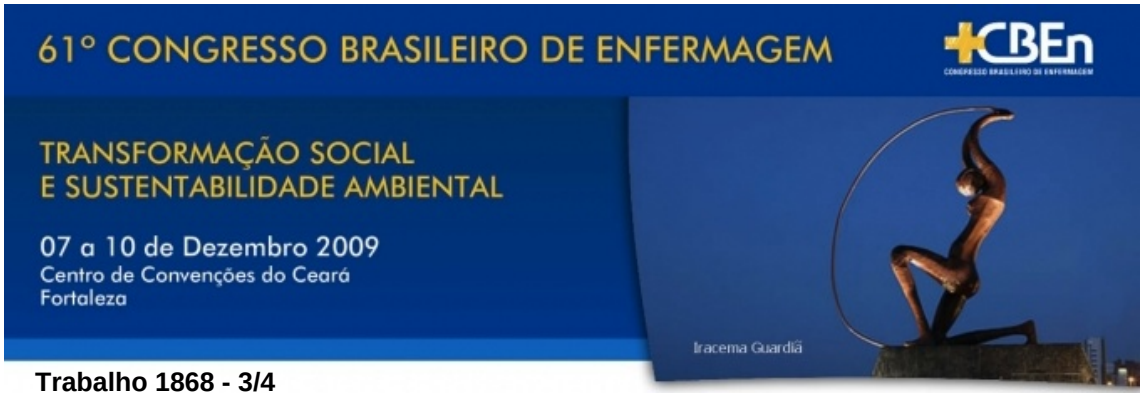
Vasques, Tânia Cristina Schäfer [1]
Lunardi, Valéria Lerch [2]
Lunardi Filho, Wilson Danilo[3]

Na sociedade atual, a população apresenta uma expectativa de vida cada vez maior, apesar de, freqüentemente, também conviver com diferentes doenças crônicas e incuráveis, causa de sofrimento e dor. Diante disso, faz-se necessária uma preparação em cuidados paliativos (CP) para os profissionais da saúde, uma temática ainda pouco estudada, porém, importante para assegurar um cuidado mais humanizado aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, como para o próprio cuidado do profissional. O presente estudo teve por objetivo conhecer a produção científica sobre CP em periódicos publicados, no período de 2002 a 2009, mediante uma revisão bibliográfica sistemática. Utilizando a palavra-chave Cuidados Paliativos, identificamos dezoito textos completos nas bases de dados LILACS e SCIELO. Elaboramos um protocolo para selecionarmos os textos utilizados em nossa revisão, cujos critérios de inclusão foram: I) Idioma: português e/ou espanhol; II) Período: publicados entre 2002 e 2009; III) Abertura dos textos: na íntegra; IV) Palavra-chave Cuidados Paliativos; V) Modalidade da produção: pesquisas e/ou revisões bibliográficas, com metodologia explícita. A partir da análise temática dos dados, foram identificadas duas grandes categorias: 1) Os desafios em CP - que abordam o trabalho em equipe, em busca de um enfoque holístico, pois a ação dos profissionais não se move apenas pela competência técnico-cientifica, apoiada no processo diagnóstico e terapêutico, mas, fundamentalmente, por questões políticas, éticas, culturais, sociais e subjetivas, não acelerando, tampouco adiando o processo de morte, com movimentos obsessivos em busca de cura. Assim, o desafio das

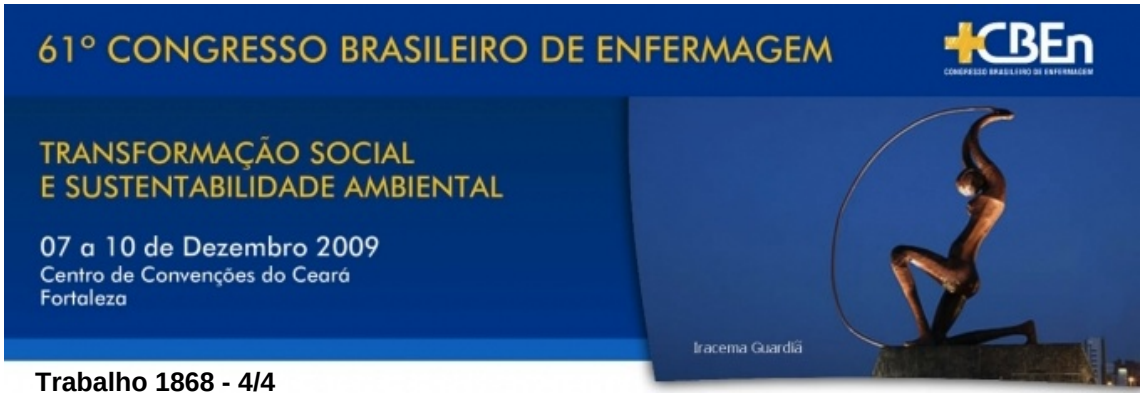
[1] Enfermeira formada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG.
[2] Enfermeira. Professora da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Doutora em Enfermagem da UFSC. Líder do NEPES/FURG. Pesquisadora do CNPq. E-mail: vlunardi@terra.com.br.
[3] Enfermeiro. Professor da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Pesquisador do CNPq.



equipes, no trabalho em CP, é buscar o equilíbrio entre a razão e a emoção[1]. Um outro desafio refere-se ao respeito à autonomia do paciente, em que pôde ser evidenciada a denúncia de uma aparente falta de receptividade dos profissionais da saúde às manifestações dos pacientes, quando divergentes das suas. Salientamos a necessidade de uma comunicação horizontal, franca e aberta com o paciente e seus familiares, tanto para conhecer seus desejos, quanto para identificar como vêm enfrentando o processo vivido e a melhor abordagem para lidar com o paciente[2-3]. A interação profissional-paciente, um outro desafio, em que é reforçada a importância do relacionamento humano, baseado na empatia e compaixão, sustentando a fé e a esperança dos pacientes em CP, pela valorização de uma comunicação otimista, alegre e bem humorada, além de uma presença que consola e conforta. Comunicar-se, muitas vezes, é reconhecido como difícil, requerendo uma verdadeira relação implementada e que extrapole o objeto da doença, tendo em vista o interesse do paciente e a recuperação de uma possível depressão e da vontade de viver. Um outro desafio identificado refere-se ao sofrimento dos profissionais da saúde em que autores[4] identificaram a dificuldade de grande parte dos médicos residentes em cirurgia (R2) em lidar com situações de impossibilidade de cura de pacientes, com manifestações de sentimentos negativos de impotência, tristeza e pena. Isso pode estar associado ao seu envolvimento emocional, com possível comprometimento da clareza das condutas a serem adotadas. Muitos residentes utilizavam a racionalização como mecanismo de defesa, afastando-se afetivamente do paciente, para suportar conversar sobre seu prognóstico. O médico oscila entre a onipotência e a frustração, diante da morte, a qual pode representar um fracasso em suas atuações. Além disso, esse profissional enfrenta dificuldades tanto em informar notícias ruins, quanto em procurar manter a esperança desses pacientes. Desse modo, percebemos a necessidade dos profissionais da saúde, ao lidarem com pacientes fora de possibilidade terapêutica, avaliarem suas condições para desempenharem esse trabalho, de modo a não prejudicarem sua própria saúde, nem contribuir para o maior sofrimento aos pacientes que podem se sentir abandonados, tristes e sem perspectiva de qualidade de vida no tempo que lhes resta. 2) Estratégias adotadas em CP, - a segunda categoria enfoca o preparo e a formação



profissional, a interação da equipe e o necessário suporte profissional, destacando que o preparo e a formação da equipe multidisciplinar, seja na graduação ou na educação continuada, comumente enfatizam a dimensão técnica, em detrimento de uma formação humanista, podendo não auxiliar suficientemente o enfrentamento dos dilemas no trabalho cotidiano, em especial a lidar com a temática morte. Amaral *et al.*[4] propuseram formas de intervenções junto aos profissionais da saúde, em específico aos residentes em cirurgia (R2), mediante a adoção não apenas de aulas expositivas, mas também grupos de discussão, terapia ou até conversas informais entre os próprios residentes ou entre eles e profissionais da saúde mental. Além do mais, julgam relevantes os oferecimentos de ajuda para que pudessem enfrentar de um modo adequado suas limitações quanto à busca incansável pela cura, reduzindo, assim, seu estresse e sentimentos negativos frente ao tema. Dessa forma, confirmamos a importância da inserção da temática CP na formação dos profissionais de saúde, em cursos, treinamentos, qualificações e educação continuada, preparando-os física e emocionalmente para auxiliar o paciente fora da possibilidade terapêutica a ter uma melhor qualidade de vida nos dias que lhe restam. Segundo autores[5], existe instituições internacionais que disponibilizam material para a capacitação dos profissionais, abrangendo conhecimentos necessários para a sua prática, a fim de desenvolver habilidades humanísticas e clinicas. No Brasil, nos últimos vinte anos, ocorreram diversos avanços assistenciais, educacionais e científicos nesta temática; assim, gradativamente, são criadas condições estruturais para um melhor atendimento a esses pacientes. Concluindo, parece oportuno haver uma maior discussão e interação entre os profissionais e mesmo com os pacientes e suas famílias, visto que esse tema ainda é pouco abordado, principalmente no Brasil. Requer, portanto, um maior aprofundamento e maior número de investigações em CP, já que ainda não é satisfatoriamente reconhecido como um conteúdo a ser inserido na formação dos profissionais da saúde, muitas vezes prejudicando o profissional que se desgasta e sofre psicologicamente e conseqüentemente no cuidado do paciente tão carente de atenção.



Descritores: Cuidados Paliativos. Pessoal de saúde. Ética Profissional.

REFERÊNCIAS

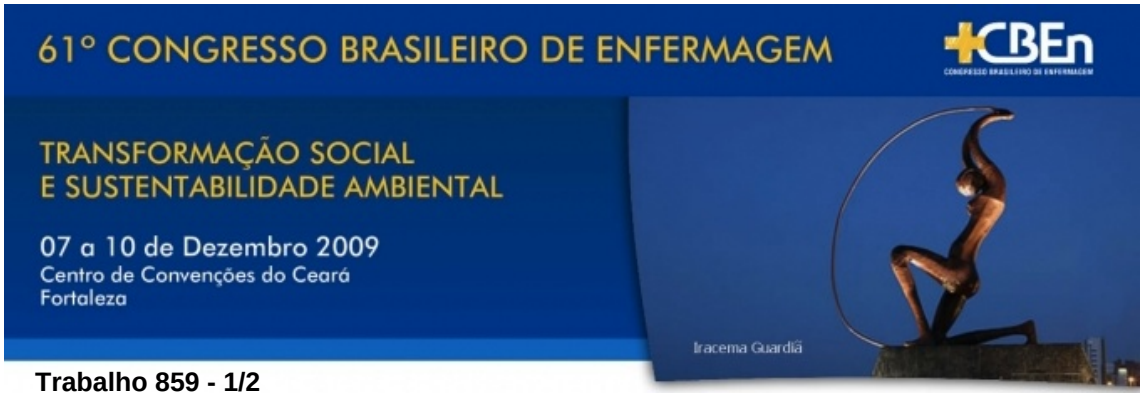
1. Remedi PP, Mello DF, Meossi MJ, Lima RAC. Cuidados paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão da literatura. Rev. Bras. Enferm. 2009; 62 (1): 107-112.

2. Menezes RA. A despedida do corpo: uma proposta de assistência em cuidados paliativos**.** Mnemosine. 2005; 1 (2): 289-313.

3. Corrêa PH, Shibuya E. Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos. Rev. Bras. Cancerologia. 2007; 53 (3): 317-323.

4. Amaral MXG, Achette D, Barbosa LNF. Reações emocionais do médico residente frente ao paciente em cuidados paliativos. Rev. SBPH. 2008; 11 (1): 61-87.

5. Pimenta CAM, Mota DDCF. Educação em CP: componentes essenciais. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. Dor e Cuidados Paliativos. Barueri (SP): Manole. 2006.



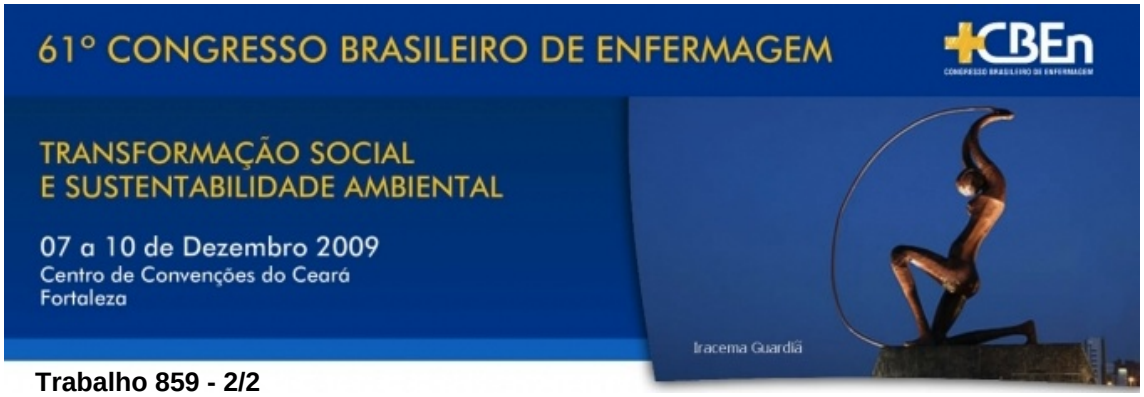
Trabalho 859 - 1/2

DIFICULDADES DE IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE CAXIAS – MA

SOUSA, Helane Cristine Xavier Silva de [1]; SOUSA, Izabel Luiza Rodrigues de Viana[2]; BEZERRA, Sandra Marina Gonçalves[3]; MOURA, Maria Edileuza Soares[4]; LIRA FILHO, Rivaldo[5]; LUZ, Maria Helena Barros Araújo[6]

INTRODUÇÃO: As primeiras práticas de enfermagem eram focadas no fazer manual, mas muito se evoluiu. Hoje, a enfermagem tem sua prática baseada no conhecimento cientifico, sendo a sistematização da assistência o ponto essencial na cientificidade da assistência de Enfermagem. OBJETIVO: Conhecer as dificuldades percebidas pelo enfermeiro para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com 14 enfermeiros que atuam em um hospital público de Caxias - MA. Realizaram-se entrevistas e as falas foram gravadas e transcritas na íntegra. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A análise dos dados foi realizada buscando apreender conteúdos sobre a percepção dos enfermeiros em relação a SAE, desenvolvimento da assistência de enfermagem na instituição, dificuldades para a implantação da SAE, importância da SAE para a qualidade da assistência de enfermagem. Os dados revelaram que os enfermeiros têm conhecimento sobre a SAE e a concebem como um método facilitador e orientador da assistência de enfermagem. Muitos relatam a preocupação com o cuidado prestado ao paciente, mesmo não existindo a SAE na instituição, e procuram atender o paciente de maneira holística, bem como ressaltam a necessidade da implantação da SAE na instituição. Os enfermeiros enumeraram uma série de dificuldades, que englobam fatores institucionais, operacionais, dimensionamento do pessoal de enfermagem inadequado, acúmulo de funções, excesso de

[1]Enfermeira pela Universidade estadual do Maranhão (UEMA) – CESC - Caxias - MA e-mail: helane_the@hotmail.com
[2] Enfermeira pela Universidade estadual do Maranhão (UEMA) – CESC - Caxias - MA
[3] Mestranda em enfermagem pela UFPI, Professora da NOVAFAPI
[4] Mestranda em enfermagem pela UFPI, Professora da Universidade Estadual do Maranhão
[5] Especialista em enfermagem pela UFPI, Professor da Universidade Estadual do Maranhão
[6] Doutora em enfermagem. Professora adjunta da UFPI. Professora da graduação e mestrado da UFPI



trabalho, rotatividade dos pacientes em alguns setores, a falta de um programa de educação continuada e a inexistência de cobrança da instituição quanto à aplicação do processo. Esses são os principais fatores que interferem na aplicabilidade da SAE. Todos os entrevistados referiram-se a SAE como uma ferramenta importantíssima para a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente, além de proporcionar o trabalho em equipe, a organização do serviço de enfermagem e a melhor comunicação entre a equipe multiprofissional, além de fornecer dados para a instituição e para a pesquisa, viabilizando um re-encontro da enfermagem com sua essência. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conclui-se com esta pesquisa que existem dificuldades a serem enfrentadas pelos enfermeiros, mas também percebemos que os enfermeiros têm uma opinião bem definida quanto à importância da SAE e à necessidade de sua implantação na instituição.

Descritores: Cuidados de Enfermagem. Assistência ao Paciente. Processos de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

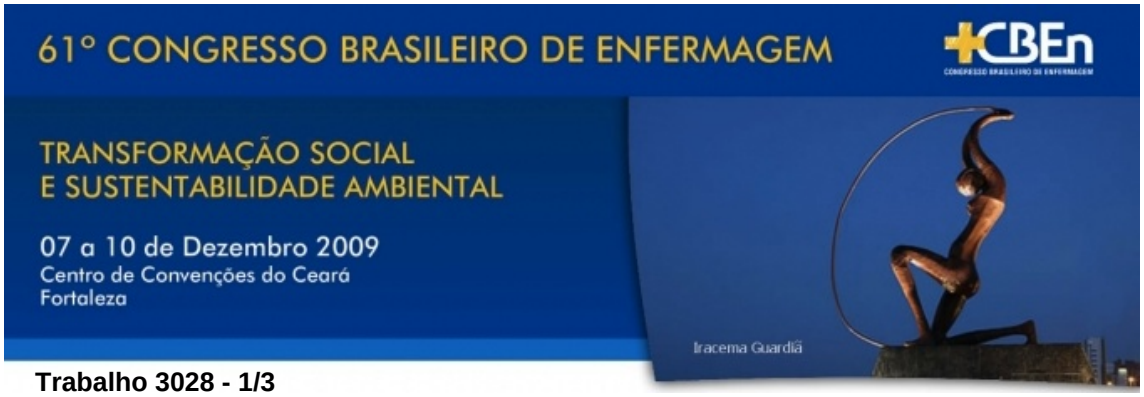
ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem. Promoção do cuidado colaborativo.** 5ª. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2005.

BARROS, A.L.B.L. *et al.* **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

GEOVANINI, T.(Org.) **História da Enfermagem : versões e Interpretações**. Rio de janeiro, Revinter, 2002.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

LEOPARDI, M.T. **Teoria e Método em assistência de enfermagem.** Florianópolis, Ed. Soldasoft, 2006.



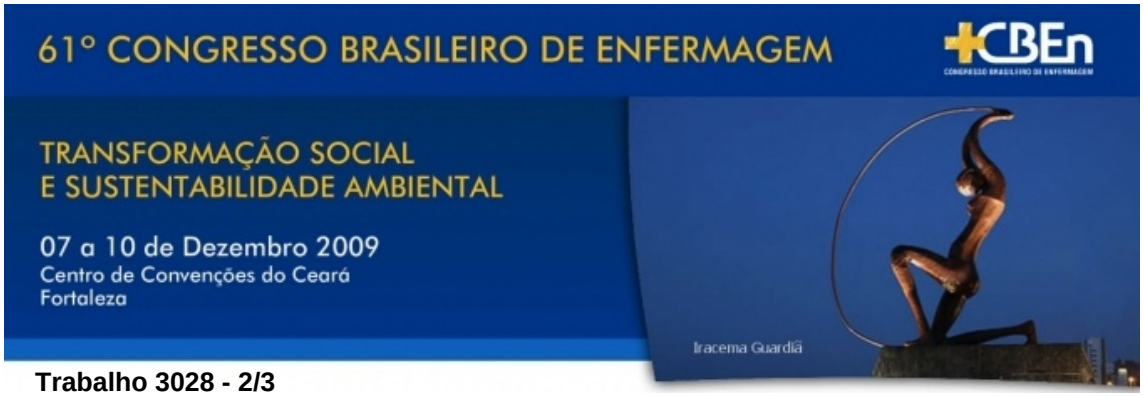
Trabalho 3028 - 1/3

DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS USUÁRIOS DO PROGRAMA SAÚDE FAMÍLIA

Casimiro, Cíntia Freitas[1]
Neres, Sarina Talma Mendes[2]
Jucá, Mércia Marques[3]
Frota, Mirna Albuquerque[4]
Sousa Filho, Osvaldo Albuquerque[5]

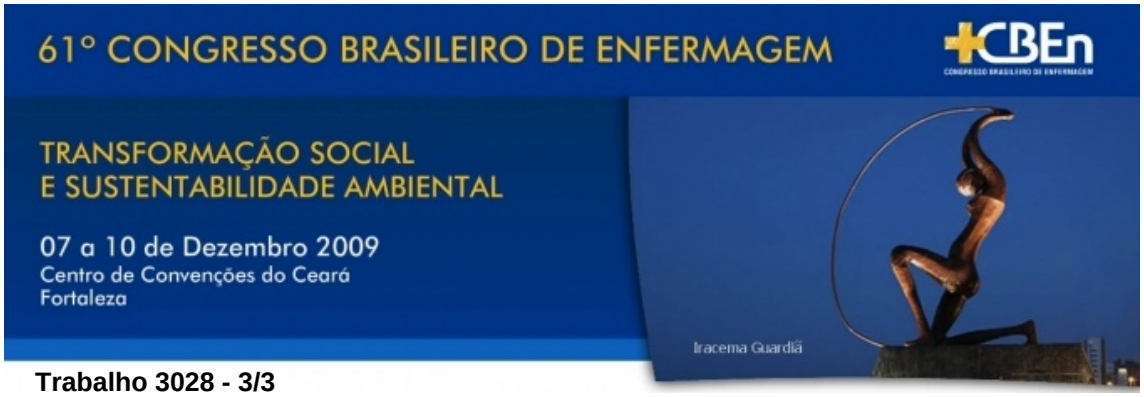
Introdução: A atenção básica, inserida nas unidades de saúde, foi passando por um processo de expansão e qualificação, com ações voltadas a promoção da saúde, no âmbito individual e coletivo, a qual possibilitou a formação da Estratégia Saúde da Família. A falta de condições favoráveis, como paz, moradia adequada, educação, alimentação, saneamento básico, renda sustentável, entre outros, estão inseridos em políticas públicas de saúde. A prevenção e promoção da saúde estão inseridas na Educação em Saúde, a qual enseja o desenvolvimento de ações de organização e facilitação de práticas de experiências anteriormente apreendidas, com o objetivo principal de promover à saúde e prevenir males possíveis. As atividades de promoção da saúde focalizam a transformação dos comportamentos dos indivíduos, as quais evidenciam seus estilos de vida, encontrando-os em ambientes saudáveis, propícios ao aperfeiçoamento (CZERESNIA, 2003). Nesse contexto, o PSF tem se expandido de uma maneira significativa para a melhoria da saúde das pessoas. Apesar dessa expansão, a implantação do PSF ainda enfrenta vários desafios e obstáculos, não se restringindo a Fortaleza. Assim como a temática favorece uma reflexão acerca dos direitos da população quanto usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivos:** compreender a percepção das famílias/comunidade em relação aos serviços do Programa Saúde da Família – PSF; identificar os benefícios que as famílias tiveram ao serem atendidas pelas equipes e sua relação com as mesmas. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa desenvolvida com

[1] Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.
[2] Enfermeira. Discente do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – UFC.
[3] Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará – UECE.
[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva na UNIFOR.
[5] Enfermeiro. Mestre em Educação em Saúde pela UNIFOR.



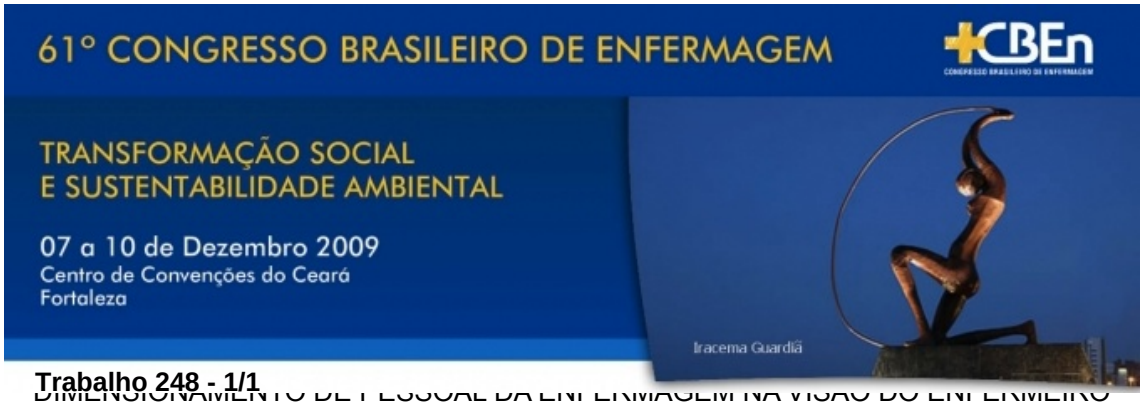
Trabalho 3028 - 2/3

os 10 usuários do Centro de Saúde da Família (CSF) José Sobreira de Amorim e moradores da comunidade do Jóquei Clube, residentes em domicílio sob a área de atuação do PSF e que utilizam os serviços da instituição. O cenário de estudo foi a Regional III e a comunidade pesquisada foi a do Jóquei Clube, localizada na zona oeste de Fortaleza. A coleta de dados deu-se no período de fevereiro a abril de 2008, mediante diário de campo e entrevista semi-estruturada, tendo como análise de dados a do tipo temática, emergindo duas categorias assim dispostas: “distanciamento do profissional do PSF para a comunidade”; “burocracia no atendimento”. Ressalta-se que foi garantido o sigilo e o anonimato dos informantes, utilizando nomes fictícios comuns nas suas colocações. O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Integrada do Ceará (FIC), sob o parecer n° 049/08. **Resultados:** A categoria “Distanciamento do profissional do PSF para a comunidade” identifica a relação das famílias com os profissionais da equipe do PSF. O profissional não necessita de fato residir na comunidade de sua atuação, mas precisa desenvolver vínculos com as famílias acompanhadas e, a partir disso, criar medidas profiláticas saudáveis e vitais. “(...) nunca recebi a visita de nenhum profissional. (...) Não sei nem quem faz parte dessa equipe que compõe o PSF” (Francisca); “Já recebi uma visita da parte lá do CIES, foi tipo uma assistente social (...). Só uma vez, já faz meses que essa pessoa veio aqui. Foi lá do posto e só fez perguntas” (Paula). Em muitas ocasiões a interação profissional-cliente apresenta-se de maneira burocratizada, racionalizada e mecanizada, impedindo que o trabalhador de saúde desenvolva uma capacidade crítico-criativa, o que proporciona um distanciamento no momento do atendimento. Desse modo, é indispensável que exista a articulação dos saberes entre os profissionais e o saber da comunidade, uma vez que produz o melhor atendimento ao usuário (MARQUES et al, 2007). A outra categoria foi “Burocracia no atendimento”, que emergiu dos depoimentos dos usuário o fator “demora” no atendimento, consulta e procedimentos. “É um absurdo porque quando você vai usufruir um benefício como a saúde, que é um direito seu, acontece essa coisa de demora, fila de espera, falta de médico, quer dizer, o povo brasileiro nunca tem vez” (João); “O problema era a fila de espera, o exame que a gente faz e fica esperando e demora” (Bruna). A população está conivente com a desigualdade dentro das instituições de



saúde. A hostilidade por parte dos funcionários que também são usuários do SUS são as maiores reclamações das pessoas que necessitam do serviço. No Brasil, a desigualdade social é relevante para os padrões mundiais, sendo considerado um dos países campeão em número de pobreza, a qual gera um efeito dominó, atingindo a segurança no país e o sistema de saúde interferindo na economia do país. Evidencia-se essa situação quando os participantes queixam-se do número reduzido de fichas de atendimento, o que os obrigam a se exporem, saindo de madrugada, sofrendo o risco de assaltos ou agressão: “Madrugo lá, saio cinco e meio da manhã para chegar no posto para conseguir ir ao dentista” (Cristina); “Já fui sete horas da manhã para marcar a ficha” (Maria). O usuário procura serviços cujas ações são consideradas fundamentais para a manutenção ou restabelecimento da saúde (COSTA; CARBONE, 2004). O seu acesso aos serviços de saúde lhe permite produzir um benefício de valor inestimável, com a finalidade de mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida. **Conclusões:** Com mudanças nos perfis epidemiológicos e novas demandas de saúde surgindo, o desafio de promover uma saúde de qualidade à população começou a emergir, de modo que é preciso mudar a forma de promover a saúde. Ao invés de uma atenção à saúde centralizada na problemática do indivíduo, optou-se por uma atenção mais preventiva e promotiva. Assim, é necessário considerar o papel dos usuários e a sua interação com os profissionais e os serviços de saúde, mediante ao desafio de construção de uma consciência sanitária. Reafirma-se aqui a grande necessidade de estudos fundamentados na abordagem qualitativa, inserindo a subjetividade dos atores-dimensão, que em geral, são esquecidas nos planos e programas do setor. **Bibliografia:** CZERESNIA, D. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. MARQUES, J.B. et al. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. Revista Baiana de Saúde Pública. v. 31, n.2, p.246-255, 2007. COSTA, E.M.A; CARBONE, M.H. **Saúde da Família –** uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio; 2004.

Descritores: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Comunidade.



Trabalho 248 - 1/1

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DA ENFERMAGEM NA VISÃO DO ENFERMEIRO

CARMO, Andréa Paz do[1]
BOLZAN, Isabel Puiatti [2]
CARDOSO, Teresinha Valduga[3]

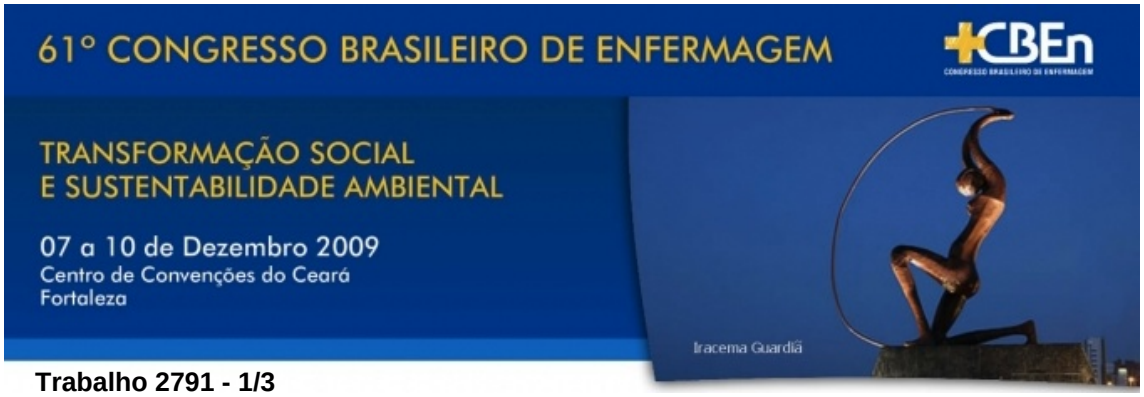
INTRODUÇÃO – O assunto “dimensionamento de pessoal de enfermagem”, tem se tornado ao longo dos anos, foco de atenção dos enfermeiros e administradores das instituições de saúde, por interferir diretamente na eficácia e na qualidade do atendimento dos pacientes/clientes, bem como no custo da assistência à saúde.(1) **OBJETIVO** – Conhecer como o enfermeiro faz o dimensionamento de pessoal de enfermagem na área hospitalar; pelo relato do conhecimento que os enfermeiros possuem sobre o dimensionamento de pessoal, como identificam a responsabilidade de dimensionar o pessoal de enfermagem e as dificuldades enfrentadas. **METODOLOGIA** – Estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. Amostra constituiu-se de trinta enfermeiras do sexo feminino e um do sexo masculino, com idade entre 30 à 55 anos, todos freqüentado os cursos de Pós Graduação da ULBRA/Canoas-RS. O critério de inclusão estar trabalhando na área Hospitalar por mais de cinco anos. As informações foram coletadas no mês de setembro e outubro de 2008, por entrevista orientada por perguntas abertas e fechadas, gravadas, transcritas e posteriormente analisadas, seguindo os pressupostos de Bardin.(2) A presentadas por tabelas de freqüência. Foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade e respeitou a resolução 196/96 do CNS. **RESULTADOS** –. Pelo agrupamento e análise das informações, norteadas pelos objetivos obtivemos quatro categorias: o entendimento do que é o dimensionamento de pessoal de enfermagem, 65,1 % pensam ser o numero de funcionários lotados num hospital, 30,9% pelo cálculo de pessoal e somente 3,1% julga ser o quantitativo de pessoal exigido por lei; quanto a responsabilidade de dimensionar obtivemos, 47% do enfermeiro do serviço, 26,5% da chefia de enfermagem e 26,5% em conjunto chefia e enfermeiro; influencia do dimensionamento na assistência de enfermagem, 100% disseram ter influencia direta, se o quadro esta adequado gerando qualidade na assistência e se inadequado dificultando o atendimento e causando estresse nos trabalhadores; dificuldades para dimensionar o quadro de pessoal, 55,8% pensam ser problema financeiro da instituição, 27,9% autonomia e desconhecimento do administrador, 27,9% julgam ser o despreparo das chefias de enfermagem e 21,7% pela falta de mão de obra qualificada no mercado. **CONCLUSÃO**: Os aspectos apontados pelo estudo evidenciam que o dimensionamento de pessoal de enfermagem constitui ainda um grande desafio para quem faz gestão da assistência.

Palavras Chave: dimensionamento de pessoal, enfermagem, calculo de pessoal.

REFERÊNCIAS

1. Kurcgant, Paulina.(coord.) Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. Bardin, L. Análise de Contudo. Lisboa: Edições 70, 2004.

[1] Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Canoas/RS. andrea.pzcarmo@uol.com.br
[2] Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Canoas/RS. isabelpb62@gmail.com
[3] Mestre em Saúde Coletiva, Professora Titular do Curso de Enfermagem da ULBRA – Canoas / RS. terevalduga@ig.com.br



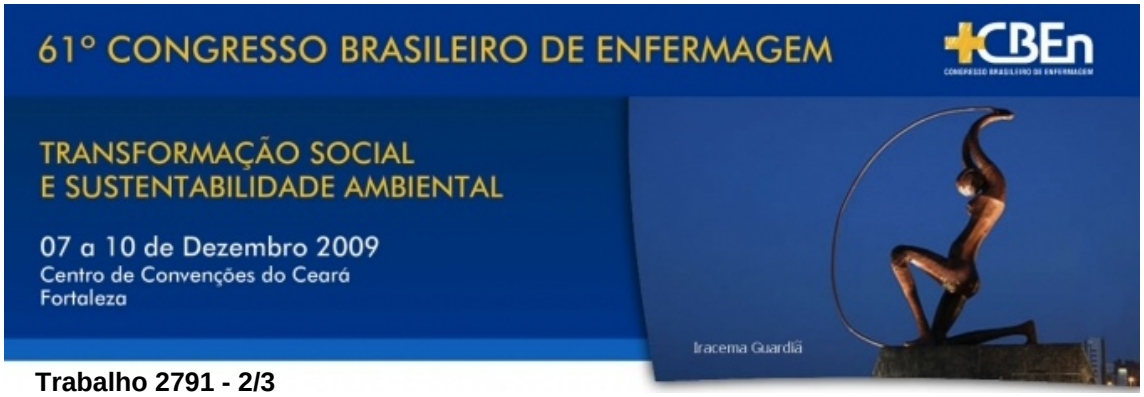
Trabalho 2791 - 1/3

ELABORAÇÃO DO PROJETO KIT CIRÚRGICO PRÉ-MONTADO COMO ESTRATÉGIA DE MELHORIA DO PROGRAMA CIRÚRGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Paranaguá, Thatianny Tanferri de Brito[1]
Branquinho, Nayla Cecília Silvestre da Silva[2]
Lourenço, Paulo Henrique Alves[2]
Bezerra, Ana Lúcia Queiroz[3]
Neves, Maria José Alves de Oliveira[4]

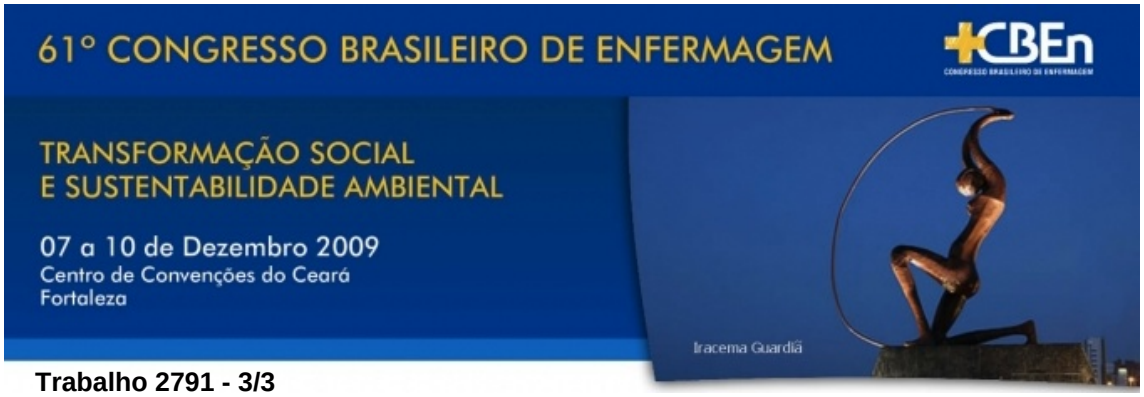
Introdução: O Centro de Referência em Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEROF) presta serviços com cuidados integrais em oftalmologia, nos três níveis de complexidade. Fundado em 1986 e vinculado à Secretaria Municipal de Saúde desde o ano de 2001, realiza mais de 4000 cirurgias por ano. O número de cirurgias realizadas, no entanto, corresponde a 80% das cirurgias agendadas, pois 20% são suspensas principalmente por falta de materiais e avanço do tempo entre um procedimento cirúrgico e outro. Como estratégia de melhoria do programa cirúrgico tanto de materiais quanto de desempenho da equipe cirúrgica do CEROF, despertou-se a necessidade de elaboração do kit cirúrgico pré-montado. O kit cirúrgico pré-montado fundamenta-se na idéia de distribuir, com desenho apropriado, todo o instrumental e material básico de cirurgia oftalmológica. A implantação de recursos cirúrgicos deve ser valorizada na medida em que incorporam benefícios diretos na agilidade do procedimento e no ganho de tempo (BATISTA, 2006). Desta forma, o kit cirúrgico pré-montado possibilita a redução do tempo de preparo e de limpeza da sala cirúrgica, a utilização apenas de materiais descartáveis no procedimento, a redução de suspensões de cirurgia por falta de material, eliminando a necessidade de utilização de autoclaves, aumentando a segurança da cirurgia e otimizando o controle e distribuição dos materiais (CURSINO; WHITAKER; JOSÉ

[1] Acadêmica do 10º período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Relatora do trabalho. E-mail: ttb.paranagua@gmail.com.
[2] Acadêmicos do 10º período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto III da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Orientadora do estudo.
[4] Enfermeira. Coordenadora do Serviço de Enfermagem do Centro de Referência em Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.



JÚNIOR, 2004). **Objetivo:** O presente estudo objetiva relatar a experiência de três acadêmicos de enfermagem e uma enfermeira coordenadora do serviço, na elaboração do projeto "kit cirúrgico pré-montado como estratégia de melhoria do programa cirúrgico do Centro de Referência em Oftalmologia em Goiânia, Goiás". **Trajetória e construção do projeto:** O projeto do kit cirúrgico pré-montado foi elaborado durante o estágio supervisionado II, entre o período de abril e junho de 2009. Primeiramente, foi feito um levantamento bibliográfico sobre os tipos de cirurgias oftalmológicas, técnicas utilizadas, nomenclaturas e a importância do kit cirúrgico pré-montado. Em seguida, passamos para a etapa de observação direta das 26 cirurgias mais freqüentemente realizadas no CEROF, durante as quais eram anotados em um instrumento tipo check list, todos os materiais e insumos descartáveis utilizados em cada cirurgia. Após as observações foi feita a checagem dos dados junto à equipe médica e atendido novas solicitações. Elaborou-se, então, um banco de dados em planilha eletrônica do Programa Microsoft Office Excel, versão 2007, com posterior validação das planilhas com equipe médica e enfermagem. Cada planilha recebeu o nome da cirurgia correspondente, formando, assim, um protocolo por cada tipo de kit cirúrgico, constando de maneira simplificada a finalidade do procedimento cirúrgico e as condutas relacionadas a assistência aos clientes, o que subsidia o programa de educação continuada do pessoal, além de ser um referencial de consulta para os profissionais. A construção de cada etapa do projeto foi apresentada e discutida com o orientador, farmacêutico, equipe do Centro Cirúrgico, gerente do serviço e coordenador técnico do CEROF. Após cada encontro eram feitas as reformulações necessárias, marcado um novo encontro para discussão e assim sucessivamente, até que o projeto se adequasse às reais necessidades do serviço. Também foi construído um fluxograma de armazenamento e distribuição dos kits cirúrgicos pré-montados a fim de auxiliar os profissionais no novo sistema. Por fim, foi feita a avaliação, apresentação e discussão do projeto final entre acadêmicos, orientador e profissionais do CEROF que participaram da sua

[1] Acadêmica do 10º período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Relatora do trabalho. E-mail: ttb.paranagua@gmail.com.
[2] Acadêmicos do 10º período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto III da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Orientadora do estudo.
[4] Enfermeira. Coordenadora do Serviço de Enfermagem do Centro de Referência em Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.



construção e repassado à gerência do serviço para a etapa de implementação. **Considerações:** Numa perspectiva de melhoria do processo de trabalho espera-se que o pacote cirúrgico pré-montado cumpra a sua finalidade e contribua para o direcionamento das competências do Enfermeiro, possibilitando a compreensão dos limites e das possibilidades da profissão no âmbito do gerenciamento e liderança do processo de trabalho da enfermagem, contribuindo, assim, para a qualidade do serviço. A elaboração do projeto permitiu efetivar a relação e integração ensino-serviço, fator que hoje é considerado indispensável para o nosso crescimento enquanto acadêmicos. Possibilitou, também, o raciocínio crítico-reflexivo, uma visão sistêmica e funcional das ações gerenciais no processo de trabalho e da equipe, bem como despertou habilidades de liderança, que poderão ser aplicadas em qualquer instância no contexto da saúde e enfermagem.

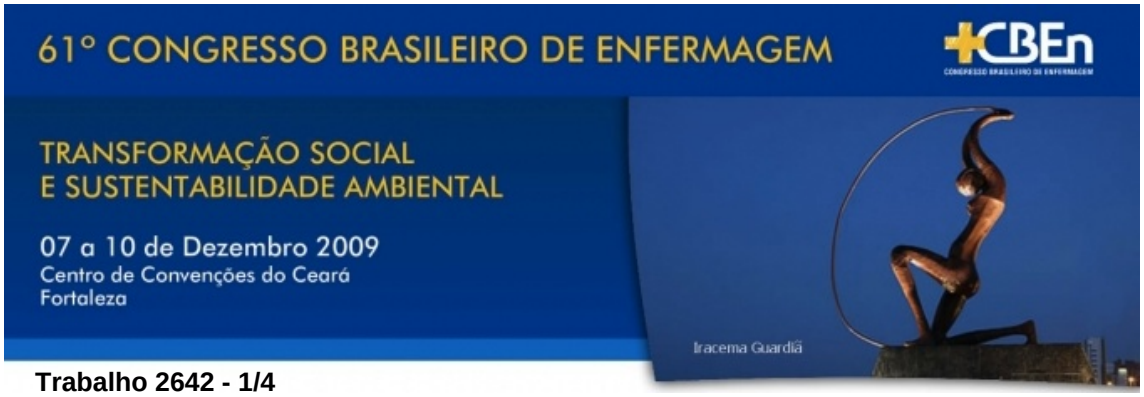
Palavras-chave: gestão em saúde, serviços hospitalares, otimização, enfermagem.

Bibliografia

Batista EFN, Batista GAP. Kit Rápido para Videocirurgia - Contribuição Tática. Revista brasileira de videocirurgia. 2006; 4 (1): 17-20.

José-Júnior NK, Cursino M, Whitaker E. Cirurgia de catarata: otimização de centro cirúrgico com utilização de pacote cirúrgico pré-montado. Arquivo Brasileiro de Oftalmologia. 2004; 67: 305-9.

[1] Acadêmica do 10º período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Relatora do trabalho. E-mail: ttb.paranagua@gmail.com.
[2] Acadêmicos do 10º período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto III da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Orientadora do estudo.
[4] Enfermeira. Coordenadora do Serviço de Enfermagem do Centro de Referência em Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.



Trabalho 2642 - 1/4

FATORES DE RISCO ENVOLVIDOS NA MORTALIDADE NEONATAL: DETERMINANTES DO AMBIENTE HOSPITALAR.

Almeida, Lívia Silva[1]
Chaves, Edna Maria Camelo[2]
Cardoso, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão[3]

INTRODUÇÃO

Diante das principais causas de mortalidade infantil, o cuidado ao neonato consiste principalmente na promoção do nascimento saudável e acompanhamento do recém-nascido de risco. Assim, as finalidades da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), considerando a equipe de saúde e as condições de infra-estrutura, são: proporcionar ao recém-nascido (Rn) melhores condições de adaptação à vida extra-uterina; prestar assistência de enfermagem integral ao Rn e sua família; proporcionar ambiente e condições adequadas para que os pais desenvolvam um relacionamento harmonioso com seu filho; reduzir o índice de morbimortalidade neonatal. Entretanto, a mortalidade neonatal ainda é uma realidade neste cenário.

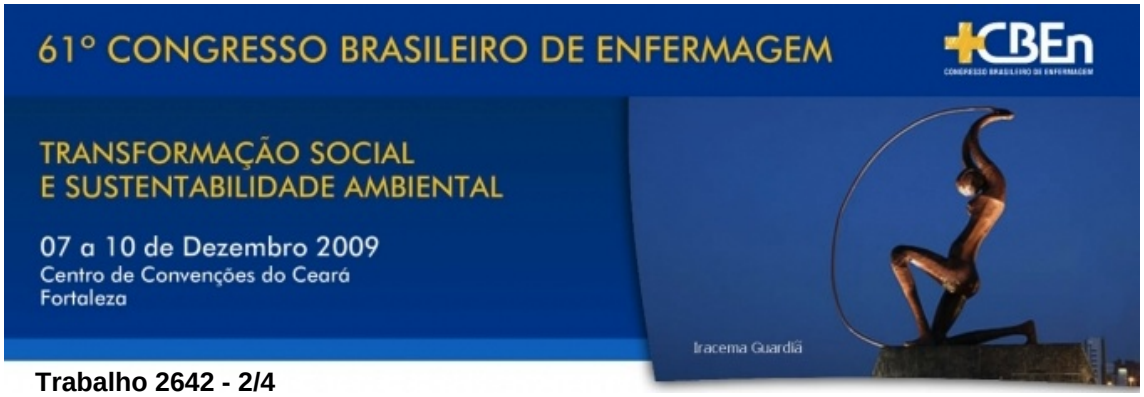
OBJETIVO

Conhecer os principais determinantes relacionados à mortalidade neonatal no ambiente hospitalar dentre os estudos publicados em periódico nos anos de 1998 a 2008.

METODOLOGIA

Análise documental dos resumos de periódicos nacionais e internacionais acerca da temática mortalidade neonatal no ambiente hospitalar publicados entre os anos de 1998 e 2008. Utilizaram-se os descritores: mortalidade neonatal e UTI Neonatal, que foram inseridos na página da Internet do DEC`s (Descritores em Ciências da Saúde). Dentre as bases de dados que foram citadas, selecionou-se a base de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e SciELO (Scientific

1. Enfermeira Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Enfermeira Assistencial da UTI Neonatal do Hospital Geral de Fortaleza.
e-mail: almeilivia@gmail.com
2. Enfermeira Doutoranda em Farmacologia da Universidade Federal do Ceará. Enfermeira Assistencial da UTI Neonatal do Hospital Geral de Fortaleza.
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pós-doutora pela Universidade de Victoria/Canadá. Pesquisador 2 Cnpq. Profa. Adjunta do DENF/UFC. Coordenadora do Projeto de Pesquisa Saúde do Binômio Mãe-Filho/UFC/Cnpq, e-mail: cardoso@ufc.br

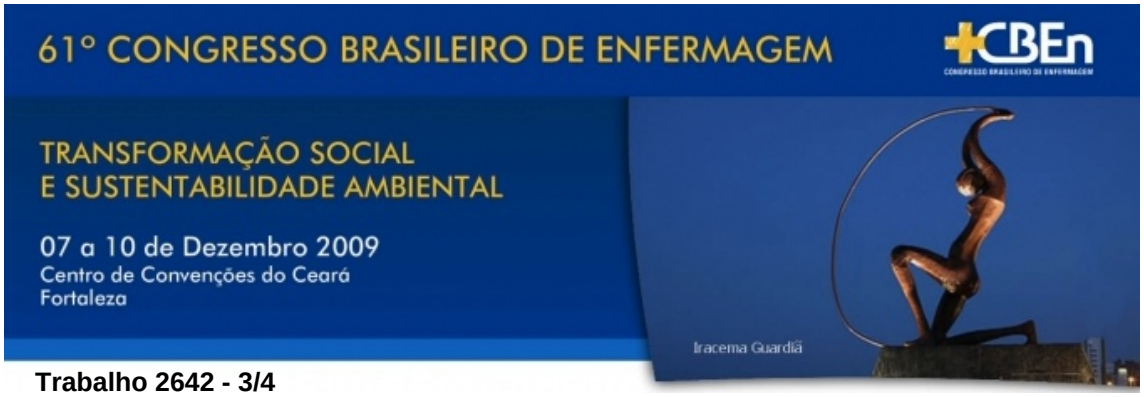


Eletronic Libary Online). Após a identificação dos resumos foram realizadas leituras flutuantes dos textos, nesse momento, buscando a menção de fatores de risco relacionados ao óbito neonatal, tonalizando 52 publicações. Realizou-se o tratamento e organização dos dados coletados nessas publicações. Para analise foram separados quanto aos fatores maternos e neonatais envolvidos na temática. A coleta e análise de dados ocorreram em agosto e setembro de 2008.

RESULTADOS

A partir da análise quanto ao ano de publicação tem-se a seguinte organização: 6 publicações no ano de 1998; 1 em 1999; 5 em 2000; 6 em 2001; 5 em 2002; 3 em 2003; 7 em 2004; 8 em 2005; 2 em 2006; 7 em 2007 e 2 em 2008. Quantitativamente os principais fatores maternos relacionados ao óbito neonatal citados nas pesquisas foram assim dispostos: Idade Gestacional (citado 10 vezes); tipo de parto (citado 9 vezes); número de consultas pré-natal (citado 9 vezes); condições socioeconômicas (9 vezes); tipo de hospital onde se realizou o parto (citado 6 vezes); idade materna (citado 6 vezes); escolaridade materna (citado 3 vezes); infecção materna durante a gestação (citado 3 vezes); hipertensão arterial durante gestação (citado 2 vezes) e outros fatores citados em apenas uma pesquisa. Quanto aos fatores neonatais, a mortalidade neonatal está fortemente associada às condições de nascimento. As variáveis contidas na Declaração de Nascidos Vivos (DNV) fornecem dados, tanto maternos como neonatais, para correlação entre as condições de nascimento e a mortalidade neonatal. Uma condição associada à mortalidade neonatal é o peso de nascimento, havendo uma relação inversa entre essas duas variáveis. Pode-se identificar um número maior de intercorrências e de óbitos neonatais entre os recém-nascidos de baixo peso comparado aqueles de peso suficiente (MANRIQUE, 2001; SUELY, 2007; BARROS et al, 2008). O baixo peso ao nascer e a prematuridade estão comumente associados e também representam um forte fator de risco para a

1. Enfermeira Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Enfermeira Assistencial da UTI Neonatal do Hospital Geral de Fortaleza.
e-mail: almeilivia@gmail.com
2. Enfermeira Doutoranda em Farmacologia da Universidade Federal do Ceará. Enfermeira Assistencial da UTI Neonatal do Hospital Geral de Fortaleza.
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pós-doutora pela Universidade de Victoria/Canadá. Pesquisador 2 Cnpq. Profa. Adjunta do DENF/UFC. Coordenadora do Projeto de Pesquisa Saúde do Binômio Mãe-Filho/UFC/Cnpq, e-mail: cardoso@ufc.br

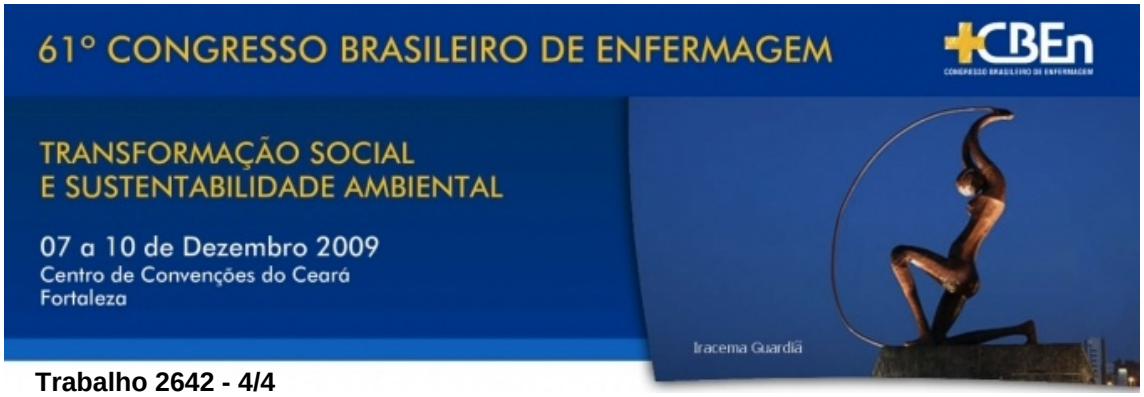


mortalidade neonatal. Os RN`s com peso menor que 2.500g e prematuros apresentaram um risco de morrer quatro vezes maior do que aqueles com peso maior que 2.500g ou a termo (ARAÚJO et al, 2005). Resultados da comparação da mortalidade neonatal em recém-nascidos de muito baixo peso em maternidades de um município da região sudeste apontam para uma qualidade deficiente na atenção perinatal, visto que as taxas de mortalidade mais elevadas encontravam-se entre os recém-nascidos com maiores faixas de peso. Como exemplo de dados referentes ao município de Fortaleza tem-se a investigação da mortalidade hospitalar de recém-nascido com peso de nascimento menor ou igual a 1.500g. Os resultados da pesquisa sugerem como fatores de risco, tanto a deficiência na assistência prestada nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal quanto na atenção pré-natal e no momento do parto, visto que as taxas mais elevadas de mortalidade concentraram-se na primeira semana de vida (CASTRO, 2007).

CONCLUSÃO

Conclui-se que a mortalidade neonatal vem contribuindo para a manutenção de níveis elevados da mortalidade infantil, refletindo deficiência no processo de atendimento do recém-nascido. Mesmo diante do avanço tecnológico e da redução dos níveis da mortalidade neonatal essa redução não vem acompanhando a velocidade do nível de mortalidade infantil geral. Quanto aos fatores maternos pode-se dizer que a base do problema está na baixa condição socioeconômica e no baixo grau de instrução, esses tidos como fatores geradores um do outro. Esses dois fatores refletem em uma precariedade quanto ao acesso aos serviços de saúde, tornando-se difícil o acesso às consultas e aos exames envolvidos no pré-natal. Quanto aos fatores neonatais pode-se enfatizar que a base do problema está na prematuridade, esse com estreita relação com o fator baixo peso ao nascer. Esses dois fatores refletem em uma susceptibilidade maior para o desenvolvimento de

1. Enfermeira Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Enfermeira Assistencial da UTI Neonatal do Hospital Geral de Fortaleza.
e-mail: almeilivia@gmail.com
2. Enfermeira Doutoranda em Farmacologia da Universidade Federal do Ceará. Enfermeira Assistencial da UTI Neonatal do Hospital Geral de Fortaleza.
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pós-doutora pela Universidade de Victoria/Canadá. Pesquisador 2 Cnpq. Profa. Adjunta do DENF/UFC. Coordenadora do Projeto de Pesquisa Saúde do Binômio Mãe-Filho/UFC/Cnpq, e-mail: cardoso@ufc.br



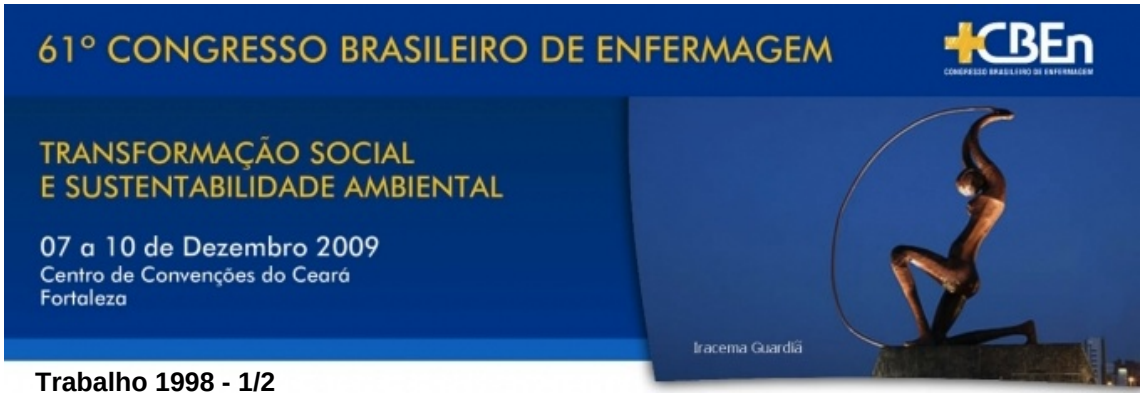
infecções e da maioria das patologias próprias do recém-nascido. Eles refletem em uma necessidade maior de aparato para o processo terapêutico.

BIBLIOGRAFIA

1. ARAÚJO, B.F.; TANAKA, A.C.; MADI, J.M., et al. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.5, n.4, p.463-9, 2005.
2. BARROS, A.J.D.; MATIJASEVICH, A; SANTOS, I.S. et al. Neonatal mortality: description and effect of hospital of birth after risk adjustment. Revista De Saúde Pública, v. 42, n.1, p.1-9, 2008.
3. CASTRO, E.C.M.; LEITE, A.J.M. Mortalidade hospitalar dos recém-nascidos com peso de nascimento menor ou igual a 1.500g no município de Fortaleza. Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro), v.83, n.1, p.27-32, 2007.
4. MANRIQUE, C.; MARÍA, F.; DURÁN, M., et al. Factores de riesgo associados a la mortalidad neonatal. Hospital Universitario Ramón González Valencia, 2000. MedUNAB, v.4, n.11, p.112-120, 2001.
5. SUELY, A.; FIGUEIROA, J.N. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.16, n.3, p.185-194, 2007.

Descritores: mortalidade neonatal; UTI Neonatal; enfermagem.

1. Enfermeira Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Enfermeira Assistencial da UTI Neonatal do Hospital Geral de Fortaleza. e-mail: almeilivia@gmail.com
2. Enfermeira Doutoranda em Farmacologia da Universidade Federal do Ceará. Enfermeira Assistencial da UTI Neonatal do Hospital Geral de Fortaleza.
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pós-doutora pela Universidade de Victoria/Canadá. Pesquisador 2 Cnpq. Profa. Adjunta do DENF/UFC. Coordenadora do Projeto de Pesquisa Saúde do Binômio Mãe-Filho/UFC/Cnpq, e-mail: cardoso@ufc.br



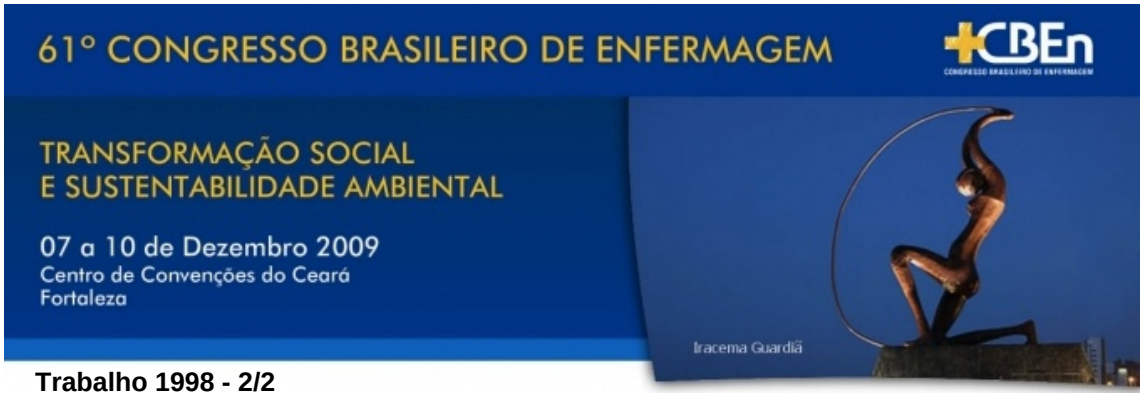
Trabalho 1998 - 1/2

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM DESAFIO PARA O CUIDAR

SILVA, Ítalo Rodolfo [1]
LOPES, Maria Lúcia Holanda[2]
NOGUEIRA, Ana Larissa Araújo[3]
MIRANDA, Mirian Chaves[3]

INTRODUÇÃO: A hipertensão Arterial constitui um importante problema de saúde pública, requerendo maior atenção dos profissionais de saúde para esse público. Os fatores de risco modificáveis para a hipertensão arterial, tais como, sedentarismo, obesidade, dieta, tabagismo, alcoolismo, estresse e fatores socioeconômicos possibilitam um agravo para a hipertensão arterial, apresentando elevados custos socioeconômicos, principalmente em decorrência de suas complicações, podendo ser evitadas quando se conhece os fatores desencadeantes desse processo. **OBJETIVO:** Investigar os fatores de risco modificáveis para a hipertensão arterial de pacientes atendidos por uma liga acadêmica na perspectiva do cuidar vivenciado por acadêmicos. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo retrospectivo, embasado na norma de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. A seleção da amostra foi determinada por prontuários terminados em zero ou cinco e que tinham pelo menos duas consultas de Enfermagem, totalizando 44 pacientes atendidos na liga de hipertensão arterial no período de janeiro de 2008 a abril de 2009. Os dados analisados correspondem às respostas contidas no histórico de Enfermagem da instituição sobre hábitos de vida, dados socioeconômicos, antecedentes pessoais e familiares e os valores pressóricos das duas últimas consultas. **RESULTADOS:** Em relação aos fatores de risco modificáveis 40,9% dos pacientes referiram hábitos alimentares não saudáveis, com média de 3,6 refeições diárias, hipersódica e hiperlipídicas, 54,5% referiram comer frutas e verduras

[1] Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão/UFMA, Membro da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital Universitário- UFMA
Email: ítalo-rs3@hotmail.com
[2] Enfermeira, Msª em Enfermagem, docente titular da disciplina Semiotécnica da Universidade Federal do Maranhão/UFMA, Coordenadora de Enfermagem da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital Universitário /UFMA
Email: hollopes@hotmail.com
[3] Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão/UFMA



frequentemente, 65,5% declararam-se sedentários, a média de peso nos homens foi de 74,3 Kg e nas mulheres 63,1 Kg, o Índice de Massa Corpórea (IMC) nos homens obteve um média de 27,6 e nas mulheres 27,48. 43,1% referiram sofrer com estresse emocional, 77,3% não fumam, 68,1% não ingerem bebidas alcoólicas, a renda familiar obteve um média de R$ 780,00. **CONCLUSÕES:** Percebemos nesse estudo que os níveis pressóricos estão intimamente relacionados aos fatores extrínsecos, ou seja, os fatores de risco modificáveis e que devemos enquanto atuantes do cuidar, atentar para a singularidade de cada paciente, voltando-nos para a realidade socioeconômica em que a desigualdade é cada vez mais notória, requerendo, portanto uma atenção mais eficaz na promoção da saúde, e despertar a sensibilidade dos acadêmicos de Enfermagem no processo de formação afim de adequar o processo do cuidar ao paciente de forma mais eficaz de acordo com suas possibilidades e necessidades.

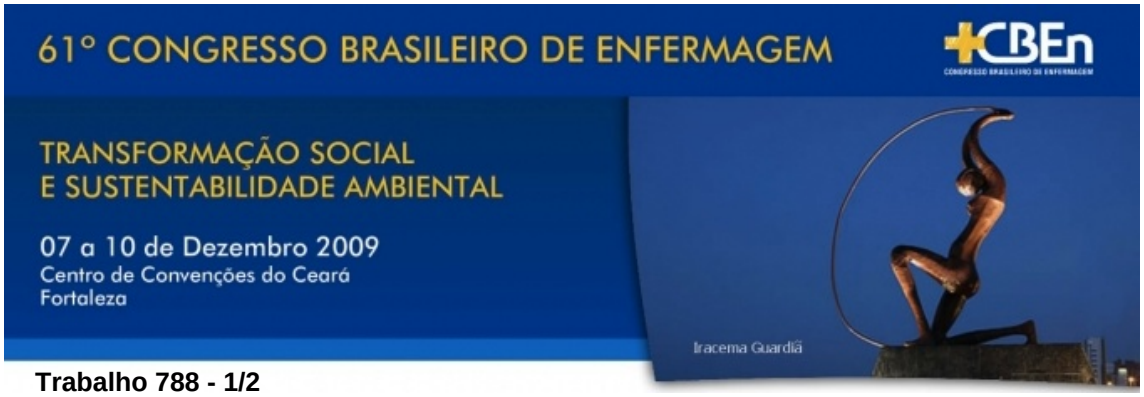
Palavras-chave: Hipertensão arterial; Fatores modificáveis; Cuidar

Bibloografia:

SMELTZER, Suzane, C. BARE, Brenda, G. Brunner & Sudardrth, **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koagman, 2005

WALDON, Vera Regina**. Cuidado Humano: O Resgate Necessário.** 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001.

[1] Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão/UFMA, Membro da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital Universitário- UFMA
Email: ítalo-rs3@hotmail.com
[2] Enfermeira, Msª em Enfermagem, docente titular da disciplina Semiotécnica da Universidade Federal do Maranhão/UFMA, Coordenadora de Enfermagem da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital Universitário /UFMA
Email: hollopes@hotmail.com
[3] Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão/UFMA



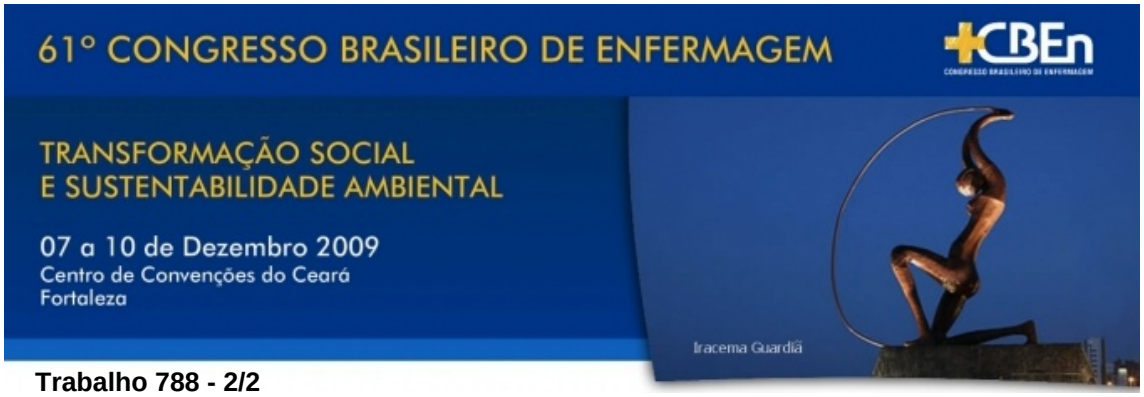
Trabalho 788 - 1/2

IMPLEMENTAÇÃO DA SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA SAMU 192 – RIO DE JANEIRO

Renato França da Silva[1]; Simone Pereira da Silva[2]; Adriana Ferreira Barbosa[3]; Elizângela S. C. da Silva[4] Maria Soledade Simeão dos Santos[5]

A necessidade de orientação das equipes conforme as normas institucionais e o grande quantitativo de enfermeiros e técnicos de enfermagem no Programa SAMU 192 – Rio de Janeiro que foi implantado segundo as diretrizes da Portaria 2048 de 2002 do Ministério da Saúde[1], tornou necessária a implantação e implementação da supervisão de enfermagem nas bases descentralizadas, visto que se constitui de suma importância a presença de um supervisor exercendo o papel de orientador e facilitador no ambiente de trabalho. A supervisão é caracterizada como uma função administrativa que envolve um processo de orientação contínuo das equipes, tendo como finalidade o desenvolvimento e a capacitação para o serviço. Quando bem estruturada e investida de atribuições técnico-pedagógicas, parece constituir-se num dos instrumentos que concorrem eficazmente para assegurar um adequado nível de qualidade de serviços de saúde. A supervisão deve ser pautada em um processo educativo e contínuo, que consiste fundamentalmente na motivação e orientação dos supervisionados na execução de atividades com base em normas, a fim de manter elevada a qualidade dos serviços.[2] O objetivo do estudo é implementar a supervisão de enfermagem no Programa SAMU 192 – Rio de Janeiro, visando à melhoria dos processos de trabalho administrativos e operacionais das equipes de enfermagem e com isso a melhora da qualidade do atendimento realizado por essa equipes de atendimento pré-hospitalar. Para o delineamento do estudo escolhemos a modalidade relato de experiência de um grupo de enfermeiros na implementação de um serviço de supervisão em enfermagem no Programa SAMU 192 – Rio de Janeiro. Os métodos utilizados para a coleta de informações foram: observação, análise dos registros em livros das bases supervisionadas e dos livros da supervisão e protocolos elaborados e relatos das vivências do grupo de enfermeiros que compõe a equipe de supervisão. Os enfermeiros supervisores foram selecionados para atuação no serviço mediante critérios, como o tempo de atuação e envolvimento no Programa, além de avaliação curricular realizada pela Gerência de Enfermagem, tendo sido escolhidos sete supervisores de enfermagem. Após definição do grupo, as bases descentralizadas localizadas em diferentes pontos do município do Rio de Janeiro foram divididas entre os supervisores, conforme facilidade de acesso dos mesmos. Alem da supervisão de campo os mesmos realizavam plantões em horário de expediente na base administrativa do programa para alem da supervisão direta as equipes pudessem realizar tarefas administrativas peculiares ao serviço citado A sistematização das ações de enfermagem foram obtidas mediante a formulação de objetivos e metas, foram estabelecidas normas administrativas e operacionais ao serviço, tais como as atribuições do supervisor de enfermagem, preenchimento do livro de ordens e ocorrências, realização de check list de materiais permanentes, controle de psicotrópicos, rotina para acidente com material pérfuro-cortante, definido segundo o perfil de cada base o melhor sistema de pedido de material (semanal ou quinzenal), para uma melhor adequação do estoque e utilização de equipamentos de proteção individual. Foram também escolhidos líderes de cada equipe de enfermagem, objetivando facilitar a comunicação entre os supervisores e as equipes. Em todas as bases operacionais foi colocada uma pasta contendo as normas do Programa, para que todos os integrantes das equipes tivessem conhecimento das mesmas. São realizadas reuniões periódicas entre a Gerência de Enfermagem e os supervisores, assim como entre estes e suas respectivas equipes de enfermagem, onde são destacados os pontos de melhoria e problemas a

[1] Enfermeiro,Mestrando da Escola de Enfermagem Anna Nery, Enfermeiro Supervisor do Programa SAMU – 192 –RJ. rrffss2008@yahoo.com.br.
[2] Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva Adulto, Coordenadora do Programa SAMU – 192 –RJ.
[3] Enfermeira, Especialista em Clínica Cirúrgica, Supervisora do Programa SAMU – 192 –RJ,
[4] Enfermeira, Graduada, Supervisora do Programa SAMU – 192 –RJ,
[5] Enfermeira Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery

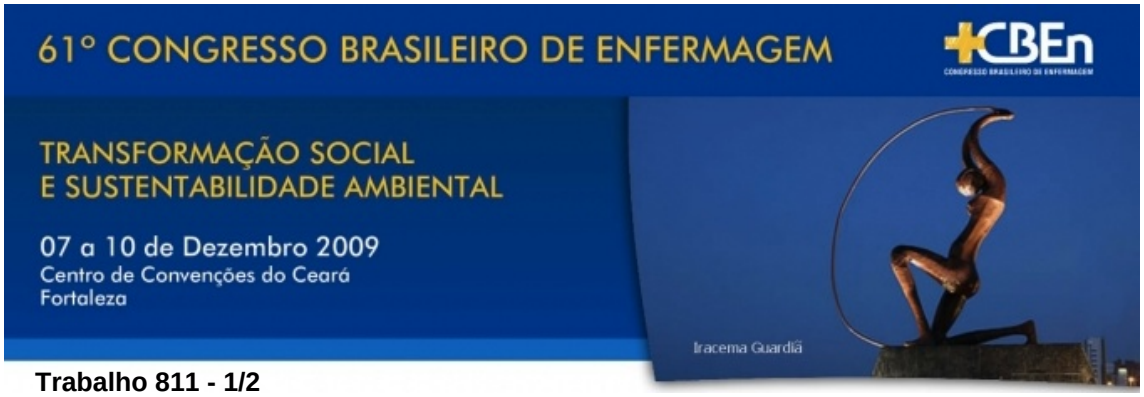


serem solucionados. A avaliação da supervisão é realizada periodicamente por meio dos resultados positivos e negativos, e conseqüente reformulação das ações. Todas as atuações dos supervisores são analisadas e aprovadas pela Gerência de Enfermagem, buscando atingir os objetivos traçados quando na implantação da supervisão. Diante do exposto concluímos que a supervisão de enfermagem é uma valiosa ferramenta para o estabelecimento de ações administrativas, técnicas e operacionais indispensáveis à melhoria da qualidade do serviço de enfermagem, visto que os supervisores estão voltados para o processo de orientação contínuo dos funcionários para a execução de suas atividades, visando atender aos objetivos propostos para o adequado funcionamento do serviço e melhoria do atendimento a população.

REFERÊNCIAS:

1. Portaria nº. 2048. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Ministério da Saúde. 05 de novembro de 2002 D.O.U. – Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 12 de novembro de 2002.
2. Kurcgant P. Administração em enfermagem. São Paulo(SP): EPU; 1991.

DESCRITORES: Supervisão de Enfermagem; Atendimento Pré Hospitalar; Enfermagem em Emergência
Eixo 4. Padrões de qualidade de cuidado



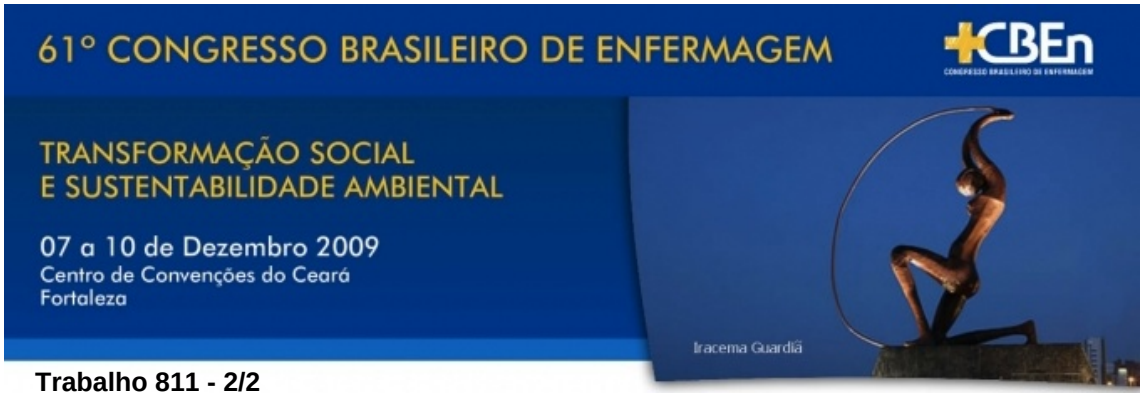
Trabalho 811 - 1/2

IMPLEMENTAÇÃO DA SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA SAMU 192 – RIO DE JANEIRO

Renato França da Silva[1]; Simone Pereira da Silva[2]; Adriana Ferreira Barbosa[3]; Elizângela S. C. da Silva[4] Maria Soledade Simeão dos Santos[5]

A necessidade de orientação das equipes conforme as normas institucionais e o grande quantitativo de enfermeiros e técnicos de enfermagem no Programa SAMU 192 – Rio de Janeiro que foi implantado segundo as diretrizes da Portaria 2048 de 2002 do Ministério da Saúde[1], tornou necessária a implantação e implementação da supervisão de enfermagem nas bases descentralizadas, visto que se constitui de suma importância a presença de um supervisor exercendo o papel de orientador e facilitador no ambiente de trabalho. A supervisão é caracterizada como uma função administrativa que envolve um processo de orientação contínuo das equipes, tendo como finalidade o desenvolvimento e a capacitação para o serviço. Quando bem estruturada e investida de atribuições técnico-pedagógicas, parece constituir-se num dos instrumentos que concorrem eficazmente para assegurar um adequado nível de qualidade de serviços de saúde. A supervisão deve ser pautada em um processo educativo e contínuo, que consiste fundamentalmente na motivação e orientação dos supervisionados na execução de atividades com base em normas, a fim de manter elevada a qualidade dos serviços.[2] O objetivo do estudo é implementar a supervisão de enfermagem no Programa SAMU 192 – Rio de Janeiro, visando à melhoria dos processos de trabalho administrativos e operacionais das equipes de enfermagem e com isso a melhora da qualidade do atendimento realizado por essa equipes de atendimento pré-hospitalar. Para o delineamento do estudo escolhemos a modalidade relato de experiência de um grupo de enfermeiros na implementação de um serviço de supervisão em enfermagem no Programa SAMU 192 – Rio de Janeiro. Os métodos utilizados para a coleta de informações foram: observação, análise dos registros em livros das bases supervisionadas e dos livros da supervisão e protocolos elaborados e relatos das vivências do grupo de enfermeiros que compõe a equipe de supervisão. Os enfermeiros supervisores foram selecionados para atuação no serviço mediante critérios, como o tempo de atuação e envolvimento no Programa, além de avaliação curricular realizada pela Gerência de Enfermagem, tendo sido escolhidos sete supervisores de enfermagem. Após definição do grupo, as bases descentralizadas localizadas em diferentes pontos do município do Rio de Janeiro foram divididas entre os supervisores, conforme facilidade de acesso dos mesmos. Alem da supervisão de campo os mesmos realizavam plantões em horário de expediente na base administrativa do programa para alem da supervisão direta as equipes pudessem realizar tarefas administrativas peculiares ao serviço citado A sistematização das ações de enfermagem foram obtidas mediante a formulação de objetivos e metas, foram estabelecidas normas administrativas e operacionais ao serviço, tais como as atribuições do supervisor de enfermagem, preenchimento do livro de ordens e ocorrências, realização de check list de materiais permanentes, controle de psicotrópicos, rotina para acidente com material pérfuro-cortante, definido segundo o perfil de cada base o melhor sistema de pedido de material (semanal ou quinzenal), para uma melhor adequação do estoque e utilização de equipamentos de proteção individual. Foram também escolhidos líderes de cada equipe de enfermagem, objetivando facilitar a comunicação entre os supervisores e as equipes. Em todas as bases operacionais foi colocada uma pasta contendo as normas do Programa, para que todos os integrantes das equipes tivessem conhecimento das mesmas. São realizadas reuniões periódicas entre a Gerência de Enfermagem e os supervisores, assim como entre estes e suas respectivas equipes de enfermagem, onde são destacados os pontos de melhoria e problemas a

[1] Enfermeiro,Mestrando da Escola de Enfermagem Anna Nery, Enfermeiro Supervisor do Programa SAMU – 192 –RJ. rrffss2008@yahoo.com.br.
[2] Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva Adulto, Coordenadora do Programa SAMU – 192 –RJ.
[3] Enfermeira, Especialista em Clínica Cirúrgica, Supervisora do Programa SAMU – 192 –RJ,
[4] Enfermeira, Graduada, Supervisora do Programa SAMU – 192 –RJ,
[5] Enfermeira Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery

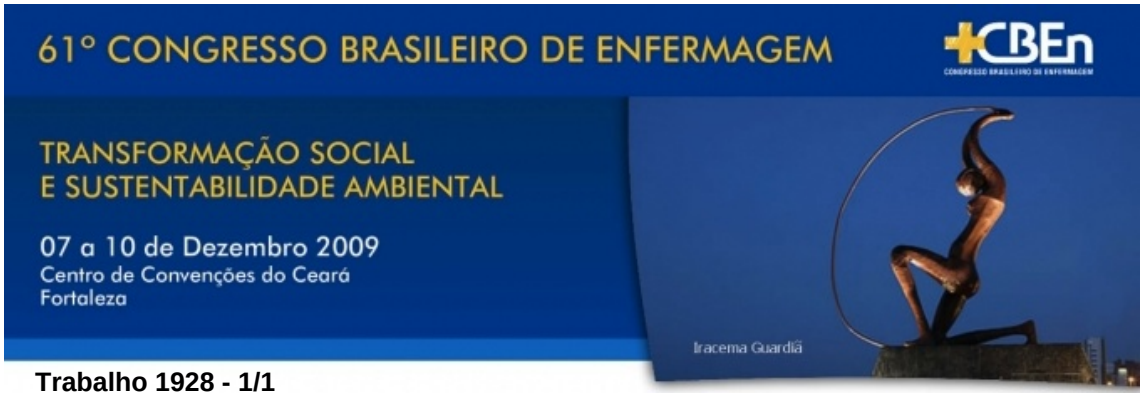


serem solucionados. A avaliação da supervisão é realizada periodicamente por meio dos resultados positivos e negativos, e conseqüente reformulação das ações. Todas as atuações dos supervisores são analisadas e aprovadas pela Gerência de Enfermagem, buscando atingir os objetivos traçados quando na implantação da supervisão. Diante do exposto concluímos que a supervisão de enfermagem é uma valiosa ferramenta para o estabelecimento de ações administrativas, técnicas e operacionais indispensáveis à melhoria da qualidade do serviço de enfermagem, visto que os supervisores estão voltados para o processo de orientação contínuo dos funcionários para a execução de suas atividades, visando atender aos objetivos propostos para o adequado funcionamento do serviço e melhoria do atendimento a população.

REFERÊNCIAS:

1. Portaria nº. 2048. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Ministério da Saúde. 05 de novembro de 2002 D.O.U. – Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 12 de novembro de 2002.
2. Kurcgant P. Administração em enfermagem. São Paulo(SP): EPU; 1991.

DESCRITORES: Supervisão de Enfermagem; Atendimento Pré Hospitalar; Enfermagem em Emergência
Eixo 4. Padrões de qualidade de cuidado



Trabalho 1928 - 1/1

IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE (SPC) NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO NO INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA/MS-RJ

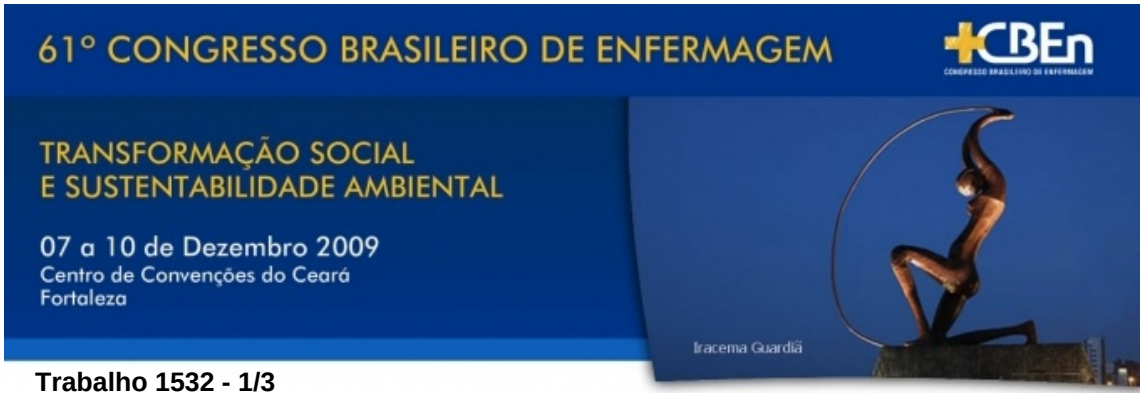
Autoras: Dra. Ana Carolina Câmara Gurgel, Daniela Ramos Peixoto, Mestranda Débora Holanda Gonçalves De Paula, MS. Silvana Santos Barreto, Cristiane Simas França

Introdução: A efetiva e racional organização dos recursos humanos é uma forma de equacionar problemas administrativos e assistenciais. Constitui preocupação constante do gerenciamento hospitalar. Aliar dimensionamento adequado com nível de complexidade e dependência dos pacientes e quantificação do número de intervenções terapêuticas não é tarefa fácil. Ducci, Zanei e Whitaker (2008) citam que a previsão do quantitativo de pessoal de enfermagem é um processo que deve levar em consideração a carga de trabalho existente nas unidades de internação que, por sua vez, relaciona-se às necessidades de assistência dos pacientes, bem como, do padrão de cuidado pretendido. Ricardo, Funguli e Souza(2004) definem dimensionamento de pessoal de enfermagem como a etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, direta ou indiretamente prestada à clientela. A dificuldade em alocar os recursos humanos disponíveis, em um hospital especializado de médio porte, público e voltado para pacientes críticos portadores de patologias cardiovasculares, motivou as autoras a pesquisar sobre o tema em questão.

Objetivo: Identificar o perfil assistencial dos pacientes internados nas Unidades de Internação (Orovalvar, Miocardiopatia e Coronariopatia) do Instituto Nacional de Cardiologia/ MS-RJ, como subsídio para a alocação de recursos humanos.

Metodologia: O estudo será do tipo exploratório-descritivo, será desenvolvido nas Unidades de Internação, no período de julho a novembro de 2009. A coleta de dados será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da referida instituição. Inicialmente, será implementado um instrumento de Sistema de Classificação do Paciente (SCP) proposto por Perroca e Gaidzinski (2007), que possui 13 indicadores críticos: estado mental e nível de consciência, oxigenação, sinais vitais, nutrição e hidratação, motilidade, locomoção, cuidado corporal, eliminações, terapêutica, educação à saúde, comportamento, comunicação e integridade cutâneo-mucosa. Cada indicador receberá uma pontuação que irá de 1 a 5, totalizando o mínimo de 13 pontos e o máximo de 65 pontos. Posteriormente, o paciente será categorizado em cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos. Cada enfermeira chefe viabilizará a classificação diária dos pacientes na sua unidade, responsabilizando-se pelas orientações e preparo das demais enfermeiras envolvidas nessa atividade. Concomitantemente, será utilizado um instrumento que quantificará o número de intervenções.

Resultados esperados: Adequar o número de recursos humanos em enfermagem as ações desenvolvidas nas unidades de internação do serviço de cardiologia.



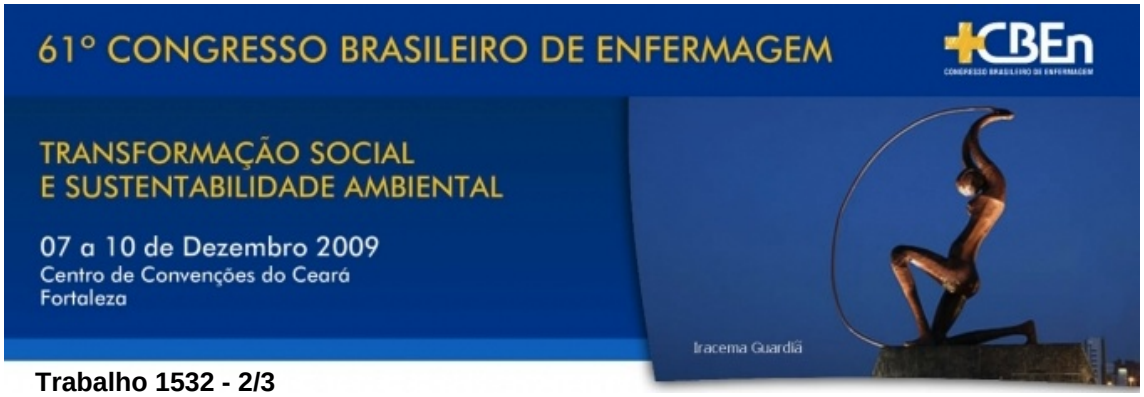
Trabalho 1532 - 1/3

INCIDÊNCIA DAS INFECÇÕES DE CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADAS À UTILIZAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL EM PACIENTES DA UTI ADULTO DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE

Petrício, Josie Lílian [1]
Souza, Eugênia Silva de [2]
Alves, Larissa Cunha [3]
Garcia, Laura G. Feitosa [4]
Figueiredo, Nathália B. J. C. de [5]

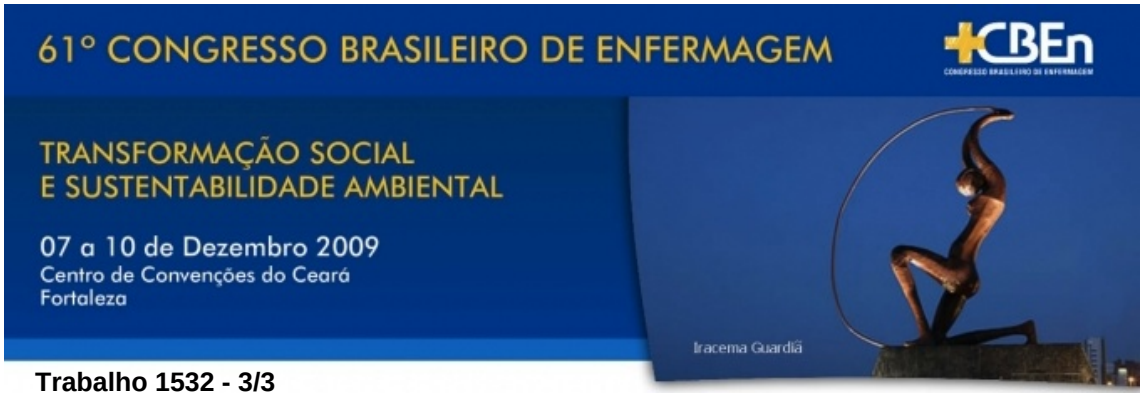
Anualmente milhões de cateteres vasculares são instalados em hospitais e clínicas para administração de fluidos, eletrólitos, hemoderivados, medicamentos, suporte nutricional e fornecer monitorização hemodinâmica. A despeito dos enormes benefícios da terapia intravascular, existe com a mesma, risco potencial de produzir doença iatrogênica, em particular infecções da corrente sanguínea. Embora o risco de infecção relacionada ao cateter seja baixo, em torno de 1%, a preocupação se deve ao crescente número de pacientes que necessitam de acesso intravascular e a elevada letalidade quando ocorrem infecções, podendo ser superior a 20% (APECIH,2005). É um estudo que tem como objetivo geral analisar a incidência das infecções de corrente sanguínea relacionadas à utilização de cateter venoso central nas unidades de terapia intensiva. Dentre os objetivos específicos tem-se relacionar a incidência dos casos com as três unidades de terapia intensiva estudadas e caracterizar a taxa de utilização do dispositivo cateter venoso central associando a incidência das infecções. É um estudo *exploratório – descritivo*, de abordagem *quanti-qualitativa*. O estudo foi realizado no Hospital da Restauração- Recife/PE, na Comissão de Controle e Infecção Hospitalar (CCIH/HR).

[1] Enfermeira, Especialista em Gestão Hospitalar pela UFPE, Residente em Centro Cirúrgico do Hospital da Restauração, Recife – PE.
[2] Enfermeira, Mestranda em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, Enfermeira da CCIH do Hospital da Restauração,Recife – PE.
[3] Enfermeira, Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgico pela UECE, Residente em Centro Cirúrgico do Hospital da Restauração, Recife – PE.
[4] Enfermeira, Pós-graduanda em Suporte Básico e Avançado à Vida pela Universidade de Pernambuco, UPE, Professora da Escola de Enfermagem São Caetano.
[5] Estudante de Enfermagem, Estagiária do Núcleo de Epidemiologia (NEPI) do Hospital da Restauração, Recife – PE. nathaliabfigueiredo@gmail.com



Trabalho 1532 - 2/3

A população estudada foi composta por todos os casos de infecções de corrente sanguínea relacionada à utilização de cateter venoso que foram registradas na ficha de buscativa da CCIH/HR no período de Março de 2008 a Março de 2009. A amostragem constituiu-se de 627 pacientes admitidos nas três unidades de terapia intensiva (UTI 1-A, 1-B e UTI 2 que somam 28 leitos) do Hospital da Restauração no período de Março de 2008 a Março de 2009. Foram excluídas as demais infecções nosocomiais e setores do hospital. Seguida da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizado o levantamento das informações através do banco de dados da CCIH em Mar/Abril de 2009. Este estudo segue as orientações da resolução Nº196/96 do Conselho de Saúde que destaca os cuidados que se deve ter quanto aos riscos previsíveis inerentes a todo projeto de pesquisa em humanos. Análise e Discussão: Quanto à incidência dos casos de infecções de corrente sanguínea (ICS) por cateter venoso central/1000/dia nos pacientes adultos das três unidades de terapia intensiva do Hospital da Restauração foi possível evidenciar, que das 623 admissões realizadas de Março de 2008 a Março de 2009 neste setor, a incidência de ICS na UTI 1-A foi de 14,3%. Este setor tem a capacidade de atender 9 pacientes. Já a UTI 2, apresentou uma incidência de 12,3% das ICS relacionadas ao uso do dispositivo. A UTI 2 é responsável pelo atendimento de 12 pacientes. Ao analisar a taxa de utilização do dispositivo (cateter venoso central – CVC) à terapia, 81% dos internamentos na UTI 2 (12 leitos) fizeram uso dessa terapia, e 78% dos pacientes internados na UTI 1-A (9 leitos) utilizaram o CVC. A UTI 1-B apresentou um percentual de 74% de utilização desse dispositivo. Este setor, é responsável pelo suporte avançado de 9 leitos. As infecções associadas a dispositivos vasculares são muito comuns nos hospitais de todo o mundo. Há um grande número de publicações abordando o tema. Essa ocorrência é grande, em virtude da cateterização vascular, da condição para sua instalação, do tipo do acesso, do tipo do cateter, da técnica de inserção, do numero de lumens, do tipo de permanência e do tipo de solução infundida que determinam o risco do desenvolvimento de infecções de corrente sanguínea.Para que seja implementadas as medidas de controle de IH, é imprescindível o conhecimento da vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. Dessa forma, a vigilância epidemiológica deve ser realizada de maneira contínua e sistemática com o intuito



de observar as infecções advindas da assistência à saúde, para direcionar as intervenções e para reduzir os coeficientes de infecção nos serviços.

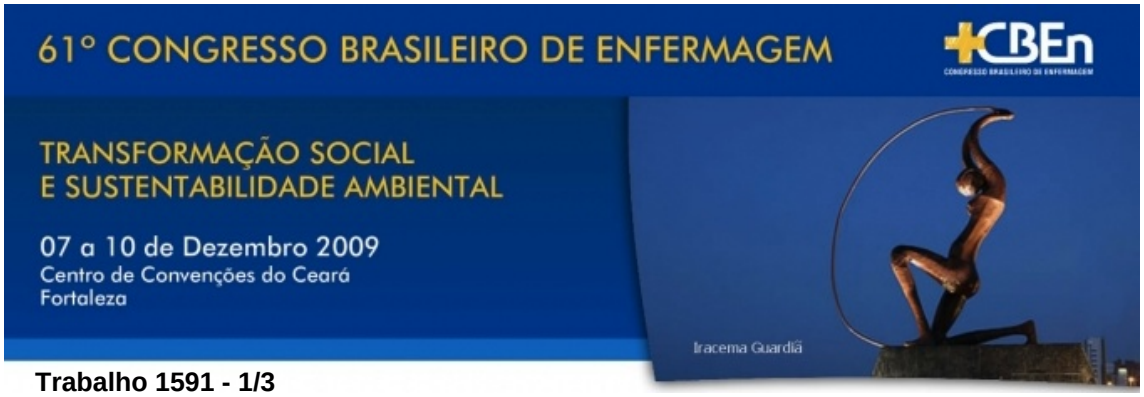
REFERENCIAS

ANVISA. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar. Caderno C. Métodos de Proteção Anti-Infecciosa.** 2000. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/. Acesso em: 15 abril. 2009.

ANVISA. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar. Caderno B. Principais Síndromes Infecciosas.** 2000. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/. Acesso em: 15 abril. 2009.

GRIMBAUM R., **Sociedade Brasileira de Infectologia: Prevenção da Infecção Hospitalar**, 2001.

OLIVEIRA, A. C.; ARMOND, G. A.; CLEMENTE, W. T. **Infecções Hospitalares: epidemiologia, prevenção e controle**. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2005.



Trabalho 1591 - 1/3

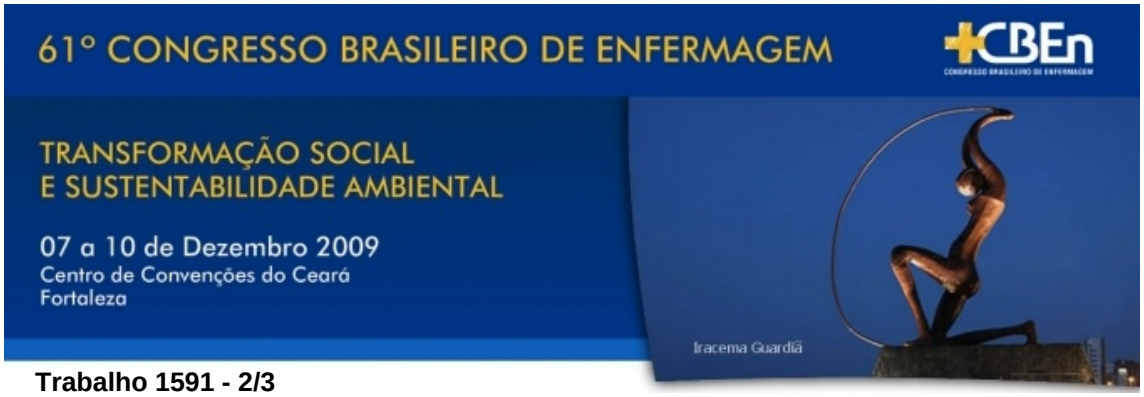
INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO NOSOCOMIAL CUTÂNEA EM PACIENTES INTERNADOS NA UTI NO PERÍODO DE MARÇO 2008 A MARÇO DE 2009

Petrício, Josie Lílian [1]
Souza, Eugênia Silva de [2]
Alves, Larissa Cunha [3]
Garcia, Laura G. Feitosa [4]
Melo, Audenes de Oliveira [5]

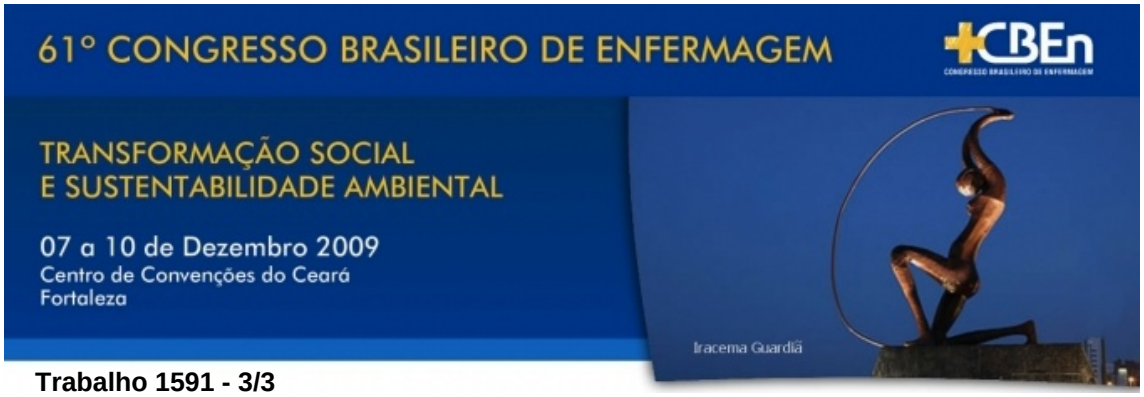
As infecções ocorridas em serviços de assistência à saúde representam um problema de abrangência mundial, constituindo-se uma das principais causas de morbidade e letalidade associadas aos procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos prestados à população. Trata-se de um estudo que tem como objetivo geral analisar a incidência das infecções nosocomiais cutâneas nas unidades de terapia intensiva. É um estudo *exploratório – descritivo*, de abordagem *quanti-qualitativa*. O estudo foi realizado no Hospital da Restauração-Recife/PE, na Serviço de Controle e Infecção Hospitalar (CCIH/HR). A população estudada foi composta por todos os casos de infecções cutâneas, que foram registradas na ficha de buscativa da SCIH/HR no período de Março de 2008 a Março de 2009. A amostragem constituiu-se de 197 pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva adulto (UTI 1A, 1B e 2) e pediátrica. Foram excluídas os demais dispositivos e setores do hospital. Seguida da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizado o levantamento das informações através do banco de dados da CCIH em Mar/Abril de 2009. Este estudo segue as orientações da resolução Nº196/96 do Conselho de Saúde que destaca os cuidados que se deve ter quanto aos riscos previsíveis inerentes a todo projeto de pesquisa em humanos.

Descritores: Incidência, Infecção Hospitalar, UTI.

[1] Enfermeira, Especialista em Gestão Hospitalar pela UFPE, Residente em Centro Cirúrgico do Hospital da Restauração, Recife – PE.
[2] Enfermeira, Mestranda em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, Enfermeira da CCIH do Hospital da Restauração,Recife – PE.
[3] Enfermeira, Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgico pela UECE, Residente em Centro Cirúrgico do Hospital da Restauração, Recife – PE.
[4] Enfermeira, Pós-graduanda em Suporte Básico e Avançado à Vida pela Universidade de Pernambuco, UPE, Professora da Escola de Enfermagem São Caetano.
[5] Enfermeiro, Pós-graduando em Saúde Pública, Residente em Emergência Geral do Hospital da Restauração, Recife – PE. audenesmelo@hotmail.com



Ao analisar a incidência das infecções nosocomiais cutâneas, a UTI 2-adulto apresentou um percentual de 16,6%, seguidos da UTI 1A-adulto com 12,9%, da UTI 1B-adulto com 12,3% e da UTI pediátrica com 2,3% dos casos registrados pelo serviço de controle de infecção hospitalar. Sabe-se que a falha na lavagem das mãos é um dos fatores relacionados à manutenção dos níveis das taxas de infecção cutânea, sendo considerada como a medida mais importante no controle de infecção hospitalar, embora de difícil adesão. Além da lavagem inadequada das mãos, outro fator de risco para o desenvolvimento das infecções cutâneas é a execução inadequada de técnicas asséptica. Sabe-se da importância da microflora cutânea na patogênese das infecções. Nessas circunstâncias, o objetivo do curativo seria proteger a incisão, o local e prevenir contaminações extrínsecas da ferida. Os curativos oclusivos, mesmo quando mantidos limpos e secos, produzem um meio úmido e aquecido, condições estas, ideais para a proliferação de microrganismos patogênicos. Durante o seu uso, facilitam o crescimento de microrganismos e agem como reservatórios de onde as bactérias podem ser transferidas para outro paciente. Podem, ainda, ser contaminados na fase de produção e assim introduzir um agente potencialmente infeccioso no indivíduo. Foi possível evidenciar, que a freqüência das infecções cutâneas variam com as características do paciente, consideradas como determinantes na suscetibilidade às infecções. Contribuem também para este fato as características do hospital, os serviços oferecidos, os procedimentos realizados, o emprego das técnicas corretas, o tipo de clientela atendida, ou seja, a gravidade e complexidade dos pacientes, e o sistema de vigilância epidemiológica e programa de controle de infecções hospitalares adotados pela instituição de saúde. Cabe enfatizar a importância do serviço de vigilância epidemiológica, devendo ser realizado de maneira contínua e sistemática com o intuito de observar as infecções advindas da assistência à saúde, para direcionar as intervenções e para reduzir os coeficientes de infecção do trato cutânea nos serviços.

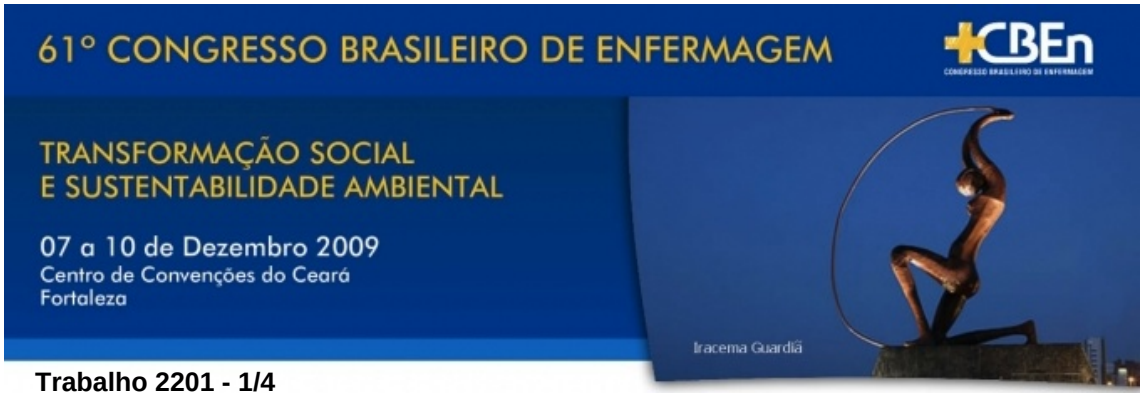


BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar. Caderno C. Métodos de Proteção Anti-Infecciosa. 2000. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/. Acesso em: 15 abril. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar. Caderno B. Principais Síndromes Infecciosas. 2000. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/. Acesso em: 15 abril. 2009.

CASSETTARI, Valéria Chiaratto; BALSAMO, Ana Cristina; SILVEIRA, Isa Rodrigues. Manual para prevenção das infecções hospitalares 2009. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.



Trabalho 2201 - 1/4

INDICADORES DE PRODUTIVIDADE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DE ATENDIMENTO A USUÁRIOS EXTERNOS: Relato de experiência

Guimarães, Zelma Miriam Barbosa[1]
Rodrigues, Gilmara Ribeiro Santos [2]
Freitas, Norma Barros de[3]
Mendes, Rivaldina Santos[4]

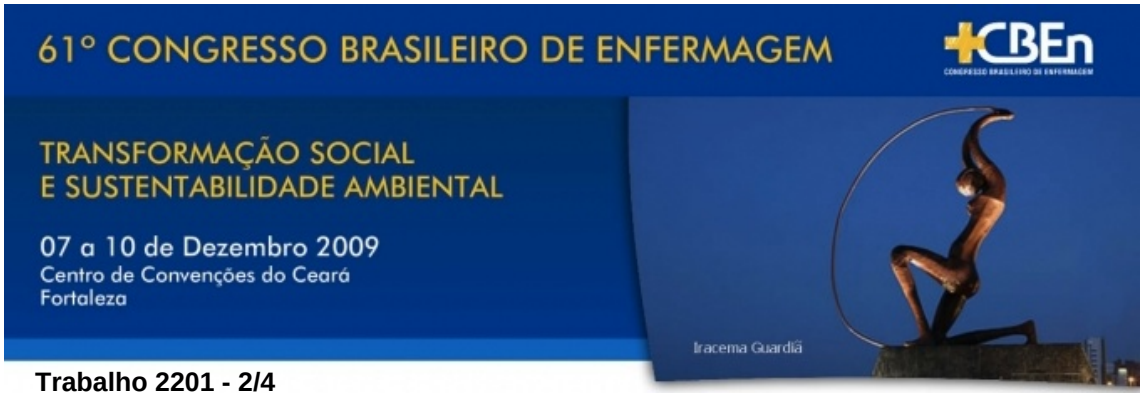
RESUMO: Indicadores são variáveis desenvolvidas devido à necessidade de tratar a informação, na forma original ou bruta, de modo a torná-la acessível, permitindo entender fenômenos complexos, tornando-os quantificáveis e compreensíveis de maneira que possam ser analisados, utilizados e transmitidos aos diversos níveis da sociedade, contribuindo com uma adequada planificação das políticas; e avançando na modernização institucional através da otimização do manejo das informações. Indicadores de produtividade da equipe de enfermagem são utilizados como um instrumento quantitativo e qualitativo para o controle do atendimento ao usuário, visando monitorar e medir se os resultados desejados estão sendo alcançados. Um indicador deve apresentar as seguintes características científicas desejáveis: exatidão; confiabilidade /objetividade; simplicidade; pertinência; validade; sensibilidade / especificidade. **Objetivo** O estudo objetiva descrever a experiência sobre a utilização de indicadores como ferramenta da produtividade do serviço de enfermagem no atendimento aos usuários externos de um Complexo Hospitalar Universitário da cidade do Salvador-Bahia. O estudo é importante por demonstrar como o serviço ambulatorial pode desenvolver um processo de trabalho que determine a eficácia

[1] Enfermeira, Especialista em Docência para Nível Superior pela Universidade Visconde de Cairu. Coordenadora do Ambulatório do Complexo Hospitalar Professor Universitário Edgard Santos- HUPES da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Docente da Faculdade de Enfermagem Tomás de Aquino. zmbgui@ig.com.br

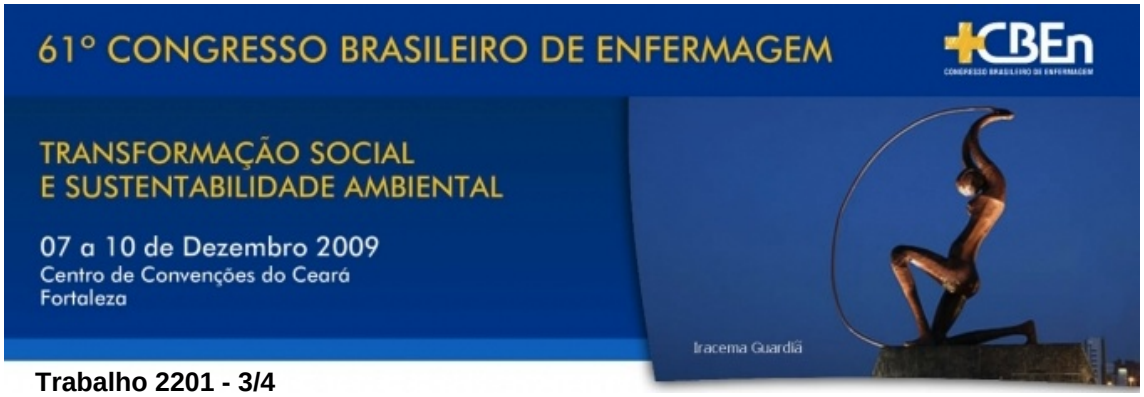
[2] Enfermeira Intensivista, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Enfermeira do Complexo Hospitalar Professor Universitário Edgard Santos- HUPES da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Professora Substituta da Universidade do Estado da Bahia- UNEB, e Preceptora do núcleo de UTI da residência multiprofissional da UNEB.

[3] Enfermeira, Enfermeira do Complexo Hospitalar Professor Universitário Edgard Santos- HUPES da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

[4] Enfermeira, Enfermeira do Complexo Hospitalar Professor Universitário Edgard Santos- HUPES da Universidade Federal da Bahia (UFBA).



e eficiência de um método de controle do número de atendimentos e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem e que também funciona como um indicador para intervenções de melhoria do cuidado prestado. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre a utilização de indicadores para o controle da produtividade do serviço de enfermagem ambulatorial de um Complexo Hospitalar Universitário, prestador de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram utilizadas bases de dados administrativos, sendo explorados os bancos de dados do Sistema de Informações do próprio serviço (SMART), nos meses de janeiro a julho de 2009. Os indicadores foram determinados a partir do registro diário em impresso de produtividade dos profissionais de enfermagem, tratados estatisticamente e alimentados no banco de dados mensalmente. Foram utilizados como indicadores, a atividade educativa nível superior, teste específico dia (glicemia capilar), a consulta de enfermagem, administração de medicação, pulsoterapia, retiradas de pontos e curativos, que são referentes à atuação da equipe de enfermagem do referido ambulatório de atendimento aos usuários externos. Após coleta dos dados foram calculadas as taxas das variáveis utilizadas como indicadores. **Resultados:** As variáveis após análise estatística evidenciaram os serviços e procedimentos que necessitam ser priorizadas pelos profissionais de enfermagem para que se possa atingir a meta da contratualização para o atendimento ambulatorial mensal. Com a análise dos dados ficou demonstrado que a proporção mensal da produtividade é maior para os profissionais de nível técnico (técnicos de enfermagem). Em relação aos profissionais de nível superior (enfermeiras), o indicador consulta de enfermagem teve o percentual 27,18% (2718) no período levantado, sendo o mês de janeiro o período de menor registro desses indicadores, 0%, assim como a taxa de atividade educativa de nível superior que teve um percentual de 58,56%, ficando igualmente zerado no mês de janeiro. As possíveis razões para este fato foram: as férias de um quantitativo elevado de enfermeiras no mês de janeiro, o problema no SMART ao não computar os dados registrados, o absenteísmo da secretária responsável pelo registro dos dados e a resistência das enfermeiras em implementar a consulta de enfermagem e a sistematização da assistência de

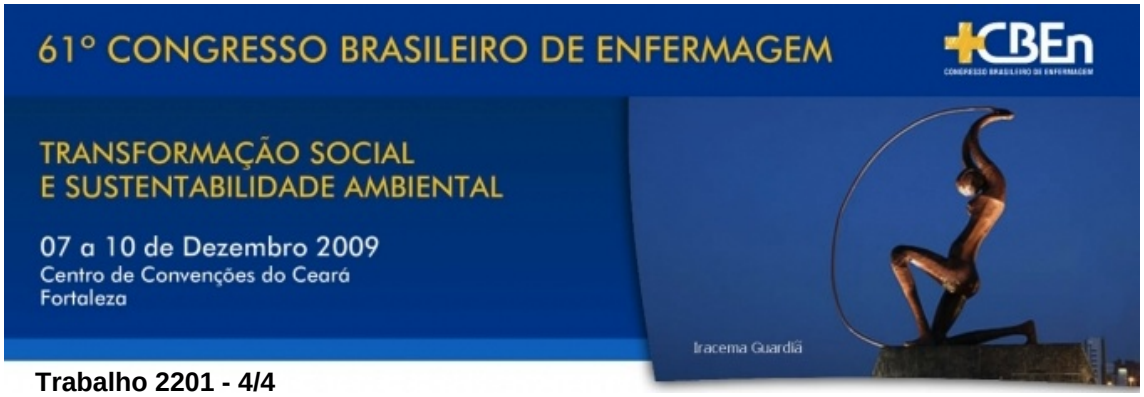


enfermagem. A pulsoterapia também realizada pelas enfermeiras com um atendimento diário padronizado em três usuários, de acordo com a demanda do ambulatório das especialidades, apresentando o percentual de 1,2%, 120 atendimentos. Os indicadores curativos e retiradas de pontos que são atividades dos ambulatórios de cirurgias e angiologia, com respectivamente 5,84% (584) e 2,72% (272) percentuais, são atribuições dos profissionais de enfermagem de nível superior e de nível médio. A administração de medicação tem maior ocorrência, 52,50% (5250), nos ambulatórios de Oftalmologia e da Dor e é realizada principalmente pelos técnicos de enfermagem. Em relação ao indicador teste específico dia (glicemia capilar), predominante no ambulatório de endocrinologia, com 15,8% (1580), o percentual é proporcional ao número de usuários atendidos, sendo o quantitativo de procedimento glicêmico maior nas terças-feira referente ao programa de diabetes. **CONCLUSÃO**: A utilização destes indicadores é eficaz para a tomada de decisão gerencial e assistencial. Quando realizado rigorosamente é eficaz para o planejamento estratégico e para a implementação de medidas visando a melhoria do cuidado prestado, controle da produtividade do serviço pelos gestores da organização e para cumprir as metas estabelecidas pela contratualização para o repasse de verbas dos órgãos públicos gestores para o complexo hospitalar. Assim como, serve para subsidiar a avaliação da equipe de enfermagem e do próprio serviço, a elaboração do relatório anual de gestão e possibilitar certificações e acreditações recebidas pelo complexo hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Indicadores, Produtividade do trabalho, Enfermagem em Saúde Pública; Assistência Ambulatorial

REFERÊNCIAS

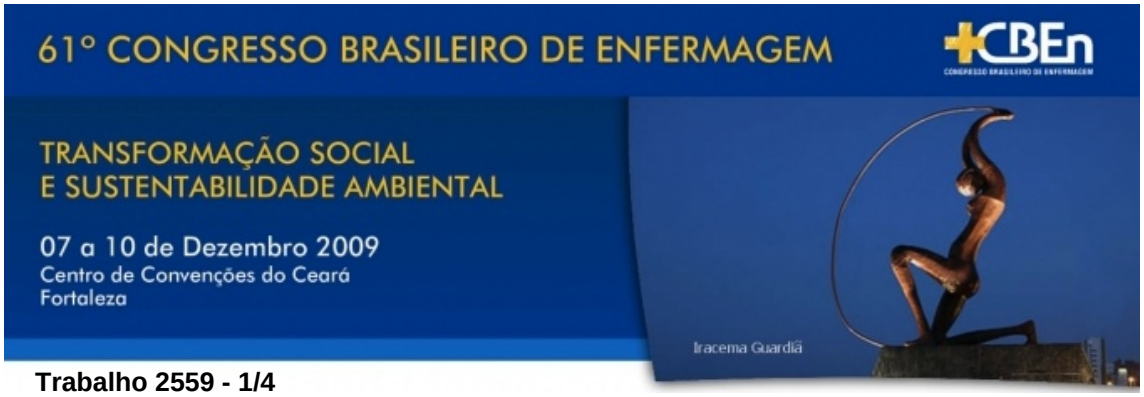
FERREIRA, D.P. Indicadores em Saúde: Construção e Uso.In: CIANCIARULLO,T.I.; CORNETTA, V.K. (Orgs.). Saúde, Desenvolvimento e Globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio. 1ªed.São Paulo:Ícone, 2002.p:259-70.



KLIGERMAN, D.C.; COHEN, S.C; CARDOSO, T.A.O ; VILELA, H. ; SOUSA, D.; ROVERE, E.L. Sistema de Indicadores de Saúde e Ambiente em Instituições de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, p. 199-212, 2007.

KLUCK, Mariza. Indicadores de Qualidade para Assistência Hospitalar. 2000. Atualizada em 08 agosto. 2006. Disponível em <http://www.cih.com.br/Indicadores.htm>. Acesso em: 18 de agosto de 2009.

SOÁREZ, P.C; PADOVAN,J.L;CICONELLI, R.M. Indicadores de Saúde no Brasil: um processo em construção. RAS, v.7, n.27, abr.-jun., 2005, p.57-64.



Trabalho 2559 - 1/4

INDICADORES DE QUALIDADE DO GERENCIAMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: FOCANDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE E A GERÊNCIA PARTICIPATIVA

Juliani, Carmen Maria Casquel Monti
Kurcgant, Paulina

Introdução

Na qualidade de participantes de um grupo de pesquisa que vem estudando indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos de enfermagem, objetivamos, com o presente estudo, contribuir para a construção de indicadores de qualidade por serem essenciais no balizamento das ações gerenciais em enfermagem, bem como, para a qualificação da gestão em saúde e aprimoramento dos processos de formação profissional nas escolas e nos serviços.

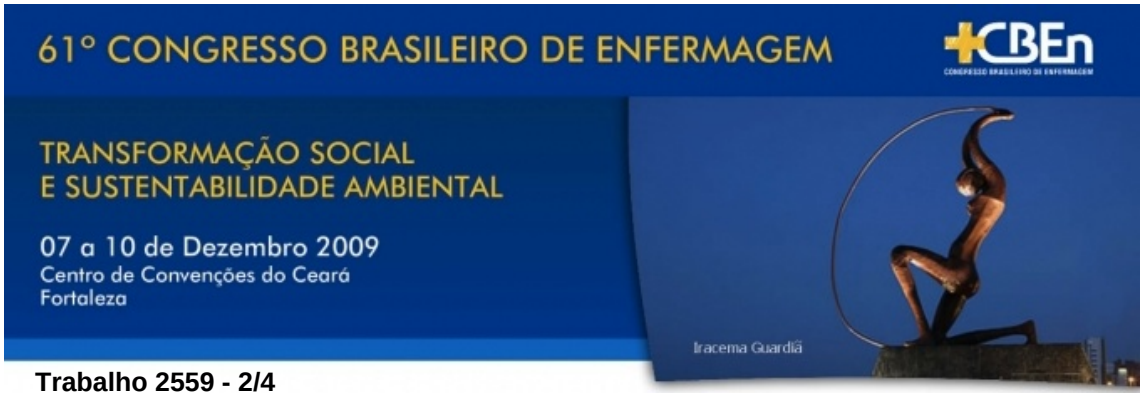
O indicador é um sinalizador que identifica ou dirige a atenção para assuntos específicos de resultados em uma organização de saúde devendo, periodicamente, ser revisto(1).

Os indicadores devem ser os mais específicos possíveis à questão tratada; sensíveis a mudanças específicas nas condições de interesse; cientificamente confiáveis, imparciais e representativos das condições de interesse, além de propiciar o máximo de benefício e utilidade(2).

Na saúde, decorrente das características do seu processo de trabalho, a qualidade adquiriu um significado particular e diferenciado das demais atividades envolvidas na produção de bens e serviços.

Qualidade hospitalar é algo tangível que depende da capacidade de gerenciar pessoas e equipamentos para o pleno desempenho da arte de diagnosticar, tratar, melhorar e curar doenças físicas e mentais. É algo que tem a ver com a solidariedade humana, a vida e a morte, mas que, não obstante, precisa ser avaliado objetivamente(3).

Nesse contexto, o enfermeiro desenvolve no seu trabalho, inúmeras atividades que nem sempre são facilmente identificáveis ou quantificáveis destacando-se, dentre elas, a predominância do gerenciamento da equipe de saúde e especificamente, a da enfermagem.



Objetivo

Identificar elementos considerados essenciais na construção de indicadores, para a avaliação da qualidade do gerenciamento dos recursos humanos em enfermagem.

Trajetória Metodológica

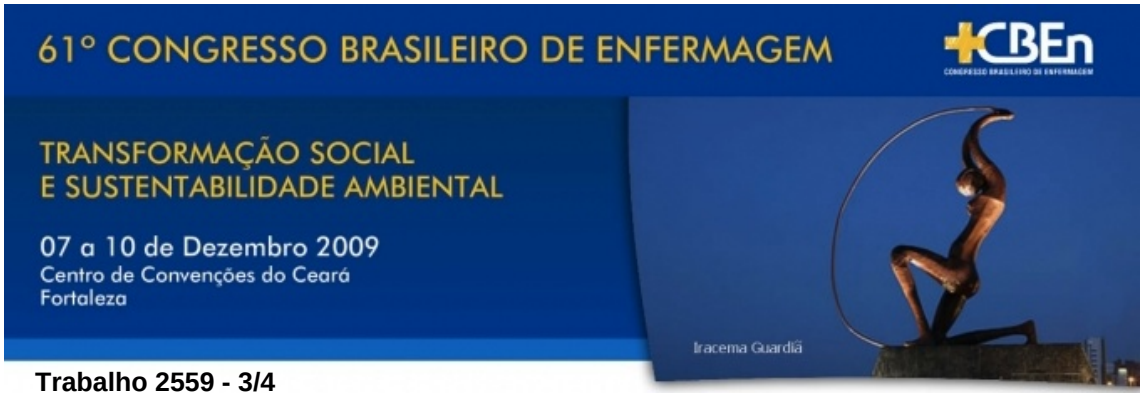
A pesquisa, de natureza qualitativa, foi realizada em um hospital Universitário do interior do Estado de São Paulo que possui cerca de 380 leitos, sendo referência de atendimento terciário na região. A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2005 a julho de 2006, por meio de entrevistas áudio-gravadas a partir das questões norteadoras: *O que você entende por indicador de qualidade de gerenciamento de recursos humanos em enfermagem? e Na sua vivência, o que você levaria em consideração para avaliar a qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem ?*

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa e os procedimentos adotados, para o seu desenvolvimento, foram regidos pela Resolução 196 que aborda pesquisas envolvendo seres humanos do ano de 1996.

Como colaboradoras do estudo, participaram 10 enfermeiras sendo 4 diretoras de serviço, 2 docentes da área de administração e 4 enfermeiras chefes de seção. Todas as entrevistadas eram do sexo feminino; com idade média de 39 anos; tempo médio de formadas de 17 anos e tempo médio de atuação na instituição de 11 anos. Este grupo configura-se, portanto, como um grupo de profissionais experientes sendo que, a entrevistada mais nova, tinha 33 anos de idade, 10 anos de formada e 3 anos na instituição.

Resultados

Na análise, a Categoria *Educação Permanente* albergou as US *Formação Profissional*; *Capacitação das Equipes de Enfermagem/ Multiprofissional* e *Condições Institucionais para a Capacitação*. Quanto à Categoria *Gerência Participativa*, a análise dos depoimentos permitiu o resgate de diferentes percepções e de significados que as enfermeiras atribuem à gerência participativa. Assim, essa categoria abrangeu as US *Ações que favorecem a gerência participativa* e o *Trabalho em Equipe*.



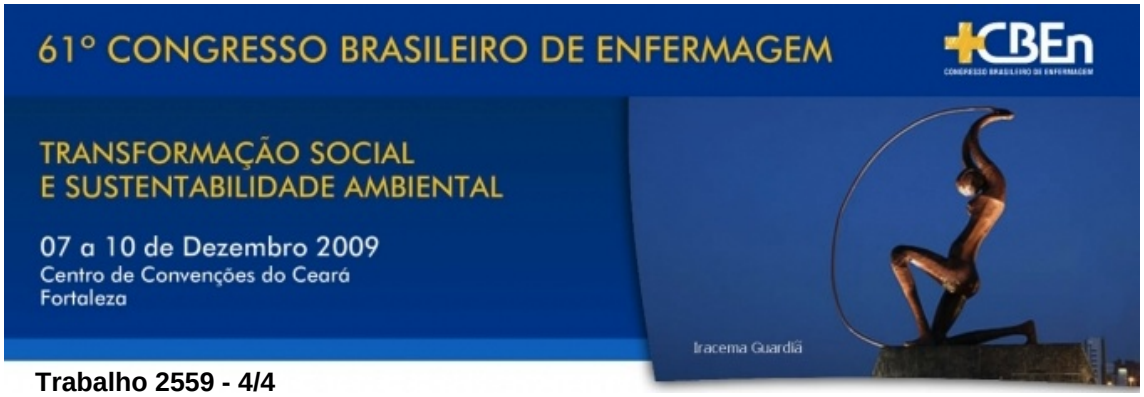
A realização da pesquisa permitiu registrar importantes aspectos do gerenciamento em enfermagem, lembrando que neste recorte pudemos trabalhar duas relevantes questões para o gerenciamento de recursos humanos como a educação permanente e a gerência participativa. Os resultados apontam que essas categorias estão envolvidas no processo de qualidade e podem constituir indicadores relevantes. Alguns pontos importantes e que ressaltamos são que a formação, a educação continuada e as condições para o seu desenvolvimento envolvem grande interface com questões gerenciais e que as condições institucionais são fundamentais para a garantia do processo de desenvolvimento das pessoas. Envolvendo a participação, pudemos notar, a partir dos depoimentos, que novas iniciativas, posturas e olhares que possam criar canais efetivos de participação devem ser considerados, do mesmo modo que o trabalho em equipe precisa do respaldo institucional para que aconteça de maneira efetiva. Acreditamos que esses elementos, são pontos importantes rumo a construção de indicadores de gerenciamento, uma vez que entendemos haver uma direta relação entre a qualidade do gerenciamento das pessoas e a repercussão na qualidade da assistência prestada.

Considerações Finais

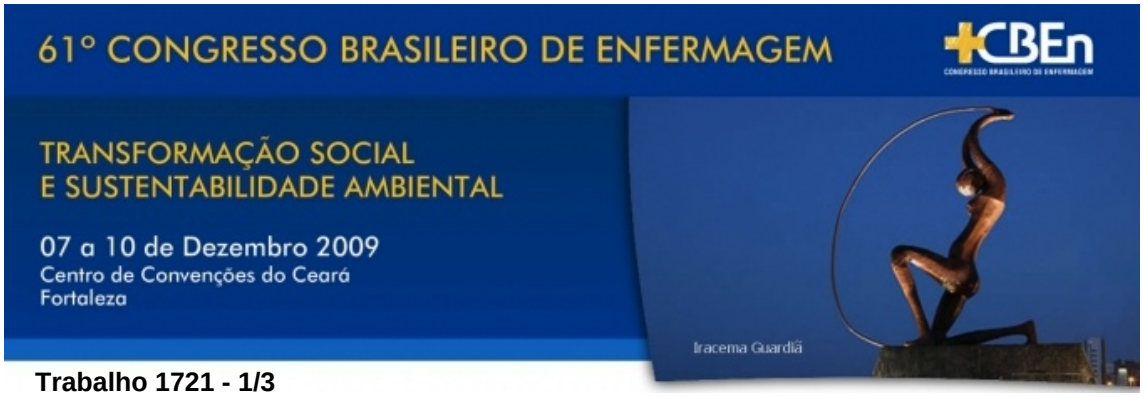
Compreendemos que ao desvelarmos estes aspectos, vislumbramos a necessidade constante de aprofundamento dos estudos e, a partir desses achados, empreendermos novas etapas de construção e validação de instrumentos que nos auxiliem no monitoramento da qualidade do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem.

Referências

1. Bittar OJN. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Rev. Admin. Saúde 2001 junho/ setembro; 3(12):21-28.
2. Kligerman DC, Vilela H, Cardoso TA de O, Cohen SC, Souza D, La Rovere E. Sistemas de indicadores de saúde e ambiente em instituições de saúde. Ciênc. saúde coletiva 2007 janeiro/ março; 12(1):199-211.



3. Zanon U, Chaves PLL, Boldt LV. Evolução dos indicadores de qualidade da assistência médico-hospitalar do Hospital Dona Helena - Joinville-SC. Rev. Admin. Saúde 2006 outubro/ dezembro; 8(33):131-8.



Trabalho 1721 - 1/3

INDICATIVOS DA SEGURANÇA E DA QUALIDADE DO CUIDADO/CONFORTO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR EM NEUROCIÊNCIAS

Pacheco, Michelle Gonçalves Marques[1]
Miranda, Dinny Brauns[2]
Correia, Monique Ribeiro[3]
Franco, Patrícia Gondim[4]
Rego, Margarethe Maria Santiago[5]

A neurologia trata do estudo do sistema nervoso, suas relações e transtornos, sendo parte das neurociências. Neste contexto a Enfermagem em neurociências visa essencialmente promover o cuidado e a segurança do ser humano com problemas de saúde relacionados ao sistema nervoso. Para oferecer a melhor assistência cabe aos profissionais de enfermagem que atuam em neurociências o desenvolvimento de determinados elementos no qual destacam-se a capacidade de participação ativa na equipe multidisciplinar, a especialização na área de conhecimento e a prática baseada em evidências de pesquisa científicas. Neste sentido, considerando o avanço tecnológico e científico efetivo em neurociências e considerando ainda a necessidade de aprimoramento dos saberes e conhecimentos de enfermagem na sua dimensão teórica e prática, este estudo tem como objetivos: realizar um levantamento nas produções científicas de enfermagem sobre a construção de conhecimentos relacionados à neurociências

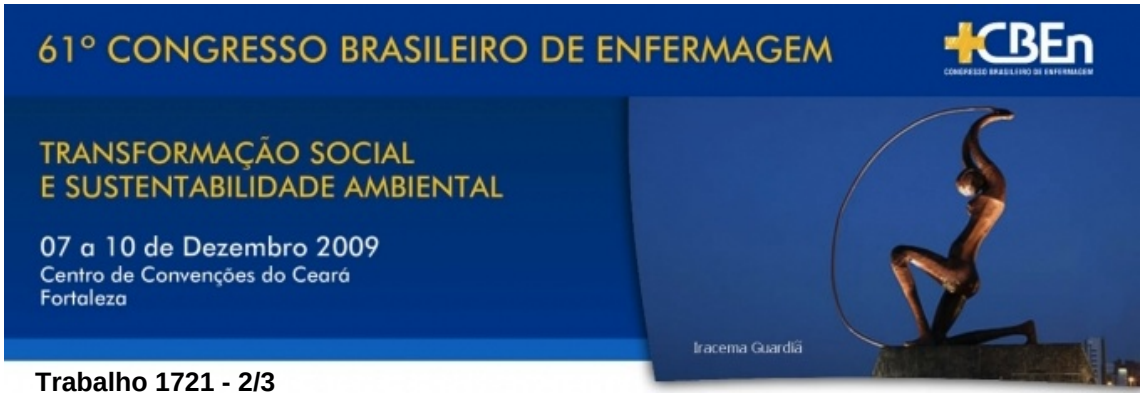
[1]Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: michellepacheco19@yahoo.com.br

[2]Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: dinny_rosa@hotmail.com

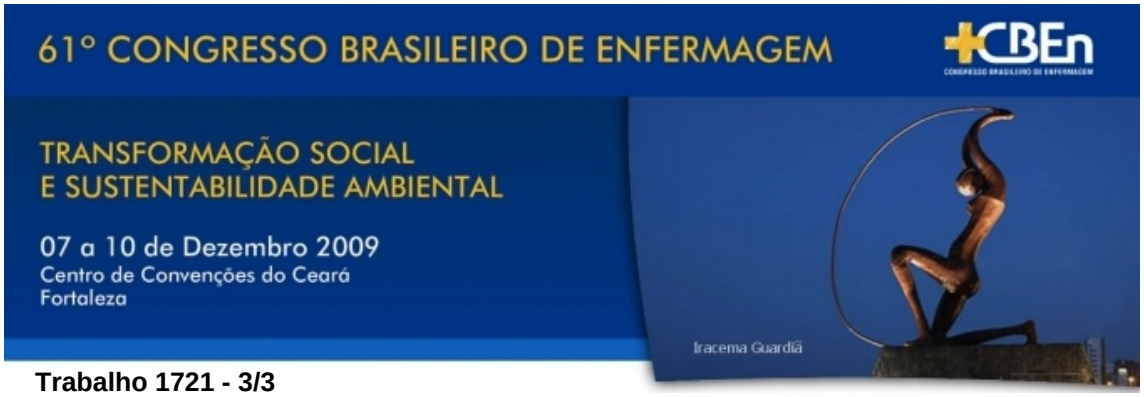
[3]Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: nique_smile@hotmail.com

[4]Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: patricia.gondim@yahoo.com.br

[5]Enfermeira Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta IV do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.E-mail: margaretheufrj@globo.com



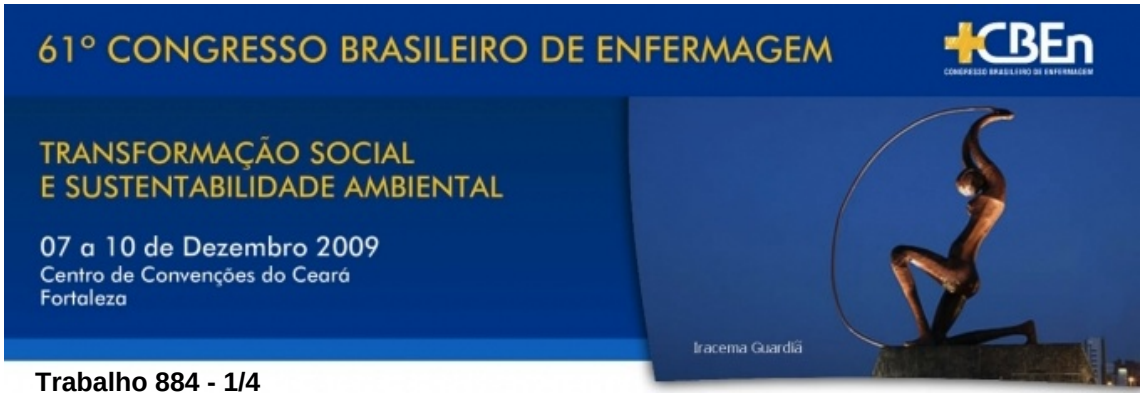
e identificar nas produções os elementos indicativos da qualidade do cuidado/conforto e segurança do cliente/paciente hospitalizado com problemas neurocirúrgicos. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica para busca de produções científicas de enfermagem, na forma impressa ou disponível no website através das bases de dados das revistas da EEAN, REBEN, USP, ACTA, UERJ, Enfermagem Brasil e Latino Americana no período de 2004 a abril de 2009. A análise de conteúdo temática realizada nos artigos publicados nas revistas científicas de enfermagem permitiu enunciar três categorias de análise, quais sejam: 1) Elementos indicativos de qualidade do cuidado/conforto aos clientes/pacientes em enfermagem em neurociências; 2) Elementos indicativos da segurança no ambiente do cuidado do cliente/paciente com problemas neurocirúrgicos e 3) Situações problematizadoras emergentes do ambiente do cuidado do cliente/paciente neurocirúrgico hospitalizado. Os resultados que emergiram da produção de dados dos periódicos estudados indicaram que, diante das especificidades da assistência no contexto de saúde hospitalar, importa cuidar do cliente/paciente a partir de uma visão da integralidade do cuidado. Nesta perspectiva é fundamental que os profissionais de enfermagem estejam motivados e orientados para buscar processos de avaliação e aprimoramento da segurança (prevenção de riscos relacionados a fatores clínicos e estruturais) e da qualidade do cuidado/conforto prestados aos clientes/pacientes (implementação efetiva do processo e da sistematização da assistência de enfermagem). Finalizando consideramos que a prática de enfermagem em neurociências deve ser efetivada cada vez mais a partir de saberes e conhecimentos baseados em evidências científicas, especialmente adaptadas a singularidades de cada cliente/paciente hospitalizado e apoio a seus familiares. Concluímos que, ainda é incipiente o quantitativo de trabalhos que abordam sobre o tema, mas que, os estudos abordam cuidados relevantes que devem ser realizados visando a qualidade no atendimento ao cliente com problemas neurológicos e neurocirúrgicos. Nessa lógica a avaliação da qualidade da assistência prestada ao cliente constitui um dos requisitos essências para enfermagem como profissão. Destacamos a partir desse estudo que a competência do enfermeiro é fator determinante para a qualidade do cuidado e segurança do cliente/paciente no ambiente hospitalar.



Bibliografia:

1. SCRAMIN, Ana Paula; MACHADO, Wiliam César Alves. Cuidar de pessoas com tetraplegia no ambiente domiciliário: Intervenções de enfermagem na dependência de longo prazo. Revista EEAN, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p 501 - 8, dez. 2006;
2. KOIZUMI, M. S.; ARAÚJO ,G. L. Escala de Coma de Glasgow – subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas**.** Acta Paul Enferm 2005;18(2):136-42. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a04v18n2.pdf>;
3. BRUNI ,D. S.; STRAZZIERI ,K. C.; GUMIEIRO, M. N.; GIOVANAZZI,R; SÁ ,V. G.; FARO, A. C. M. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular**.** Rev Esc Enferm USP 2004; 38(1):71-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/09.pdf;
4. ROCHA,P. K. ; PRADO, M. L. do; WAL, M. L.; CARRARO, T. E.. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. Rev Bras Enferm, Brasília 2008 jan-fev; 61(1): 113-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/18.pdf.

Descritores: enfermagem; cuidado; neurociências; qualidade



Trabalho 884 - 1/4

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ RELACIONADO À FADIGA EM IDOSO.

NUNES, Daniella Pires[1]
CAVALCANTE, Agueda Mª Ruiz Zimmer[2]
NUNES, Patrícia Silva[3]
NAKATANI, Adélia Yaeko Kyosen[4]
BACHION, Maria Márcia[5]

Introdução: As enfermeiras representam um papel importante no cuidado de pacientes crônicos. Inovações relacionadas à prática de enfermagem no cuidado de pacientes com danos crônicos vêm sendo implementadas para produzir novas formas de cuidados de saúde. Uma destas abordagens é o Processo de Enfermagem (PE) implementado em cinco etapas distintas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, que possibilita desenvolver o cuidado individualizado e humanizado (ALVARO-LEFEVRE, 2000). Ligações entre os diagnósticos da NANDA (North American Association Nursing Diagnosis) e as intervenções da Classificação Intervenções de Enfermagem (NIC) relacionam um diagnóstico com uma ou mais intervenções de enfermagem e facilitam a fundamentação diagnóstica e a tomada de decisão clínica pelo enfermeiro sobre os resultados desejáveis e sobre as intervenções para alcançá-los (FONTES; CRUZ, 2007). Almeida et al. (2008) analisaram 1665 prontuários de idosos hospitalizados e verificaram que os DE mais prevalentes dentre 62 identificados foram Déficit no autocuidado banho/higiene, Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, Risco de infecção e Padrão respiratório ineficaz. Os principais cuidados foram auxiliar no banho de leito, comunicar aceitação da dieta, implementar rotinas de cuidado na punção venosa e vigiar padrão respiratório. Nunes e Nakatani (2008) analisaram os idosos com doenças cardiovasculares na clínica médica e observaram que 60% dos idosos que apresentaram o Padrão respiratório ineficaz eram decorrentes da

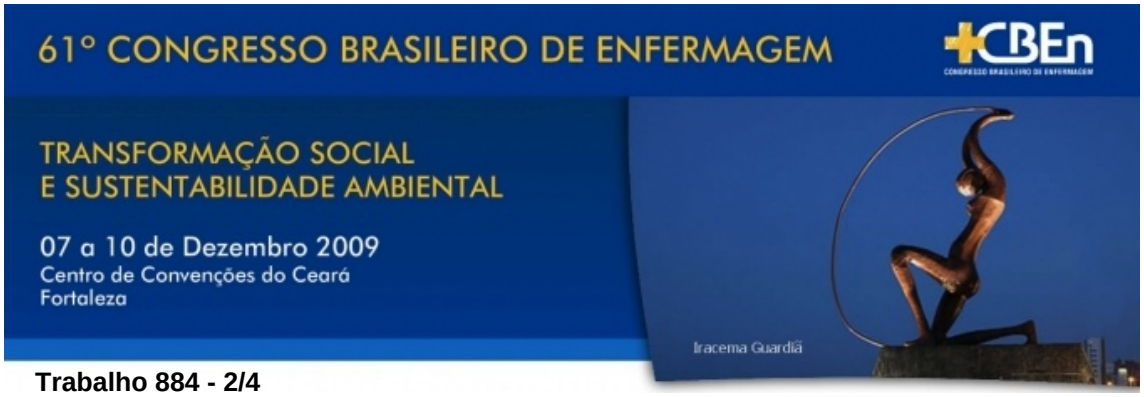
[1] Enfermeira. Mestranda da Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo.

[2] Enfermeira. Mestre pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Docente da faculdade de Enfermagem da UniEVANGÉLICA.

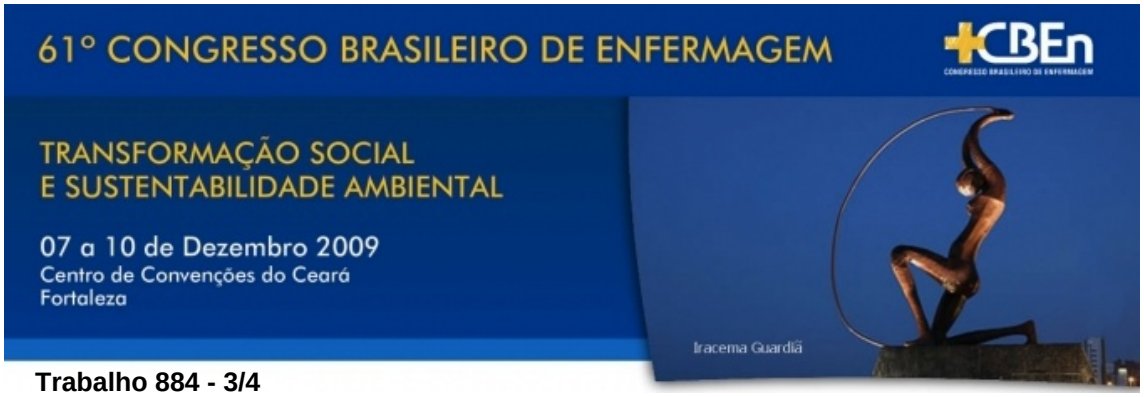
[3] Acadêmica de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás. **E-mail para contato: patriciasn_gyn@hotmail.com**

[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

[5] Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

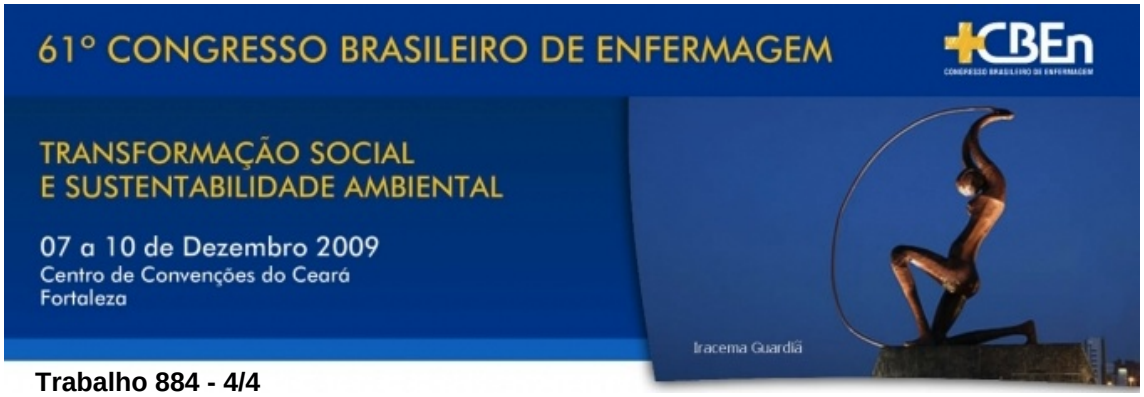


fadiga. Tendo em vista que os idosos hospitalizados apresentam principalmente doenças respiratórias e cardiovasculares, e que esse estado pode causar a fadiga e piorar o padrão respiratório, questiona-se: “quais são as intervenções que a equipe de enfermagem implementa diante de um paciente idoso com Padrão respiratório ineficaz relacionado à fadiga?” A identificação das intervenções de enfermagem realizadas pelos profissionais de enfermagem subsidiará conhecer a prática realizada pelos profissionais de enfermagem na clínica, identificará lacunas no cuidado e possibilidades de mudanças, fundamentado em conhecimento científico. **Objetivos:** Identificar os cuidados relatados pela equipe de enfermagem frente ao diagnóstico Padrão respiratório ineficaz relacionado à fadiga em idosos e mapear esses cuidados de acordo com as intervenções propostas pela Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC). **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado na clínica médica de um hospital escola da região Centro-Oeste, Brasil. A amostra foi constituída por profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Após a aceitação pelo sujeito foram agendados horários e locais para realização da coleta de dados conforme a disponibilidade dos mesmos. A coleta de dados foi aplicada no período de agosto a outubro de 2008 e consistiu no levantamento das intervenções de enfermagem relatadas pelos profissionais frente ao diagnóstico Padrão respiratório ineficaz relacionado à fadiga em idosos. O instrumento de coleta de dados fundamentou-se na NANDA e na NIC. Primeiramente, o pesquisador esclareceu o conceito do diagnóstico Padrão respiratório ineficaz, assim, como o fator relacionado – fadiga e as possíveis características que definiam esse diagnóstico. Posteriormente, solicitou que o profissional descrevesse os cuidados que realizava nos idosos com essa resposta humana. A análise dos dados consistiu em duas etapas. Na primeira, os dados referentes à caracterização dos sujeitos foram digitados e analisados no programa SPSS versão 16.0, o qual permitiu a realização de estatística descritiva. No segundo momento, ocorreu o mapeamento cruzado entre os cuidados relatados pela equipe de enfermagem e as intervenções e cuidados propostos pela NIC. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Protocolo 007/09). **Resultados:** Dos 56



profissionais levantados no quadro de funcionários, 40 destes participaram do estudo e 16 excluídos por não se adequarem nos critérios de inclusão. A maioria dos profissionais pesquisados era do sexo feminino (78,6%), idade entre 31 a 50 anos (57,5%), técnicos de enfermagem (76,2%), tinha entre dois a 10 anos de atuação na área (62,5%) e na clínica médica (75,0%). Foram levantados 142 cuidados exercidos pela equipe de enfermagem e agrupados em intervenções conforme a Taxonomia da NIC. O mapeamento cruzado utilizou 16 diferentes intervenções da NIC, sendo as mais relatadas: Posicionamento (75%), Oxigenoterapia (47,5%), Controle de energia (30%), Monitoração dos sinais vitais (27,5%), Controle da asma (27,5%) e Administração de medicamentos (27,5%). As atividades prevalentes na descrição da equipe de enfermagem foram: “elevar a cabeceira do leito” (57,5%), “administrar oxigenoterapia” (47,5%), “observar sinais vitais” (27,5%), “comunicar médico ou enfermeiro” (27,5%) e “administrar medicamento” (27,5%). Nota-se que a maior freqüência de intervenções relatadas pela equipe de enfermagem diante do diagnóstico Padrão Respiratório ineficaz relacionado à fadiga encontra-se no nível de intervenções adicionais optativas, representadas pelas intervenções Posicionamento (75%) e Controle de energia (30%). No nível das sugeridas destacaram: Oxigenoterapia (47,5%), Monitoração de sinais vitais (27,5%), e Administração de medicamentos (27,5%). Já nas intervenções prioritárias a mais prevalente foi Controle da asma (27,5%). **Conclusão:** O mapeamento cruzado dos cuidados relatados pela equipe de enfermagem para os pacientes idosos com essa resposta humana apresentou similaridade com NIC, o que demonstra correspondência entre a prática relatada da clínica médica com o proposto pela classificação. A identificação de um conjunto de intervenções direcionadas para o Padrão respiratório ineficaz relacionado à fadiga leva à construção de conhecimentos baseados no pacientes. E pode ser útil à construção de protocolos de cuidados, à facilitação do ensino, à determinação de custos de serviços e ao planejamento de alocação de recursos.

Palavras-chave: Enfermagem; idoso; intervenções de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; fadiga.



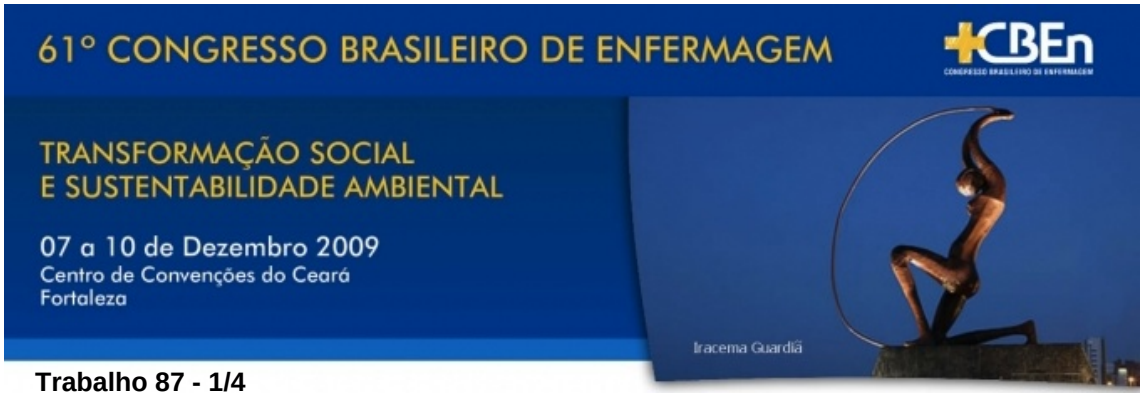
BIBLIOGRAFIA

Almeida MA, Aliti GB, Franzen E, Thomé EGR, Unicovsky MR, Rabelo ER et al. Diagnósticos de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008; 16(4): 707-711.

Alvaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

Fontes CMB, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(3):395-402.

Nunes DP, Nakatani AYK. Diagnósticos de enfermagem identificados na admissão e alta hospitalar de idosos com doenças cardiovasculares. In: Congresso de pesquisa, ensino e extensão da UFG – CONPEEX. V, 2008, Goiânia. Anais eletrônicos do XVI Seminário de Iniciação Científica [CD-ROM], Goiânia, 2008; p.3118-3130.



Trabalho 87 - 1/4

Lipemia pós-prandial e fator de risco cardiovascular em portadoras da Síndrome dos Ovários Policísticos.

[1] Hilda Silva Carrilho Barbosa
[2]Francisco Alfredo Bandeira e Farias.
[3]Simone Maria Muniz da Silva Bezerra.
[4]Wagner Moura Barbosa.
[5]Ednaldo Cavalcante de Araújo.

Correspondência:
(081-33614600- 88026703) Av: Bernardo Vieira de Melo, 3883, apto 902, Piedade CEP 54420-010 Jaboatão dos Guararapes – PE.
(081-34267670 – 88362467) Rua Teles Júnior 155, apto 301 Rosarinho - Recife - PE

RESUMO

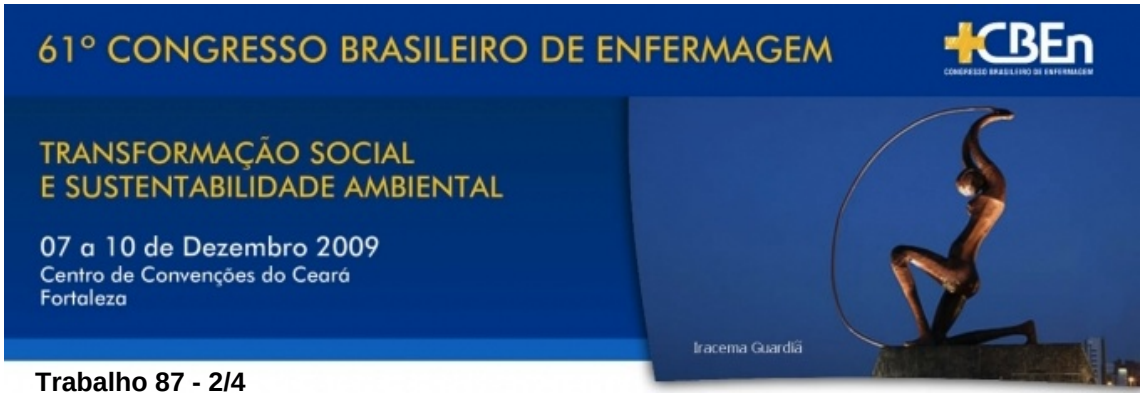
[1]Hilda Silva Carrilho Barbosa. Universidade de Pernambuco (UPE) Curso de Enfermagem, Professora assistente do Departamento Medico Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem Nossa Sra. das Gracas (FENSG-UPE)Rua: Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro, Recife- Pernambuco. *hildacarrilho@upe.fensg.br*

[2]Francisco Alfredo Bandeira e Farias. Universidade de Pernambuco Curso de Medicina Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Medicas de Pernambuco (FCM-UPE) Rua Arnõbio marques N 310, Santo Amaro, Recife –Pernambuco. fbone@holtmail.com.br

[3]Simone Maria Muniz da Silva Bezerra. Universidade de Pernambuco curso de enfermagem,Professora adjunta do Departamento Médico Cirúrgica da FENSG- UPE Rua Arnõbio Marques, 310, santo amaro, Recife –Pernambuco. simonemuniz@yahoo.com.br, simonemuniz@upe.fensg

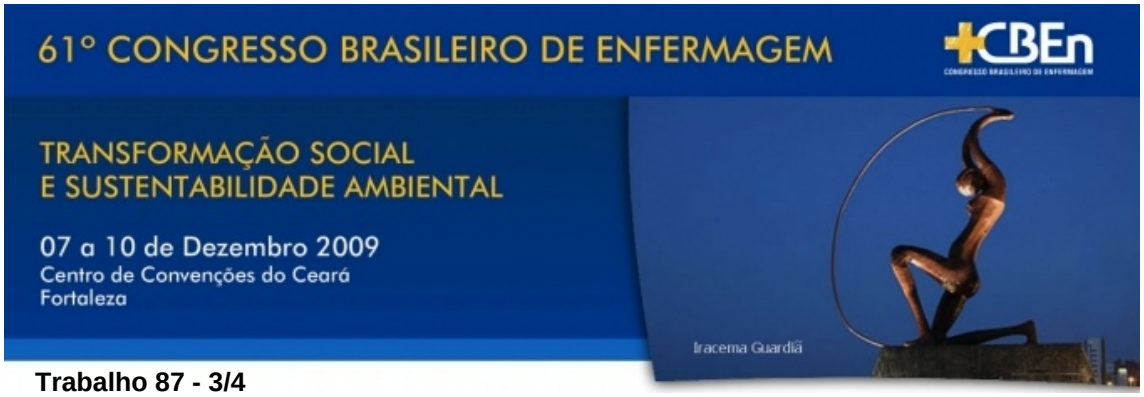
[4] Wagner Moura Barbosa. Universidade de Pernambuco Curso de medicina, Professor assistente da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco Rua Arnõbio Marques, 310, Santo Amaro, Recife –Pernambuco. wagnermbarbosa@terrra.com.br

[5]Ednaldo Cavalcante de Araújo. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professor Pós-doutor do Departamento de Enfermagem. Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária - Recife (PE), Brazil. CEP: 50.670-901. E-mial: ednaldo.araujo@ufpe



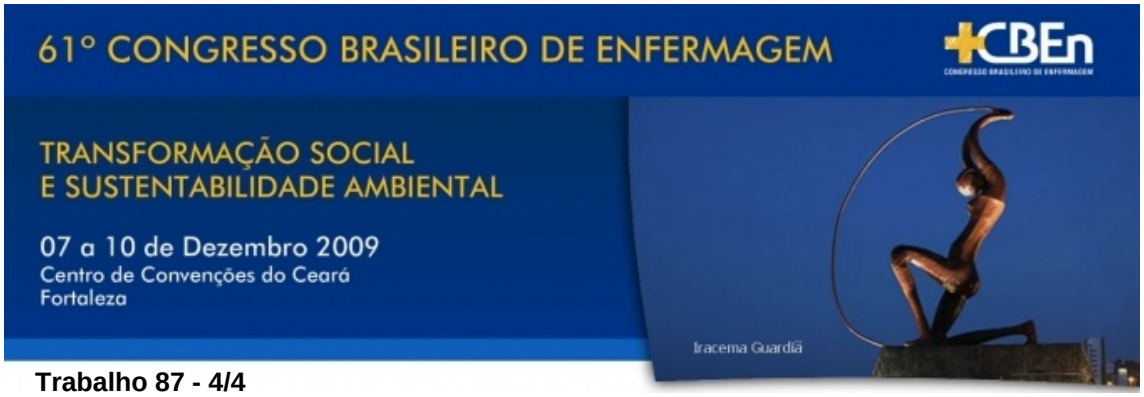
Trabalho 87 - 2/4

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é um distúrbio endócrino feminino extremamente comum na idade reprodutiva e tem como características: irregularidades menstruais, hiperandrogenismo e hiperandrogenemia. A resistência à insulina, presente nas portadoras de SOP, parece estar relacionada com a disfunção das células α-pancreáticas que acomete cerca de 6% a 10 % das mulheres em idade fértil. Esta síndrome é responsável por aproximadamente 20% dos casos de amenorréia e 75% dos casos de infertilidade anovulatória, por isso, as portadoras dessa síndrome estão sujeitas a maior morbidade e mortalidade. Nesta situação, a insulina circulante não exerce sua função normal nos tecidos sensíveis à sua ação, resultando no aumento compensatório de sua secreção pelo pâncreas, a fim de manter os níveis glicêmicos dentro da faixa normal. A insulinemia elevada dificulta a penetração da glicose no interior da célula, com conseqüente estresse oxidativo metabólico, levando o indivíduo a maior probabilidade de desenvolver doenças degenerativas e doenças neurodegenerativas. Manifestações clínicas como o hirsutismo, as alterações menstruais, a infertilidade e a obesidade afetam a auto-estima, trazendo como conseqüência insegurança, levando a importantes alterações psíquicas, como a ansiedade e a depressão. O estudo busca investigar a lipemia pós-prandial, em adolescentes e adultas jovens, visando a detecção precoce de fatores de risco cardiovasculares. Estudo de corte transversal, desenvolvido no Ambulatório do Centro de Oncologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco/UPE, na Cidade de Recife-PE/Brasil, nos períodos de março a setembro de 2006. A população foi composta por 40 adolescentes e adultas jovens sendo divididas em dois grupos. Um grupo controle assintomáticas ou não portadoras de (N/SOP), e um grupo de portadoras de (SOP), com diagnóstico confirmado através de exame clínico, ultra-som ginecológico e exames laboratoriais sendo assim distribuídos 19 participantes do grupo (N/SOP) e 20 participantes do grupo (SOP). Foi excluída da amostra uma participante do grupo (SOP) por apresentar trigliridemia elevada. A Idade variou de 12 a 24 anos, os valores obtidos no Índice de Massa Corporal foram classificados em percentis de baixo peso (abaixo do percentil 5); normal (entre o percentil 5 e 85); sobrepeso (entre o percentil 85 e 95); obesidade (acima do percentil 95). Circunferência abdominal (CA), foram aferidas duas vezes, com fita métrica metálica, de acordo com a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e tratamento da Síndrome Metabólica. Foram adotadas as recomendações internacionais que apresentam diretrizes para os protocolos de medida da pressão arterial. Após o cálculo do valor médio da (PAS) e (PAD), a interpretação dos valores pressóricos das adolescentes foram realizadas, utilizando como referência, a tabela de percentis. No estudo foram considerados como portadores de valores alterados de (PA), aquelas adolescentes que apresentaram valores iguais ou acima do percentil 90. Marcadores de aterogênese (proteína C reativa ultra-sensível - PCR-us e leucograma), glicemia em jejum, colesterolemia total, colesterolemia HDL, colesterolemia LDL, triglicerídemia, insulinemia

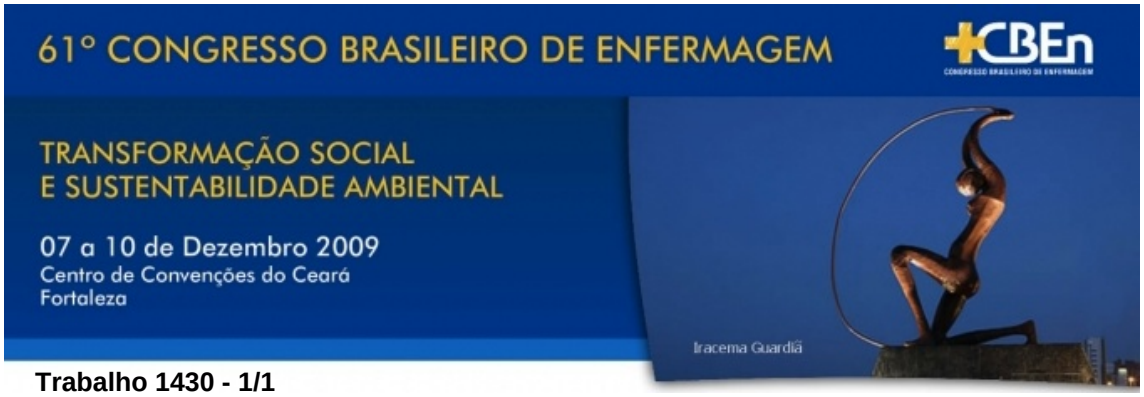


Homa-r (*Homeostasis Model Assessment*). Os exames de sangue foram colhidos com as participantes em jejum de 12 horas. Em seguida, fizeram uma refeição-teste de 160ml, composta de 50 g de gordura e 50 g de carboidrato, calculada de acordo com os teores calóricos de gordura e carboidrato existentes na embalagem de cada produto. Após a ingestão da dieta, por via oral, foi colhido novamente material para os exames, com intervalo de três e cinco horas, as participantes permaneceram no laboratório, até a última coleta, sendo-lhes permitida apenas a ingestão de água. Foram utilizados os testes estatísticos t-*Student*, com variâncias iguais ou desiguais e Qui-quadrado de Pearson ou o Teste Exato de Fisher. Para todos os testes, admitiu-se nível de significância de 0,05. A participação foi voluntária. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob n. 001/06. E todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Verificou-se que o grupo SOP esteve composto por 21 participantes, com média de idade igual a 20,71±3,58 anos, variando de 12 a 24 anos e o grupo N/SOP foi constituído por 19 participantes, cuja média de idade foi 21,84± 1,98 anos, variando de 18 a 24 anos. A média do IMC, encontrado no grupo de SOP foi de 23,05 ± 5,18 Kg/m^2 e, nas N/SOP, de 19,57±2,42Kg/m^2, o que levou a apresentar uma diferença estatística significante ($p_{(2)}$ = 0,0098). Em relação à circunferência abdominal, foi encontrada uma média, para as portadoras de SOP, de 79,48 ± 11,89cm, enquanto nas N/SOP foi de 72,47 ± 4,59cm, sendo a diferença estatística significante ($p_{(2)}$ = 0, 0189). Na avaliação do perfil lipídico e dos marcadores inflamatórios no grupo SOP, houve diferença significante entre o valor basal e o após 5 horas para o colesterol total ($p<0,001$) e para o colesterol HDL ($p=0,01$). O colesterol LDL e os triglicerídeos apresentaram diferença significante entre o valor basal e o da terceira hora pós-prandial, nos dois grupos ($p<0,003$ para o grupo SOP e $p< 0,001$, para o grupo N/SOP, para colesterol LDL) ($p<0,001$, em ambos os grupos, para triglicerídeos). Os parâmetros para diagnóstico da síndrome metabólica nos grupos apresentados, observou-se que quatro portadoras de SOP tinham síndrome metabólica, o que justifica o risco aumentado para aterosclerose. Ao correlacionar a trigliceridemia com a (PAS) e (PAD), em ambos os grupos, três horas após a administração de dieta mista, observou-se correlação positiva para o primeiro grupo, o que não ocorreu com o grupo N/SOP. Esses achados parecem corroborar de que, pelo menos, 50% das mulheres com SOP são obesas, e a maioria, se não todas, apresentam resistência à insulina.

Conclui-se que pacientes normotrigliceridêmicas, submetidas à estimulação da resposta lipêmica, insulinêmica e inflamatória por uma refeição mista, apresentaram respostas metabólicas diferentes. A refeição-mista, independente da presença de SOP, parece estimular as respostas lipemicas, insulinêmicas e inflamatória promovendo aumentos significativos de triglicerídemia, leucometria, e



insulinemia. A SOP representa o maior grupo de mulheres jovens de alto risco para o possível desenvolvimento de doença cardiovascular, a qual pode ser diagnosticada muitos anos antes do início dos sintomas. Medidas cardioprotetoras devem ser adotadas para melhorar a função endotelial destas pacientes, incluindo desde dieta, prática de exercícios físicos e interrupção do tabagismo, e o controle da pressão arterial.



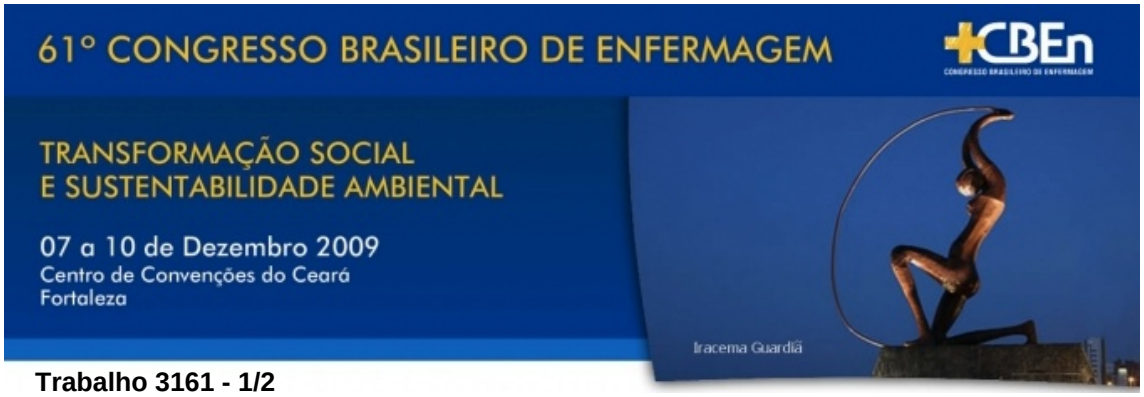
Trabalho 1430 - 1/1

MEDIDAS PREVENTIVAS REALIZADAS PELOS CUIDADORES DE PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERAS POR PRESSÃO DO BAIRRO VENEZA, ARACAJU-SE

Karina Santana Santos (enfermagem – UNIT, karina.ssantana@yahoo.com.br); Keyla Bessa Pinto (enfermagem – UNIT, keylinhabessa@hotmail.com); Manuela Maciel Rivas (enfermagem – UNIT, manuzinharivas@hotmail.com); Vanessa Cavalcante Ribeiro (enfermagem – UNIT, nessa.cavalcante1711@hotmail.com); Andreia Centenaro Vaez (docente do curso de enfermagem- andreia_vaez@unit.br)

A úlcera por pressão(UP) é considerada uma das principais complicações que ocasionam o prolongamento das internações hospitalares, são conceituadas como uma lesão tissular específica ocasionada pela deficiência de suprimento sanguíneo. Normalmente aparecem sobre proeminências ósseas como, por exemplo, na região occipital, sacrococcígea, trocantérica, cotovelos e calcanhares. A prevenção é possível em 95% dos casos por meio da adesão de medidas preventivas que incluem a implementação de medidas que reduzam as condições para seu surgimento, tais como: realizar a mudança de decúbito, manter a pele do paciente sempre limpa, utilizar colchões que aliviam a pressão, manter a alimentação rica em vitaminas e proteínas, manter limpeza das roupas de cama, realizar troca de fraldas, massagens, hidratação da pele e utilizar coxins, sendo essas executadas por toda a equipe de enfermagem. Dessa forma, este estudo teve como objetivo identificar as medidas preventivas utilizadas pelos cuidadores de pacientes portadores de úlceras por pressão do bairro Veneza em Aracaju-SE. Esta pesquisa teve caráter quantitativo, exploratório, utilizou como instrumento de coleta de dados um questionário. A amostra foi composta pelos cuidadores de cinco pacientes domiciliados residentes no bairro Veneza na cidade de Aracaju-SE que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dentre os indivíduos pesquisados verificamos que todos os cuidadores, ou seja, 100% (n=5), realizavam a mudança de decúbito a cada uma ou duas horas, utilizavam hidratantes, alimentação adequada e roupas limpas. Já a troca de fraldas era realizada,sempre que houvesse necessidade, por 80%(n=4) dos cuidadores. Porém apenas 20%(n=1) utilizavam coxins e que nenhum(n=0) dos pacientes faziam uso de colchão caixa de ovo inflável, colchão caixa de ovo espuma, massagens e outros artifícios. Portanto, através de informações que foram passadas pela realização de educação em Saúde, observou-se que 20%(n=1) dos domiciliados recebiam vista da equipe de saúde quinzenalmente, enquanto 80%(n=4) eram acompanhados mensalmente. Sendo assim, podemos observar que, todos os cuidados necessários para uma melhor promoção de saúde e prevenção do surgimento das UPs (independente dos estados de motilidade, mobilidade e consciência do acamado) foram transmitidos e aplicados corretamente, favorecendo a população em geral.

Palavras-chave: cuidador, medidas preventivas, úlceras por pressão.



Trabalho 3161 - 1/2

O ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA GESTÃO PARTICIPATIVA EM UM CENTRO DE SAUDE DA FAMILIA

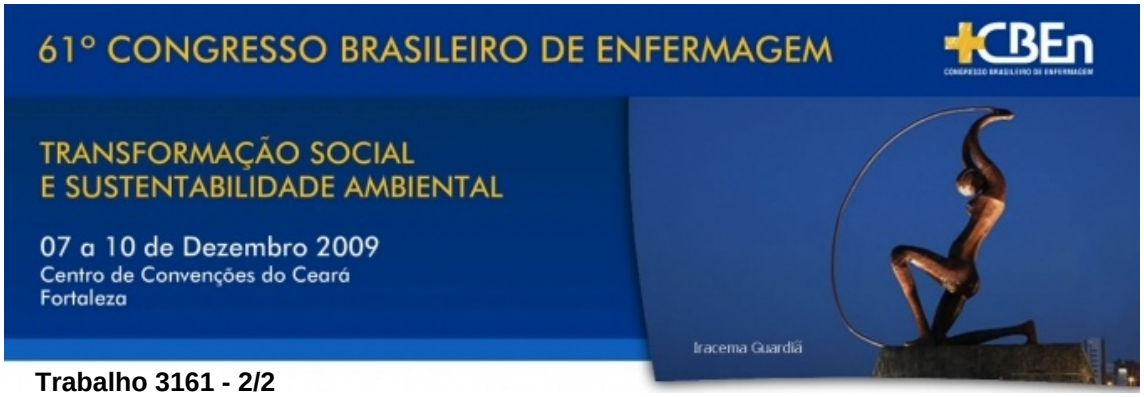
ESMERALDO, Geordany Rose de Oliveira Viana[1]

ESMERALDO FILHO, Carlos Eduardo[2]

SOUSA, Keylla Márcia Menezes de[3]

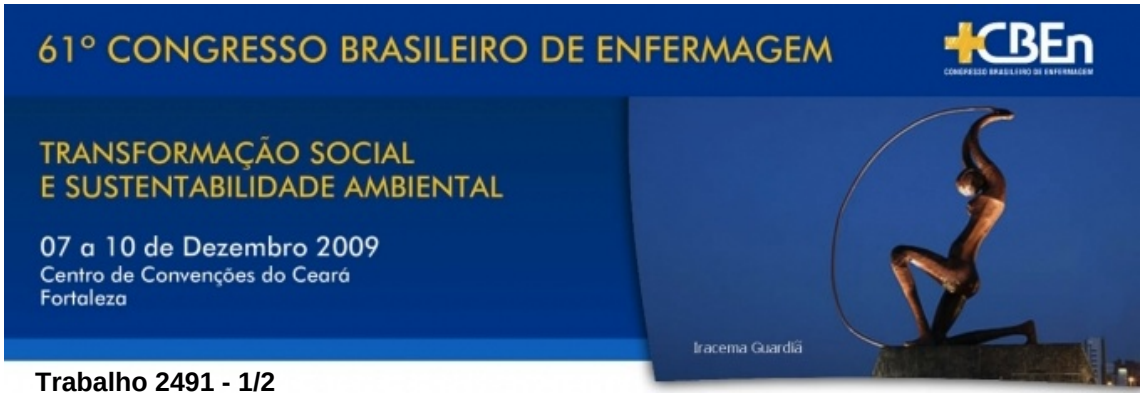
INTRODUÇÃO: A atenção básica no município de Fortaleza, até o ano de 2006, não tinha como eixo estruturante a Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que a cobertura da ESF atingia apenas 15% da população. O cenário caracterizava-se, portanto, por hospitais superlotados, absorvendo necessidades de saúde que poderiam ser resolvidos na atenção básica, culminando na desorganização do serviço. Em meados de 2006, a cobertura da ESF aumentou para 43,44%. No final deste mesmo ano, começou a ser implantado em alguns Centros de Saúde a estratégia de acolhimento com avaliação e classificação de risco. OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é analisar a trajetória de implantação do acolhimento num Centro de Saúde da Família (CSF) do município de Fortaleza-CE, pensado como estratégia de fortalecimento da gestão participativa no âmbito do SUS. METODOLOGIA: A metodologia incluiu, inicialmente, a realização de um curso, em 2005, denominado FORTALEZA HUMANIZA SUS. A implantação do acolhimento propriamente dita iniciou em alguns CSFs, como projeto piloto, que somente depois foi expandido para as outras unidades. O treinamento das equipes ocorreu de forma paralela à implementação do acolhimento nas unidades. Em seguida, iniciou-se um processo de sensibilização dos profissionais, mediante a realização de oficinas e capacitação dos facilitadores. RESULTADOS: Observamos, como resultados: o envolvimento de

[1] Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza-CE e Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: geordanyrose@yahoo.com.br
[2] Psicólogo. Mestrando em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Faculdade Nordeste (FANOR) e da Universidade Estadual do Ceará (UECE).
[3] Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza-CE e Docente da Faculdade Nordeste (FANOR).



todos os trabalhadores, desde o vigia ao médico da unidade; atendimento mais humanizado a partir da contextualização da queixa, ultrapassando a simples triagem; atendimento individualizado e com privacidade; a organização do serviço; a não imposição de local, horário e limite de fichas; o compartilhamento de informações a respeito do funcionamento da dinâmica da unidade; e, por fim, a promoção da educação em saúde. CONCLUSÃO: Embora seja uma proposta nova no município, o acolhimento vem trazendo importantes mudanças. O processo de acolhimento tal como pensamos não é, obviamente, o único meio de democratização e de fomento à gestão participativa. Mas é uma estratégia que deve se vincular às várias outras, tais como a reorientação das práticas de saúde voltadas à promoção da saúde, a intersetorialidade nas políticas públicas e o efetivo funcionamento dos conselhos de saúde, como forma de potencializar a gestão democrática e participativa em saúde. BIBLIOGRAFIA: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS:** acolhimento com avaliação e classificação de risco um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Assessoria de Planejamento. Célula da Atenção Básica. Rede assistencial em Saúde Mental. **Projeto de implementação do acolhimento por avaliação de risco e vulnerabilidades nas unidades de saúde de Fortaleza**. Fortaleza, CE. Nov.2006a. PANIZZI, M; FRANCO, T.B. A implantação do acolher chapecó reorganizando o processo de trabalho. In: FRANCO et al (org). **Acolher Chapecó:** uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 79-109.

DESCRITORES: SAÚDE DA FAMÍLIA, ACOLHIMENTO, GESTÃO PARTICIPATIVA



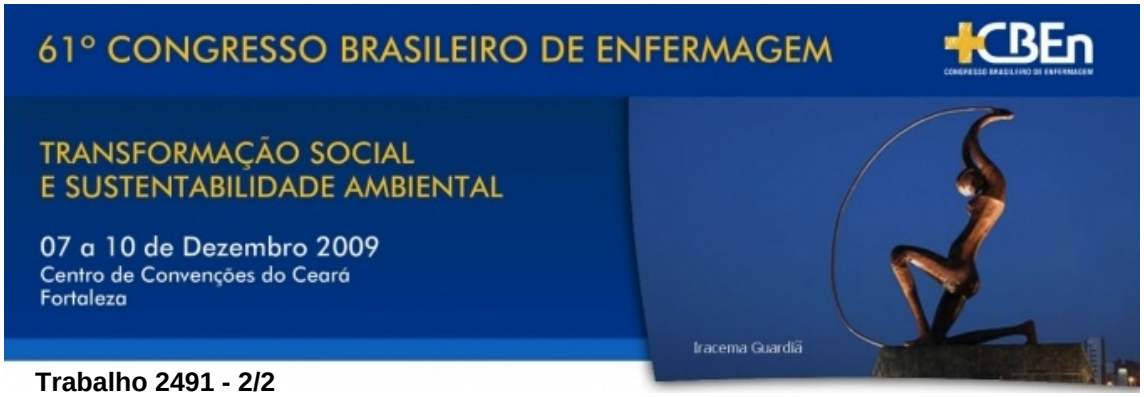
Trabalho 2491 - 1/2

O ACOLHIMENTO SEGUNDO OS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

MACEDO, C. A. [1]
TEIXEIRA, E. R.[2]

Este estudo é parte de uma pesquisa de PIBIC que vem sendo desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Itaboraí do estado de Rio de Janeiro cuja temática é identificação de dispositivos para implantação de tecnologia leves – acolhimento – nas Unidades básicas vinculadas ao COMPERJ. Tem como tema o acolhimento que é compreendido como as formas de atendimento, a resolutividade dos problemas de saúde e como condições de acesso aos serviços. Os objetivos foram: identificar o conhecimento que os usuários apresentam sobre o acolhimento e avaliar a influência do acolhimento no estado de saúde do usuário. Trata-se de uma pesquisa onde o método é qualitativo descritivo. Foram realizadas 12 entrevistas semi-estruturadas com usuários cadastrados da Unidade de Saúde da Família Vila Brasil do município de Itaboraí, os dados geraram três categorias: entendimento do acolhimento pelo usuário; as condições de serviço de saúde para a viabilização do acolhimento; a influência do acolhimento no estado de saúde dos indivíduos. Diante das discussões realizadas nesta pesquisa retiramos as definições mais variadas sobre o acolhimento, compreendido como: atendimento, acesso, resolutividade, ajuda, escuta qualificada, organização. Conceitos estes diretamente relacionados aos processos de trabalho e organização dos serviços prestados, que emergiram das falas dos sujeitos da pesquisa. Os resultados mostraram que a estratégia do acolhimento além da melhoria do acesso condiciona mudança na atenção ao indivíduo que não mais focado na doença e sim no sujeito como um todo e a participação de todos os profissionais nessa responsabilidade de acolher. Esta pesquisa demonstrou a importância para mostrar a necessidade de melhoria na relação usuário e equipe numa ESF. O usuário deve ser participativo na produção de saúde e o profissional e gestores aplicar dispositivos para que ocorra essa prática. Então acolher o cliente é estabelecer vínculo, confiança, troca. É alcançar a

1 - Bolsista de iniciação científica PIBC, acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.
2 – Enfermeiro.Professor Titular do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.Doutor em Enfermagem. Pós-Doutor em Psicologia Clinica.



resolutividade de suas demandas de saúde dentro das possibilidades de cada nível de atenção, sendo essas questões compreendidas pelo usuário no seu território.

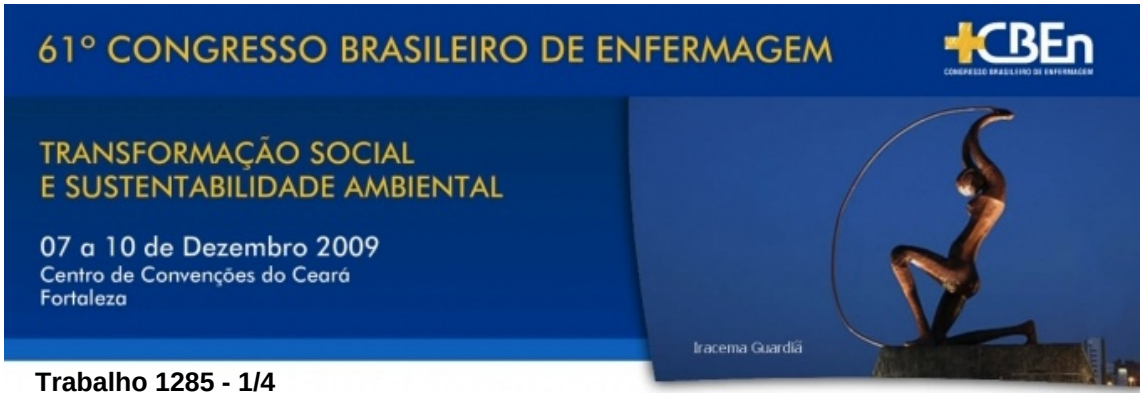
Palavras Chave: família, acolhimento, enfermagem, saúde.

Referencias:

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde.** 2ª ed, Brasília – DF, 2006.

FRACOLLI, L.A; ZOBOLI, E.L.C.P. Descrição e analise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, 38(2):143-51, 2004.

1 - Bolsista de iniciação científica PIBC, acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.
2 – Enfermeiro.Professor Titular do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.Doutor em Enfermagem. Pós-Doutor em Psicologia Clinica.



Trabalho 1285 - 1/4

O AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA NA ÓPTICA DO CLIENTE: TRANSVERSALIZAÇÃO COM A ABORDAGEM DE NIGHTINGALE

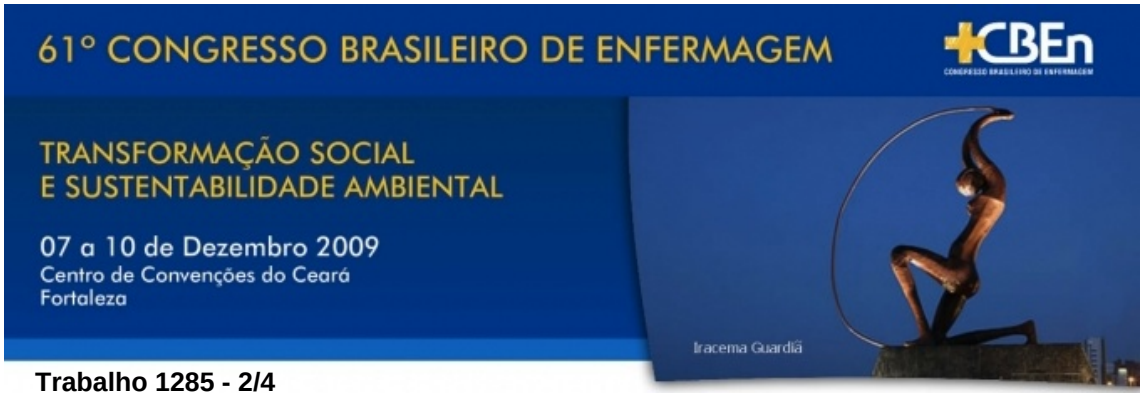
VIANA, Karla Elainy Santos[1]
NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo[2]
SILVA, Luzia Wilma Santana da[3]

Resumo: Introdução. O ambiente de Cuidados Intensivos surgiu a partir da necessidade detectada pela enfermagem por meio de Florence Nightingale durante sua ativa participação na Guerra da Criméia (1854). Naquele contexto, preocupou-se com as deprimentes condições de assistência médica, reunindo os feridos graves da guerra num mesmo ambiente, a fim de proporcionar uma assistência mais intensiva e individualizada[1]. Nightingale, conhecida como precursora da enfermagem moderna e teórica do ambiente de cuidados da enfermagem, defendia a necessidade de condições adequadas do meio como um fator imprescindível no auxílio da cura - ambiente terapêutico. Apontava como necessária uma ecologia do cuidado, ambiente arejado, tranquilo, limpo e iluminado, contribuindo para a prevenção dos agravos, reparação orgânica do indivíduo enfermo e redução de infecções[2,3]. Atualmente, Elias Knobel, responsável por originar as modernas Unidades de Terapia Intensiva – UTIs afirma que o ambiente físico de uma unidade crítica desempenha um importante impacto nos pacientes e familiares, assim como na equipe multiprofissional, podendo ser responsável pelo desencadeamento de desequilíbrios psicobiológicos[2]. Neste contexto, as UTIs configuram-se como um ambiente conturbado e desconfortável, onde falta privacidade e se vivencia um isolamento social brusco que interrompe as relações do sujeito com o "mundo lá fora". Ele é frequentemente privado de sua autonomia, muitas vezes considerado incapaz de

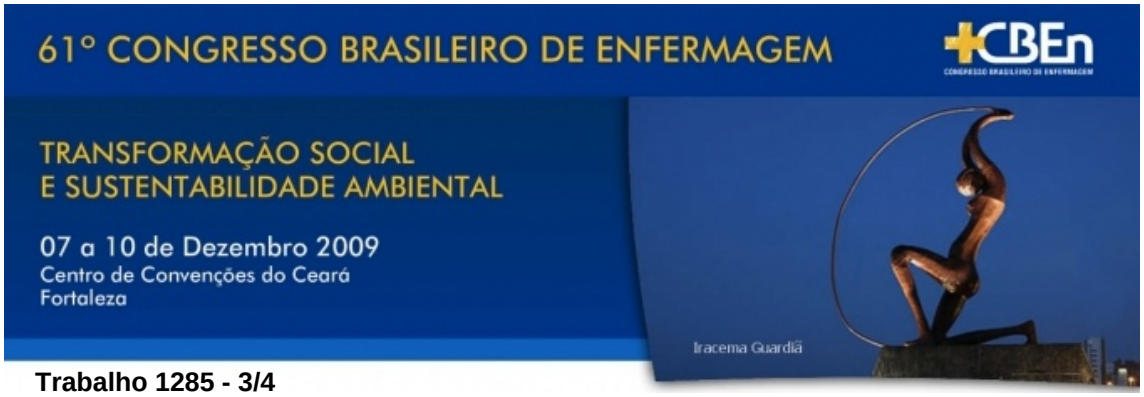
[1]Acadêmica de enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências E-mail: karlaelainy@yahoo.com.br.

[2] Enfermeira, mestranda do Programa de Pós- graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Bolsista CAPES. Membro voluntário do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas – NIEFAM/UESB E-mail: manoharaujo@ig.com.br.

[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem – PEN/UFSC. Bolsista CAPES. Coordenadora Coordenadora do Projeto de Ação Continuada Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas – NIEFAM/UESB. Professora Adjunta do Departamento de Saúde da UESB E-mail: luziawilma@yahoo.com.br.



fazer escolhas, de se comunicar, sentindo-se manipulado e dependente em absoluto de seus cuidadores[4]. Assim, a estrutura física das UTIs, o uso de aparatos tecnológicos para o suporte a vida, juntamente com a necessidade contínua da utilização do espaço físico caracterizam-na como ambiente barulhento, inóspito e altamente estressante para o paciente, seus familiares e equipe assistencial. Fenômenos de desequilíbrio já foram relatados por pacientes internados em UTIs como consequência do ambiente, tendo a etiologia orgânica cuidadosamente afastada[5]. Neste contexto, e adotando como marco teórico-prático a Abordagem Ambientalista de Florence Nightingale, justifica-se a relevância de se identificar: qual a percepção de pacientes lúcidos e responsivos, assistidos em Unidade de Terapia Intensiva, acerca deste ambiente? Quais as expectativas, desafios, medos, desconfortos e estresses experimentados pelo cliente ao vivenciar o ambiente da UTI? O **objetivo** foi analisar a percepção de clientes lúcidos assistidos em Unidades de Terapia Intensiva num município baiano quanto a experiência vivenciada neste ambiente intensivista, adotando como embasamento teórico a abordagem ambientalista de Nigthingale, pretendendo-se ainda identificar os fatores ambientais considerados pelos clientes como estressores ou promotores de bem-estar na UTI; conhecer as expectativas dos clientes em relação ao cuidado recebido no ambiente; permitir à enfermagem reflexões quanto à práxis pautada na Abordagem ambientalista de Florence e proporcionar ao profissional de enfermagem subsídios para a prestação do cuidado através da gestão do ambiente. **Metodologia.** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, cujo cenário de pesquisa foram UTIs de dois hospitais, um público e outro privado num município baiano no período de outubro a dezembro/2008. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com nove clientes lúcidos, os quais consistiram nos sujeitos por meio de amostragem não-probabilística de conveniência, delimitados pela saturação dos dados, obedecendo aos critérios éticos para realização de pesquisas com seres humanos Resolução 196/96, segundo Comissão de Ética do Hospital Geral de Vitória da Conquista. A análise dos dados foi realizada através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), expresso por meio da primeira pessoa, um *eu* sintático que sinaliza a presença de um sujeito individual, mas expressa uma referência coletiva. Os **resultados** revelaram que a experiência do internamento no

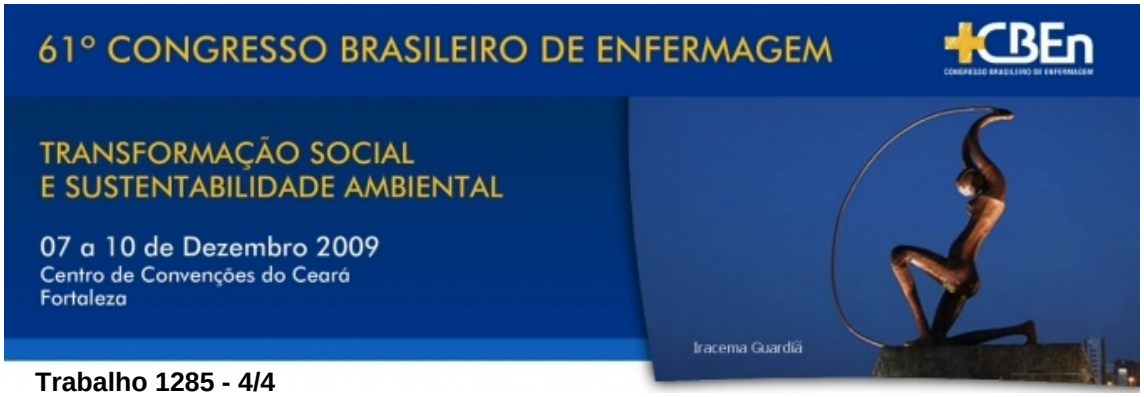


ambiente de Cuidados Intensivos gerou sentimentos negativos e positivos. Os negativos relacionam-se à percepção da UTI como um local desconhecido, angustiante, agressivo, traumatizante e estressante por motivos como: agitação e rotinas de atividade diárias; visualização recíproca entre os clientes, exposição as intercorrências da unidade; utilização de recursos tecnológicos que produzem ruídos intermitentes de impacto sobre a recuperação da saúde, além do barulho gerado por conversações da equipe; falhas no respeito à privacidade; falta da família; desvinculação com o ambiente externo; frio exacerbado por ventilação artificial e dependência de outras pessoas para o atendimento de necessidades básicas. Os aspectos positivos relacionam-se aos determinantes de bem-estar quando a experiência vivenciada na UTI foi associada à alegria pela recuperação e vida, contradizendo o estereotipo do ambiente crítico como um local frio e triste, onde apenas se retarda a morte. As principais queixas dos sujeitos em relação ao cuidado recebido no ambiente concentraram-se na regulação da temperatura, preservação da privacidade, controle das principais fontes de ruídos, flexibilidade em relação ao momento de visitas e presença de acompanhante. **Conclui-se** que a ampliação dos conhecimentos obtidos com este estudo vem contribuir para o gerenciamento de enfermagem e implementação de cuidados neste ambiente de complexidade; empenhando medidas de controle dos pontos críticos apontados como desencadeadores de desequilíbrio entre os sujeitos e o meio, reforçando o proposto nos estudos de Florence quanto ao ambiente como recurso terapêutico. Importa à enfermagem a compreensão e comprometimento com a gerência de cuidados com o paciente no ambiente intensivista para o planejamento das intervenções de enfermagem ao paciente, vez que tornou-se evidente, nesta pesquisa, a dificuldade de aderência deste recurso de cunho terapêutico ambientalista na práxis de cuidado nas UTIs.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; meio ambiente; teoria de enfermagem.

Referências

1. Knobel E. Terapia Intensiva: Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2006.

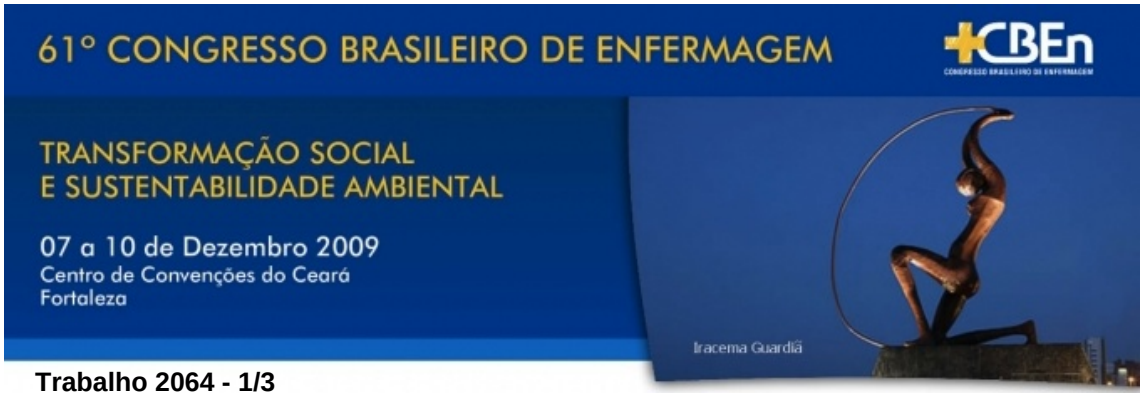


2. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Tradução: Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.

3. Santos I. *et al.* Enfermagem Fundamental: realidade, questões e soluções. São Paulo: Atheneu, 2002.

4. Nascimento EPR, Trentini M. A UTI e a objetividade do cuidado, Scielo Brasil. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo, 2004. Disponível : <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-2004000200015&script=sci_pdf&tlng=pt>. Acesso: 03/08/008

5. Guanaes A, Filgueiras N. Ergonomia na UCI. In: MAGALHÃES, A. M. P. B de e Cols. Humanização em Cuidados Intensivos. Rio de Janeiro: Revinter, 2004, p. 15 – 29.



Trabalho 2064 - 1/3

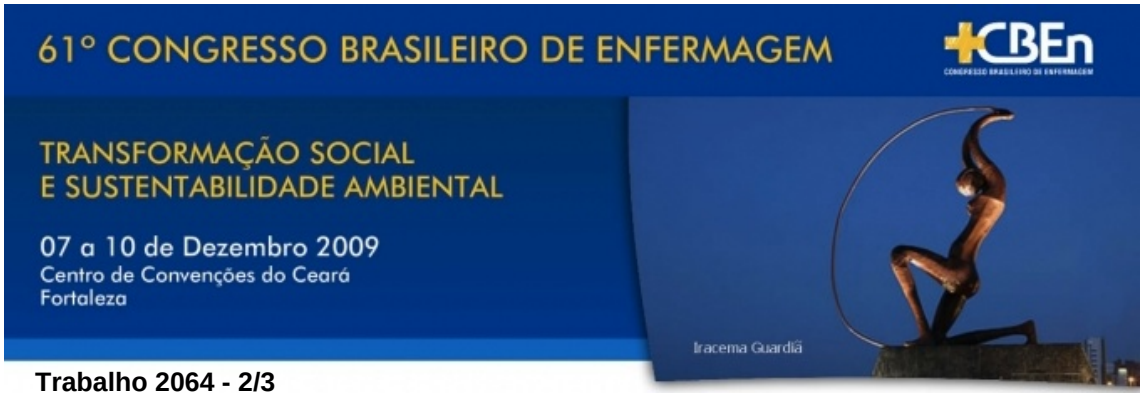
O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OFERECIDO POR PROFISSIONAIS DA ESF DA SER II DE FORTALEZA.

LIMA, Fabiane da Silva Severino[1]
PALÁCIO, Paula Danyelle de Barros[2]
CAMERINO, Andrea Maria Barbosa[3]
FIALHO, Ana Virginia de Melo[4]

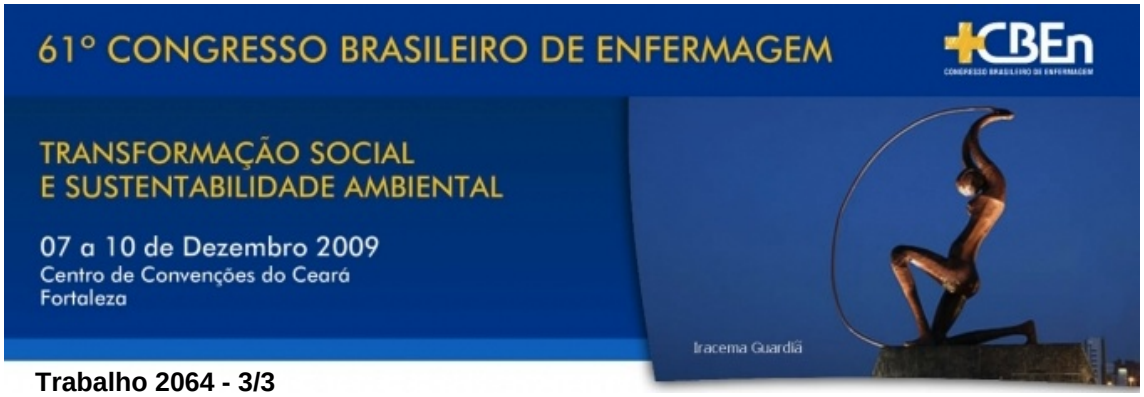
Descritores: Unidade básica de saúde. Profissionais de saúde. Programa Saúde da Família

Introdução:O serviço de urgência torna-se cada vez mais sobrecarregando, transformando-se num dos serviços mais problemáticos do Sistema Único de Saúde. O atendimento de urgência ainda predomina nos pronto-socorros, independente de sua capacidade de atendimento, acolhendo também problemas de saúde pertinentes ao atendimento na atenção primária e/ou secundária. Diante disso, o Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias de Saúde dos Estados e municípios, implementou os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência, compostos por uma rede de assistência, compreendida por quatro componentes (rede pré-hospitalar fixa, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar), atuando por meio de centrais de regulação, capacitação de recursos humanos e completa infraestrutura. Tendo como objetivo melhorar a organização da assistência, buscando promover a universalidade do acesso, a eqüidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Por fazerem parte do componente pré-hospitalar fixo, é fundamental que a atenção primária e o Programa Saúde da Família, hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos em fase aguda pertencentes a sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência. **Objetivo:** Avaliar o atendimento desenvolvido por profissionais médicos e enfermeiros da ESF frente aos casos de urgência que podem chegar às UBASFs, mediante a análise da formação profissional, formas de atuação e dificuldades enfrentadas. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória com abordagem

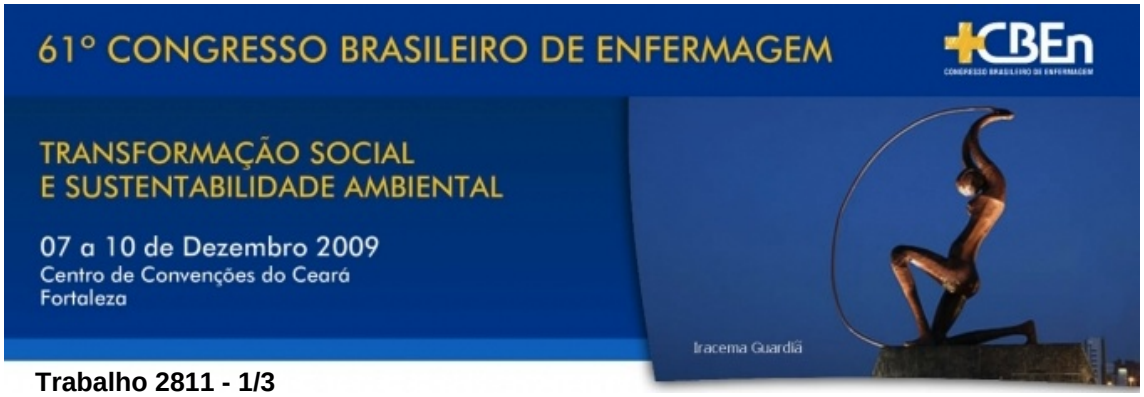
[1] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Família. Bolsista PIBIC/CNPq. fabianelimaa@yahoo.com.br.
[2] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Bolsista FUNCAP.
[3] Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.
[4] Enfermeira, Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. Doutora em Enfermagem.



predominantemente quantitativa para análise dos resultados, sendo destacada a análise de alguns aspectos de forma qualitativa. A coleta de dados ocorreu durante jun/2008 a abril/2009 com profissionais médicos e enfermeiros atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASFs) da SER II de Fortaleza - CE. Utilizou-se um questionário como instrumento de coleta de dados. O critério de escolha da população foi intencional. A partir das informações obtidas com os coordenadores das UBASFs, obteve-se 65 profissionais (38 enfermeiros e 27 médicos) e, diante das dificuldades enfrentadas para localização dos profissionais, a amostra teve de ser reduzida para 42 profissionais (32 enfermeiros e 10 médicos). Ressalta-se que os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados e que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Os dados foram analisados e, posteriormente, discutidos segundo a luz da literatura pertinente ao tema. **Resultados:** Em relação à formação profissional, observou-se que 80,95% da amostra apresentavam curso de pós-graduação. Cerca de 60% dos médicos afirmavam já ter feito algum curso, como Residência em Saúde da Família (40%), Ginecologia e Obstetrícia (10%) e Cirurgia Geral (10%). Entre os enfermeiros, 87,5% afirmavam já ter realizado, sendo os principais: Especialização em Saúde da Família (31,2%), Educação em Saúde (15,62%) e Mestrado em Saúde Pública (18,75%). Em relação à realização de cursos de capacitação, o índice de profissionais com tais cursos apresenta-se maior (95,2%). Estando a afirmativa positiva para 100% dos enfermeiros e 80% dos médicos. Os cursos mais realizados foram: Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e Treinamento Introdutório para o PSF. Já em relação aos casos de urgência que chegam à UBASF, 64,3% dos profissionais afirmaram que somente “às vezes” esses casos aparecem na UBSF e 76,2% concordaram que esses atendimentos poderiam ser realizados no local. Porém destacaram-se afirmações contrárias, como: *“este tipo de atendimento não é para ser realizado em UBASF, e sim, em níveis secundários e terciários [...] a gente aprendeu que o PSF é outra coisa, é prevenção”.* Para a realização de tais atendimentos, foram apontadas algumas dificuldades, como: deficiência de materiais (ambu, maca, máscaras, luvas, carro



de parada cardiorrespiratória,laringoscópio, entre outros) em 85,71%; Deficiência quantitativa e qualitativa dos profissionais de saúde em 78,57%; Deficiência na quantidade de medicamentos, principalmente injetáveis em 47,62%; Infra-estrutura em 40,48% e Falha na organização interna da Unidade e na relação com o serviço pré-hospitalar móvel (SAMU) em 23,8%. O último item pode ser ressaltado pela seguinte afirmação: "*o Samu demora achegar na Unidade e a demora do medico regulador para pegar informações; falta telefone para ligar pra SAMU. Só liga de orelhão (telefone publico)".* Outra dificuldade apontada, porém em número menor, foi a deficiência na educação popular, como registrado no depoimento a seguir: *"a falta de educação e pobreza da população são as maiores dificuldades" .* Foi investigado também se alguns casos, pré-selecionados de urgência, poderiam ser identificados pelos profissionais e os três casos mais e menos facilmente identificados, respectivamente, foram: crise hipertensiva (100%); Diabetes *Mellitus* (92,86%); Dengue (92,86%); Acidente Isquêmico Transitório (23,8%); Emergências oncológicas (45,24%) e Insuficiência Renal (47,62%). Diante dos casos investigados, a conduta mais prevalente foi "encaminhar para serviço secundário ou terciário" em 39,95% da amostra, sendo mais prevalente na categoria médica (57,22%).**Conclusão:** Conclui-se, portanto, que o serviço de urgência desenvolvido por profissionais da ESF ainda se desenvolve de forma precária. Essa deficiência pode estar associada à deficiência na capacitação dos profissionais de saúde; precariedade na infraestrutura das unidades; carência de profissionais e falta de insumos. Percebeu-se, ainda, que não foi citado nenhum curso referente ao atendimento de urgência e alguns casos de urgência investigados foram destacados como menos facilmente identificados pelos profissionais. Portanto, precisam-se traçar mecanismos que busquem a organização do atendimento das urgências na atenção básica de maneira a humanizar o atendimento, objetivando a melhoria da triagem de casos que seguem para serviços de atendimento de urgência no setor terciário, hoje tão sobrecarregados. **Referências:** BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF. 2001; _____. **Política nacional de atenção às urgências/** Ministério da Saúde. 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

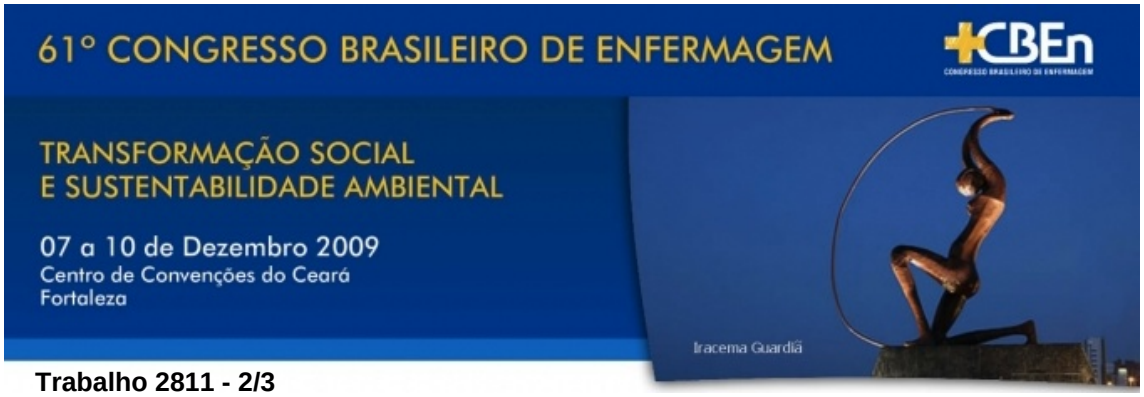


Trabalho 2811 - 1/3

O DOENTE RENAL CRÔNICO E SUAS IMPRESSÕES SOBRE A HEMODIÁLISE

Cruz, Ana Carina Brito1.1
Gomes, Emiliana Bezerra1.2
Oliveira, Cleide Correia de1.3
Silva, Leide Dayane Barbosa1.4
Andrade, Samantha Jesica Sales1.5
Santos, Willys da Silva1.6

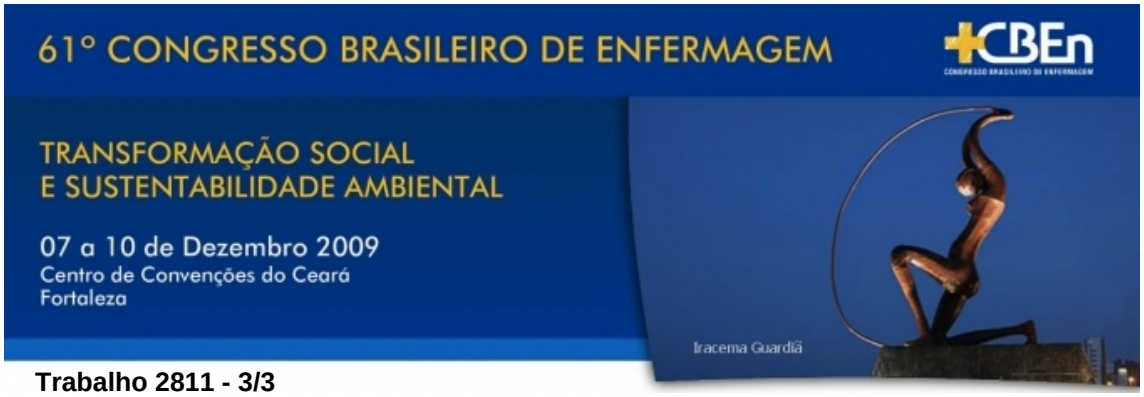
INTRODUÇÃO: A hemodiálise é um tratamento de suporte à função renal, não realiza de forma integral as funções dos rins, no entanto, proporciona o prolongamento da vida do paciente, aumentando sua expectativa de vida. Porém, as adequações a doença crônica e o tratamento, gera no indivíduo uma série de mudanças em seus hábitos e costumes, o que refletirá na sua qualidade de vida. (LIMA E GUALDA, 2001). OBJETIVO: Conhecer as impressões do paciente renal crônico sobre o tratamento hemodialítico. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo de cunho qualitativo realizado com pacientes em tratamento em uma unidade de hemodiálise da cidade do Crato-Ce. A amostra foi composta por 24 pacientes. A coleta de dados foi feita por meio de entrevista focalizada e a análise se deu por análise de conteúdos. RESULTADOS: A descoberta da doença, confirmação do diagnóstico e início do tratamento proporcionam ao paciente um alívio imediato demonstrado ao término de momentos de grande mal-estar generalizado, náuseas, vômitos, desmaios, que o paciente apresentava devido ao tempo desperdiçado com diagnósticos indefinidos e ou errôneos, tratamentos deficientes que não contribuíam para a melhoria em longo prazo do seu quadro clínico, como pode ser evidenciado nos seguintes depoimentos: *"Quando eu comecei a adoecer, eu estava já sem poder andar, quando eu me levantava e andava, eu segurava nas paredes para não cair, se não fosse a hemodiálise eu tinha morrido". (E-12).* Esses sintomas aparecem muitas vezes tardiamente e não raro provêem de complicações de outras doenças crônicas degenerativas como diabetes e hipertensão, que levam a falência renal (KUSUMOTA, RODRIGUES E MARQUES, 2004). Para muitos pacientes a hemodiálise é vista como uma nova chance de viver e alguns indivíduos relataram estarem felizes pela possibilidade de estarem vivos. A felicidade depende da forma que o paciente encontrou para conformar-se ou conviver com sua condição crônica e com um tratamento obrigatório. *"Em si o tratamento é bom, se não fosse o tratamento já tinha morrido há muito tempo. Depois desse tratamento a minha vida melhorou demais". (E- 4). "Na hemodiálise o que é chato, é que a gente tem que vir 3 vezes na semana, passar 4 horas nessa cadeira. Machuca isso, cansa demais. É a única coisa que eu reclamo". (E-20).* As falas demonstram o quanto a realização do tratamento hemodialítico é penoso e desgastante para os pacientes, pois os obrigam muitos a se deslocarem em viagens longas e "cansativas", gerando mudanças bruscas no seu estilo de vida, na realização das atividades cotidianas e familiares, contribuindo ainda mais para o seu sofrimento, sendo motivo freqüente de dificuldades de adesão e seguimento do tratamento. O fato de passar muito tempo em diálise remete a necessidade de um acolhimento e confiança na equipe de profissionais da unidade. Quando indagados sobre essas questões os pacientes demonstraram serem bem tratados e acolhidos na unidade de hemodiálise, referindo-se aos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas e outros. Dyniewicz, Zanella e Kobus (2004) afirmam que a equipe de saúde desempenha função fundamental no enfrentamento do paciente, no contexto da doença crônica, ao desenvolver



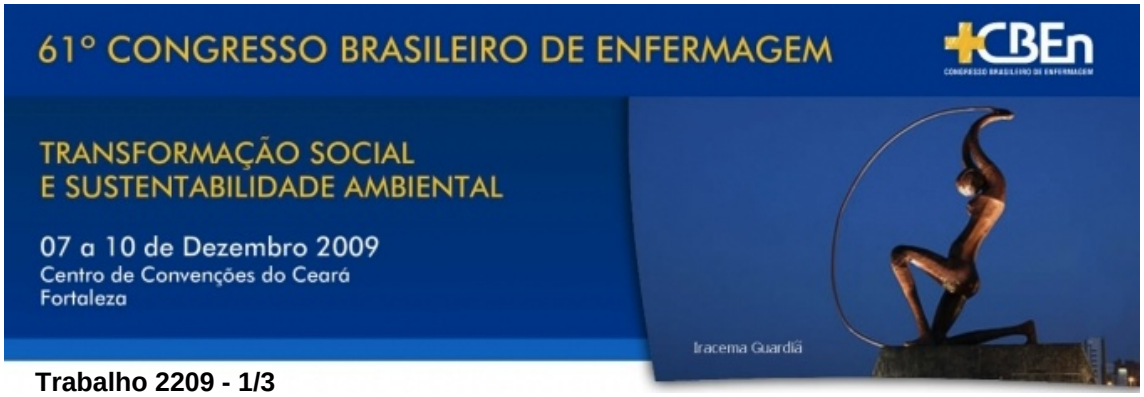
capacidade de observação, facilidade para o diálogo e capacidade de abstração com a finalidade de situar os problemas vivenciados pelo paciente e sua família dentro do contexto cultural e social no qual se encontram. Veja a seguir algumas falas: *"Eu dou tanto valor ao pessoal aqui, o pessoal trata a gente tão bem né, recebe bem. E sou muito satisfeito com o serviço aqui, satisfeito mesmo". (E-6).* Diniewicz, Zanella e Kobus (2004) afirmam que o desenvolvimento do sentimento de confiança na equipe de saúde depende do modo pelo qual as necessidades básicas do paciente foram satisfeitas nos seus primeiros dias de tratamento, pelas pessoas que lhe foram significativas. A relação entre o profissional de saúde e o indivíduo doente é, antes de tudo, uma relação interpessoal, possibilitando que durante o tempo de tratamento as histórias de ambos se cruzem, se encontrem e se complementem, buscando criar condições de mudança, visando uma melhor qualidade de vida. (LIMA E GUALDA, 2001). CONCLUSÃO: O estudo mostrou a necessidade de percebermos cada paciente como um ser singular, com uma maneira peculiar de viver a sua situação de doença. Os profissionais de saúde devem valorizar o ser humano, compreendendo as respostas dos pacientes frente as diferentes situações vivenciadas em sua trajetória de vida, respeitando a singularidade de cada um, explorando as condições de escolha e criando condições de mudança, visando buscar melhor qualidade de vida, apesar da doença e tratamento. Desta maneira, a organização do cuidado em enfermagem necessita de caminhos eficazes e técnicas seguras as quais atenuem o sofrimento do doente renal crônico, dando importância à percepção de que cada paciente tem de sua vida, saúde, doença, considerando suas sugestões para soluções de seus problemas, desenvolvendo então, um trabalho voltado ao doente e não a doença, através do estabelecimento de um vínculo que lhe transmita segurança e confiança. REFERÊNCIAS: LIMA, A. F. C; GUALDA, D. M. R. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico**. Revista Escola de Enfermagem-USP**, v.35, n.3, p.235-41, 2001. KUSUMOTA, L. RODRIGUES, R. A. P. MARQUES. Idosos com insuficiência: alterações do estado de saúde. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v.12, n. 3, p. 525-32, maio-junho, 2004. DYNIEWICZ, A. M; ZANELLA, E; KOBUS, L. S. G. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.06, n.02, 2004. LIMA, A. F. C; GUALDA, D. M. R. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico**. Revista Escola de Enfermagem-USP**, v.35, n.3, p.235-41, 2001.

Descritores: Ambiente de instituição de saúde; Acolhimento; Hemodiálise.

1.1 Enfermeira, Graduada pela Universidade Regional do Cariri – URCA
1.2Enfermeira, Especialista, Mestranda do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos (CMACCLIS) da Universidade Estadual do Ceará – UECE, Professora da Universidade Regional do Cariri – URCA.
1.4 Estudante Graduação em enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA
1.5 Estudante Graduação em enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA
1.6 Estudante Graduação em enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA



Trabalho 2811 - 3/3



Trabalho 2209 - 1/3

O FENÔMENO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS.

Aguiar , Denise Tomaz[1]

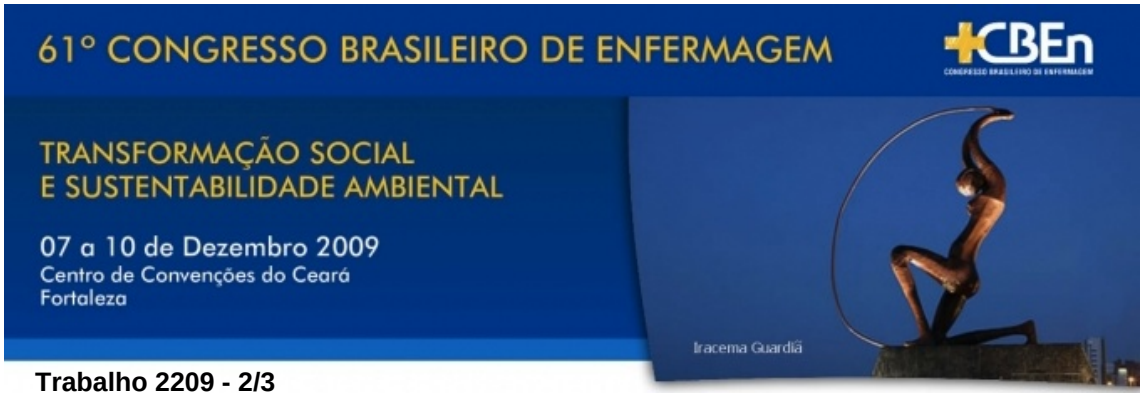
Silveira, Lia Carneiro[2]

DESCRITORES: saúde mental, saúde da mulher, puerpério, depressão pós-parto

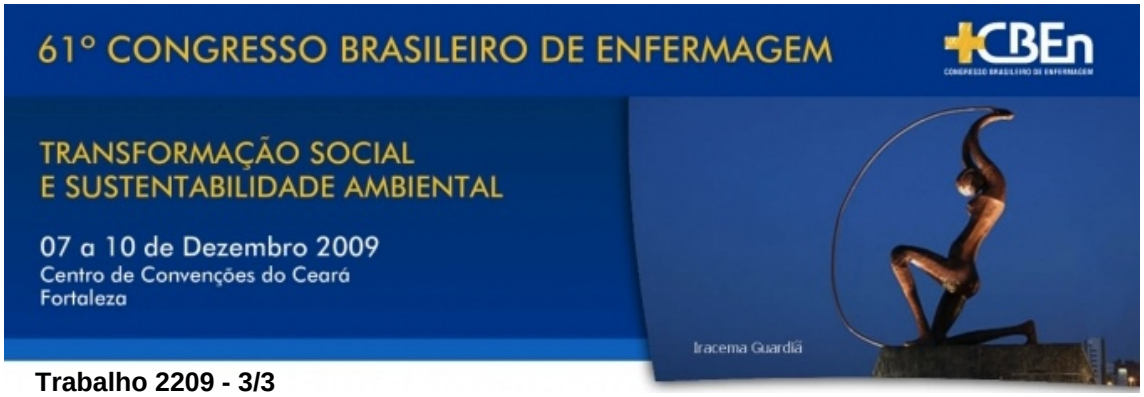
INTRODUÇÃO: A maternidade tem um aspecto enigmático seja no âmbito do relato jornalístico, na poesia, na construção mítica, ou na ciência, a experiência humana da procriação, especialmente a vertente da relação entre a mulher e seu filho, é sempre descrita como um precipitado extremo de paixões. Considera-se que as pressões modeladoras da maternidade, tanto biológicas quan[1]to culturais, sofrerão as marcas distintivas do desejo inconsciente, as quais vão caracterizar a particularidade das experiências subjetivas de cada mulher. As produções acadêmicas de diferentes áreas retratam a pluralidade de aspectos que envolvem a mulher e a maternidade (ZUCCHI, 2000). Diante disso percebemos a relevância em realizar um estudo bibliográfico na perspectiva de buscar compreender como está sendo abordada a mulher na maternidade que apresenta sintomatologias depressivas. Existe algum fator de risco para a repercussão da depressão puerperal? Qual a relação da repercussão da depressão puerperal e os fatores considerados de risco? O que se tem abordado sobre a mulher e sobre o seu filho nesse fenômeno? Existe alguma preocupação com a mulher, suas subjetividades e seu contexto de vida? O que se tem feito para a terapêutica desse sofrimento psíquico? **OBJETIVO**: Analisar o conhecimento produzido e divulgado nas bases de dados nas áreas humanas e biomédicas que tem como objeto de estudo fenômenos relacionados a depressão puerperal. **METODOLOGIA**: Estudo bibliográfico, qualitativo, acerca da depressão puerperal, nos últimos cinco anos – (2004 a 2008). Conforme Marconi e Lakatos (1999), a pesquisa bibliográfica propicia um exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, inovando com conclusões críticas. Para o desenvolvimento da pesquisa foi realizado um

[1]1 - Enfermeira, mestranda em cuidados clínicos - UECE, bolsista da FUNCAP. Email: denisetmz@yahoo.com.br

2 - Enfermeira, doutora em enfermagem (UFC), docente da UECE, docente do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde/ UECE.



levantamento dos estudos utilizando o descritor 'DEPRESSÃO PÓS-PARTO' na base de dados da livraria científica on-line (Scielo), esta se constitui em uma biblioteca eletrônica que proporciona um amplo acesso a periódicos e artigos científicos. Os dados foram analisados por meio da formulação de unidades temáticas apreendidos nos textos científicos, utilizando a técnica de análise de conteúdo, numa perspectiva crítico-reflexiva (MINAYO,2008). Foram encontrados 21 artigos que tratavam da temática, no entanto, delimitou-se alguns critérios de exclusão como: os artigos escritos em outras línguas, por conta da intenção em analisar as produções nacionais; artigos que não tenham acesso na integra; e os artigos que não tinham por objeto específico a depressão puerperal. No qual a amostra ficou em 10 artigos. Com a definição dos artigos, fez-se uma leitura exaustiva dos textos, fazendo uma síntese de cada artigo e delimitando as unidades temáticas corresponde seguindo da análise das mesmas. Encontradas: Unidade Temática 1- Interação mãe-filho, desenvolvimento da criança e a interface com a depressão pós-parto (04 artigo); Unidade Temática 2- Fatores de Risco, Fatores associados e prevalência da depressão pós-parto (04 artigos); Unidade Temática 3- Tratamento da depressão pós-parto (01 artigo); Unidade Temática 4- A depressão puerperal e a abordagem das subjetividades da mulher (01 artigos) **RESULTADOS**: Percebe-se que existe um grande enfoque no que se refere a interface do sofrimento psíquico da mãe e sua relação com o filho como também o desenvolvimento desse filho durante infância, adolescência e adulto. Com isso ressalta o predomínio, tanto das produções cientificas, das políticas públicas, dos profissionais de saúde como da família e da sociedade, com o recém-nascido no período puerperal. Existindo uma certa invisibilidade para a mãe e suas vulnerabilidades, o que pode deixar essas mães inseguras e propensas para desencadear um sofrimento psíquico. Nota-se com o estudo que o enfoque que é dado às mulheres em sofrimento psíquico remete-se em sua maioria a fatores de risco como motivo de prevalência do ocorrido. Dentre esses fatores os estudos destacaram violência doméstica, falta de apoio familiar, gravidez na adolescência, gravidez não planejada e condições socioeconômicas limitadas. Porém acredita-se que esses fatores isolados não conseguem repercutir uma depressão puerperal, mas o processo de sofrimento psíquico vai estar ancorado com o contexto histórico-cultural de vivencia dessas mulheres.



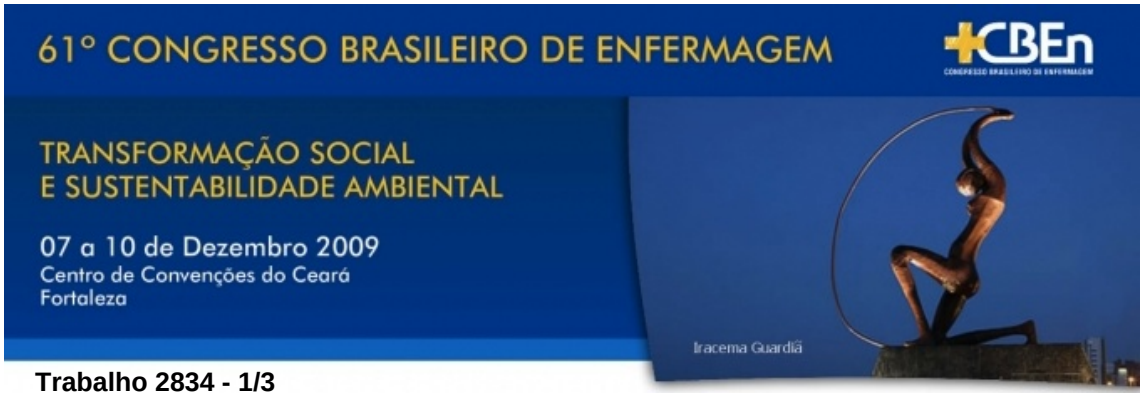
Nos artigos analisados mostra um estudo que tinha como enfoque o tratamento, neste estudo foi priorizado o uso de antidepressivos como o tratamento mais adequado. Esquecendo com isso outros enfoques terapêuticos que julga-se importante na assistência as mulheres com sintomatologia de depressão. Porém em um dos estudos analisados mostram uma abordagem com foco no sujeito e seu contexto, em busca de conhecer a mulher em depressão puerperal por meio da sua fala dando atenção ao seu contexto histórico e sua vivencia, no qual considera-se uma abordagem de uma clinica que verdadeiramente envolve o foco principal que é o sujeito com suas subjetividades, com suas vivencias e contexto histórico-cultural. **CONCLUSÃO**: Neste contexto considera-se a temática do sofrimento psíquico em mulheres com depressão puerperal inquietante, pois diante das complicações que a depressão puerperal pode acarretar para mãe, para a criança e para a família julgamos certa invisibilidade por parte das políticas públicas atuais no que se refere aos cuidados as mulheres no período pós-parto, no qual se voltam apenas para a evolução do ciclo gravídico e para o cuidado ao recém-nascido esquecendo da mulher como sujeito de direito com emoções, sentimentos, desejos e subjetividades. Considera-se ainda que os profissionais que trabalham com essas mulheres precisam re-estruturar sua visão e pratica terapêutica na busca de deixar o sujeito aparecer no processo de saúde-doença-cuidado. Precisa-se de um novo enfoque a essas mulheres na perspectiva de priorizar suas subjetividades e contexto histórico e não somente aspectos biológicos e sociais.

BIBLIOGRAFIA:

ZUCCHI, Marcia Aparecida. **Estranhas Entranhas. Psicanálise e Depressão na Gravidez.** FIOCRUZ. 2000

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: ATLAS, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2008.



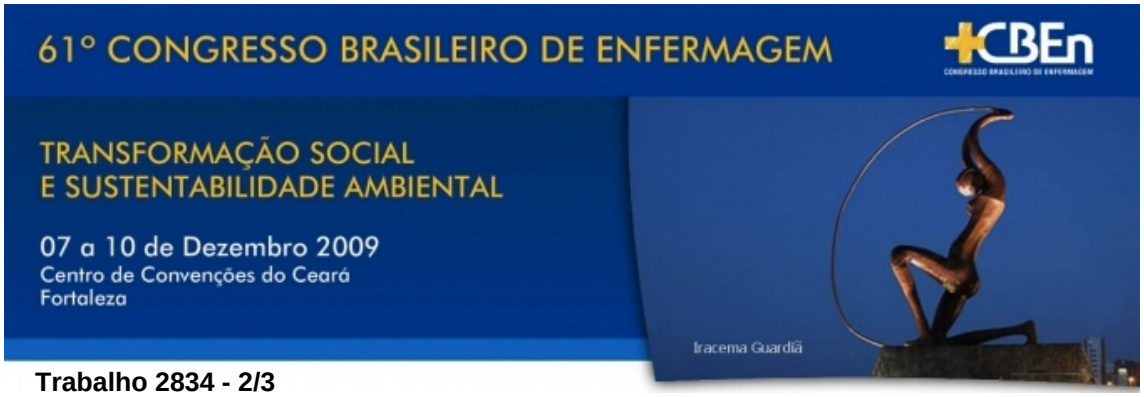
Trabalho 2834 - 1/3

O IMPACTO DA ACREDITAÇÃO NA UTI NEONATAL DO HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA

Rolim, Anapaula Arruda [1]
Rocha, Luciana Alves da [2]
Cruz, Daniela Barboza Sabóia [3]
Fiuza, Maria Luciana Teles [4]

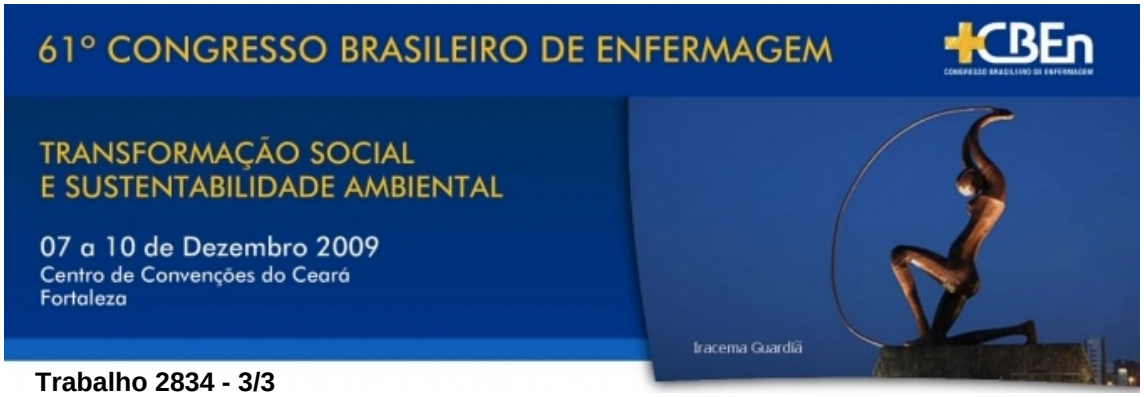
A acreditação hospitalar é entendida como um método de consenso, racionalização, ordenação das instituições hospitalares e principalmente de educação dos seus profissionais de forma permanente. Nas experiências brasileiras e internacionais, é uma ação coordenada por uma organização ou agência governamental encarregada do desenvolvimento e atualização da sua metodologia. Em seus princípios existe um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem a finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundido com procedimentos de licenciamentos e ações típicas de Estado. As principais vantagens da acreditação são: segurança para os pacientes e para os profissionais, construção de equipe e desenvolvimento contínuo levando a uma qualidade da assistência, instrumento de gerenciamento que possui critérios e objetivos concretos adaptados a realidade brasileira, seguindo um caminho de melhoria contínua. Como principais interessados pelo processo de acreditação, têm-se líderes e administradores, profissionais de saúde, organizações de saúde, sistemas compradores, governo e cidadão. Tendo em vista que a acreditação concede segurança para os pacientes e profissionais e mantém a qualidade da assistência, objetivou-se avaliar o impacto da acreditação na UTI neonatal do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara (HGWA). Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa, realizada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal do HGWA. Tal instituição representa uma unidade hospitalar que está entre as 44 instituições hospitalares com acreditação plena. É o primeiro hospital público do Ceará gerido através de uma organização social. A população do estudo foi composta de profissionais que prestam serviços aos recém-nascidos, do Serviço de Neonatologia do HGWA e que concordaram em participar através de autorização escrita. A amostra foi de 29 profissionais de

1. Enfermeira Especialista em enfermagem. Gerente de enfermagem e risco do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.Enfermeira da UTI do Instituto Dr José Frota (IJF).
2. Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Coordenadora de Enfermagem da UTI Adulto do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.
3. Enfermeira. Coordenadora do Centro de Terapia Intensiva e Pediátrica do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara
4.Enfermeira do ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, Coordenadora do Bloco Cirúrgico do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.



saúde, representando 85,3% do total, contando com a participação de 9 enfermeiras, 16 médicos, 01 fisioterapeuta, 1 fonoaudióloga, 01 nutricionista e 01 assistente social. Como instrumento de coleta foram utilizados um questionário pré-estabelecido e os relatórios oficiais do Hospital para levantamento de dados como censo hospitalar e informações sobre o histórico das visitas da acreditação hospitalar. A coleta dos dados foi realizada através de questionário, que na sua maioria foi preenchido pelo profissional na presença do entrevistador. Todos os questionários foram preenchidos de forma individual com duração entre 5 a 10 minutos, com presença do pesquisador em 86% destes. Os dados coletados foram organizados separados por grupos de perguntas e os pontos fortes e fracos relatados foram separados por categorias e subcategorias, as respostas iguais ou com o mesmo significados foram mantidas no mesmo grupo para melhor análise dos mesmos. O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética da Universidade Federal do Ceará através do protocolo número 188/09 e pelo Centro de estudo do referido hospital. Ressalta-se que foram respeitados os princípios éticos-legais da pesquisa conforme Resolução número 196/1996. A empresa credenciada que faz as visitas emite relatório onde são descritas as oportunidades de melhorias evidenciadas pelos auditores como forma do hospital ficar em crescimento contínuo, levando maior segurança e qualidade na assistência prestada ao cliente. As palavras-chaves observadas nas orientações ou exigências realizadas pela instituição credenciadora para a manutenção do nível de acreditação que podemos observar foram a necessidade de acompanhamento de desempenho dos fornecedores e gestores, o acompanhamento de não-conformidades, planejamento estratégico, realização de análise crítica dos indicadores, interação de processos institucionais, definição de escore de gravidade, descrição e implantação de protocolos, gerenciamento de risco, capacitação da equipe através de treinamento, sessões clínicas com enfoque multiprofissional e formação e atuação de comissões. Os profissionais pesquisados em sua maioria acreditam que o serviço deste hospital excelente e mesmo com falta de evidências de treinamentos pelas auditoras foi pouco citado

1. Enfermeira Especialista em enfermagem. Gerente de enfermagem e risco do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.Enfermeira da UTI do Instituto Dr José Frota (IJF).
2. Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Coordenadora de Enfermagem da UTI Adulto do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.
3. Enfermeira. Coordenadora do Centro de Terapia Intensiva e Pediátrica do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara
4.Enfermeira do ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, Coordenadora do Bloco Cirúrgico do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.



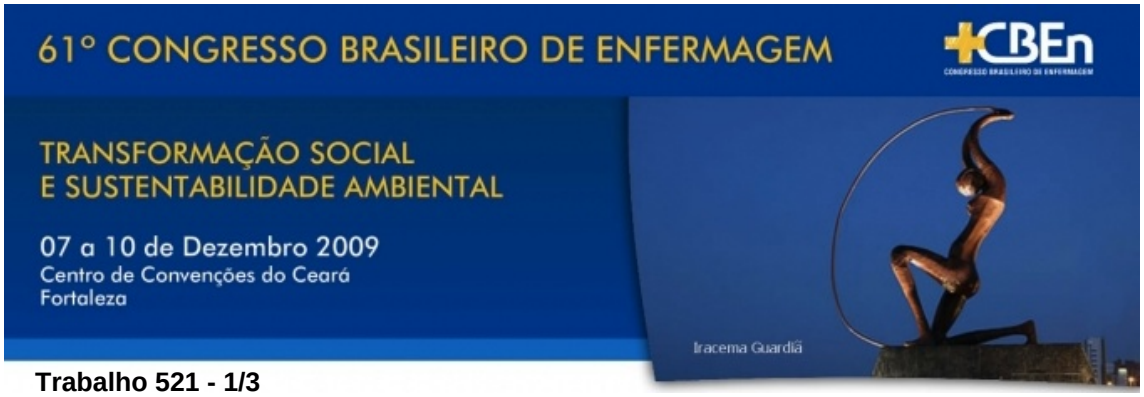
pelos questionados como ponto fraco da Instituição. A grande maioria dos questionados considera como pontos fortes, a qualificação da equipe multiprofissional, seguida do suporte de material hospitalar em relação a disponibilidade e qualidade do mesmo e a organização do serviço, que se unirmos com as qualidades e rotinas existentes tornam-se o ponto mais forte, a chave mestra da Instituição. Fatores como a falta de valorização profissional, falta de incentivos para qualificação profissional, carga horária exaustiva, dificuldade de trocas de plantão e excesso de burocracia desestimulam os profissionais a tentarem atuar na manutenção da acreditação, pois não crêem que isso trará algum beneficio profissional, independentemente das boas condições de trabalho que a certificação produz no ambiente de trabalho. Contudo, pode-se afirmar que a acreditação hospitalar é um momento de crescimento profissional e de melhorias para a instituição, mas devemos buscar um meio termo entre a cobrança da adequação do profissional as padronização da instituição e suas necessidades de crescimento e valorização.

Descritores: acreditação hospitalar; mortalidade infantil; qualidade do serviço de saúde

BIBLIOGRAFIA

1. MELLO, JMHP, GOTILEB, ASM. Análise dos registros de nascimento vivos em localidades no Sul do Brasil. Ver Saúde Pública 1997; 31:78-89.
2. TANOS, MAA, et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação do real com o preconizado. Rev. Esc. Enf. USP, v. 34, n. 4, p. 376-382, dez. 2000.
3. VARGAS, MA, et al.. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? Rev. Esc.bras. enferm., v. 60, n.3, Brasília, Mai/Jun 2007.

1. Enfermeira Especialista em enfermagem. Gerente de enfermagem e risco do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.Enfermeira da UTI do Instituto Dr José Frota (IJF).
2. Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Coordenadora de Enfermagem da UTI Adulto do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.
3. Enfermeira. Coordenadora do Centro de Terapia Intensiva e Pediátrica do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara
4.Enfermeira do ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, Coordenadora do Bloco Cirúrgico do Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara.

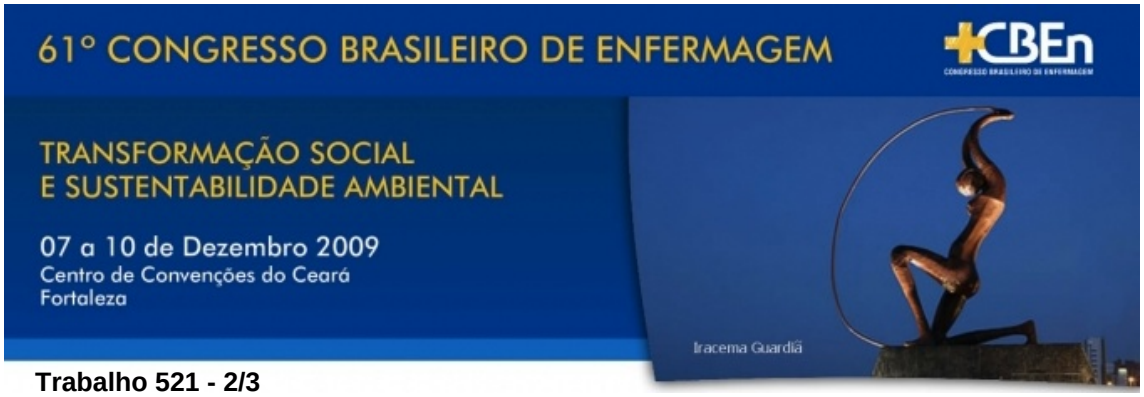


Trabalho 521 - 1/3

O IMPACTO DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA NA ESFERA PSICOSSOCIAL DO PACIENTE.

Joaquim; Fabiana Lopes [1]
Rembold; Simone Martins [2]

A insuficiência renal crônica (IRC) tem sido vista como um grave problema de saúde pública, sendo considerada uma epidemia devido ao seu crescimento alarmante. De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, estima-se atualmente que mais de dois milhões de brasileiros apresentem algum grau de disfunção renal, e os principais fatores de risco para seu desenvolvimento são a diabetes mellitus, hipertensão arterial, envelhecimento e história familiar de doença renal crônica. Porém, independente da causa da IRC, a presença de obesidade, dislipidemia e tabagismo, tendem a acelerar a progressão da doença, resultando na necessidade de iniciar a Terapia Renal Substitutiva (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2007). Conhecer a forma como os portadores de IRC percebem a sua própria vida perante a doença pode auxiliar na tomada de decisão sobre as condutas a serem implementadas visando uma melhor qualidade de vida, conforme revela Saupe e Broca (2004, p.105). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida se refere a como o indivíduo percebe a sua própria vida no contexto cultural, seus valores, perspectivas, objetivos, preocupações e padrões. Considerando que a IRC pode afetar a qualidade de vida dos pacientes, na medida em que altera suas relações sociais e familiares, além de hábitos alimentares, auto-estima e auto-imagem, o *objetivo* deste estudo é realizar o levantamento do impacto da insuficiência renal crônica nos aspectos psicossociais dos pacientes portadores de IRC. Trata-se de uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa, com a finalidade de identificar o impacto da Insuficiência Renal Crônica (IRC) na esfera psicossocial do paciente. Os resultados revelam aspectos considerados negativos relacionados à vida após a doença como: o convívio social, devido às restrições ocasionadas pela doença; restrições na dieta; a limitação ou suspensão do trabalho devido às sessões de diálise; as limitações fisiológicas como fadiga, prurido, hipotensão; os sentimentos de raiva, desesperança e negação comuns à não aceitação da doença; perdas familiares ocasionadas devido às alterações no convívio familiar que podem estar ligadas a limitação ou suspensão do trabalho, já relatada acima.



Os pacientes que apresentam uma atividade laboral têm sua rotina alterada, refletindo na redução da sua renda, o que pode em alguns casos gerar o abandono do familiar com a doença; sentimentos de dependência da equipe de saúde e dos familiares; sentimento de culpa por não possuir alto controle em seguir corretamente as orientações terapêuticas; e sentimentos de depressão devido à doença ser incurável que remete à dependência de um tratamento sem duração prevista, além do fato de ser doloroso e alterar a vida dos familiares e do paciente em questão (MEIRELES; GOES; DIAS, 2004, p.171-175). Concluímos que mesmo diante dos resultados apresentados pelos portadores de Insuficiência Renal Crônica, há aspectos considerados positivos no processo de vida destes pacientes que são o fortalecimento dos laços afetivos, sendo este de extrema importância para que os pacientes aceitem melhor a doença e tenham maior adesão ao tratamento, e o sentimento de solidariedade e aceitação comum aos pacientes que recebem apoio da sua rede social.

Descritores: impacto psicossocial; insuficiência renal crônica; qualidade de vida.

---

[1]Acadêmica de enfermagem do 8° período do Curso de Graduação e Licenciatura da EEAAC/UFF. E-mail da relatora: fabykim_enf@yahoo.com.br
[2]Professora Assistente da Universidade Federal Fluminense, Mestre em enfermagem.

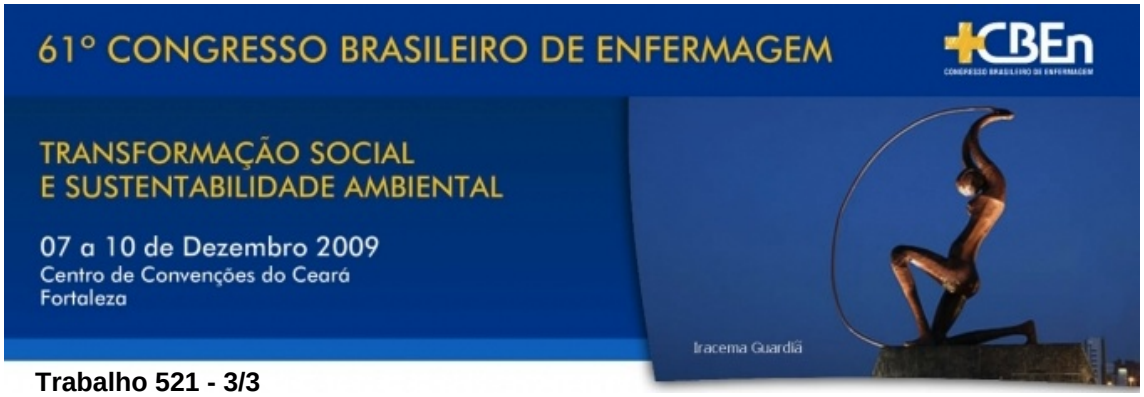
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DAUGIRDAS, John T; ING, Todd S. *Manual de diálise*. 2. ed. MEDSI, 1996.

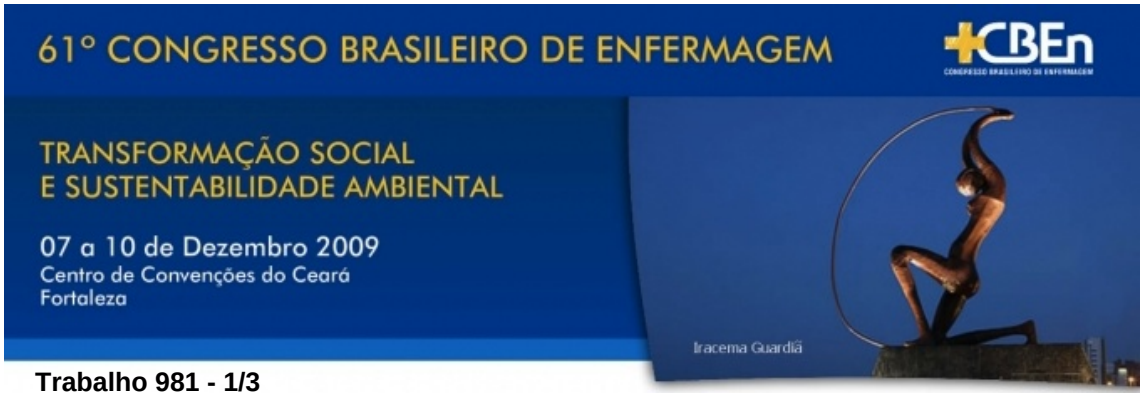
GRUPO MULTISETORIAL DE DOENÇA RENAL CRÔNICA: SBN, SOBEN, ABCDT, ASSOCIAÇÕES DE PACIENTES RENAIS CRÔNICOS. *Perfil da Doença Renal Crônica –*
O Desafio Brasileiro de 2007. Disponível em: < http:// www.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/programas/0007/Doenca_Renal_Cronica.pdf >. Acesso em: 25 mai. 2009.

MEIRELES, Viviani Camboin; GOES Herbert Leopoldo de Freitas Goes; DIAS Terezinha Alves. *Vivências do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico: subsídios para o profissional enfermeiro*. Ver Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v.3, n.2, p.169-178, mai/ago.2004.

MINAYO, M. C. S.(Org.).*Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.



SAUPE, Rosita; BROCA Graziela Stoffel. *Indicadores de Qualidade de Vida como tendência atual de cuidado a pessoas em hemodiálise*. Ver Texto Contexto Enferm. 2004 Jan-Mar; 13(1): 100-6.

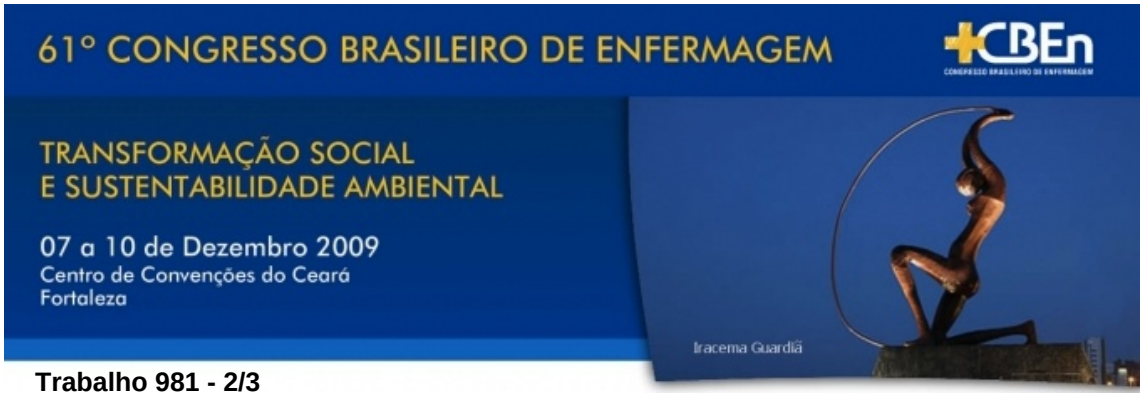


O REGISTRO E AS EVOLUÇÕES – CONTRA PONTO COM A EDUCAÇÃO CONTINUADA: UMA ESTRATÉGIA EM SERVIÇO.

Barcelos, Isabel Cristina Ribeiro Regazzi[1]
Costa, Ana Luiza Perez[2]
Esteves, Maria Caroline Pimentel[2]

RESUMO

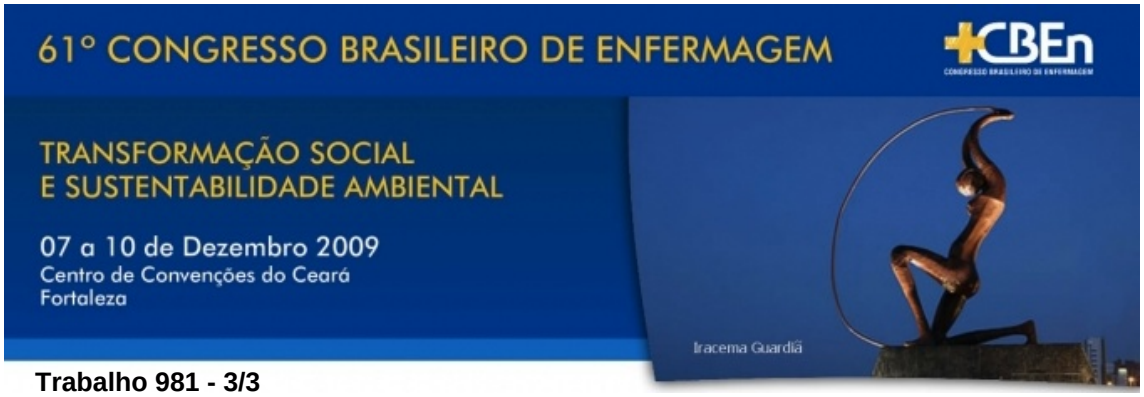
Este relato de experiência vem contribuir para o campo da atenção em enfermagem em psiquiatria a partir do cenário do serviço de saúde mental asilar no que se refere aos registros realizados pela equipe técnica. Segundo VASCONCELLOS, Atualmente o registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, isto é a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho. Objetivamos levantar os registros e evoluções da equipe no prontuário dos moradores da instituição, tendo em vista a legalidade e interface com as políticas de saúde e o ambiente de trabalho que assegure uma qualidade nos prontuários e a qualidade da assistência. Segundo o PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares é preconizado que um prontuário excelente deve conter as seguintes especificações: “Prontuário único, organizado, em dia, legível, com registro de anamnese, com no mínimo três evoluções e 2 prescrições médicas semanais, assinadas e carimbadas, e evolução (individual e/ou grupal) de outras categorias profissionais, no mínimo semanal, assinadas e carimbadas, de modo a assegurar evolução diária dos pacientes, com Comissão de Prontuário estruturada”. Para este levantamento utilizamos a estratégia da educação continuada, com temas referentes à saúde mental, políticas publicas em saúde mental e organização de serviço de saúde mental e psiquiatria, além da busca a prontuários aleatoriamente no mês de junho de 2009, com o foco nos registros realizados pela equipe de saúde entre 2008 e 2009. Metodologicamente realizamos inicialmente um aprofundamento bibliográfico, utilizando artigos publicados a partir do ano de 2001, no banco de dados do Scielo, uma biblioteca eletrônica que publica uma coleção seleta de revistas cientificas brasileiras, desenvolvida pela Fundação de



Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em pareceria com a BIREME – Centro de informações em saúde Latino Americana e Caribense e posteriormente análise de campo concomitante. Os resultados levantados à cerca das evoluções e registros da equipe técnica composta por Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Psicólogos, Assistentes Sociais, Clínicos Gerais e Psiquiatras, Nutricionistas, Cuidadores, permitiu identificar três fatores relevantes: a) freqüência temporal (diária/semanal/mensal) das evoluções realizadas por cada categoria da equipe; b) O diagnóstico em alguns prontuários não foi possível localizar, e algumas prescrições com data desatualizada temporalmente; c) Informações alocadas em espaços incorretos como dados de entrada e ordem cronológica incoerente. A partir destes dados levantados o grupo de alunos sob orientação docente e coordenação de enfermagem do serviço promoveram reflexões importantes junto à equipe utilizando a estratégia da educação continuada que é definido por SILVA (1989) como “conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento ao funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivamente e eficazmente em sua vida institucional”, junto à equipe como forma de estimular a manutenção da qualidade dos prontuários, tendo em vista a importância de manter os padrões de qualidade de cuidado de enfermagem no manejo de recursos não renováveis, assim como o prontuário, o registro é um serviço imprescindível ao hospital e o prontuário completo é um direito do usuário.

Referências Bibliográficas: 1. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), Versão Hospitais Psiquiátricos, 2003.
2. SILVA, M. J.; PEREIRA, L. L.; BENKO, M. A. Educação Continuada : estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem., São Paulo: Marques Saraiva/ EDUSP, 1989.
3. VASCONCELLOS, M.M.; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

Palavras Chave: Prontuário; Educação continuada; Enfermagem.

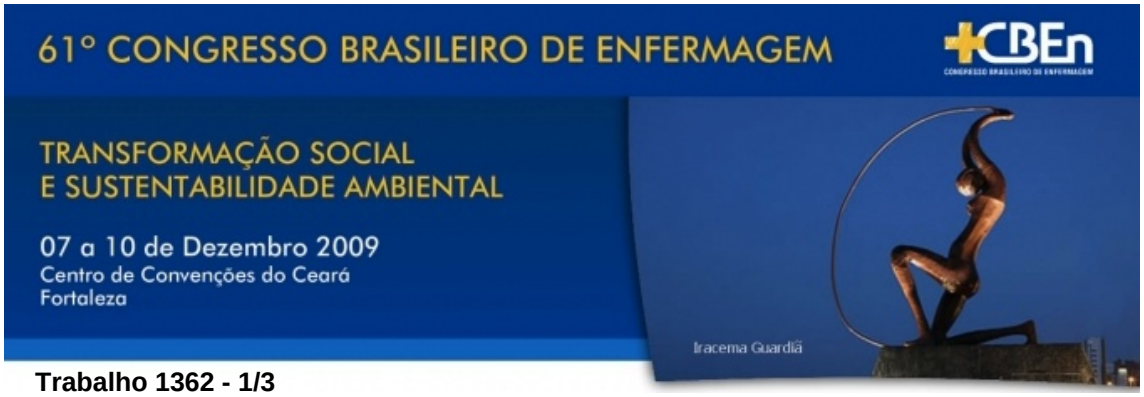


Trabalho 981 - 3/3

[1]Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, responsável dela disciplina de Enfermagem na Atenção em Psiquiatria da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

[2]Graduandas do quinto período de Enfermagem. Alunas da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

ana.luiza.perez@hotmail.com



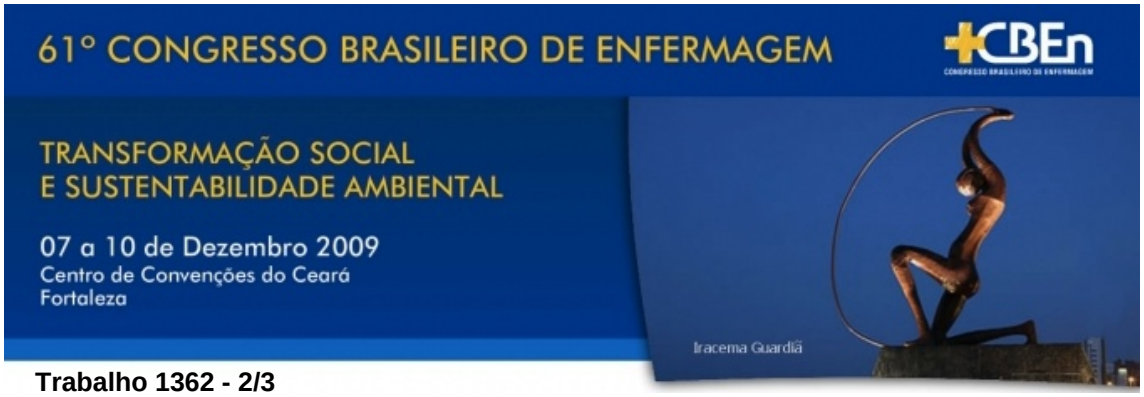
Trabalho 1362 - 1/3

PANORAMA DA ATENÇÃO HOSPITALAR AO NEONATO NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ – MATO GROSSO

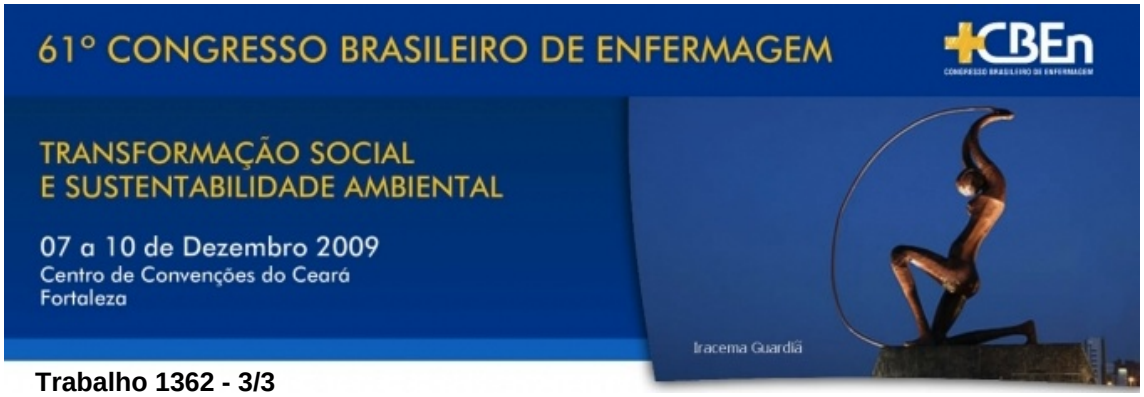
Gaíva, Maria Aparecida Munhoz [1]
Rosa, Michelly Kim de Oliveira [2]

Introdução: O período neonatal é uma etapa crítica a ser enfrentada pelo neonato. Para alguns recém-nascidos esse processo transcorre de forma natural, com necessidade mínima de assistência médica; enquanto, para outros, a sobrevivência requer intervenções mais complexas e ambientes assistenciais diferenciados (AVERY, FLETCHER, MACDONALD, 1999). À medida que a medicina continua a desenvolver tecnologias para a manutenção da vida, muitos recém-nascidos de alto risco, que no passado teriam morrido algumas horas ou dias após o nascimento, hoje sobrevivem. O aumento na sobrevida neonatal está relacionado, além de outros fatores, a uma assistência hospitalar estruturada, de qualidade e acessível à população. **Objetivo:** Caracterizar o perfil das instituições que prestam assistência hospitalar ao neonato no município de Cuiabá-MT, através da identificação, descrição e distribuição geográfica desses serviços. **Metodologia:** Estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa. Dos 13 hospitais que prestam assistência ao recém-nascido no município, 12 (92,3%) participaram da pesquisa. Foram incluídas as instituições que possuíam unidades/serviços de atendimento ao recém-nascido no processo de nascimento, ou seja, com sala de recepção do recém-nascido, serviços que tinham leitos de alojamento conjunto para atender aos neonatos de baixo risco e instituições com leitos de UTI Neonatal (UTIN) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN). Os dados foram coletados através de um questionário e a análise das informações foram realizadas utilizando o Programa Epi-info 2000, através de estatística descritiva, com cálculo de proporções e

[1] Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem /UFMT. Membro do Grupo de Pesquisa Argos. Email- mamgaíva@yahoo.com.br
[2] Enfermeira. Mestre em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem/UFMT. Membro do Grupo de Pesquisa Argos. Supervisora técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.
* O estudo é parte da Dissertação de mestrado intitulada: Avaliação estrutural da atenção hospitalar ao neonato no município de Cuiabá – MT (ROSA, 2008).



médias. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, conforme as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos, sob o número de protocolo 478/CEP-HUJM/08. **Resultados:** A maior parte (58,30%) dos hospitais se localizava na região Oeste da capital, além de não existir nenhum serviço hospitalar neonatal na região Norte. Das 12 instituições pesquisadas, 11 (91,66%) eram hospitais gerais e apenas um (8,3%) se classificava como hospital materno-infantil, sendo que a maioria era de médio porte e de fonte privada e não conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Verificou-se que 11 (91,6%) hospitais têm sala de parto e alojamento conjunto, enquanto sete (58,3%) possuem UTIN, e dois (16,6%) hospitais apresentam UCIN. No município há sete UTIN, sendo que 100% (2) dos hospitais públicos têm esse serviço especializado. Dentre os hospitais privados conveniados e não conveniados ao SUS, apenas 50,0% (3) possuem UTIN; entretanto, as UCIN se encontravam instaladas apenas nos hospitais privados conveniados ao SUS. Encontrou-se 257 leitos neonatais, distribuídos em diferentes ambientes de atenção neonatal. Desse total, 41 leitos estavam em hospitais públicos, 106, em serviços privados não conveniados ao SUS e 110 leitos neonatais em instituições privadas conveniadas ao SUS. **Discussão:** Nem todas as regionais de saúde da capital dispõem de hospitais que assistem ao recém-nascido, fator que dificulta o acesso geográfico aos serviços. Sabe-se que os problemas de planejamento urbano influenciam a disponibilidade de leitos, apresentando hospitais localizados geralmente na área central das cidades, dificultando cada vez mais o acesso geográfico a eles. Além disso, parcela importante dos hospitais brasileiros oferece leitos de baixa capacidade resolutiva, frente ao padrão de financiamento da saúde, que não tem proposta adequada para aprimorar este subatendimento (VECINA NETO; MALIK, 2007). Ao se comparar o número de leitos de todas as instituições (13) que prestam atendimento ao recém-nascido do município, pode-se afirmar que apenas 41 (15,4%) leitos são públicos. Isto demonstra que o serviço público utiliza uma boa parte de serviços conveniados para atender mulheres em trabalho de parto e oferecer assistência neonatal hospitalar. **Conclusões:** Apesar do progresso tecnológico e do crescimento da atenção neonatal no Brasil, ainda encontra-se regiões com pouco ou nenhum serviço

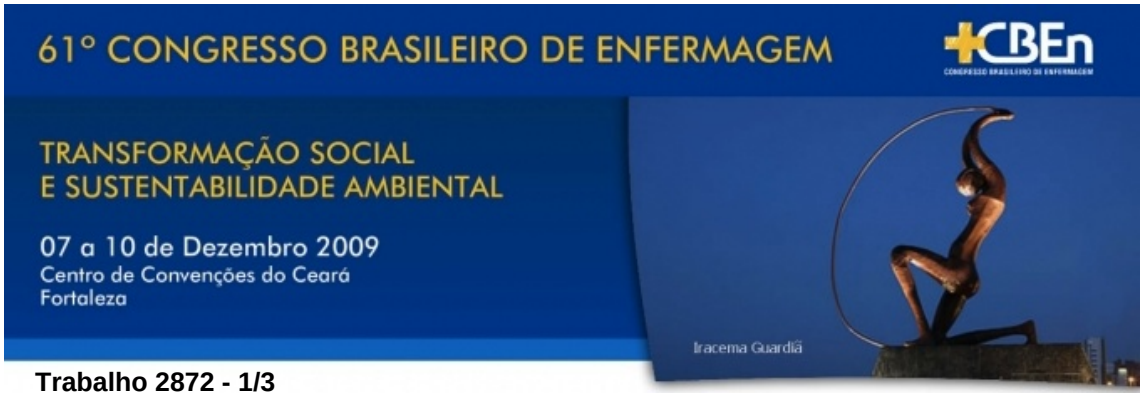


hospitalar neonatal. Muitas maternidades e UTIN são construídas nas cidades brasileiras, mas o aumento de leitos não é sinônimo de uma assistência equânime e de qualidade. A adequação de leitos neonatais aos recém-nascidos de uma determinada região, somada a serviços hospitalares acessíveis e que atendem às necessidades do neonato/família, contribuem para uma assistência mais integral.

Bibliografia:

1. AVERY, G. B.; FLETCHER, M. A.; MACDONALD, M. G. **Neonatologia**: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
2. VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, jul./ago. 2007.

Palavras-chave: Qualidade da assistência à saúde; Avaliação em saúde; Assistência ao recém-nascido.



Trabalho 2872 - 1/3

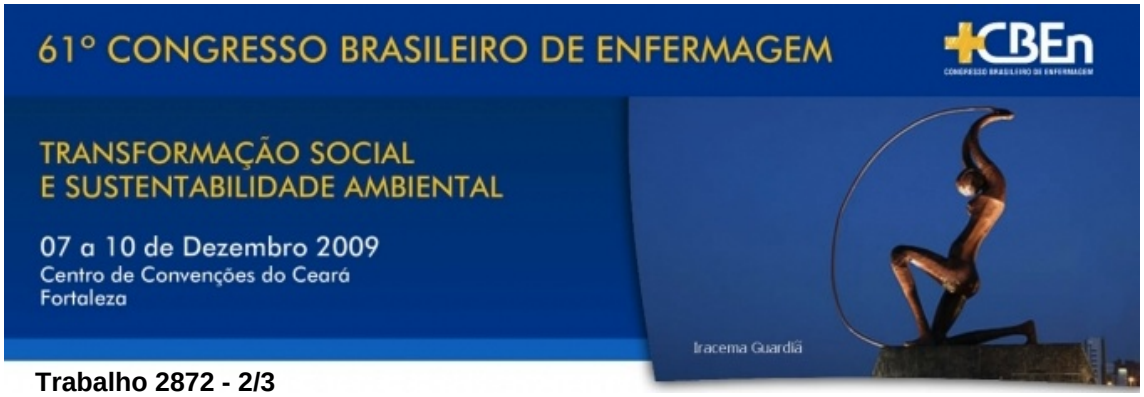
PARTO NORMAL OU CESÁREA? A TOMADA DE DECISÃO NA VOZ DAS MULHERES[1]

NUNES, Isa Maria[2]
FREIRE, Nara Camões[3]

Introdução: Em diversos países do mundo, inclusive no Brasil, as taxas de parto cesáreo são consideradas muito elevadas. Além deste importante indicador da assistência obstétrica, há evidências de excessiva medicalização e de abuso de procedimentos invasivos, falta de preparo de profissionais para o parto normal, cesáreas por indicações questionáveis e diminuição da autonomia da mulher na escolha da via de parto e sua evolução. A banalização do parto cirúrgico traz riscos adicionais tanto para a saúde do recém-nascido quanto da mãe e contribui para alimentar a passividade e imagem de incapacidade e falta de domínio sobre o próprio corpo. Em vista disso, ações voltadas ao incentivo do parto normal, e a valorização da mulher como ser ativo no parto têm sido observadas no âmbito local e nacional e incorporadas nas políticas de saúde. Visando contribuir para dar mais visibilidade a essa questão em nossa cidade, o **objetivo** desse estudo foi descrever o processo de tomada de decisão das mulheres sobre a via de parto. **Metodologia**: O estudo foi do tipo qualitativo, de natureza exploratória e descritiva. A pesquisa foi desenvolvida com mulheres que deram a luz entre 2006 e 2008, em maternidades da rede suplementar e particular da cidade de Salvador. Para a coleta dos dados foi aplicada entrevista individual, orientada por um roteiro semi-estruturado contendo questões dirigidas aos objetivos da pesquisa. As depoentes foram convidadas a participar do estudo mediante a técnica da bola de neve e a análise dos dados realizada com base nos procedimentos do Discurso de Sujeito Coletivo. Após análise do material verbal obtido com a entrevista de 12 mulheres, foram construídos seis discursos no sentido de conhecer o processo de tomada de decisão sobre a via de parto na última gestação. O perfil sócio-demográfico e as características clínica- obstétricas das mulheres foram cruzadas

[1] Resumo extraído de relatório de pesquisa desenvolvida como Trabalho de Conclusão de Curso.

[2] Enfermeira Obstétrica, Doutora em Enfermagem, Docente da EEUFBA, Coordenadora do Projeto de Extensão do Espaço de Parto Alternativo -EPA. Pesquisadora do GEM. Contato: isam@ufba.br.
[3] Enfermeira egressa da EEUFBA, voluntária do Projeto de Extensão EPA.

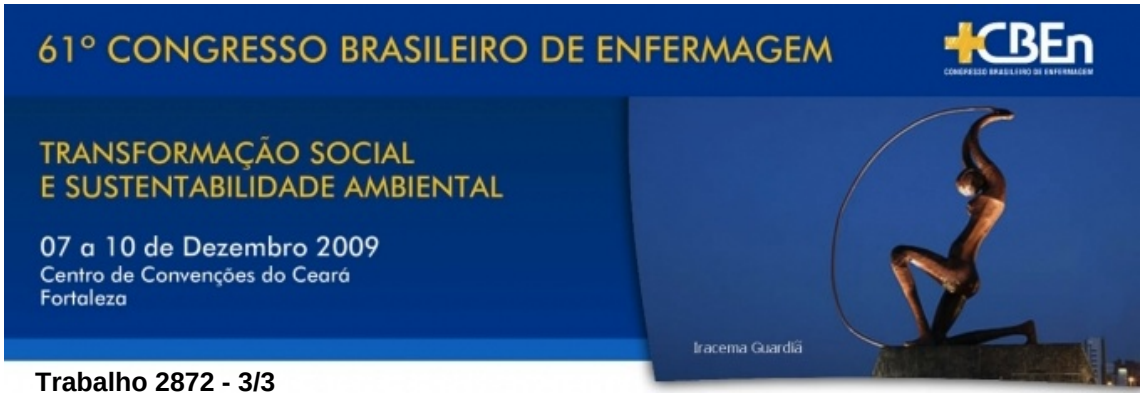


e analisadas através do programa EPI-INFO versão 6.01. A pesquisa foi realizada seguindo às determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas e diretrizes para a pesquisa envolvendo seres humanos. **Resultados**: Os resultados obtidos revelaram que, no grupo estudado, a opção pela via de parto ocorreu de diferentes formas: delineada antes da gravidez, construída ao longo da gravidez, ou simplesmente não ser claramente definida ate o final da gestação. Considerando que a maior parte das depoentes tinha nível superior completo e todas as mulheres entrevistadas exerciam atividades extradomiciliares, a decisão, para algumas delas, sofreu interferência da necessidade de programação da data do parto e do planejamento da licença maternidade. Para outras, a escolha da via de parto foi influenciada pelas falas de mulheres próximas, por experiências prévias, pelo acesso as informações, o medo de enfrentar algo desconhecido (principalmente o medo da dor), ou pela personalidade e natureza feminina. **Conclusão**: A pesquisa revelou que a escolha da via de parto pode ser construída de maneiras diversas, está vinculada a concepção do casal e dos familiares sobre saúde: dor no parto, parto normal, cesárea, riscos e outros aspectos. Sofre influência também das informações recebidas de cursos e publicações em geral e da relação estabelecida com o médico pré - natalista. Conclui-se ser necessário trabalhar em busca da melhoria da qualidade do pré-natal, preparando a mulher tanto fisicamente quando emocionalmente para o parto natural e resgatando o seu papel ativo nesse processo, para que ela tenha condições e recursos, para a tomada de decisão consciente, independente do ambiente onde sejam prestados os cuidados pré-natais.

Descritores: Parto normal. Cesárea. Decisão. Enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

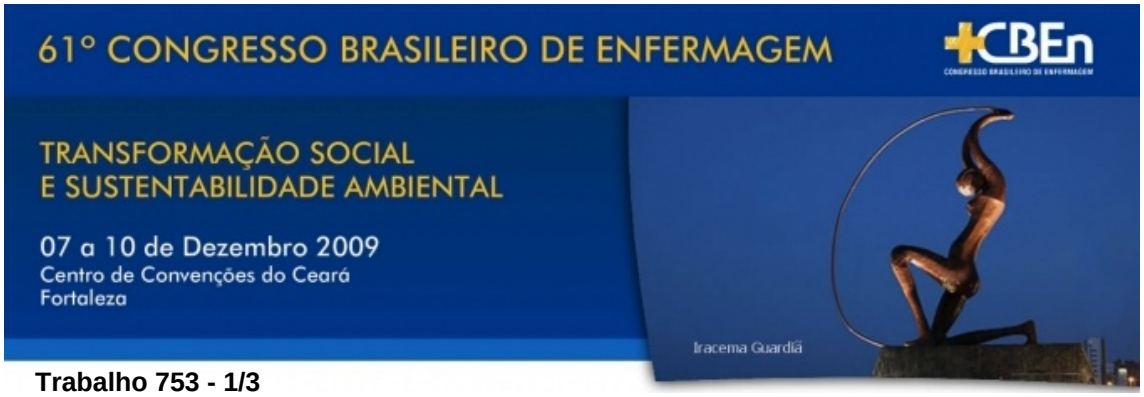


DINIZ, C.S.G. e DUARTE, A.C. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. Ed. Unesp. São Paulo, 2004.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **Discurso do Sujeito Coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). 1 ed. Caixias do Sul: EDUCS, 2005.

NOGUEIRA, A.; LESSA, C. **As mulheres contam o parto**. São Paulo. Ed. Itália Nova: 2003.

NUNES, I.M.; MOURA, M.A.V. A atenção ao parto como espaço de poder. **Acta Paul. Enf**., São Paulo, v.17, n.3, p.340-6, 2004.



Trabalho 753 - 1/3

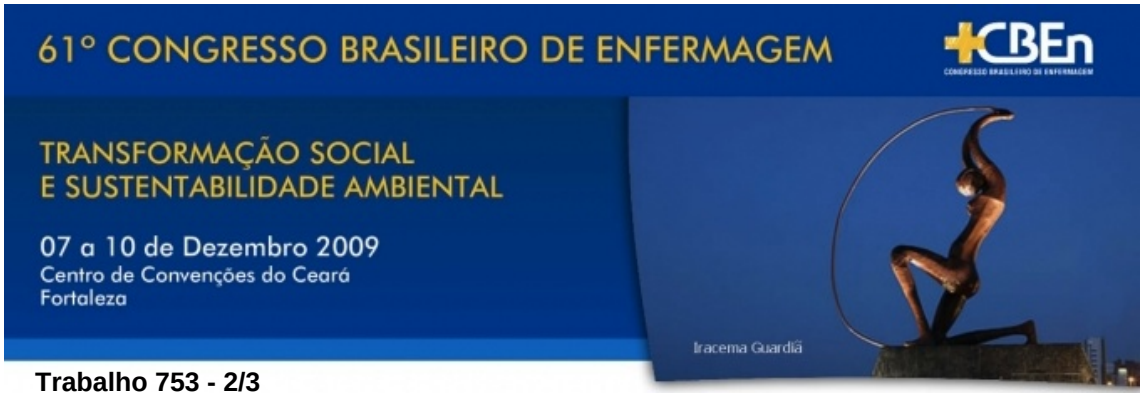
PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA-CE

ALVES, Priscila de Jesus dos Santos[1]
PEREIRA, Dayse Christina Rodrigues[2]
VIANA, Maria Magdalena Vieira[3]
MARINHO, Niciane Bandeira Pessoa[4]
SILVA, Maria Josefina da[5]
DAMASCENO, Marta Maria Coelho[6]

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado uma epidemia mundial, definida como um grupo de doenças metabólicas, com etiologia múltipla, em conseqüência da deficiência na produção de insulina ou pela incapacidade desta de exercer de forma satisfatória seus efeitos. Caracteriza-se pela hiperglicemia crônica, distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), havia no mundo cerca de 177 milhões de portadores de DM no ano 2000. Em 2025, estima-se que este número seja de 350 milhões de pessoas. Percebe-se que o número de pessoas portadoras de DM cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e que nessas nações, a doença se manifesta mais cedo, frequentemente, entre 35 a 64 anos. As consequências dessa doença não só reduzem a qualidade de vida de seus portadores e de suas famílias, mas também abreviam a expectativa de vida. Estima-se que, para o portador de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), ocorra uma redução em cerca de 15 anos e que, para os portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), esse valor seja reduzido em 5 a 7 anos, em média.

1Graduanda de Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará-Bolsista PIBIC-CNPq; e-mail: prisciladjs@yahoo.com.br
2 Graduanda de Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará-Bolsista CNPq
3 Graduanda de Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará-Bolsista PIBIC-CNPq
4 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; bolsista FUNCAP
5 Doutora em Enfermagem, Docente da pela Universidade Federal do Ceará
6 Doutora em Enfermagem, Docente da pela Universidade Federal do Ceará



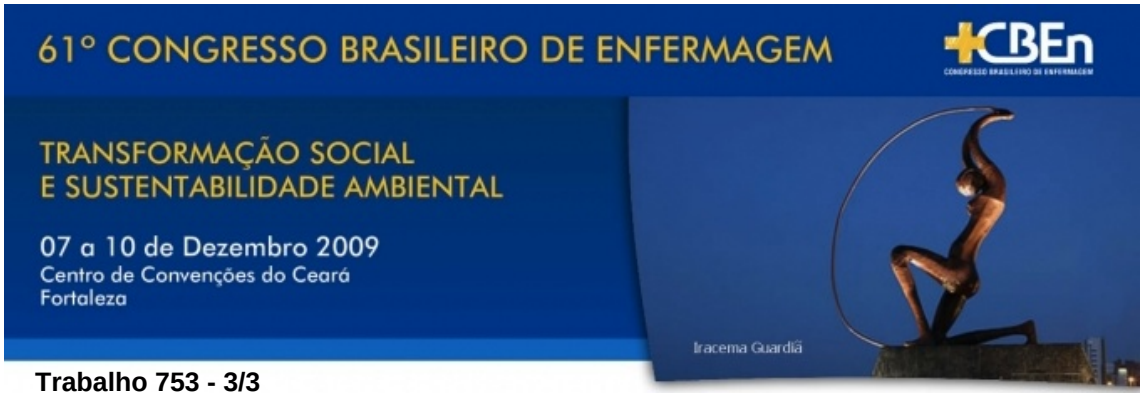
No Brasil, estima-se que atualmente existam aproximadamente seis milhões de diabéticos e em números crescentes, com projeções de alcançar em 2010 cerca de 10 milhões de portadores. A estimativa é que nos próximos dez anos haja um acréscimo de 82% de mortes em decorrência do diabetes. No país, o diabetes, em parceria com a Hipertensão Arterial Sistêmica responde pela principal causa de mortalidade, institucionalização, e amputações cirúrgicas de membros. Cerca de 62% dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica que são submetidos à diálise tem como diagnóstico primário o Diabetes. Diante de tão aterrorizante cenário, na tentativa de reduzir esses índices, inovou-se a forma de trabalho através de práticas gerenciais e sanitárias, atendendo a uma clientela centrada em territórios delimitados, através da Estratégia Saúde da Família (ESF). As atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe do ESF têm forte influência não apenas no controle e na manutenção da saúde, mas também na redução das hospitalizações. Como integrante do Projeto Ações Integradas na Prevenção e Controle do Diabetes mellitus tipo 2, da Universidade Federal do Ceará, emerge o interesse em caracterizar os portadores de DM2 de Fortaleza, seus aspectos sócio-demográficos, para um melhor direcionamento das ações de promoção da saúde, a fim de otimizar a terapêutica da doença e reduzir possíveis agravos.

OBJETIVO

Traçar o perfil dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, não insulinodependentes, usuários da atenção básica da cidade de Fortaleza -CE.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, realizado em sete serviços de atenção básica na cidade de Fortaleza, com portadores de DM2, de ambos os sexos, em uso de hipoglicemiantes orais para controle da doença, atendidos nesses serviços, no período de abril a julho de 2009. Foram entrevistados 255 pacientes. Critérios de inclusão: pacientes não insulinodependentes, com no mínimo seis meses em uso de hipoglicemiantes; pacientes responsáveis pela administração de sua própria medicação e os que estavam em plenas condições de responder o questionário. Os clientes foram convidados a participar da pesquisa enquanto aguardavam a consulta ou o recebimento da medicação, na fila da farmácia. Mediante o desejo



de participar do estudo, era feita uma entrevista estruturada, na qual eram abordados os aspectos socioeconômicos e clínicos dos pacientes.

RESULTADOS

A análise dos dados mostrou que 69,8% dos participantes eram mulheres; a raça predominante foi a branca, compondo 48,4% da amostra; a maioria, 39,3%, estudou apenas o primário incompleto; 81,2% possuíam residência própria; 45,8% moravam com companheiro(a) e filhos/netos e desses, 49,0% eram aposentados; em 47,3% dos casos, a aposentadoria era a principal fonte de renda da família; a classe econômica mais prevalente, 48,2%, foi a classe D; a religião predominante, 68,6%, foi a católica; 82,3% não participavam de grupos sociais; aproximadamente 88,2% negaram etilismo e 85,0% negaram ser fumantes; uma porcentagem significativa, 39,0%, foi classificada como sobrepeso; 52,2% não praticavam atividade física; e 44,6% referiram ir à Unidade de Saúde uma vez por mês.

CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho poderão ser úteis no desenvolvimento de estratégias de educação em saúde nas unidades de cuidado primário, por proporcionar um melhor direcionamento à população acometida, por meio da caracterização realizada.

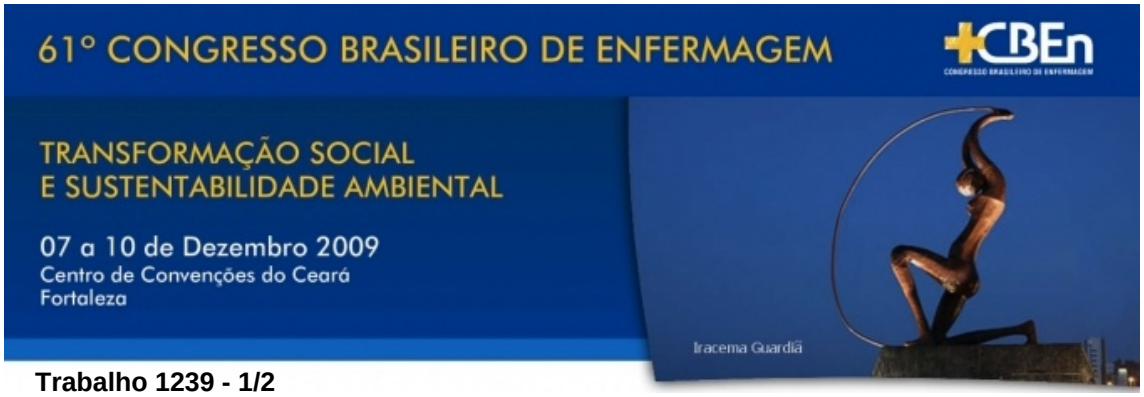
DESCRITORES: Diabetes mellitus, Atenção Primária à Saúde, Vigilância epidemiológica, Cuidados de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. B.; SANTOS, I; CAVALETI, M. A.; COSTA, J. S. D.; BÉRIA, J. U. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário de Pelotas. Rio Grande do Sul**. Rev. Saúde Pública,** v. 33, n. 1, 1999.

MARLERBI, D. A.; FRANCO, L. J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. **Diabetes Care,** v. 15, 1992.

RODRIGUES, T. C.; LIMA, M. H. M.; NOZAWA, M. R. O controle do diabetes mellitus em usuários de unidade básica de saúde, campinas, SP. **Ciência, Cuidado e Saúde Maringá**, v. 5, n. 1, jan./abr. 2006.



Trabalho 1239 - 1/2

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA CLIENTE COM PIODERMITE POR *STAPHILOCOCUS*: ESTUDO DE CASO

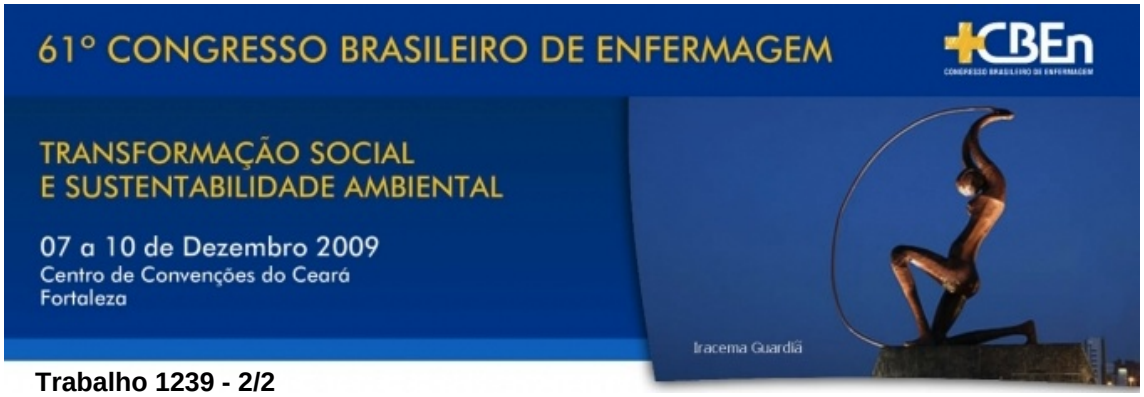
SILVA, Ciro Carlos da*

BORGES, Willer Francisco*

ROSSI, Vilma Elenice Contatto**

O processo de cuidar em enfermagem, ou Processo de Enfermagem, é entendido como um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou predizer como a clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar quais aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional de enfermagem. Um marco da enfermagem, o Processo de Enfermagem é um método sistematizado para a realização das ações de enfermagem independentes. As etapas do Processo de Enfermagem incluem a coleta de dados, elaboração dos diagnósticos de enfermagem, planejamento da assistência, implementação da assistência planejada e avaliação da eficácia do plano. O Processo de Enfermagem foi introduzido no Brasil pela Dra Wanda de Aguiar Horta, em busca de uma assistência mais humanizada, com maior interação entre enfermeiro, cliente e família. O presente estudo, de natureza descritiva, foi realizado no Lar São Francisco de Assis, em uma cidade do interior de Minas Gerais, durante desenvolvimento das aulas práticas da disciplina Teorias e Processo de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem do UNIFOR-MG, no mês de junho de 2009, tendo por objetivo planejar a assistência de enfermagem a uma cliente com 83 anos, com diagnóstico de piodermite, utilizando-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA. Após coleta e análise dos dados, foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem: integridade da pele prejudicada, risco de desequilíbrio na temperatura corporal, nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, comunicação verbal prejudicada, déficit no autocuidado para alimentação, para banho/higiene, para vestir-se/arrumar-se. Foi realizado o planejamento da assistência de enfermagem e a implementação, juntamente com a equipe do Lar. Este estudo reforçou a concepção de que o cliente deve ser visto de forma holística, respeitando-se seus direitos enquanto cidadão, opinando sobre seu cuidado quando em condições de fazê-lo. A utilização do Processo de Enfermagem requer tempo e conhecimento suficientes para que se possa elaborar a assistência de enfermagem para os diversos tipos de clientes que atendemos, de acordo com suas necessidades e de forma individualizada. Os diagnósticos de enfermagem

*Alunos do 6º período do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Formiga – UNIFOR-MG
**Doutora em Enfermagem. Docente no Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Formiga – UNIFOR-MG. E-mail: vilmacontatto@hotmail.com



baseados na taxonomia da NANDA proporcionam um referencial comum, sendo um mecanismo útil para a estruturação do conhecimento da enfermagem. Embora este trabalho represente um estudo preliminar no levantamento de possíveis diagnósticos de enfermagem a uma cliente idosa com piodermite, o mesmo nos permitiu ver que o diagnóstico de enfermagem não representa uma fase isolada do processo assistencial, devendo ser utilizado com objetivo de direcionar a assistência de enfermagem. Ademais, ficou evidente a importância de se operacionalizar o Processo de Enfermagem tendo por base um modelo assistencial, facilitando a identificação dos diagnósticos de enfermagem e o desenvolvimento de sua prática, atendendo às reais necessidades da cliente, melhorando sua qualidade de vida.

Unitermos: estudo de caso, processo de enfermagem, teoria de enfermagem, qualidade de vida

Referências bibliográficas

CARPENITO, L.J. **Diagnósticos de enfermagem:** aplicação à prática clínica. 8 ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2002.

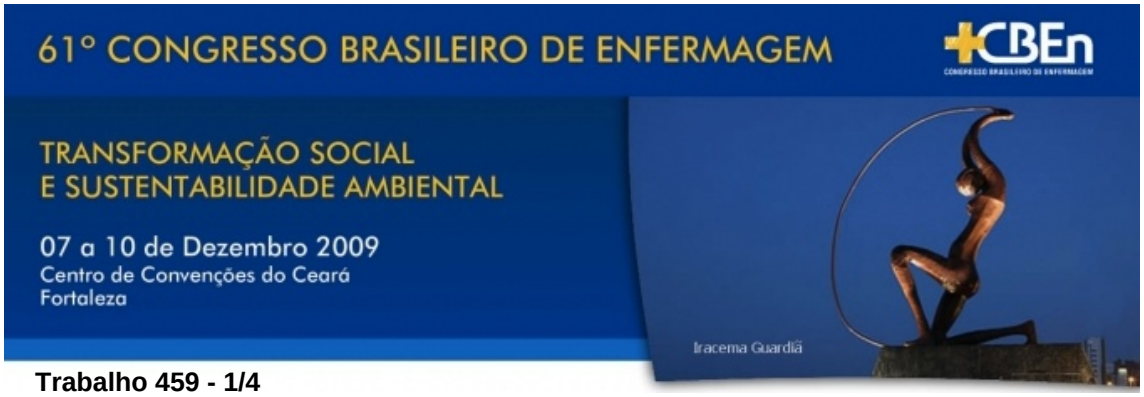
GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. **Sistematização da assistência de enfermagem:** reflexões sobre o processo. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Apresentado na Mesa redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda, PE, 2000.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre (RS): Artmed, 2008.

NETTINA, S. **Prática de enfermagem.** 7 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2003.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. **Sistematização da assistência de enfermagem:** guia prático. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2008.

*Alunos do 6º período do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Formiga – UNIFOR-MG
**Doutora em Enfermagem. Docente no Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Formiga – UNIFOR-MG. E-mail: vilmacontatto@hotmail.com



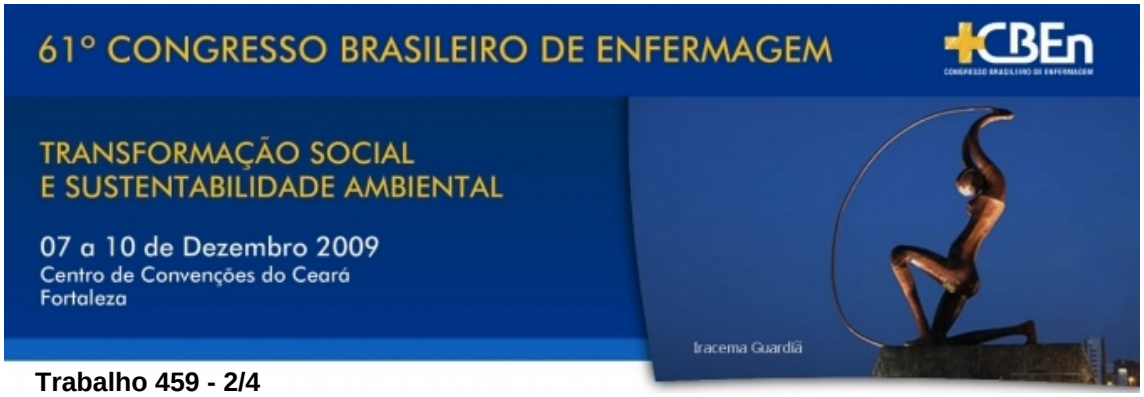
Trabalho 459 - 1/4

PLANEJAMENTO FAMILIAR E TEORIA DE OREM - OTIMIZANDO A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

Américo,Camila Félix[1]
Teles, Liana Mara Rocha[2]
Marinho, Niciane Bandeira Pessoa [3]

INTRODUÇÃO:

Em 1996, o Governo Federal estabelece a lei 9.263, a qual assegura o direito de planejamento familiar a todo e qualquer cidadão, incluindo o livre acesso aos meios contraceptivos disponíveis, bem como informações quanto às suas características, a fim de que o casal realize uma escolha consciente, que melhor reflita sua realidade. O enfermeiro, nesse contexto, deve conduzir sua atuação na promoção da maternidade e paternidade responsáveis, tornando os indivíduos cientes de sua responsabilidade no que se refere às decisões reprodutivas. O casal deve estar preparado para limitar ou não sua reprodução. Nesse sentido, a assistência de Enfermagem deve ser direcionada para tornar o indivíduo capaz de se auto cuidar. A teoria de Orem fundamenta-se na capacidade do ser humano para alcançar o auto cuidado, sendo a capacidade de cuidar de si mesmo denominada de desempenho de autocuidado (POLIT, BECK & HUNGLER, 2004). Esta é formada por três partes relacionadas: a teoria do autocuidado (AC), a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (VIEIRA et al, 2004). Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem que pode ser totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de suporte educacional, há uma idéia principal em que os sistemas de enfermagem são desenvolvidos quando o profissional usa sua capacidade para indicar, elaborar, e fornecer cuidados para pacientes, realizando ações e sistema de ação que modulam o valor ou prática da capacidade do ser humano para se engajar em autocuidado e encontrar os requisitos do indivíduo de uma forma terapêutica (DUPAS et al, 1994). Diante disso, realizou-se um estudo de caso tendo como objetivo aplicar a Teoria de Orem no cuidado a uma usuária de serviço de Planejamento Familiar.

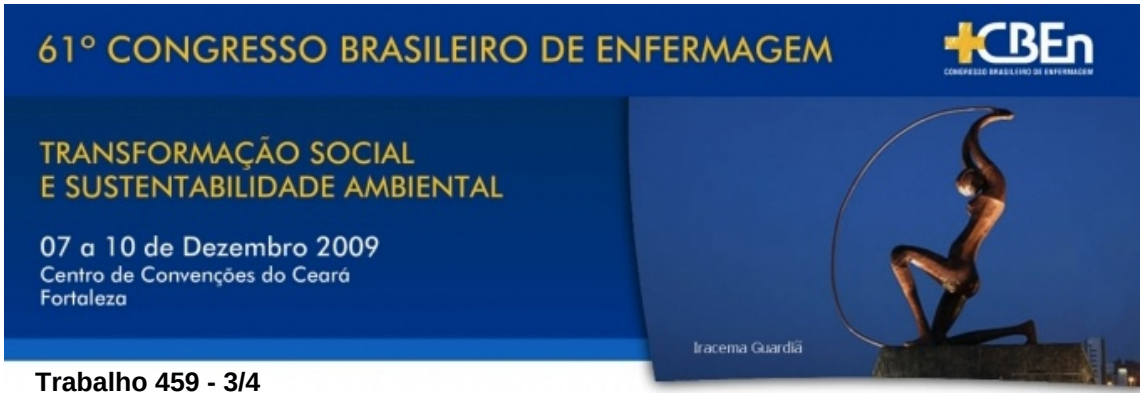


METODOLOGIA:

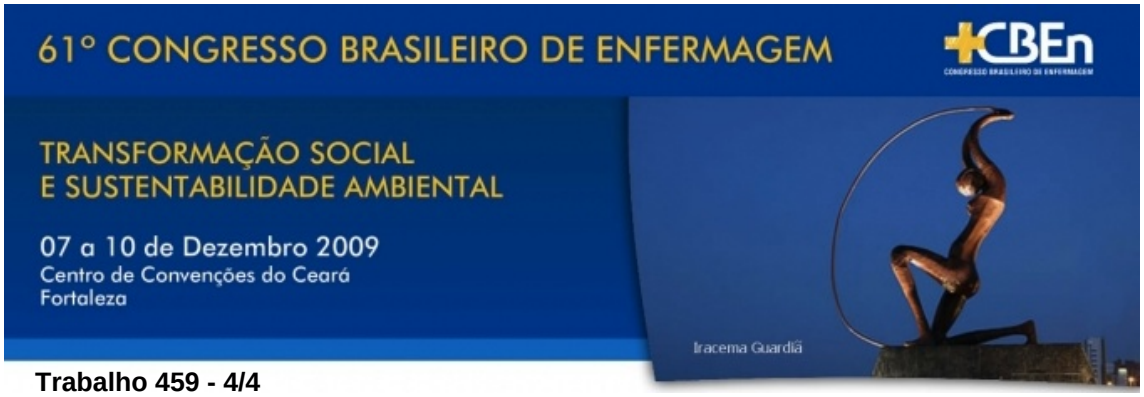
Estudo descritivo, do tipo estudo de caso, conduzido em Unidade Básica de Saúde (UBS) e domicílio de município no interior do Ceará, de maio a julho de 2009. O sujeito do estudo foi selecionado por conveniência, quando participou da Consulta de Enfermagem em Planejamento Familiar e obedeceu aos seguintes critérios: usuária da UBS, idade superior a 18 anos, capaz de verbalizar suas necessidades. Utilizou-se o auto-relato estruturado por meio de entrevista e realizou-se exame físico, conforme a teoria de Orem. Contemplaram-se dados socioeconômicos, queixas e histórico ginecológico. Ao exame, consideraram-se condicionantes básicos; requisitos de desenvolvimento; requisitos universais para autocuidado; desvio de saúde. Utilizou-se a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) para o estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem. O estudo foi realizado mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte da usuária.

RESULTADOS:

M.G.M, católica, casada, doméstica, 24anos, ensino médio completo, renda de dois salários mínimos, reside com esposo e dois filhos em casa própria. G2P2A0. O interesse no uso do método comportamental surgiu há dois meses, visto que “se sentia no pecado” ao utilizar métodos hormonais, não sendo tais métodos apoiados por seu grupo religioso, quando então interrompeu o uso. Procurou a UBS para a consulta de planejamento familiar com a enfermeira, para a utilização dos métodos Ogino-Kanaus e Billings. Nesta consulta, a enfermeira explicou o funcionamento dos métodos, realizou orientações necessárias agendando retorno. Em consulta subseqüente, calculou-se o período fértil da cliente juntamente com a mesma, baseado nos ciclos menstruais dos últimos seis meses. Foram esclarecidas dúvidas, influência de fatores no ciclo menstrual e intervalo do período fértil. Após um mês, retornou ao serviço para avaliação do uso do método,quando se percebeu maior familiaridade com o método, discernimento sobre os tipos de muco e associação com “tabelinha”. Houve queixa dos poucos dias disponibilizados pelo método para manter relações sexuais. Realizou-se visita domiciliária de acompanhamento, onde se questionou



acerca do método, obtendo-se o relato: “Muito bom. É natural, não precisa tomar nada”. Nesta visita, aplicou-se instrumento baseado na Teoria de Orem. **Requisitos universais do auto-cuidado:** asmática. Ingesta hídrica de um litro de água diariamente. Ao exame, pele hidratada. Ingesta alimentar de quatro refeições diárias. Alterações no apetite há dois meses, com episódios de compulsão alimentar, no entanto, enfrentou este transtorno perdendo dois quilos. Apresentou quadro de infecção urinária em mês atual, procurando a UBS. Eliminações intestinais fisiológicas. Não realiza exercícios físicos. Concilia sono. Interação social saudável. Participação em grupos religiosos. Refere sofrer tensão psicológica, ameaças e insultos feitos pelo esposo, quando o mesmo consome bebida alcoólica. O último episódio ocorreu há seis meses. Realizou anti-HIV e VDRL há dois anos, por ocasião de pré-natal. Nos últimos três meses teve um parceiro, não utiliza preservativo nas relações sexuais e atualmente utiliza métodos anticoncepcionais comportamentais. **Requisitos de desenvolvimento:** realiza exame ginecológico anualmente. Não realiza auto-exame das mamas. **Autocuidado no desvio da saúde:** acesso aos serviços de saúde. **Estado de saúde:** Considera-se saudável. Refere necessidade de auxílio para o uso correto do método anticoncepcional escolhido. Os diagnósticos de Enfermagem traçados em consonância com a teoria utilizada foram: **Ventilação espontânea prejudicada** caracterizada por dispnéia, relacionada com crises asmáticas; **Manutenção ineficaz da saúde** caracterizada pela falta de conhecimento demonstrada com relação a práticas básicas de saúde,não realização de exercícios físicos, não uso do preservativo nas relações sexuais e não realização do auto-exame das mamas; **Processo Familiar disfuncional** caracterizado por problemas com cônjuge relacionado a etilismo; **Comportamento de busca de saúde** caracterizado por desejo expresso de maior controle sobre práticas de saúde, relacionado com necessidade de orientações acerca de métodos anticoncepcionais comportamentais.



CONCLUSÃO:

A aplicação da teoria de Orem permitiu a identificação das ações de autocuidado, seus requisitos, bem como o estabelecimento de Diagnósticos de Enfermagem. Assim, o enfermeiro poderá intervir no sentido de tornar o indivíduo capaz de desenvolver de forma satisfatória o autocuidado, melhorando sua qualidade de vida em todo seu ciclo.

Descritores: Planejamento Familiar; Assistência Integral à Saúde da Mulher; Teoria de Enfermagem.

REFERENCIAS:

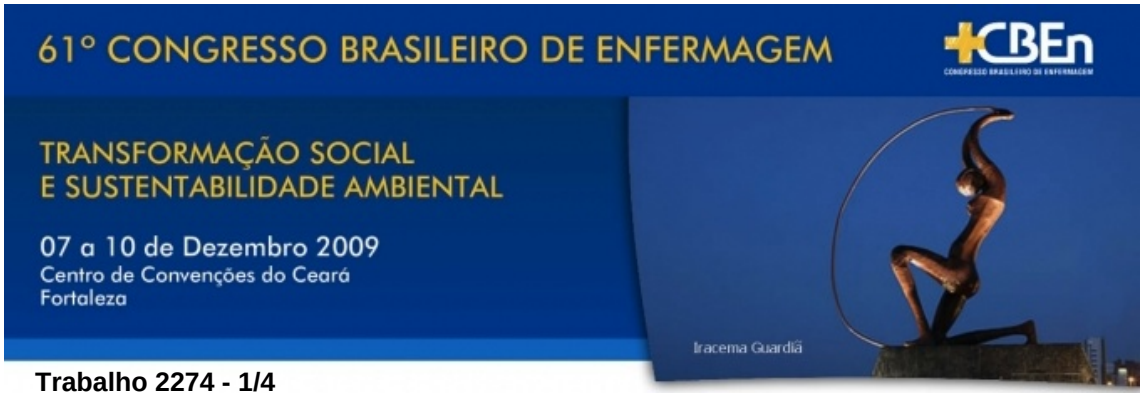
DUPAS,G.; PINTO, I.C.;MENDES, M.D.;,BENEDINI, Z.Reflexão e síntese acerca do modelo do Autocuidado de Orem**.Acta Paul.Enf**, ,v.7,nº 1,p.19-28, São Paulo.1994.

VIEIRA, V.B. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de hanseníase: estudo de caso**. Arq Ciênc Saúde,** abr-jun;11(2), 2004.

1.Enfermeira.Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.Bolsista Propag/CAPES.E-mail:cfamerico@yahoo.com.br.

2.Enfermeira de Programa de Saúde da Família.E-mail:lianinhamara@yahoo.com.br.

3.Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; Bolsista FUNCAP; e-mail: nicianebpm@yahoo.com.br



Trabalho 2274 - 1/4

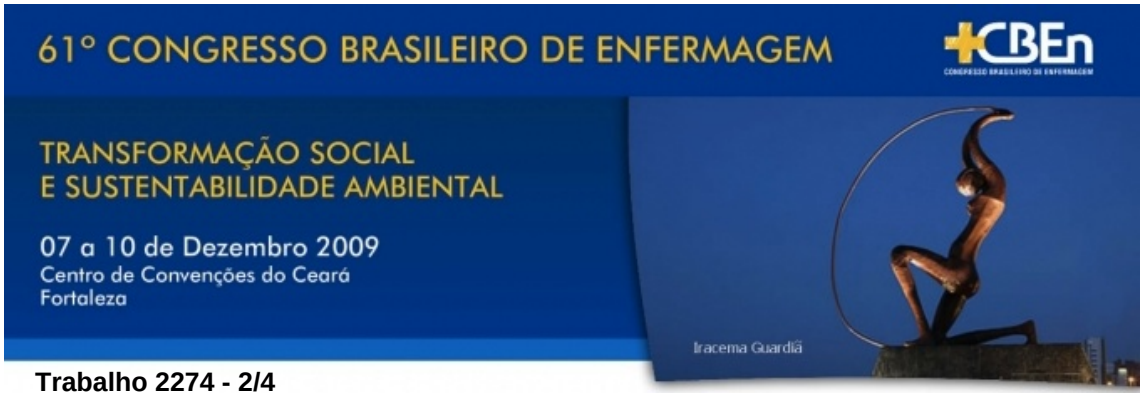
PRESCRIÇÃO PEDIÁTRICA: AVALIANDO A COMPREENSÃO DO CUIDADOR

SILVA, Fabíola Vládia Freire da[1]
SILVA, Janiza Mara Freire da[2]
LEÃO, Marianna Carvalho e Souza[3]
RABELO, Ana Cleide Silva[4]
SOUSA, Natália Pimentel Gomes[5]
CARVALHO, Cândida Mayara Rodrigues[6]

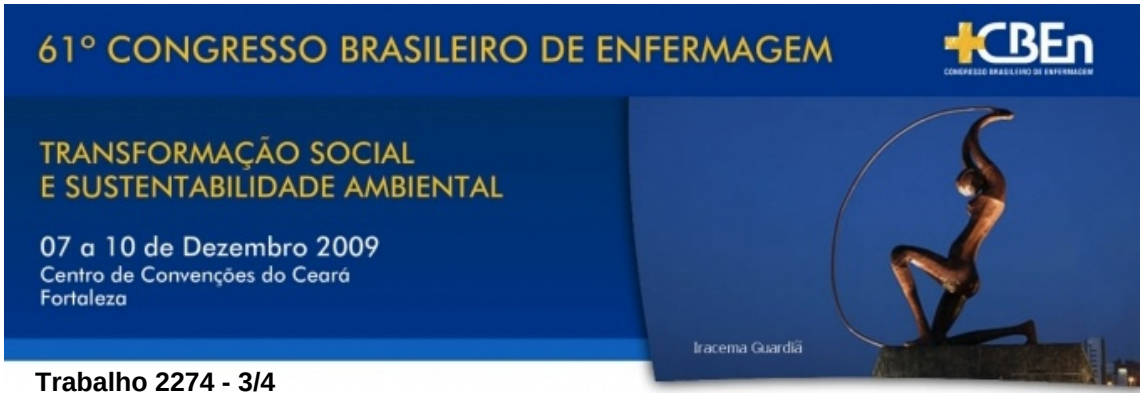
Descritores: Prescrição de Medicamentos; Pediatria; Pacientes Desistentes do Tratamento; Qualidade da Assistência à Saúde.

RESUMO: A população infantil representa um contingente que requer um cuidado de saúde criterioso. O SUS, Sistema Único de Saúde, introduziu em suas diretrizes programas voltados à saúde da criança, onde a atenção primária, ligada ao Programa de Saúde da Família – PSF, exerce papel de fundamental importância, já que aquela é a porta de entrada do usuário ao atendimento no serviço de saúde, e é através dos Centros de Saúde da Família que o paciente busca a resolução de seus agravos. Logo, na pediatria, por sua peculiaridade, a criança carece de atenção mais criteriosa e planejada. Porém, o atendimento deve ser direcionado tanto para a criança como para o cuidador desta, pois é ele quem irá determinar o sucesso de um tratamento através de uma correta compreensão e execução da prescrição pediátrica. Duncan et al. (2006) afirmam que na prática médica de atenção primária, devido ao grande número de atendimentos, a prescrição é utilizada como uma forma simples de encerrar uma consulta. E segundo Meville (1980) a prescrição é uma das melhores medidas diretas disponíveis para avaliar a qualidade do trabalho médico em atenção primária. A prescrição pediátrica, como afirmam Sano et al. (2002) é diferenciada

1. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Sociedade (GRUPESS). Bolsista de Iniciação Científica (IC-UECE). E-mail: fabiolafreire@yahoo.com.br
2. Enfermeira, graduada pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Itapajé-CE.
3. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo Saúde da Mulher e Família (UECE/CNPq). Bolsista PIBIC.
4. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Sociedade (GRUPESS). Bolsista FUNCAP.
5. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Sociedade (GRUPESS).
6. Acadêmica do 6º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza.



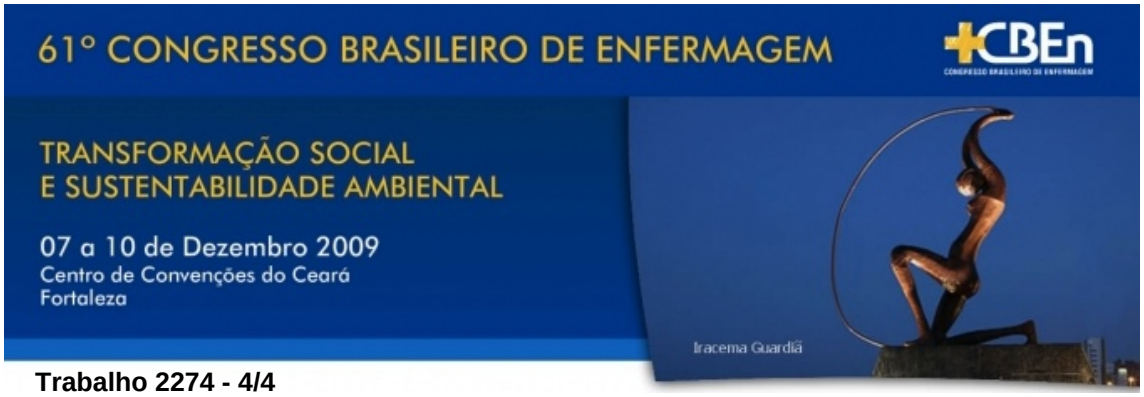
das demais prescrições das outras especialidades devido a presença de vários aspectos, tais como: formulações, dosagens, vias de administração e outros. Mas não podemos concentrar nossas atenções somente na prescrição pediátrica e no profissional de saúde. Devemos entender o binômio profissional de saúde - cuidador, pois da interação entre estes, podemos observar os fatores causais da falta de compreensão, o que nos oferece subsídios para buscar a melhoria da atenção e da adesão ao tratamento. Existem, também, alguns médicos que tendem a prescrições inadequadas ao se defrontarem com mães 'difíceis' ou ansiosas. No que se refere aos profissionais de saúde, devemos atentar para vários fatores que prejudicam a adesão ao tratamento pediátrico, como siglas, símbolos, abreviaturas e letra ilegível e, ainda, conforme explicam Zanini e Paulo (1997), também são fatores o cansaço, a vontade de concluir a consulta e a demanda aumentada. Nível social, cultural e econômico do cuidador e empatia também são algumas das causas da não adesão ao tratamento. Para Lau et al. (1996) existe uma íntima relação entre a adesão ao tratamento e o entendimento da orientação. O objetivo do presente estudo é, portanto, avaliar o nível de compreensão do cuidador da criança frente às prescrições ofertadas no serviço público da rede primária, considerando compreensão como o segundo estágio do conhecimento, que ocorre quando o indivíduo se apropria da informação. De acordo com o significado presente em dicionários, compreensão deriva do latim *comprehensione* e significa ato ou efeito de compreender. Faculdade de perceber; percepção. Desta forma, o trabalho em questão tem por finalidade analisar o grau de compreensão dos cuidadores, para assim estabelecer uma relação dos possíveis fatores que causam a não adesão ao tratamento. Buscando assim, melhorar a qualidade do atendimento, pois conhecendo o usuário, o que ele pensa e entende acerca das prescrições, podemos reduzir custos de hospitalizações, tratamentos, medicamentos e exames desnecessários, além de contribuir para que esta criança cresça e desenvolva com melhor qualidade de vida. Esta pesquisa é, segundo seus objetivos, do tipo descritiva e, segundo a abordagem, do tipo quantitativa. Foi realizado a partir de dados coletados por meio de um questionário estruturado, no período de outubro a novembro de 2008, obtidos de mães ou acompanhantes de crianças, com idades de zero a nove anos, atendidas no Centro de Saúde Carlos Ribeiro - Fortaleza-Ce, seguindo a



normatização da Resolução 196/96 que preconiza os princípios éticos que orientam os estudos desenvolvidos com seres humanos. Tal questionário avaliou o nível socioeconômico-cultural do acompanhante, fatores relacionados à consulta, execução do tratamento, compreensão da caligrafia e conteúdo da "receita". Foram entrevistados, aleatoriamente, cento e vinte e dois acompanhantes de crianças que receberam orientação e/ou receita pediátrica durante a consulta. Dos entrevistados, 79,5% eram mães, 32% cursaram 1º grau incompleto e 66% recebem até um salário mínimo. Com relação à consulta, 86,9% foram realizadas por médicos, 82% receberam orientações verbais e escritas e 61,5% relataram bom nível de satisfação. Quanto à receita, 41% consideraram a letra ilegível, enquanto 59% apresentavam compreensão satisfatória ou com certa dificuldade. 54% relataram compreender os símbolos e/ou abreviaturas presentes nas receitas. Quanto à compreensão do conteúdo da receita, 46% lembravam-se de todos os medicamentos prescritos; 30% não se lembravam, mas conseguiam ler a receita; 22% não se lembravam e referiam que o "farmacêutico" ou alguém de confiança a explicaria. Quanto aos que não se lembravam e nem conseguiam ler a receita, não houve pontuação significativa. Conclui-se que os fatores relacionados a não compreensão da prescrição pediátrica são o baixo nível socioeconômico-cultural do acompanhante/responsável e fatores relacionados ao médico, tais como: letra ilegível. Observa-se, então, que é necessário investir na atualização dos profissionais de saúde, discutindo, junto à equipe de saúde, o problema da não adesão ao tratamento e das suas causas, bem como as possibilidades da sua resolução. Verifica-se a necessidade de se trabalhar com o cuidador da criança de forma mais abrangente, ficando clara a pertinência de um enfoque nas orientações e na qualidade do cuidado prestado, visando a melhoria da qualidade de vida da criança que necessita do atendimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Editora ARTMED, 2006.

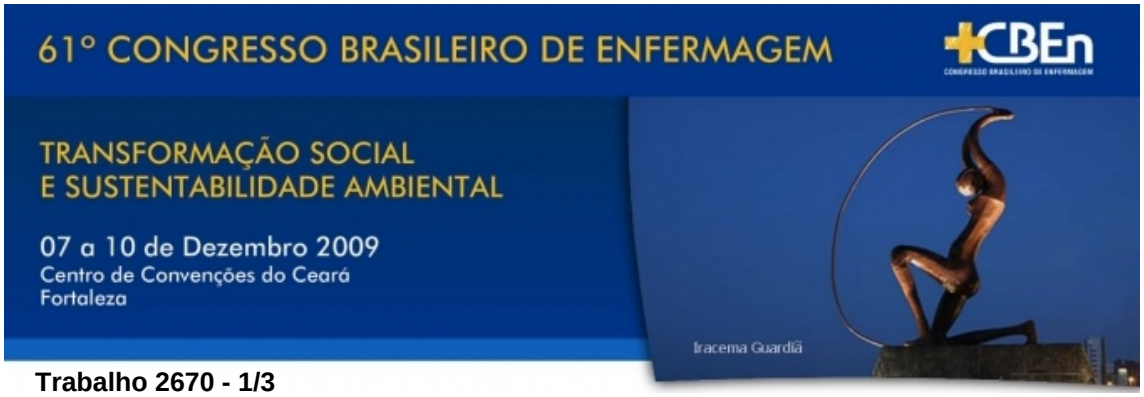


LAU, H. S. et al. Non-compliance in elderly people: evaluation of risk factors by longitudinal data analysis. **Pharm Worlds Sci**, v.18, n.2, p.63-8, 1996.

MEVILLE, A. Job satisfaction in general practice: implications for prescribing. **Social Science and Medicine**, v. 14 a, p.495-499, 1980.

SANO, P. Y. et al. Avaliação do nível de compreensão da prescrição pediátrica. **Jornal de Pediatria**, v. 78, nº 2, 2002.

ZANINI, A. C.; PAULO, L. G. Compliance sobre o encontro paciente-médico. In: **Expectativas, dúvidas e fantasias da consulta médica.** 1ª ed. São Roque, SP: Ed. IPEX, p.1-8, 1997.



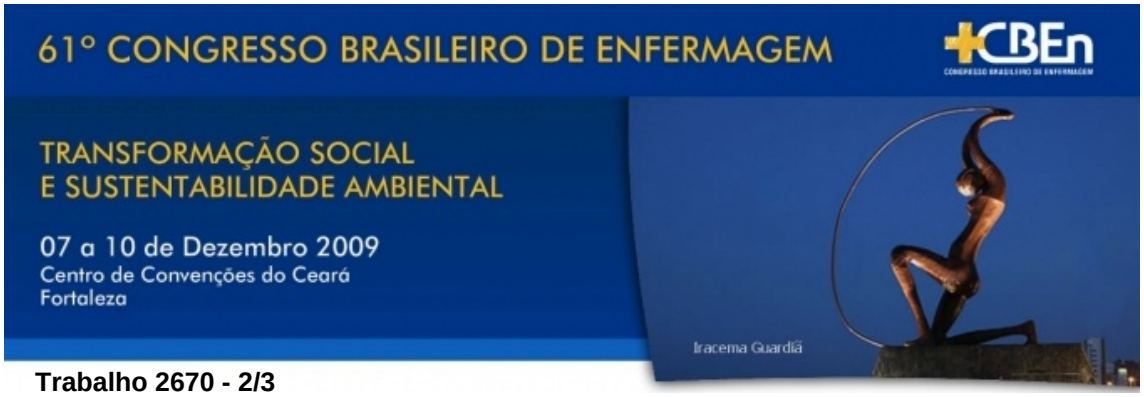
Trabalho 2670 - 1/3

PRODUÇÃO CIENTFICA SOBRE A AUDITORIA DE ENFERMAGEM EM PERIÓDICOS INDEXADOS

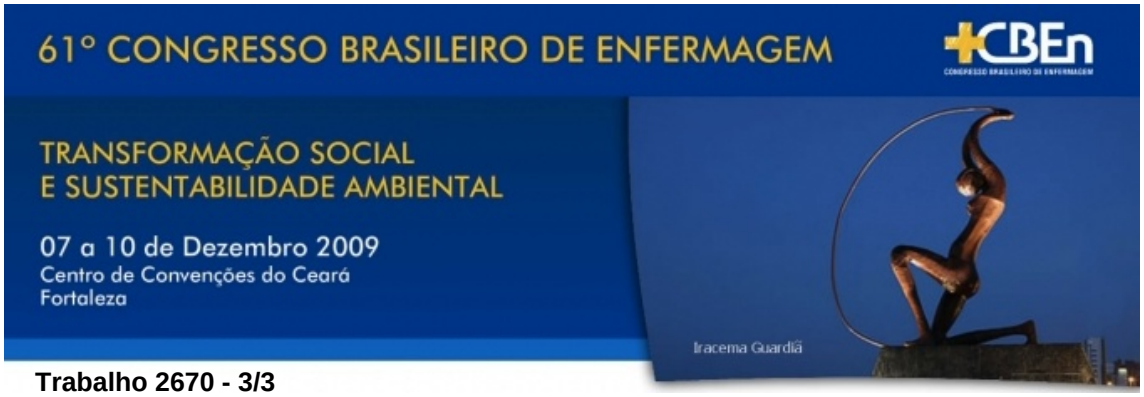
GRAÇA JUNIOR, Carlos Alberto Guzman[1]
FREIRE, Alessandra Kelly do Nascimento[2]
DOURADO, Giovanna de Oliveira Libório[2]
BEZERRA, Sandra Marina Gonçalves[3]

INTRODUÇÃO: Auditoria é um exame analítico e pericial que segue o desenvolvimento das operações contábeis, visando o controle de gastos e melhor assistência, permitindo identificar deficiências e sugerir alternativas preventivas e corretivas. Permite a avaliação sistemática e formal da instituição, pois mensura a qualidade e custo do serviço prestado através da análise de prontuários e condições de saúde do paciente. Apesar da obrigatoriedade da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todas as instituições de saúde e o registro formal das atividades, observamos na prática, como acadêmicos de enfermagem, muitas deficiências, tais como: letra ilegível, rasuras, não justificativa de uso de medicamentos e procedimentos, dentre outros, interferindo, portanto na efetivação e qualidade da assistência de enfermagem e no serviço de auditoria. A pesar de ser um tema ultimamente em evidência, existe uma lacuna na produção científica sobre a temática. **OBJETIVOS:** Identificar na produção científica nacional sobre a auditoria de enfermagem em periódicos indexados. **METODOLOGIA:** O estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica sobre auditoria de enfermagem. Inicialmente realizou-se a escolha do tema, em seguida passou-se a etapa de identificação das obras no período de maio a junho de 2009 nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através dos descritores: auditoria de enfermagem, qualidade da assistência à saúde, cuidados de enfermagem. Foram encontrados 19 artigos sobre auditoria de enfermagem no período de 2003 a 2008, após a leitura identificou-se 11 artigos que se enquadraram na temática. **DISCUSSÃO:** Auditoria em enfermagem segue duas formas: auditoria analítica, que ocorre após a alta do paciente e auditoria concorrente, praticada durante o processo de internação. A auditoria é

[1] Acadêmico de Enfermagem do 8º período da NOVAFAPI. Teresina-PI. Contato: caal_guzman@hotmail.com
[2] Acadêmicas de Enfermagem do 8º período da NOVAFAPI. Teresina-PI.
[3] Enfermeira, Mestranda em Enfermagem e Docente do curso de Graduação em Enfermagem da NOVAFAPI.



classificada quanto ao tempo, limite e intervenção. Em relação ao tempo é dividida em contínua e periódica. A continua é efetuada constantemente em determinado setor, enquanto que a periódica é realizada em período determinado, sem continuidade. Quanto ao limite é subdividida em total, abrangendo todos os setores profissionais, já a parcial é limitada a alguns serviços. No que diz respeito à intervenção, é classificada em interna e externa. A interna é realizada por profissional da própria instituição, estes possuem conhecimentos da estrutura organizacional e funcional, permitindo soluções adequadas, em contra partida enfrentam limitações administrativas e problemas decorrentes de relações interpessoais, interferindo no desempenho das atividades. Enquanto que a intervenção externa é responsabilidade de profissionais sem vínculo empregatício, com independência administrativo-afetiva, porém por não ter conhecimento da realidade da instituição, não elaboram soluções eficazes para os problemas existentes. A contribuição da auditagem atualmente esta restrita à funções burocráticas e administrativas, no entanto observa-se uma mudança gradual para o enfoque assistencial. Uma das ferramentas para as intervenções é o prontuário, que possibilita a análise da qualidade do serviço, obtenção de dados estatísticos e análise institucional para fins de faturamento. As principais falhas nos registros de enfermagem podem ser categorizadas em três aspectos: legais, de checagem e características técnicas, tendo como conseqüência a glosa. Tal recurso consiste no cancelamento das verbas de forma parcial ou total. A forma como a instituição aplica a auditoria, influencia diretamente no serviço de enfermagem, onde ao priorizar o controle de gastos exige-se do profissional maior dedicação na parte administrativa, muitas vezes deixando a assistência em segundo plano. Instituições que valorizam a qualidade do cuidar exigem a aplicação da SAE, seguindo as fases do processo de enfermagem e preenchimento correto do prontuário, conforme normas estabelecidas, acarretando menos glosas e custos. **CONCLUSÃO:** Concluímos que os artigos estão voltados sobre a influência da auditoria de enfermagem na qualidade da assistência, observou-se que os mesmos discutem a visão dos enfermeiros em relação à auditoria e o perfil do auditor, aprimoramento dos registros, glosas, métodos para avaliação da qualidade da assistência e expectativas sobre o futuro da auditoria. A administração de recursos materiais na área da saúde exige que a



equipe de enfermagem participe de atividades de educação continuada e analise suas funções administrativas, trabalhando junto da instituição, buscando aliar a redução de gastos e glosas com uma assistência de qualidade, garantindo ao paciente um cuidado efetivo.

DESCRITORES: Auditoria, qualidade da assistência à saúde, cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

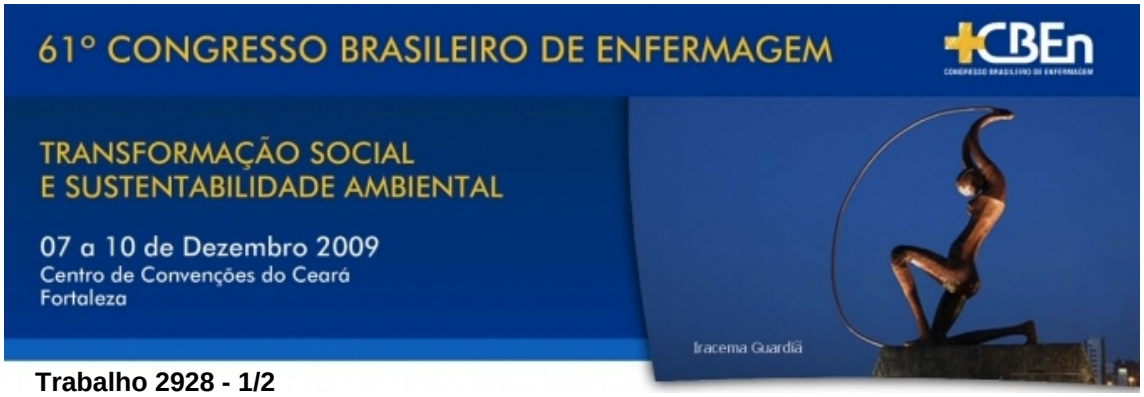
FONTINELE JUNIOR, K. **Administração Hospitalar.** Goiânia: AB-Editora, 2002. 223.

KURCGANT, P. **Administração em Enfermagem.** São Paulo: E.P.U, 1991.

LUZ, A.; MARTINS, A.P.; DYNEWICZ, A.M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. Paraná, v. 9, n. 2, Jul. 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>. Acesso em 24 Jun. 2009.

RODRIGUES, V.A.; PERROCA, M.G.; JERICÓ, M.C. Glosa hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Arq Ciênc Saúde.**, São José do Rio Preto (SP), v. 11, n. 3, Out-Dez. 2004. Disponível em <http://www.cienciasda saude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/03%20-%20id%2070.pdf>. Acesso em 18 Jun. 2009.

SCARPARO, A.F.; FERRAZ, C.A. Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, Maio-Jun, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a04v61n3.pdf>. Acesso em 27 Jun. 2009.



Trabalho 2928 - 1/2

RECÉM-NASCIDO SOB FOTOTERAPIA: PERCEPÇÃO MATERNA.

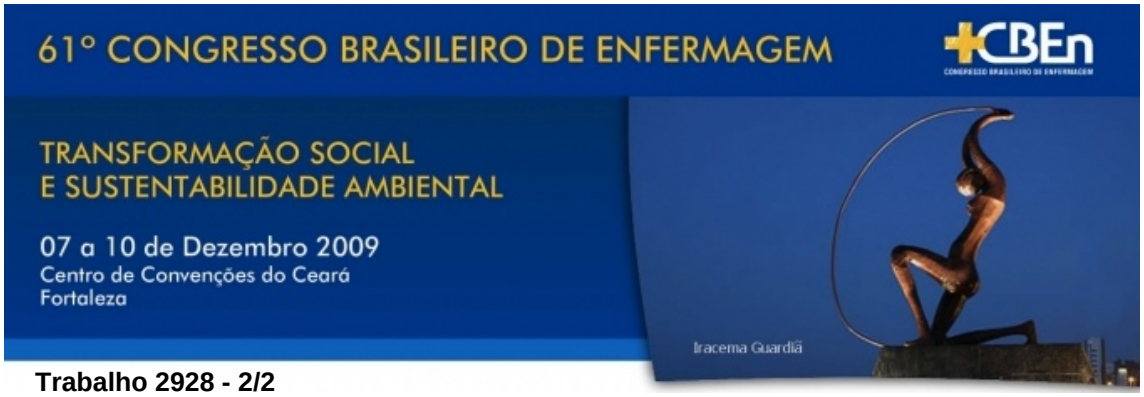
CAMPOS, Antônia do Carmo Soares[i]

MACÊDO, Samantha Gomes[ii]

MOURA, Alessandra Ferrer Di[iii]

ALBUQUERQUE, Ana Maria Lima

INTRODUÇÃO: Caracterizada pela coloração amarelada da pele e de outros órgãos, inclusive dos olhos, a icterícia representa uma situação clínica bastante comum em crianças. Cerca de 60% dos Recém-nascidos (RN's) apresentam icterícia nos primeiros dias de vida. A icterícia neonatal pode ser atribuída a inúmeras causas. Todavia, na grande maioria dos casos, é fisiológica, e cede nos primeiros dias de vida; contudo, quando isto não ocorre ou suspeita-se ser esta patológica, o RN é submetido á fototerapia que consiste na utilização da ação da luz Durante esse tratamento, possível de durar horas ou dias, o RN utiliza máscara de proteção ocular para prevenir possíveis agravos à retina causados pelos raios luminosos. Para os profissionais de saúde esse tratamento é extremamente comum, contudo para a mãe que vivencia pela primeira vez um filho em uso de fototerapia pode parecer assustador, dependendo da sua percepção sobre os riscos e aos benefícios desse tratamento. Devendo a equipe de saúde manter uma boa relação de comunicação com a mãe para esclarecer o procedimento utilizado. **OBJETIVO:** Conhecer a percepção das mães de recém-nascidos sob uso de fototerapia em uma maternidade pública em Fortaleza-Ce. **METODOLOGIA:** O estudo é descritivo com abordagem qualitativa. Realizado na Unidade de Internação Neonatal (UIN) de uma maternidade pública localizada em Fortaleza-CE. Os sujeitos foram 15 mães cujos filhos se encontravam em tratamento fototerápico. Os dados foram coletados no período de março a abril de 2009. Utilizamos como técnica a entrevista semi-estruturada. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dentro das normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Resolução nº 196, de 10/10/1996. **RESULTADOS:** Na análise das falas, emergiram as seguintes temáticas: déficit de conhecimento acerca da fototerapia; ausência de comunicação da equipe de saúde e



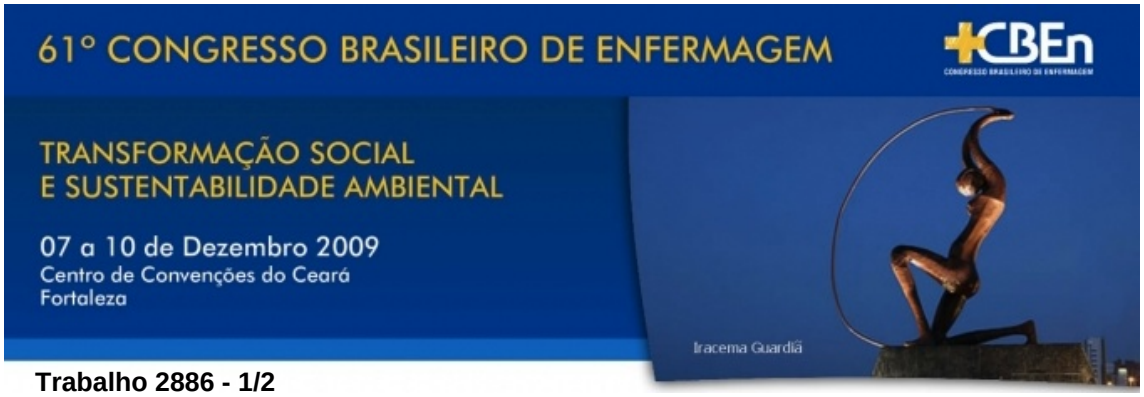
preocupações maternas com o recém-nascido sob fototerapia. **CONCLUSÕES:** Constatamos que as mães participantes deste estudo se ressentem da carência de informações sobre o tratamento, seus riscos e benefícios, bem como, da comunicação efetiva por parte dos profissionais da equipe de saúde e apontam para a necessidade de orientações claras em linguagem acessível sobre a icterícia neonatal e a fototerapia. **DECRITORES**: Fototerapia. Recém-nascido. Enfermagem. **REFERÊNCIAS.** ALMEIDA, M. F. B.; DRAQUE, C. M. Fototerapia. In: KOPELMAN, B. I.; SANTOS, A. M. N.; GOULART, A. L.; ALMEIDA, M. F. B.; MIYOSHI, M. H.; GUINSBURG, R. (Org.). **Diagnóstico e tratamento em neonatologia.** São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 38,p. 343-347. CAMPOS, A.C.S. CARDOSO, M. V. L. M. L.Enfermagem humanística: Ênfase na comunicação com mães de neonatos sob fototerapia. Petrópolis, RJ: EPUB, 2008. CAMPOS, A. C. S.; LEITÃO, G. C. M. Crenças e sentimentos vivenciados pelas mães de recém-nascidos sob fototerapia. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 26, n.1, p. 50-56, abr. 2005.

[i] Enfermeira.Doutora em Enfermagem.Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.-Líder do grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida do binômio mãe e filho-UNIFOR/CNPq.

[ii] Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza - HGF. Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal da Universidade Federal do Ceará- UFC.

[iii] Acadêmica do 9º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Bolsista do Programa Aluno Voluntário de Iniciação Cientifica – PAVIC - UNIFOR. Integrante do grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida do binômio mãe e filho-UNIFOR/CNPq.

[iiii] Acadêmica do 9º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. aninhaul2@hotmail.com



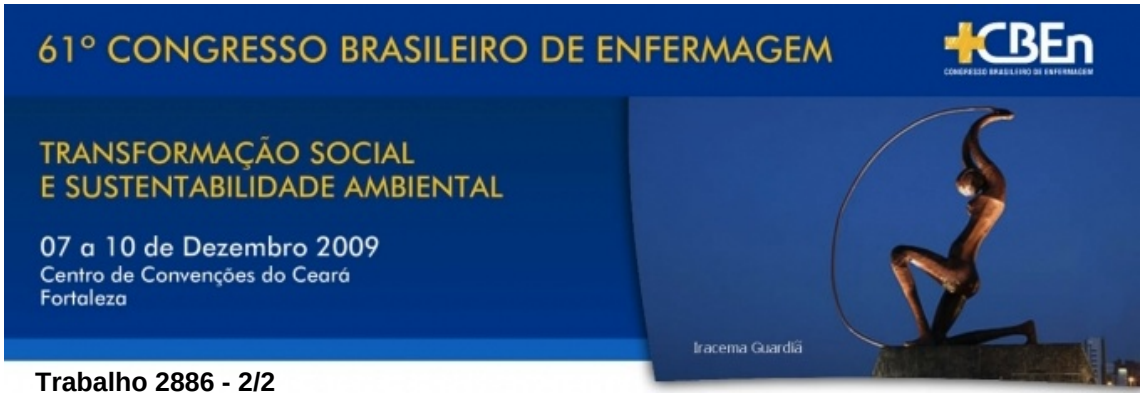
Trabalho 2886 - 1/2

REGISTROS DE ENFERMAGEM COMO INDICADOR DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE CAXIAS-MA

SOUSA, Helane Cristine Xavier Silva de [1]; SOUSA, Izabel Luiza Rodrigues de Viana[2]; BEZERRA, Sandra Marina Gonçalves[3]; MOURA, Maria Edileuza Soares[4]; LIRA FILHO, Rivaldo[5]; LUZ, Maria Helena Barros Araújo[6]

Introdução: Os registros de enfermagem constituem o principal meio de comunicação multidisciplinar quando se trata de oferecer cuidado contínuo e de qualidade aos clientes. A qualidade das anotações é fator imprescindível para avaliação do desempenho e comprovação do trabalho da equipe de enfermagem, além de representar um documento ético e legal de grande valia para o profissional, o cliente e a instituição. O interesse pela investigação surgiu por perceber durante os campos de estágios em serviços de saúde que as anotações eram superficiais e que os acadêmicos tinham uma preocupação maior em registrar com detalhes no prontuário os cuidados e procedimentos realizados com os paciente. **Objetivo:** Avaliar o conteúdo dos registros de enfermagem como indicador da qualidade da assistência, identificar quais ações de enfermagem são registradas e quais os profissionais que as executam; levantar a contribuição dos registros para a qualidade da assistência. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa documental, retrospectiva, com abordagem quantitativa, de caráter descritivo, buscando proporcionar uma visão geral do fato investigado. A pesquisa foi realizada com 50 prontuários da clínica médica, onde foram analisadas as anotações e evoluções de enfermagem . O dados foram coletados utilizando um formulário com perguntas fechadas relativos a anotação de enfermagem, apresentados em tabelas e gráficos realizados no Excel. **Resultados e discussão:** Os principais problemas encontrados foram falta de carimbo ou

[1]Enfermeira pela Universidade estadual do Maranhão (UEMA) – CESC - Caxias - MA e-mail: helane_the@hotmail.com
[2] Enfermeira pela Universidade estadual do Maranhão (UEMA) – CESC - Caxias - MA
[3] Mestranda em enfermagem pela UFPI, Professora da NOVAFAPI
[4] Mestranda em enfermagem pela UFPI, Professora da Universidade Estadual do Maranhão
[5] Especialista em enfermagem pela UFPI, Professor da Universidade Estadual do Maranhão
[6] Doutora em enfermagem. Professora adjunta da UFPI. Professora da graduação e mestrado da UFPI



assinatura, insuficiência de dados referentes ao estado geral, aceitação da dieta, eliminações, uso de cateteres e drenos, procedimentos realizados e falta de horários. Evidenciou a ausência de registros relacionados aos cuidados de enfermagem e a identificação de quem executou a assistência, uma vez que, constitui uma forma de proteção e garantia tanto para o cliente como para os profissionais responsáveis pelos procedimentos além de assegurar a comunicação entre a equipe multiprofissional. **Considerações finais:** De um modo geral, as anotações estavam compreensíveis, porém o que dificultou foi a ausência na maioria dos prontuários de uma descrição mais detalhada das ações de enfermagem, razão pela qual a avaliação da qualidade da assistência pode ficar prejudicada. A partir dos problemas identificados, sugere-se mais intensificação da educação continuada e supervisão sobre registros de enfermagem, além do engajamento de toda a equipe para o aperfeiçoamento dessa atividade, melhorando a visibilidade e qualidade da assistência de enfermagem.

Descritores: Registros de enfermagem. Avaliação em enfermagem. Equipe de enfermagem.

REFERENCIAS

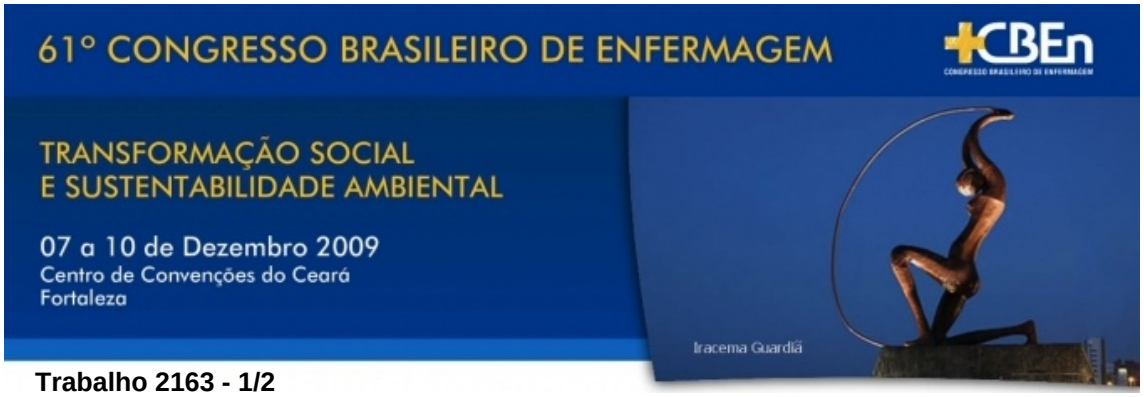
BACELAR S., ALMEIDA W.M., ANDRADE G.M. **Falhas e dúvidas comuns no uso do prontuário do paciente.** Brasília médica 2002; 39 (1/4): 42-51.

BRUNNER ; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica.** 10º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CASTILHO V. , CAMPEDELLI M.C. Observação e registros: subsídios para o sistema de assistência de enfermagem. In: CAMPEDELLI M.C. **Processo de enfermagem na prática.** São Paulo: Ática, 1998.

CIANCIRULLO D.I., *et al*. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo (SP): Ícone; 2001.Conselho Federal de Enfermagem.

COREN SP - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Anotações de Enfermagem: aspectos éticos e legais**. São Paulo: Demais Editora, 2007.



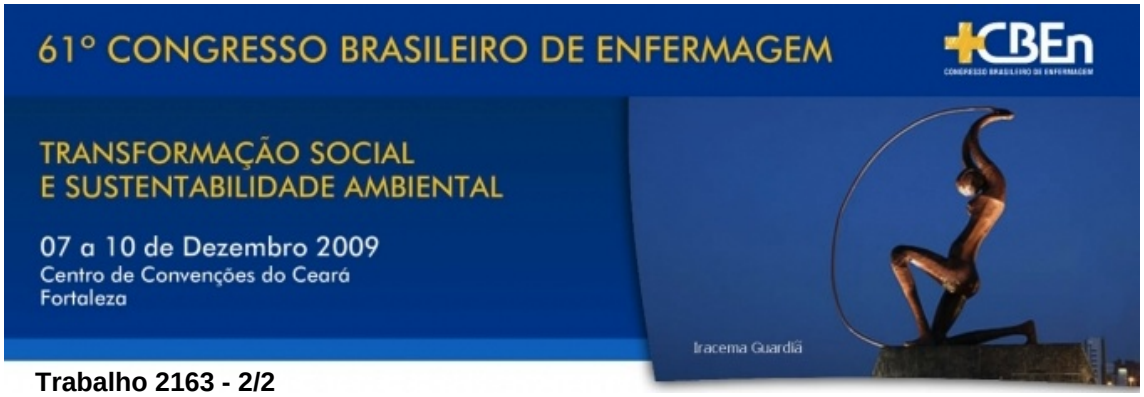
Trabalho 2163 - 1/2

RELAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO ATENDIMENTO DAS CRIANÇAS NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO – HUAP

BALISTIERI, Aline Schütz[1]
SILVA, Beatriz Lopes[2]
MARINS, Daniele[3]

Os primeiros trabalhos multiprofissionais surgiram nas décadas de 1930 / 1940 e estavam ligados à área de saúde mental. A relação multiprofissional é definida como profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente com a articulação dos trabalhos especializados de cada um deles. A multiprofissionalidade é considerada uma estratégia que orienta e possibilita a realização de assistência integral. Mas há que se ter atenção para não confundi-la com interdisciplinaridade. A primeira retrata uma justaposição de diversas disciplinas e cada profissional atuará de acordo com o seu saber especializado; o processo terapêutico é fragmentado. A segunda implica na interação entre duas ou mais disciplinas, sendo que essa interação se reflete na integração de conceitos-chave, todas as disciplinas atuarão conjuntamente, sem haver a divisão de serviço especializado, como ocorre na multiprofissionalidade. O presente trabalho objetiva principalmente a constatação da importância da atuação de uma equipe multiprofissional no atendimento completo à criança, garantindo sua saúde de forma ideal. Essa é uma pesquisa qualitativa, que usou como base de coleta de dados a estrutura semi-estruturada, definida como um tipo de entrevista que não impõe a visão de mundo do entrevistador ao entrevistado, deixando-o livre para compor suas respostas. Foi realizada no ambulatório do hospital Universitário Antônio Pedro, no município de Niterói, RJ. De acordo com os resultados, tivemos a possibilidade de constatar a importância do atendimento multiprofissional. Enfim,

[1]Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal Fluminense, 8º período – E-mail: line-ac@ig.com.br
[2]Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal Fluminense, 8º período
[3]Professora substituta do departamento de enfermagem materno infantil e psiquiatria da Universidade Federal Fluminense. Enfermeira Especialista em enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em parceria com a clínica Perinatal de Laranjeiras.



podemos concluir que: a atuação em equipe multiprofissional, trás benefícios tanto para os pacientes, que podem ter um completo atendimento de qualidade, quanto para os profissionais, que se aprimoram sempre mais, tendo a oportunidade de se manter sempre atualizados.

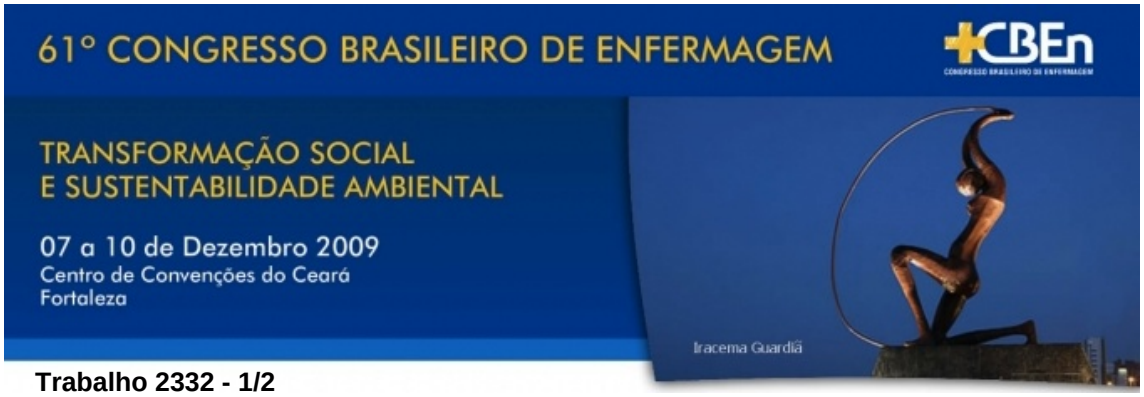
DESCRITORES: equipe de assistência; equipe multiprofissional; interdisciplinar.

BIBLIOGRAFIA:

PEDUZZI, Marina; **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**, Revista de Saúde Pública, 2001, Vol. 35, N. 1, pp. 103 – 109; São Paulo, SP. Disponível em : http://www.fnepas.org.br/pdf/cobem07/peduzzi_cobem_07.pdf Acesso em 25 julho 2009, às 23:47h.

SAAR, Sandra Regina da Costa & TREVIZAN, Maria Auxiliadora; **Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2007, Vol. 15, N. 1, pp. 1 – 7; São Paulo, SP. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a16.pdf Acesso em 25 julho 2009, às 23:40h.

SANTOS, Maria Auxiliadora Borges dos; **O cuidado à equipe multidisciplinar,** Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2006, Vol. 39, N. 3, pp. 425-432; Ribeirão Preto, SP. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n3/15_cuidado_equipe_multidisciplinar.pdf Acesso em 19 agosto 2009, às 24:16h.



Trabalho 2332 - 1/2

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM ATENDIMENTO CARDIOPULMONAR DO CEARÁ.

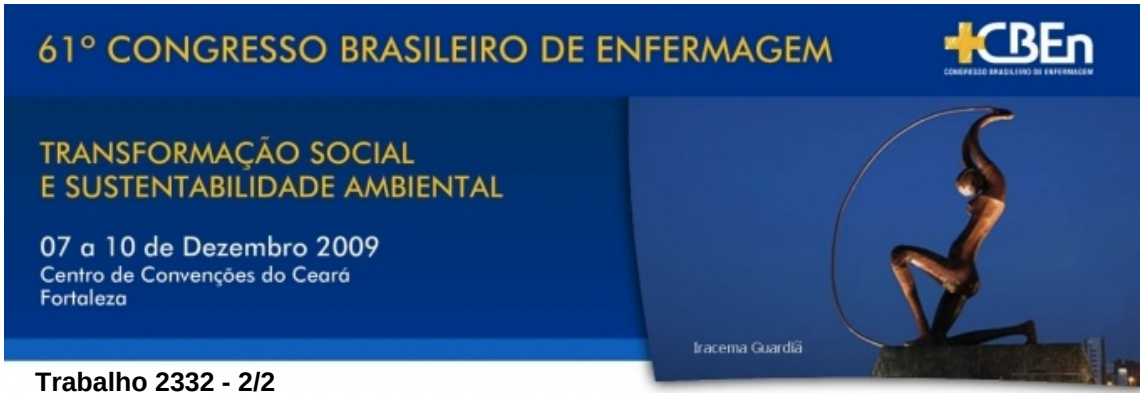
LOPES, L. V. [1]
SANTIAGO, T. N. [1]
CARVALHO, R. R. S. [1]
LIMA, D. S. [1]
BENTO, A. V. [2]
LEITE, A. C. S. [3]

No ambiente dos serviços de Urgência e Emergência, a prática de avaliação da satisfação dos usuários vem cada vez mais se destacando tanto por constituir-se um indicador da qualidade do serviço prestado, como por fornecer informações essenciais para uma maior adequação do serviço às suas demandas, promovendo qualidade e eficiência. Esse modelo participativo tem grande relevância porque expressa as expectativas e as análises dos pacientes quanto ao atendimento recebido, servindo como um meio de comunicação direta entre os gestores e os usuários do serviço. Este estudo teve como objetivo avaliar a satisfação dos usuários em relação a atendimento em uma unidade de referência em atendimento cardiopulmonar do Ceará. Pesquisa descritiva com amostra de 213 pacientes, 116 mulheres e 97 homens que procuraram serviço de emergência em hospital de referência em atendimento cardiopulmonar no Ceará, no período de fevereiro a novembro de 2008. Aplicou-se após o atendimento na emergência, um formulário com questões sobre o perfil sócio-demográfico e a satisfação quanto ao atendimento. Os aspectos éticos, constantes das Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução nº 196/96, foram respeitados. Os dados foram organizados no Programa Excel 2007, sendo analisados em quadros e tabelas com distribuição estatística simples segundo literatura pertinente ao tema. Os resultados demonstraram que a maioria da amostra era casada (47,89%); procedente de Fortaleza (67, 61%); aposentada (35,68%); ensino fundamental incompleto (45,54%) e faixa etária entre 61 à 80

[1] Alunas do 3° semestre Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Componentes do Grupo de Pesquisa Tecnologia dos Cuidados Clínicos da Dor – TECDOR. Thatha_ns@yahoo.com.br

[2] Aluna do 5º semestre Curso de Graduação em Medicina da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Componentes do Grupo de Pesquisa Tecnologia dos Cuidados Clínicos da Dor – TECDOR.

[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem Clínico-Cirúrgica. Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do Grupo de Pesquisa TECDOR-UECE.



anos (43,66%). Em relação à satisfação, 25,82% mostraram-se muito satisfeitas, 60,09% satisfeitas, e uma parcela expressou não satisfação (insatisfeitas, pouco satisfeitas e não responderam) com o serviço, somando 14,09%. Concluiu-se que o perfil sócio-demográfico apontou para características homogêneas de clientela idosa com queixas de dor torácica com indicativo de baixo nível de educação. Além disto, foi diversificado o nível de satisfação dos usuários apresentando alguns satisfeitos e outros não satisfeitos. A pequena parcela de "não satisfeitas" com o serviço da unidade de referência cardiopulmonar do Ceará devem ser alvos da reorientação de novas políticas de saúde no serviço de Urgência e Emergência atendendo a Política Nacional de Urgência e Emergência.

Descritores: satisfação do paciente, doença cardiopulmonar, qualidade da assistência à saúde.

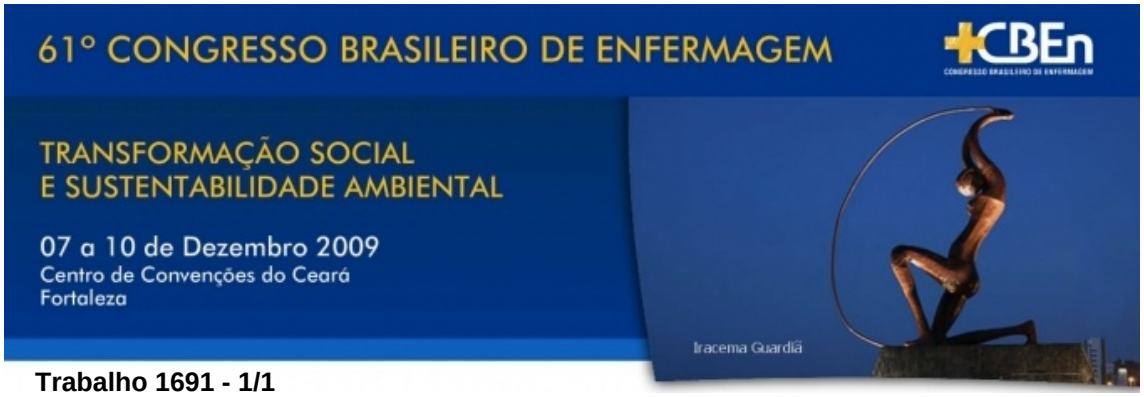
Bibliografia:

ESPERIDIAO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciênc. saúde coletiva**. v.10, p.303-312, 2005.

PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**. v.27, n.3, p.270-277, 2005.

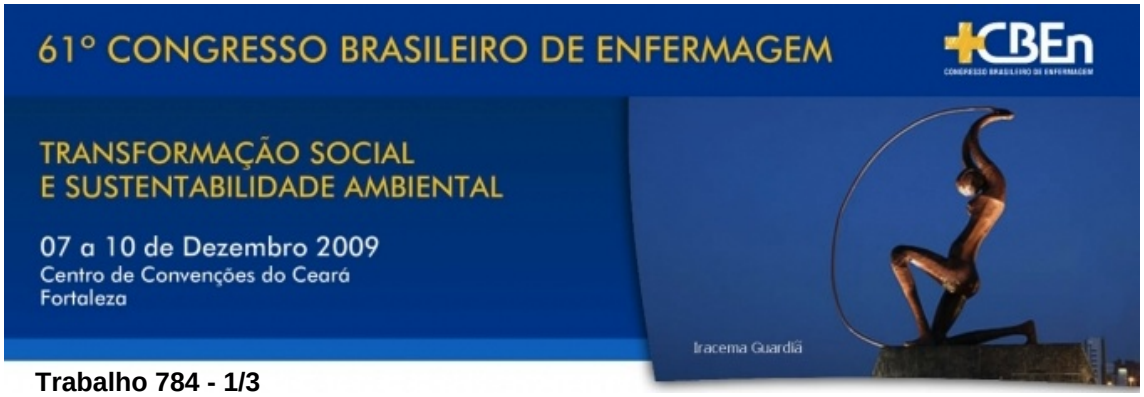
RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.19, n.1, p. 27-34, 2003.

PAIVA, S. M. A.; GOMES, E. L. R. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.15, n.5, p. 973-979, 2007.



Trabalho 1691 - 1/1

O aumento da expectativa de vida e conseqüente envelhecimento da população brasileira estão tornando evidentes problemas antes deixados em segundo plano. O advento do climatério e evento da menopausa são aspectos importantes do envelhecimento feminino, caracterizando o final da vida reprodutiva da mulher. Os estudos existentes referentes ao climatério abordam principalmente temas centrados no modelo biomédico, portanto um trabalho com uma nova abordagem torna-se relevante. Neste contexto, decidimos ter como objeto de estudo a qualidade da assistência dada à saúde da mulher no climatério, buscando identificar e resgatar o princípio da integralidade da atenção no Programa de Saúde da Família. Tivemos como objetivos: identificar quais as mulheres do estudo apresentam ou apresentaram sintomas climatéricos; averiguar se o assunto climatério já foi abordado com as usuárias dentro da Unidade de Saúde, seja através de ações educativas ou durante as consultas; investigar sobre a resolubilidade dos problemas de saúde dessas mulheres na UBASF e a satisfação dessas usuárias em relação ao atendimento prestado; identificar elementos que evidenciem a qualidade dada à saúde da mulher climatérica na UBASF como acesso, acolhimento e vínculo. O estudo é do tipo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa. O campo de estudo foi uma UBASF (Unidade de Saúde da Família), no bairro da Serrinha, situada na SER (Secretaria Executiva Regional) IV, município de Fortaleza-Ceará. A amostra constituiu-se de 64 mulheres com idade entre 40 e 71 anos. O período de coleta de dados compreendeu os meses de janeiro a fevereiro de 2007 e a técnica utilizada foi a entrevista. Os dados foram tabulados e processados no software estatístico SPSS for windows versão 13.0, dispostos em quadros e por fim analisados. Foram respeitados os aspectos éticos e legais conforme a resolução 196/96. Analisando os resultados vimos que a maioria das mulheres declarou estar passando ou já ter passado pela experiência do climatério ou da menopausa. Somente 12 mulheres disseram já terem participado de alguma atividade educativa na unidade. Dezenove mulheres do estudo disseram procurar atendimento nos hospitais públicos, quando não conseguem na unidade de saúde. Sobre os anseios em relação aos serviços de saúde ofertados pela unidade, as mulheres apontaram a melhoria da assistência, a equipe multiprofissional e a dinâmica nos serviços da Unidade como fatores de relevância para a qualidade da assistência. É preciso empoderar essas mulheres para que as mesmas consigam junto aos gestores maior atenção às questões relacionadas ao climatério.



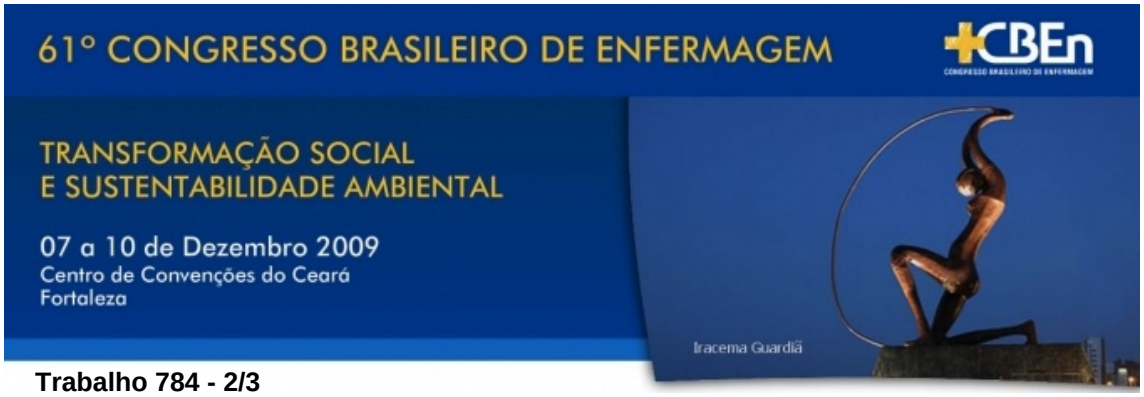
Trabalho 784 - 1/3

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: VANTAGENS, DIFICULDADES E CARACTERÍSTICAS DAS PUBLICAÇÕES

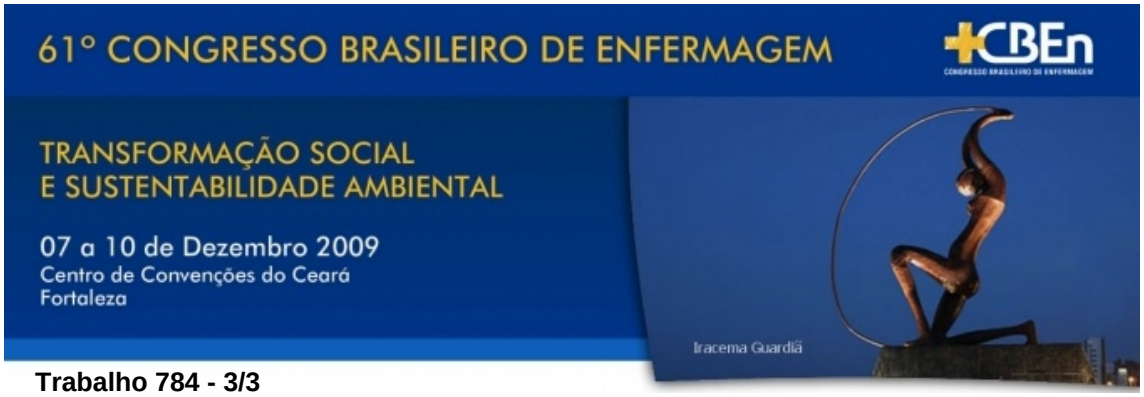
Costa, N. B da *; Kitchenman, S. R.S **; Nunes, A. S.***;
Santiago, M. M. de A ****;

RESUMO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia de trabalho que engloba funções e normas internas. Quando corretamente utilizada, favorece o reconhecimento do profissional enfermeiro no âmbito da assistência direta e indireta ao paciente. Os benefícios da SAE para os envolvidos no cuidado ao cliente são inúmeros, por ser um processo que facilita a rotina dos cuidados de enfermagem estabelecendo metas e avaliando as melhores formas de assistir ao paciente, trazendo-o de volta à sua rotina, além de proporcionar, ao enfermeiro, a execução de medidas padronizadas que facilitem o processo de trabalho. Tem-se como objeto de estudo a produção científica sobre a temática SAE. Os objetivos foram mapear a produção científica brasileira referente ao tema nas bases de dados Scielo e Lilacs, publicadas na íntegra, em língua portuguesa, de 1980 até 2009 e analisar nos trabalhos as vantagens e as dificuldades da implementação da SAE. Optou-se por desenvolver uma investigação descritiva do tipo bibliográfica, com abordagem quanti-qualitativa. O conteúdo quantitativo foi analisado de acordo com a estatística descritiva. A análise do conteúdo qualitativo fundamentou-se no modelo de análise temática de Laurence Bardin. O material analisado compõe-se de 17 artigos disponíveis nas bases pesquisadas no período de março a abril de 2009. Os resultados mostram maior produção de artigos sobre o assunto na Região Sudeste, São Paulo emerge como pólo de investigação. A pesquisa de campo foi a metodologia mais empregada para pesquisar o tema, tendo 13 (76%) trabalhos, sendo o cenário hospitalar o local mais frequente (84% - 26). É compreensível este



ser o campo mais abrangente das pesquisas, visto que o COFEN preconiza a implementação neste cenário. Neste local o CTI adulto, a Clínica Médica e a Clínica Cirúrgica apareceram em 13% (4) dos campos de estudo. A Revista Brasileira de Enfermagem aparece com 41% (7) dos trabalhos selecionados para esta pesquisa, seguida pela Revista da Escola de Enfermagem da USP contemplando 23% (4) dos artigos. Neste estudo, o ano de 2006 apareceu com o maior número de publicações, A maioria dos estudos aborda, concomitantemente, as vantagens e dificuldades de implementação da SAE. Analisando os títulos das publicações selecionadas, percebe-se que 76% (13) delas utilizam o termo “SAE” ou sistematização da assistência de enfermagem e, por conseguinte, 24% (4) não os utilizam. Ainda que apareçam em maior número, as unidades de significação referentes às vantagens têm valores próximos aos das unidades referentes às dificuldades, com pouca diferença entre elas. Dentre as vantagens verifica-se que a SAE promove melhoria da qualidade da assistência, permitindo utilizar-se de um método científico que a sustente. No âmbito da assistência ao paciente, direciona e organiza o trabalho, possibilita auditoria, favorece a visibilidade profissional e a participação efetiva no cuidado e nas tomadas de decisão, proporcionando um trabalho individualizado acerca das necessidades de cada paciente. As dificuldades apresentadas pelos autores destacam problemas relacionados ao quantitativo de profissionais, aceitação de nova forma de trabalho e comprometer-se com o desconhecido. Além disso, algumas instituições de saúde dificultam a implementação por não perceberem o cuidado de enfermagem como científico, não investindo na capacitação de seus enfermeiros. As principais dificuldades na assistência estão relacionadas à continuidade dos cuidados prescritos pelas diversas equipes que prestam assistência aos pacientes e dificuldades na escolha e na interpretação do método. Alguns trabalhos apontam dificuldades na graduação como prejudiciais para a SAE, tanto no aprendizado do tema quanto no incentivo às pesquisas. É necessário que as universidades brasileiras aumentem a discussão sobre a temática, possibilitando a formação de linhas de pesquisa que contribuam para a implementação, minimizando as dificuldades apontadas na graduação. Este estudo não pretendeu esgotar o assunto neste momento, utilizando-se da revisão da literatura uma fonte importante



de conhecimento sobre esta temática. Acredita-se que ao estimular em nosso país o debate sobre o tema contribuir-se-á com a profissão ajudando os enfermeiros a desenvolverem a SAE de acordo com cada realidade. Planejamos continuar os estudos utilizando uma metodologia que possa trazer resultados concretos e específicos para a sistematização da assistência, diminuindo as dificuldades apontadas.

Palavras-chave: Planejamento de assistência ao paciente; Assistência de Enfermagem; Pesquisa

BIBLIOGRAFIA

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (POR): Edições 70; 2008.

FIGUEIREDO, R. M. et al. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**. v.40, n.2, p.299-303, 2006.

FULY, P.S.C.; LEITE, J.L.; LIMA, S.B.S. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 61, n. 6, dez 2008.

PIVOTTO, F. L. ; LUNARDI FILHO, W. D. ; LUNARDI, V. L. . Prescrição de enfermagem - dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Cogitare Enfermagem** (UFPR), Curitiba, v. 9, n. 2, p. 32-42, 2004.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A.M.P. **SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

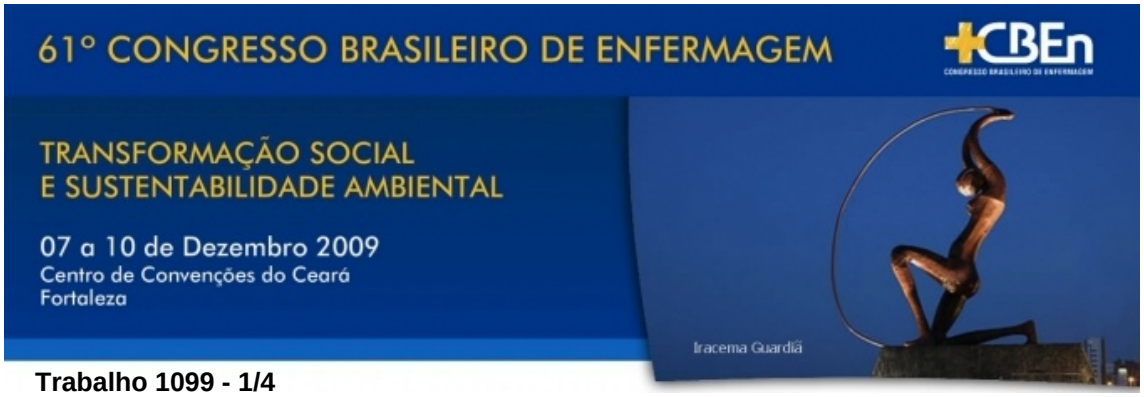
---

* Natalia Borges da Costa – Acadêmica de Enfermagem – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ – natbc16@yahoo.com.br

** Sarah Rachel de Souza Kitchenman – Acadêmica de Enfermagem – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

*** Alessandra Sant'Anna Nunes – Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do DEMC da FENF/UERJ.

**** Maria Madalena de Andrade Santiago – Dra em Enfermagem. Mestre em Filosofia. Bioeticista. Professora da Área de Pesquisa do DFEN da FENF/UERJ.



TECNOLOGIA E TECNOLOVIGILÂNCIA: ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A QUALIDADE, EFICÁCIA E SEGURANÇA DO CUIDADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

BRAGA, Elzeni dos Santos[1]

REGO, Margarethe Maria Santiago[2]

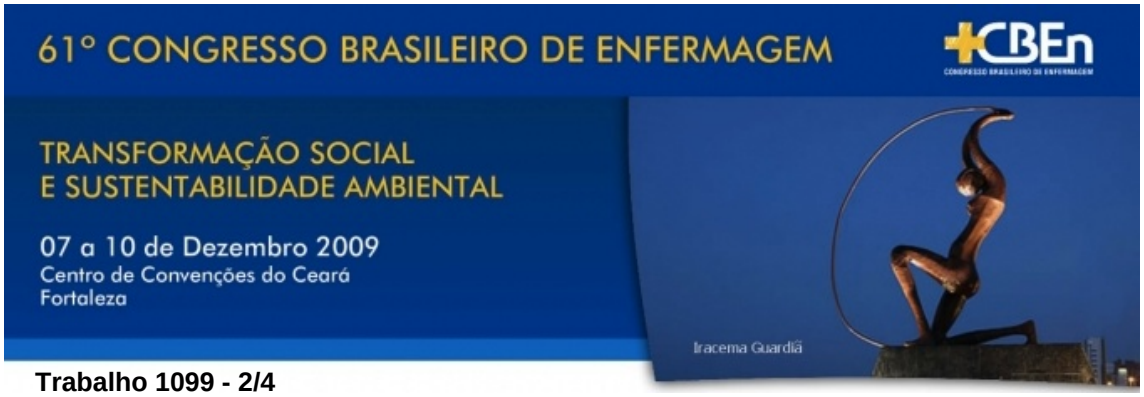
O avanço na utilização de produtos tecnológicos comercializados para a rede de saúde tornou imprescindível a busca de estratégias para alcançar a melhoria da qualidade assistencial e a segurança dos pacientes/clientes[3]. Neste aspecto, a dimensão da qualidade deve ser garantida, principalmente pelo fato de ser compreendida como “um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao usuário, um alto grau de satisfação por parte dos pacientes/clientes, considerando-se os valores sociais existentes”. Donabedian (1). De acordo com Merhy (2), as tecnologias são classificadas em três categorias: as tecnologias duras, leve duras e leves. Tecnologias duras são aquelas constituídas por equipamentos. Dentre outros citamos os monitores de multiparâmetros, a incubadora multiprocessada, as bombas infusoras e o ventilador mecânico. O maior quantitativo de tecnologias duras voltadas para o setor saúde, disponíveis no mercado e a necessidade de se pensar em estratégias para monitorar, controlar e prevenir eventos adversos ocasionado pela desenfreada incorporação destas tecnologias e falhas em seu processo, levou à criação da unidade de Tecnovigilância, que visa à segurança sanitária relacionada a continua avaliação de produtos tecnológicos pós comercialização, estabelecendo medidas de controle eficazes para atender as necessidades do paciente/cliente. Em síntese, a Tecnovigilância tem como

[1]MESTRANDA DA EEAN / UFRJ. ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM CLÍNICA CIRÚRGICA EM CARDIOLOGIA PELA ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO UNIRIO, CONVÊNIO MS / INCL, NOS MOLDES DE RESIDÊNCIA. ESPECIALISTA EM PEDIATRIA PELA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY/UFRJ. ENFERMEIRA DO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA/ FIOCRUZ. ENFERMEIRA GRADUADA PELA UNIGRANRIO. EMAIL: elzenibraga@yahoo.com.br.

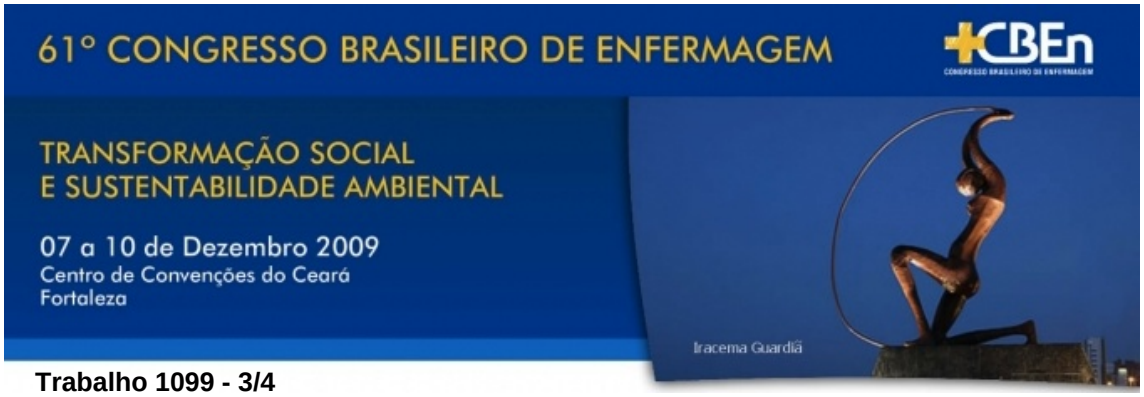
2

DOUTORA EM ENFERMAGEM/ UFRJ; MESTRE EM EDUCAÇÃO/ UERJ; ESPECIALISTA EM GESTÃO PELA QUALIDADE/ ESCOLA DE ECONOMIA FGV; PROFESSORA ADJUNTA DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA DA EEAN/ UFRJ.

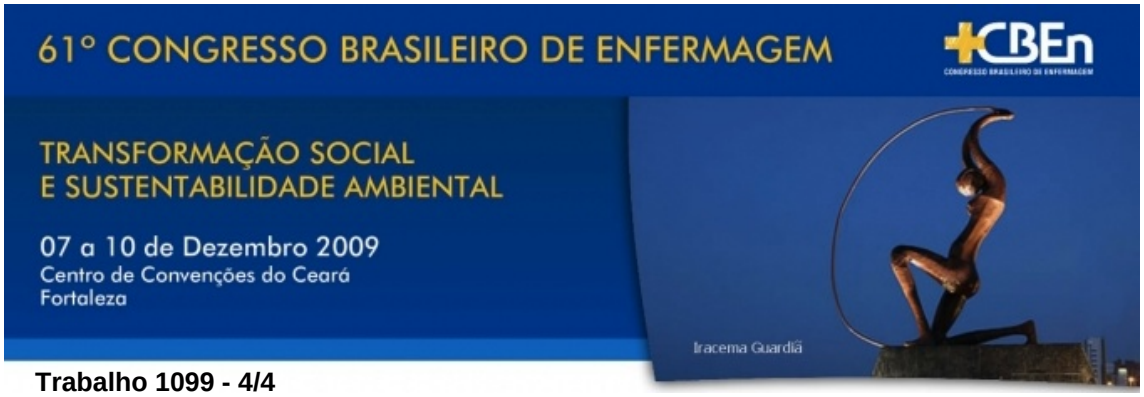
[3] A UTILIZAÇÃO NESTE ARTIGO DO TERMO CLIENTE/PACIENTE SE BASEIA NA EDIÇÃO 2006 DO MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA) E MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL.



principal função programar estratégias de prevenção ou minimização de riscos, a fim de evitar que riscos equivalentes possam ser produzidos em outros locais pelas mesmas causas [3]. Temos como objeto de estudo: **A interrelação tecnologia, tecnovigilância e as estratégias para melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.** Temos como objetivos: Descrever como os profissionais de enfermagem percebem a tecnovigilância e sua relação com a qualidade dos cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e pontuar as estratégias indicadas pelos enfermeiros para melhorar a qualidade do cuidado mediado por tecnologias duras no ambiente do cuidado de terapia intensiva neonatal. A pesquisa pautou-se em um estudo quanti–qualitativo descritivo. Tendo sido estruturada como um estudo de caso baseado em YIN. [4] O local da pesquisa foi a UTIN de uma instituição pública de autarquia federal. A opção por essa unidade deriva do fato de ser uma instituição de referencia internacional para cirurgia pediátrica, localizada no Rio de Janeiro. Selecionamos como participante toda a equipe de enfermagem da UTIN. Em relação à elegibilidade dos participantes para a entrada no estudo, definimos como critério de inclusão: atuarem a mais de seis meses na UTIN e como critério de exclusão: os profissionais que não assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, que se encontrarem de férias, em licença maternidade ou licença por motivo de doença no período de coleta dos dados. A coleta de dados ocorreu nos mês de julho de 2009 após solicitação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (nº0036/07) atendendo ainda os aspectos éticos da Resolução 196/96, do CNS/MS e com a concordância da participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelos participantes do estudo. As informações foram obtidas através da utilização de entrevista semi-estruturada com perguntas fechadas e abertas. Até o momento entrevistamos 11 profissionais entre técnicos de enfermagem e enfermeiros e destes verificamos que os profissionais de enfermagem percebem a tecnologia e a tecnovigilância e sua relação com a qualidade dos cuidados de enfermagem em UTIN como: um cuidado mecânico (2/ 18, 18%), como agilidade no processo de cuidado com melhoria da assistência prestada e facilitando o cuidado (7/ 63, 6%), e como o conhecimento e importância para uma vigilância mais efetiva funcionando como base de sustentação para outras tecnologias (1/ 9,1%), e ainda



percebem como o produto do envolvimento humano com o apoio tecnológico e a tecnovigilância como melhora para a qualidade desse cuidado (1/ 9, 1%). No que se refere às estratégias indicadas pelos profissionais para melhorar a qualidade do cuidado mediado por tecnologias duras no ambiente do cuidado de terapia intensiva neonatal destacamos a que aparece com maior freqüência. 11(100%) profissionais indicam capacitação e treinamento permanente de toda equipe para saber utilizar os equipamentos disponíveis na UTIN, assim como saber identificar uma possível falha do mesmo e conseqüente evento adverso. Outras estratégias indicadas foram: a sensibilização dos profissionais para notificações de eventos adversos e ou queixas técnicas relacionadas aos equipamentos utilizados, assim como a inserção de formulários próprios para estas notificações e construção de protocolos de utilização dos equipamentos e organizar e programar estratégias para realizar prevenção de riscos (5/ 45, 4%) e a visita técnica de profissionais e manutenção periódica e preventiva dos equipamentos por pessoal técnico especializado (4/ 36, 4%), inserção de equipamentos em número suficiente para atender a demanda da clientela e disponibilização dos manuais técnicos dos mesmos para consulta e solução de possíveis dúvidas quanto ao manuseio correto (2/ 18, 2%). Cabe ressaltar que a qualidade não estar apenas nas tecnologias duras utilizadas, mas também nas pessoas que realizam as atividades do serviço e que manipulam essas tecnologias. [(5)] Concluímos que para melhor alcançar a qualidade do cuidado, os profissionais de Enfermagem precisam desenvolver atividades assistenciais visando adequar o processo de cuidar mediado por tecnologias às necessidades específicas de cada cliente/paciente. Além disso, precisa assumir o compromisso de promover um ambiente seguro e atuar constantemente para identificar, prevenir e reduzir continuamente os riscos provenientes e inerentes ao ambiente hospitalar. Esses riscos podem ser procedentes de vários fatores, dentre outros citamos o uso da tecnologia dura. Vemos ainda, que é incipiente a inserção da tecnovigilância na UTIN, assim como a existência de treinamentos e capacitação dos profissionais que atuam nesta unidade para uma adequada utilização dos equipamentos. Lembramos que a enfermagem, ao cuidar com o subsídio tecnológico, baseia esses cuidados em princípios técnicos e racionais, devendo ainda, considerar os princípios científicos, éticos e legais que permeiam a sua adequada utilização

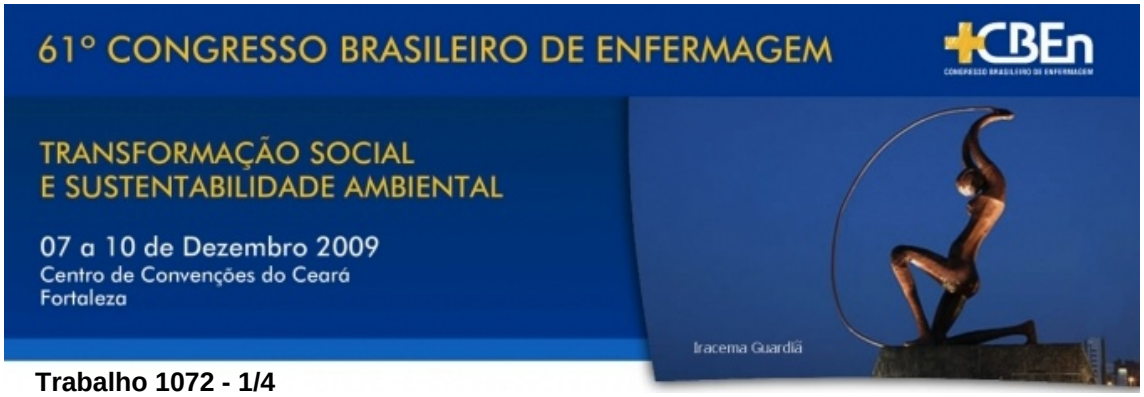


cuidando, monitorando e avaliando a segurança, eficácia e a qualidade das tecnologias duras.

Bibliografia:

1. DONABEDIAN, A. **"The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance",** in QRB. 18:356-360, 1992.
2. MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde.** In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.
3. ANVISA. **Apresenta trabalhos sobre o "Projeto Hospitais Sentinelas" e sobre o tema gerenciamento de risco.** Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/tecnovigilância/material.html. Acesso em: 15 de março de 2008.
4. YIN, Robert K. Estudo de caso: Planejamento e Métodos. 3ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2005.
5. REGO, MMS; MONTEIRO, M L G. **Qualidade na Pratica de Enfermagem em Terapia Intensiva** – capitulo do livro: Cuidados de enfermagem em Terapia intensiva – Recomendações, Ed Águia Dourada, 2008.

DESCRITORES: TECNOLOGIA EM SAUDE, TECNOVIGILÂNCIA, QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE, UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E ENFERMAGEM



Trabalho 1072 - 1/4

TECNOLOGIA E TECNOLOVIGILÂNCIA: ESTRATÉGIAS PARA MELHORARIAS DA QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

BRAGA, Elzeni dos Santos[1]

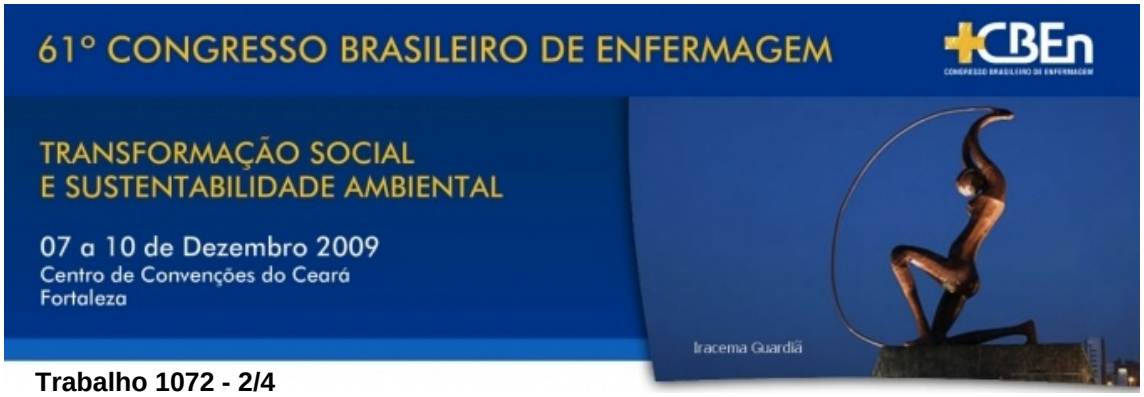
REGO, Margarethe Maria Santiago[2]

O avanço na utilização de produtos tecnológicos comercializados para a rede de saúde tornou imprescindível a busca de estratégias para alcançar a melhoria da qualidade do cuidado e a segurança dos pacientes/clientes. Neste aspecto, a dimensão da qualidade e segurança deve ser garantida, principalmente pela qualificação dos profissionais e pelo uso eficiente de recursos visando, sobretudo, a prevenção dos riscos ao pacientes/clientes. Considerando então, o uso nas unidades de terapia intensiva neonatal de tecnologias duras, como por exemplo, monitores de multiparâmetros, incubadora multiprocessada, bombas infusoras e ventiladores mecânicos, ressaltamos a necessidade de se pensar em estratégias para monitorar, controlar e prevenir riscos e eventos adversos ocasionado pela desenfreada incorporação destas tecnologias e falhas em seu processo. Neste sentido, a unidade de Tecnovigilância é imprescindível para a continua avaliação de produtos tecnológicos pós comercialização, estabelecendo medidas de controle eficazes para atender as necessidades do paciente/cliente a partir da programação de estratégias de prevenção ou minimização de riscos. A partir dessas considerações o estudo tem como objetivos: Descrever como os profissionais de enfermagem percebem a tecnovigilância e sua relação com a qualidade dos cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e destacar as estratégias indicadas pelos enfermeiros para melhorar a qualidade do cuidado mediado por tecnologias duras no ambiente do cuidado de terapia intensiva neonatal. A pesquisa pautou-se em um estudo

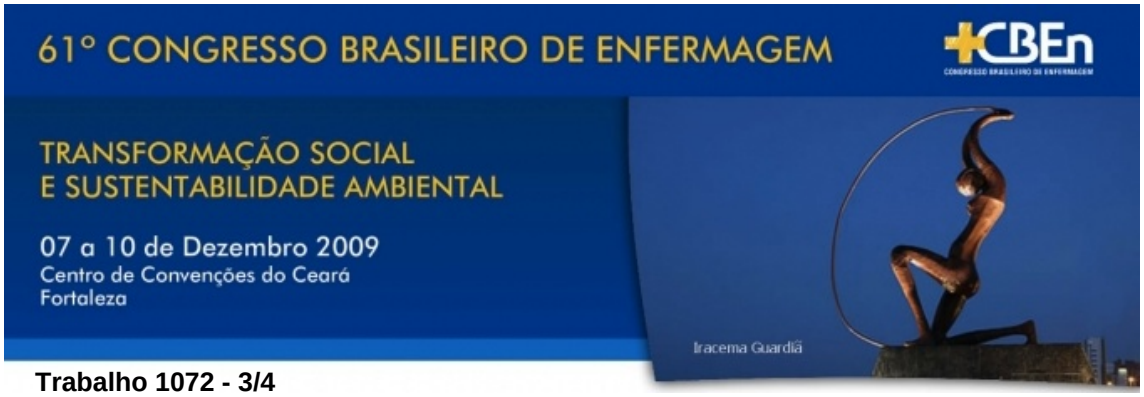
[1]Mestranda da EEAN/UFRJ. Especialista em Enfermagem Clínica Cirúrgica em cardiologia pela escola de enfermagem alfredo pinto unirio, convênio ms / incl, nos moldes de residência. especialista em pediatria pela escola de enfermagem anna nery/ufrj. enfermeira do instituto fernandes figueira/ fiocruz. enfermeira graduada pela unigranrio. email: elzenibraga@yahoo.com.br.

2

Doutora em enfermagem/ ufrj; mestre em educação/ uerj; especialista em gestão pela qualidade/ escola de economia fgv; professora adjunta do departamento de enfermagem médico-cirúrgica da eean/ ufrj.



quanti–qualitativo descritivo, estruturada como um estudo de caso. O local da pesquisa foi a UTIN de uma instituição pública de autarquia federal. A opção por essa unidade deriva do fato de ser uma instituição de referencia internacional para cirurgia pediátrica, localizada no Rio de Janeiro. Em relação à elegibilidade dos participantes para a entrada no estudo, definimos como critério de inclusão: atuarem a mais de seis meses na UTIN e como critério de exclusão: os profissionais que não assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, que se encontrarem de férias, em licença maternidade ou licença por motivo de doença no período de coleta dos dados. A coleta de dados ocorreu no mês de julho de 2009 após solicitação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (nº0036/07) atendendo ainda os aspectos éticos da Resolução 196/96, do CNS/MS e com a concordância da participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelos participantes do estudo. As informações foram obtidas através da utilização de entrevista semi-estruturada com perguntas fechadas e abertas. Os resultados que emergiram da produção de dados dos onze participantes da pesquisa indicaram que os profissionais de enfermagem percebem a tecnologia e a tecnovigilância e sua relação com a qualidade dos cuidados de enfermagem em UTIN como: um cuidado mecânico (2/ 18, 18%), como agilidade no processo de cuidado com melhoria da assistência prestada e facilitando o cuidado (7/ 63, 6%), e como o conhecimento e importância para uma vigilância mais efetiva funcionando como base de sustentação para outras tecnologias (1/ 9,1%), e ainda percebem como o produto do envolvimento humano com o apoio tecnológico e a tecnovigilância como melhora para a qualidade desse cuidado (1/ 9, 1%). No que se refere às estratégias indicadas pelos profissionais para melhorar a qualidade do cuidado mediado por tecnologias duras no ambiente do cuidado de terapia intensiva neonatal destacamos a que aparece com maior freqüência. Onze (100%) profissionais indicam capacitação e treinamento permanente de toda equipe para saber utilizar os equipamentos disponíveis na UTIN, assim como saber identificar uma possível falha do mesmo e conseqüente evento adverso. Outras estratégias indicadas foram: a sensibilização dos profissionais para notificações de eventos adversos e ou queixas técnicas relacionadas aos equipamentos utilizados, assim como a inserção de formulários próprios para estas notificações e construção de

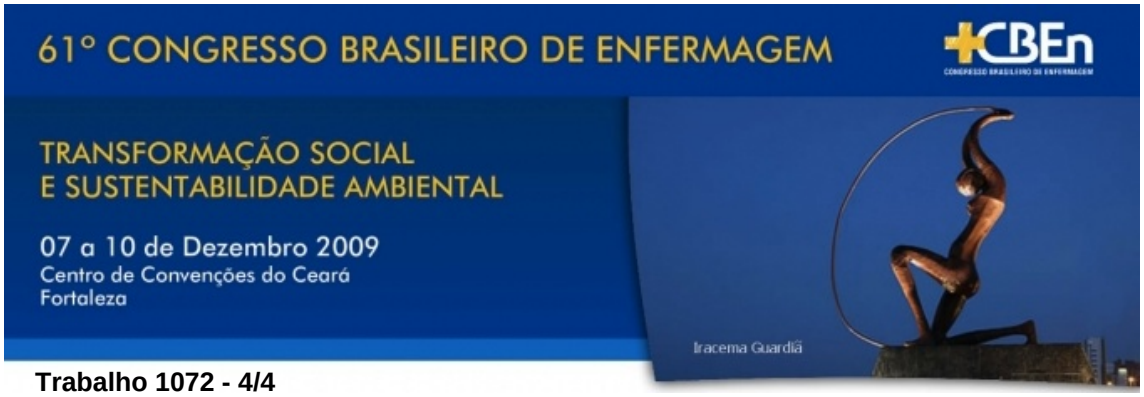


protocolos de utilização dos equipamentos e organizar e programar estratégias para realizar prevenção de riscos (5/ 45, 4%) e a visita técnica de profissionais e manutenção periódica e preventiva dos equipamentos por pessoal técnico especializado (4/ 36, 4%), inserção de equipamentos em número suficiente para atender a demanda da clientela e disponibilização dos manuais técnicos dos mesmos para consulta e solução de possíveis dúvidas quanto ao manuseio correto (2/ 18, 2%). Cabe ressaltar que a qualidade não estar apenas nas tecnologias duras utilizadas, mas também nas pessoas que realizam as atividades do serviço e que manipulam essas tecnologias. Concluímos que para melhor alcançar a qualidade do cuidado, os profissionais de Enfermagem precisam desenvolver atividades assistenciais visando adequar o processo de cuidar mediado por tecnologias às necessidades específicas de cada cliente/paciente. Além disso, precisa assumir o compromisso de promover um ambiente seguro e atuar constantemente para identificar, prevenir e reduzir continuamente os riscos provenientes e inerentes ao ambiente hospitalar. Esses riscos podem ser procedentes de vários fatores, dentre outros citamos o uso da tecnologia dura. Vemos ainda, que é incipiente a inserção da tecnovigilância na UTIN, assim como a existência de treinamentos e capacitação dos profissionais que atuam nesta unidade para uma adequada utilização dos equipamentos. Lembramos que a enfermagem, ao cuidar com o subsídio tecnológico, baseia esses cuidados em princípios técnicos e racionais, devendo ainda, considerar os princípios científicos, éticos e legais que permeiam a sua adequada utilização cuidando, monitorando e avaliando a segurança, eficácia e a qualidade das tecnologias duras.

Bibliografia:

1. DONABEDIAN, A. **"The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance",** in QRB. 18:356-360, 1992.

2. MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde.** In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

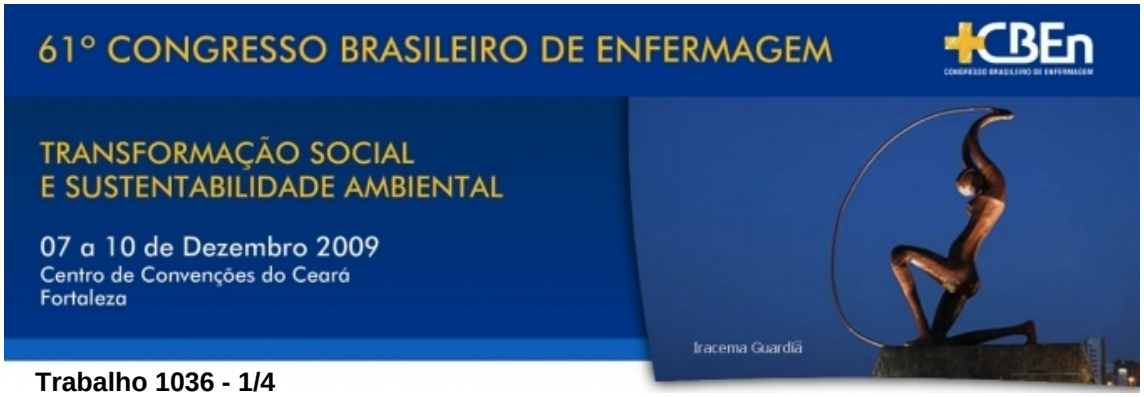


3. ANVISA. **Apresenta trabalhos sobre o "Projeto Hospitais Sentinelas" e sobre o tema gerenciamento de risco.** Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/tecnovigilância/material.html. Acesso em: 15 de março de 2008.

4. YIN, Robert K. Estudo de caso: Planejamento e Métodos. 3ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2005.

5. REGO, MMS; MONTEIRO, M L G. **Qualidade na Pratica de Enfermagem em Terapia Intensiva** – capitulo do livro: Cuidados de enfermagem em Terapia intensiva – Recomendações, Ed Águia Dourada, 2008.

DESCRITORES: TECNOLOGIA, TECNOVIGILÂNCIA, QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE, UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E ENFERMAGEM



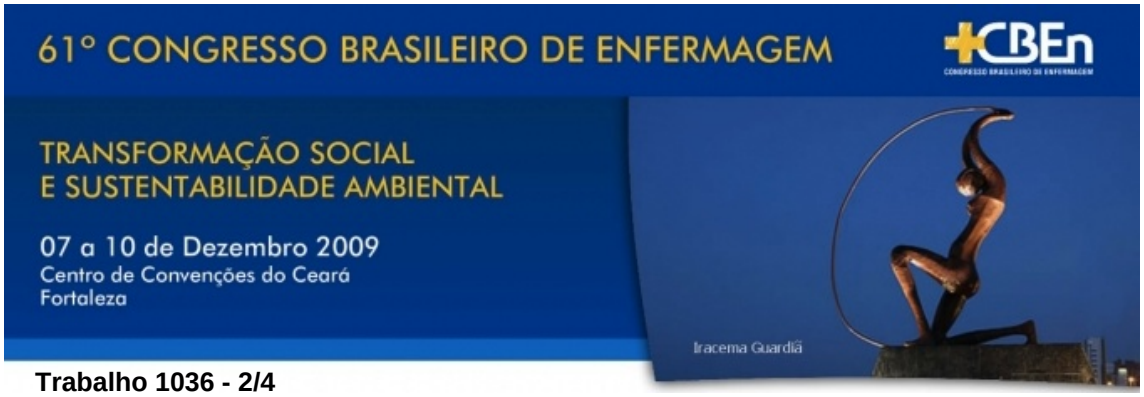
Trabalho 1036 - 1/4

TRATAMENTO DA OBESIDADE: ESTUDO COM PACIENTES SUBMETIDOS A GASTROPLASTIA

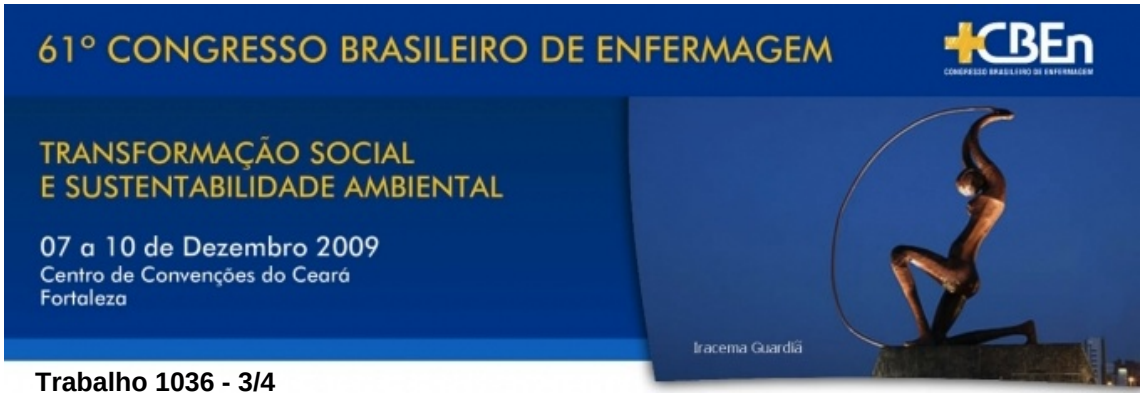
Katiúscia Augusto Peixoto dos Reis Santiago [1]
Paula França Monte [2]
Islane Costa Ramos [3]
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão[4]

A obesidade é compreendida como prejudicial à saúde, na sua perspectiva física e psíquica. É uma doença complexa, que possui causas multifatoriais, como nutricional, psicológica, fisiológica e social, associadas à interação com uma possível predisposição. Entre os fatores ambientais, podem-se citar dietas hipercalóricas, nível baixo de atividade física, o fumo e a ingestão de álcool. No Brasil, dados recentes mostram que aproximadamente 16% da população apresentam algum grau de obesidade. Além disso, um terço da população em geral tem peso acima do saudável. A OMS coloca que a obesidade é a epidemia do século XXI.Vários pacientes não respondem as manobras terapêuticas não invasivas, necessitando de uma intervenção cirúrgica, devido esse fato a cirurgia bariátrica (gastroplastia) tem se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução de alguns casos de obesidade. A gastroplastia é uma cirurgia realizada em pessoas com o peso muito acima do ideal, os chamados obesos mórbidos e tem como principal objetivo a redução do peso do corpo. A cirurgia diminui a capacidade do estômago em suportar a quantidade de alimentos, devido a sua redução. Indicações para a cirurgia bariátrica devem preencher alguns critérios, como IMC maior que 40 kg/m² ou IMC acima de 35 kg/m², associado com doenças com, no mínimo, cinco anos de evolução e que melhorem com a perda de peso, como diabetes melito e hipertensão arterial, doenças osteoarticulares, apnéia do sono,

[1]Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza- UNIFOR.
[2] Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza- UNIFOR.
[3]Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Especialista em Nefrologia em Enfermagem e Educação. Enfermeira do Hospital Monte Klinikum e do Hospital Universitário Walter Cantídio.islane_ramos@uol.com.br
[4]Enfermeira. Mestre em Políticas Públicas em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Professora da Universidade Estadual do Ceará. ilsetigre@hotmail.com



histórico de falha de tratamentos conservadores prévios. No pré-operatório, o paciente precisa ser informado das mudanças significativas pelas quais ele atravessará. Um acompanhamento psicológico fornece condições para que o paciente perceba a amplitude do processo que passará e o ajuda a tomar decisões adequadas em cada caso. O tratamento desta patologia requer uma equipe multidisciplinar. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro, que visa assistir ao ser humano na sua totalidade. O trabalho realizado objetiva traçar o perfil dos pacientes que se submetem a gastroplastia, identificando os prejuízos à saúde impostos pela obesidade que estes clientes possuem dentro do contexto social, econômico e cultural, presentes nesta problemática. Após descrever as características epidemiológicas e clínicas dos pacientes que se submetem a gastroplastia é possível identificar os motivos pelos quais levaram esses pacientes a se submeter a esse tipo de tratamento cirúrgico. O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva analítica. O cenário da pesquisa foi uma instituição hospitalar privada, terciária, de referência, da cidade de Fortaleza – Ce. Os sujeitos da pesquisa foram pacientes obesos que se submeteram à gastroplastia, que foram admitidos no local de estudo durante a coleta de dados. A coleta dos dados foi realizada no período de maio a julho de 2008 no hospital referido com os pacientes que concordaram em participar, utilizando um roteiro previamente elaborado em forma de questionário. Tendo como critério de inclusão: ser maior de 18 anos e aceitar participar da pesquisa. Dos 27 entrevistados, 18 eram mulheres e 9 eram homens onde predomina a obesidade grau 3 no sexo feminino, 22 dos entrevistados apresentam casos de obesidade em familiares de primeiro e segundo grau, ou seja, a obesidade de acordo com este estudo pode está também relacionada com características genéticas e 9 dos entrevistados que se submeteram a gastroplastia não apresentem co-morbidades pode ser explicado pelo fato de estarem na faixa etária entre 18 e 30 anos, destes, 8 tinham entre 18 e 30 anos, e apenas 1 possuía idade maior que 41 anos o que demonstra que a maior parte dos entrevistados eram adultos jovens e possivelmente, não sofreram as conseqüências da obesidade. Os principais motivos que levaram essas pessoas a se submeterem a esta cirurgia foi a pouca adesão em realizar atividade física, as doenças associadas e o fato de não conseguirem emagrecer foram decisivos na



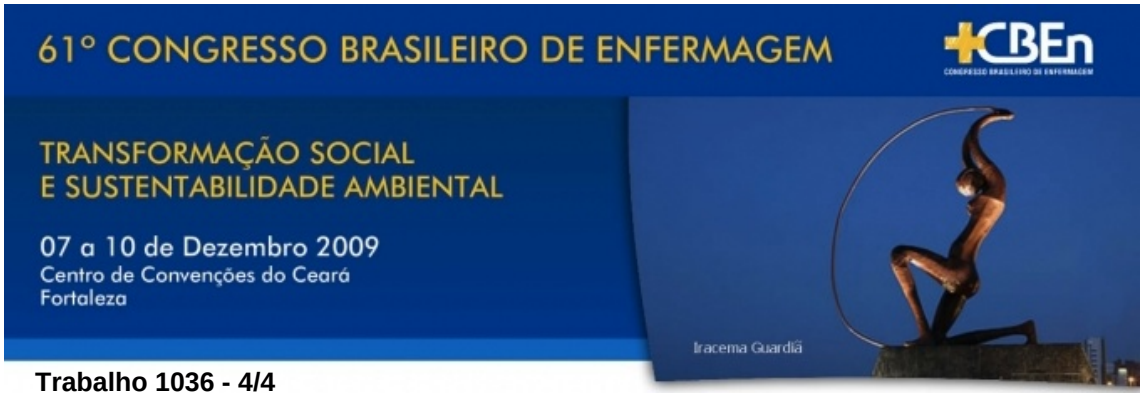
procura deste tratamento, em busca de uma melhor qualidade de vida, sua auto-estima e sua aceitação nesta sociedade, dos 27 entrevistados apenas 6 praticam atividade física. E os que não praticam atividade física, 12 disseram que não a realizam por que têm preguiça, 6 disseram que não podem realizar essa atividade por problemas de articulação e restrição médica, 5 relataram falta de tempo, 4 não gostam desse tipo de atividade e 1 nos informou que não pratica atividade física por vergonha. 26 dos entrevistados realizaram tratamento prévio antes da cirurgia para emagrecer, entre eles: dietas, uso de medicamentos, e 2 entrevistados buscaram ajuda em clínicas. Apenas 1 dos entrevistados informa não ter realizado tratamento prévio antes da cirurgia, porém aos 23 anos estava com IMC 42kg/m². Destes 25 tiveram acompanhamento alimentar por nutricionista e mesmo assim não conseguiam emagrecer e por isso, decidiram realizar essa cirurgia. E todos informam que tiveram acompanhamento com psicólogo antes da cirurgia. Durante a elaboração desse estudo encontramos algumas barreiras dentre elas a escassez de material científico de Enfermagem. Os pacientes entrevistados esperam que esta cirurgia represente a cura da sua obesidade e modifique radicalmente suas vidas. Muitos acreditam que a partir dessa operação iram começar uma nova vida. No entanto, a cirurgia não é um milagre, mas, uma importante estratégia no tratamento da obesidade mórbida, que precisa ser bastante discutida com a pessoa que será submetida, pois repercute de forma direta e com impacto no estilo de vidas dessas pessoas, sendo importante um bom preparo pré-operatório e um cuidado de enfermagem holístico e humanizado, principalmente psicológico.

Descritores: Obesidade; Cirurgia, Gastroplastia.

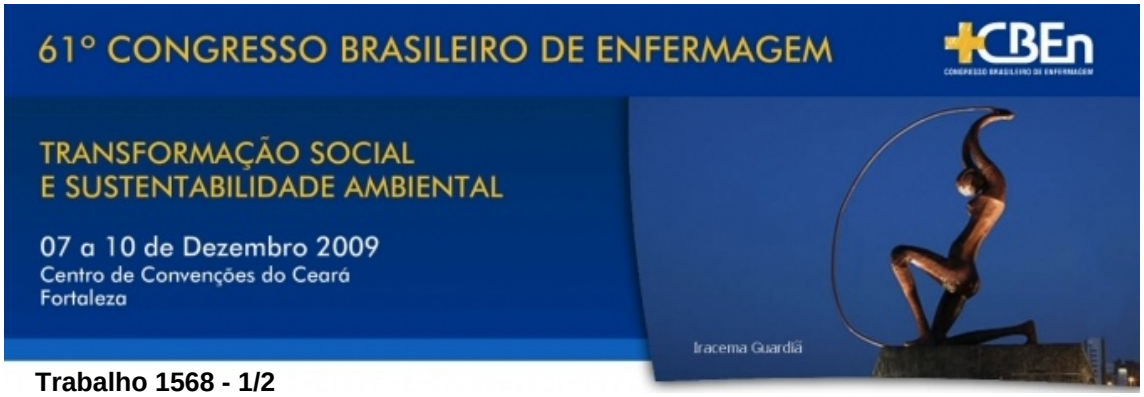
Referências

FANDINO, J.; BENCHIMOL, A. K.; COUTINHO, W. F. and APPOLINARIO, J. C.. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. Rev. psiquiatr. 2004, v. 26, n. 1, pp. 47-51

MELLO ED, LUFT VC, MEYER F. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas? J Pediatr (Rio J). 2004;80:468-74.



PORIES, W.J.; JOSEPH, E.B.- Surgery for obesity:procedures and weight loss. In: Fairbuirn & Brownell. Eating disorders and obesity, 2.ed, New York, pp. 562-7, 2003.



Trabalho 1568 - 1/2

VIGILÂNCIA DAS MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS DE LÁBIO LEPORINO E/OU FENDA PALATINA: A EPIDEMIOLOGIA NA BUSCA DO SORRISO

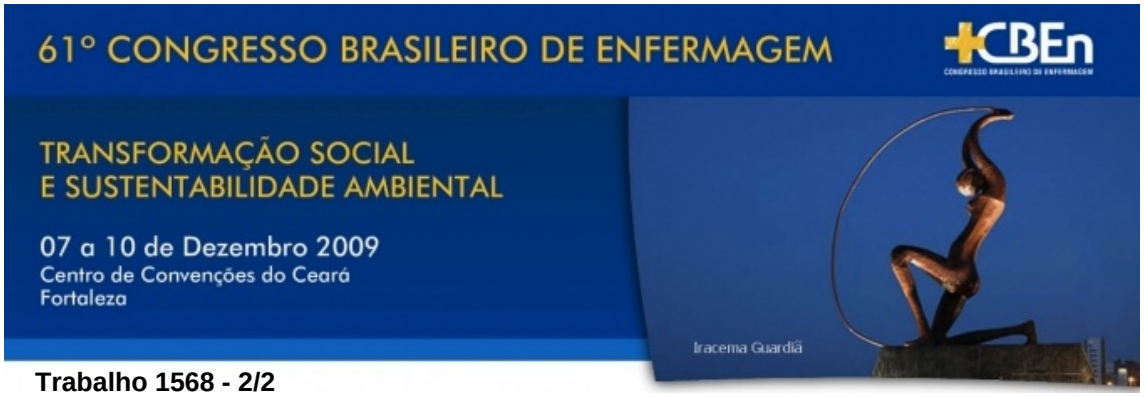
Maia, Rodrigues Maia[1]
Pagliuca, Lorita Marlena Freitag[2]
Alencar, Rafaella Rocha de[3]

INTRODUÇÃO: A cada 650 nascimentos no Brasil uma criança nasce com fissura labiopalatal. São fatores de risco hereditariedade, epilepsia na mãe, ingestão de medicamentos, uso de álcool ou cigarro, raios-X na região abdominal durante o primeiro trimestre gestacional, deficiência nutricional, entre outros podem levar a cerca de 50 diferentes mutações no gene IRF6, cuja mutação do cromossomo gera o crescimento incompleto da região dos lábios e do céu da boca (STOLL, 1991; LOFFREDO, 1994). OBJETIVO: Objetiva-se relatar a organização do sistema de vigilância e captação de RN e crianças com fissura labiopalatal com vistas a reabilitação. MÉTODOS: Estudo transversal realizado em Crato-CE pela análise das DNV de janeiro de 1999 a maio de 2009 e fichas de cadastro/acompanhamento. Organizou-se os dados em planilha Excel e analisou-se comparando notificações e cadastros a luz da literatura pertinente. RESULTADOS: Foram cadastradas 66 pessoa com malformação de lábios e/ou palato, 50% do sexo feminino. 29 tinham fissura labial e fenda palatina; 16 fissura labial; nove fissura palatal; cinco fissura palatal e ausência de epiglote, dois ausência de epiglote e cinco sem especificar. 39 nasceram 1999 a 2009, sendo 26 notificadas na DN. Os demais foram identificados em busca ativa do ACS/ESF ou espontâneo. As ausências de epiglote foram identificadas por mães ou cuidadores. A subnotificação deveu-se a falhas na triagem neonatal e preenchimento da DN. A reabilitação constituiu-se de exames, cirurgias

1 . Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem. Professora do Departamento Enfermagem/Faculdade de Medicina URCA/UFC. Endereço eletrônico: evanira@bol.com.br

2. Enfermeira, Doutora, Professora Titular do departamento de Enfermagem da UFC.

3. Tecnóloga de Alimentos/Estudante de Biologia, Especialista em Saúde Coletiva.



reparadoras, assistência odontológica e fonoaudiológica. As cirurgias são realizadas, muitas vezes, em etapas até a reabilitação completa. As fissuras labiais têm tratamento simples, todos realizaram a cirurgia. Já foram realizadas 20 cirurgias de palato e duas construções de epiglote. Em 2009 encaminhou-se 20 casos para triagem da Operação Sorriso. Atualmente 31 crianças estão no programa de reabilitação com tratamento ambulatorial e cirúrgico em hospitais de referência do Cariri e Fortaleza, inclusive 16 residentes em zona rural. CONCLUSÃO: A parceria da epidemiologia/PACS/PSF contribuiu na disseminação de informação sobre o problema e consolidar o programa, permitindo identificação precoce de casos, no primeiro mês vida, e condução para acompanhamento contínuo de reabilitação. Destaque-se necessidade de capacitação dos profissionais do setor hospitalar e atenção básica para identificação dos casos na neonatologia e puericultura.

DESCRITORES: Epidemiologia, Sistemas de Informação em Saúde, Pessoa com Deficiência, Enfermagem, Lábio leporino/Fenda palatina

OMS. Classificação Estatística Institucional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde : CID . 10. São Paulo : EDUSP, 1994.

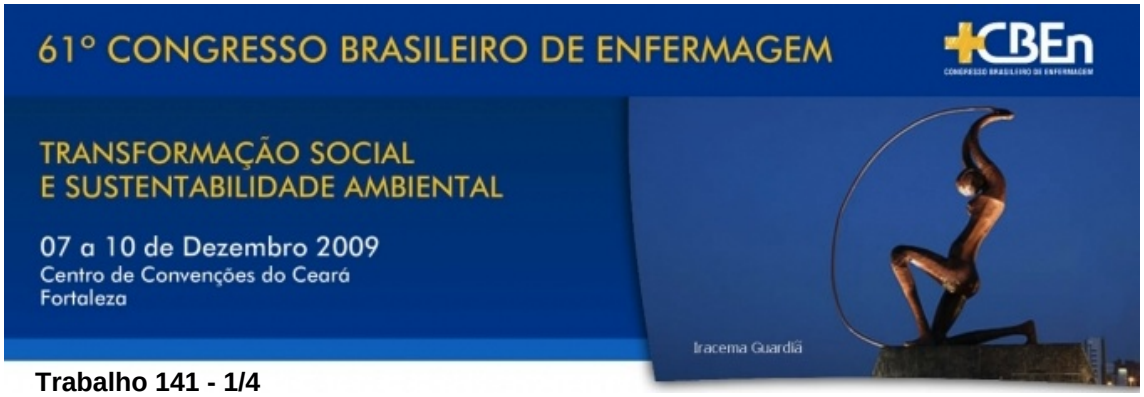
Manual de procedimentos do sistema de informações sobre nascidos vivos. - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001a.

Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo. 3. ed. - Brasília : Ministério da Saúde : Fundação Nacional de Saúde, 2001b.

1 . Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem. Professora do Departamento Enfermagem/Faculdade de Medicina URCA/UFC. Endereço eletrônico: evanira@bol.com.br

2. Enfermeira, Doutora, Professora Titular do departamento de Enfermagem da UFC.

3. Tecnóloga de Alimentos/Estudante de Biologia, Especialista em Saúde Coletiva.

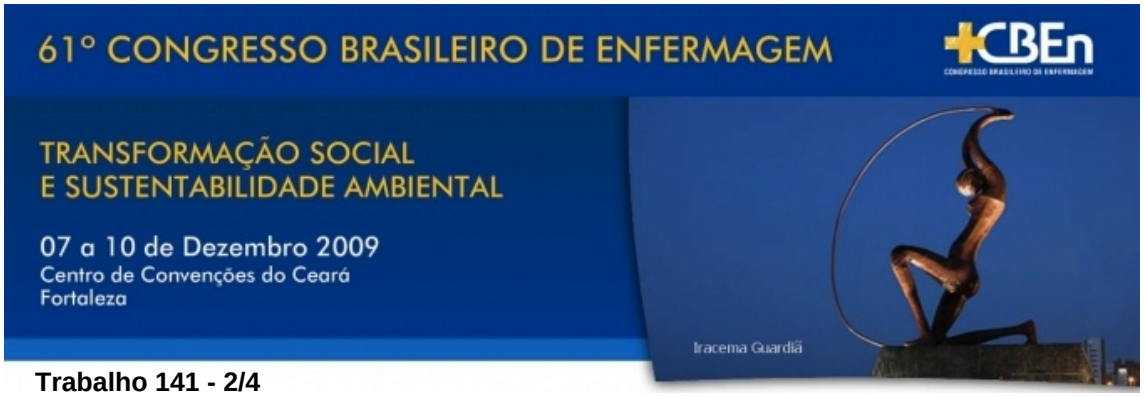


Trabalho 141 - 1/4

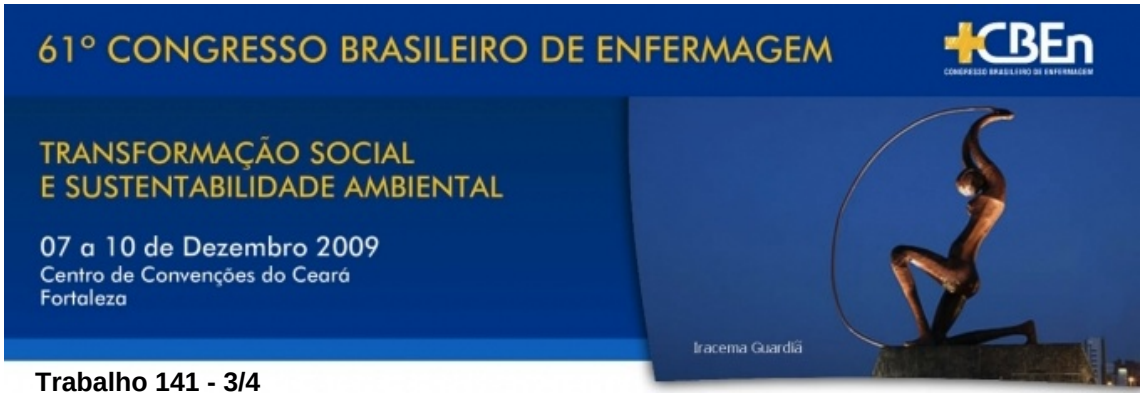
A BUSCA ATIVA DE NOVOS CASOS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA COMUNIDADE SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM

Luanna Kelly Macedo Gomes (FACID)[1]
Dinah Sá Rezende Neta (FACID)[2]
Ingrid Fernandes Sales Soares (FACID)[3]
Ana Karysa Alves Resende (FACID)[4]

O coração é um órgão muscular oco localizado no centro do tórax, entre os pulmões (mediastino) e repousa sobre o diafragma com o *ictus cordis* apontando para o lado esquerdo. Ele bombeia o sangue para os tecidos, suprindo-os com oxigênio e outros nutrientes. A ação de bombeamento do coração é realizada pela contração e relaxamento rítmicos de sua parede muscular. Durante a sístole (contração do músculo), os compartimentos do coração tornam-se menores à medida que o sangue é ejetado. Durante a diástole (relaxamento do músculo), as câmaras cardíacas enchem-se com sangue na preparação para ejeção subseqüente. O coração adulto normal em repouso bate aproximadamente 60 a 80 vezes por minuto. Cada ventrículo ejeta aproximadamente 70 ml de sangue por batimento e apresenta um débito de aproximadamente 5l/min. Durante a diástole, quando os ventrículos estão relaxados e as válvulas atrioventriculares estão abertas, o sangue que retorna das veias flui para dentro dos átrios e, em seguida, para dentro dos ventrículos. Próximo ao final desse período diastólico, os músculos atriais contraem-se em resposta a um impulso elétrico iniciado pelo nódulo SA (sístole atrial). A contração resultante aumenta a pressão dentro dos átrios ejetando o sangue para dentro dos ventrículos. A pressão arterial é o produto do débito cardíaco multiplicado pela resistência periférica. O débito cardíaco é o produto da freqüência cardíaca multiplicada pelo volume sistólico. Na circulação normal, a pressão é exercida pelo fluxo sanguíneo através do coração e dos vasos sanguíneos. A pressão arterial alta, conhecida como hipertensão, pode resultar de uma alteração no débito cardíaco, de uma alteração da resistência periférica ou de ambas. De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, os níveis pressóricos são considerados altos ao atingir um valor superior a 140mmHg na pressão sistólica e maior que 90mmHg na pressão diastólica, porém existem estudos que descrevem que cada pessoa possui fisiologicamente um valor próprio baseado em critérios como idade, sexo, raça e atividades diárias que são considerados normais. O Ministério da Saúde classifica a pressão arterial nos adultos em normal, quando inferior a 120/80mmHg, pré-hipertensão com valores entre 120/80mmHg a 139/89mmHg, hipertensão estágio I



para pressão arterial entre 140/90mmHg a 159/99mmHg e hipertensão estágio II quando superior a 160/100mmHg. A Hipertensão arterial ocasiona transformações expressivas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica pela possibilidade de agravo em longo prazo. Assim, investir na prevenção tem sido considerado um fator relevante pelas instituições de saúde, a nível federal, estadual e municipal, com vista a proporcionar uma melhor qualidade de vida para as pessoas, reduzindo os agravos decorrentes de uma pressão arterial aumentada. Convém destacar que a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial relata que 40% dos hipertensos morrem por acidente vascular cerebral e 25% por doença coronariana. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg. Portanto, a detecção precoce de casos é uma das estratégias fundamentais para o controle de complicações e diminuição do número de internações hospitalares. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivos: realizar a busca ativa de novos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em uma micro- área da Estratégia Saúde da Família em Teresina-PI; identificar novos casos de HAS nessa micro-área e orientar os sujeitos quanto as formas de prevenção da HAS. Os sujeitos da pesquisa foram 102 pessoas residentes na micro-área 04 da Equipe Saúde da Família (ESF) nº 031, escolhidas aleatoriamente. Os dados da população foram extraídos através de visita domiciliar, onde eram coletadas informações como nome, sexo e idade. Em seguida, era verificada a pressão arterial, seguindo as normas preconizadas pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. A partir daí classificou-se a pressão arterial dos sujeitos em normal, pré-hipertensão, estágio I, estágio II. Para organização dos dados em tabelas utilizou-se o programa Microsoft Office Excel 2007. Os resultados demonstraram que 70,6% dos sujeitos eram do sexo feminino. Isso monstra a dificuldade de acesso dos profissionais de saúde ao público masculino, até mesmo ao realizar a busca em sua própria residência. Justifica-se pelo fato do homem ainda se configurar como o principal mantenedor do seu lar e por esse motivo trabalhar fora diariamente, principalmente quando a população é de baixa renda, como é o caso da população ora pesquisada. Quanto à faixa etária, percebemos que a maioria dos sujeitos (32,3%) configura- se na faixa de 20 a 29 anos, o que pode ser explicado em virtude dos jovens se casarem cedo, o que leva ao abandono dos estudos, sendo que a mulher dedica-se à casa e aos filhos e o homem ao trabalho e sustento do lar. O menor percentual (4,9%) encontra-se entre 15 e 19 anos, o que podemos atribuir ao fato de estarem freqüentando a escola no momento da coleta de dados. Em relação à classificação da pressão arterial, constatamos como Normal- 56%, Pré-hipertensão- 27%, Estágio 1- 12% e Estágio 2- 5%. Percebemos através desses dados que 17% das pessoas pesquisadas foram identificadas como portadoras de hipertensão arterial, o que torna essa atividade bastante significativa. Nos gráficos pode-se observar



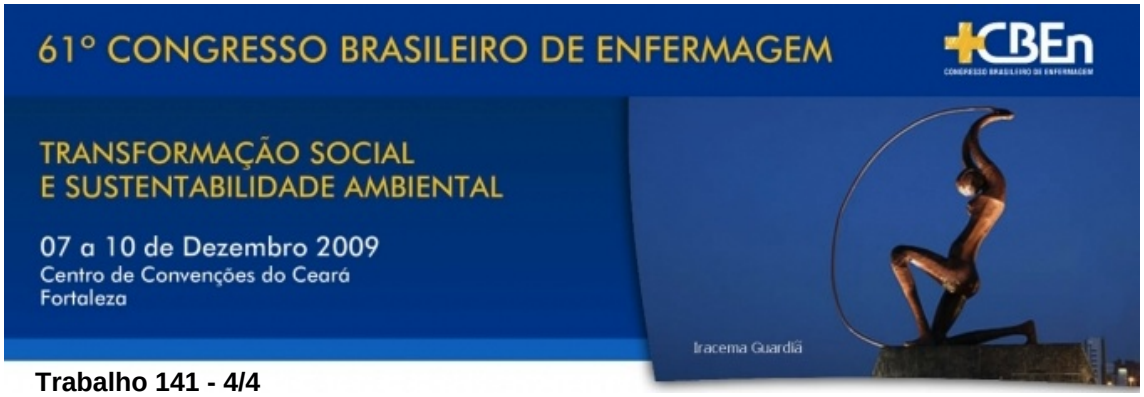
ainda que a relação entre a idade e os valores da pressão arterial dos sujeitos de 15 a 19 anos mostrou que os mesmos apresentam-se com pressão arterial normal. A maioria dos sujeitos entre 20 e 29 anos mantiveram os níveis pressóricos dentro da normalidade, porém 12,1% deles já enquadraram-se como hipertensos. A faixa etária de 30 a 39 anos é caracterizada pelo aumento significativo das pessoas classificadas como pré-hipertensas (41,7%). Dentre os indivíduos com 60 anos ou mais, constatamos que 50% deles estão categorizados como hipertensos, o que demonstra a tendência de elevação da pressão arterial em idades mais avançadas. Concluiu-se que com a busca ativa foram descobertos novos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo 27% de novos casos de pré-hipertensão e 17% classificados como portadores de HAS. Vale ressaltar que, todos os pacientes foram orientados quanto às mudanças no estilo de vida como forma de prevenção e controle de possíveis complicações. Ademais, os sujeitos com níveis tensionais dentro da normalidade e aqueles com pré-hipertensão foram informados quanto a importância de reavaliação anual e semestral, respectivamente. As pessoas classificadas como portadoras de hipertensão arterial em estágio I ou II foram encaminhadas a unidade de saúde para uma investigação mais criteriosa. Com a realização desse trabalho, pode-se perceber o quanto uma ação aparentemente tão simples torna tão grandiosa a arte da enfermagem. Como profissionais de saúde comprometidos com a arte do cuidar, devemos compreender que nossa missão vai além de tratar a doença indo ao encontro da detecção, prevenção e promoção da saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Dessa forma, a identificação de novos casos de hipertensão arterial deve fazer parte do cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família, tanto no domicílio como na própria unidade de saúde, como forma de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

[1] Enfermeira, graduada pela Faculdade Integral Diferencial (FACID), e-mail: lulukinha_gomes@hotmail.com

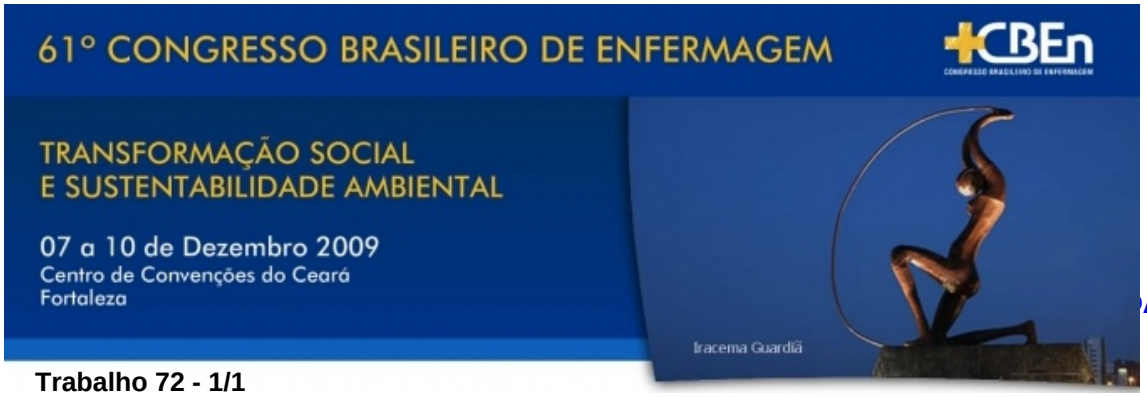
[2] Enfermeira, especialista em Saúde Pública (UFPI) e Docência no Ensino Superior (FSA), docente do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Integral Diferencial (FACID), enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de José de Freitas-PI.

[3] Enfermeira, graduada pela Faculdade Integral Diferencial (FACID)

[4]Enfermeira, graduada pela Faculdade Integral Diferencial (FACID)



Trabalho 141 - 4/4



Trabalho 72 - 1/1

Introdução
As questões que envolvem a saúde mental nem sempre tem sido tratadas com relevância na área de saúde coletiva, no âmbito de unidades básicas de saúde e, particularmente, em Unidades implantadas nos moldes da Estratégia de Saúde da Família. Entre a população cadastrada na USF campo desta experiência foi constatado alta incidência de encaminhamentos para atendimento psiquiátrico, muitas vezes culminando em internações psiquiátricas, o que provocou grandes inquietações na equipe. Mediante tal constatação iniciou-se com a implantação de oficinas terapêuticas e o desenvolvimento de ações de saúde mental no início do ano de 2006 junto à equipe e a comunidade, realizando ou participando de várias propostas no contexto da saúde mental, particularmente em ações desenvolvidas por meio de oficinas terapêuticas. As oficinas terapêuticas são atividades de encontro de vidas entre pessoas em sofrimento psíquico, promovendo o exercício da cidadania à expressão de liberdade e convivência dos diferentes através preferencialmente da inclusão pela arte. Essas referidas oficinas têm o referencial da reabilitação psicossocial. As oficinas terapêuticas, em suas atuações, buscando unir saúde, convívio social e cultura, transformam o conceito de saúde, assim como os conceitos de sanidade, qualidade de vida e inclusão.

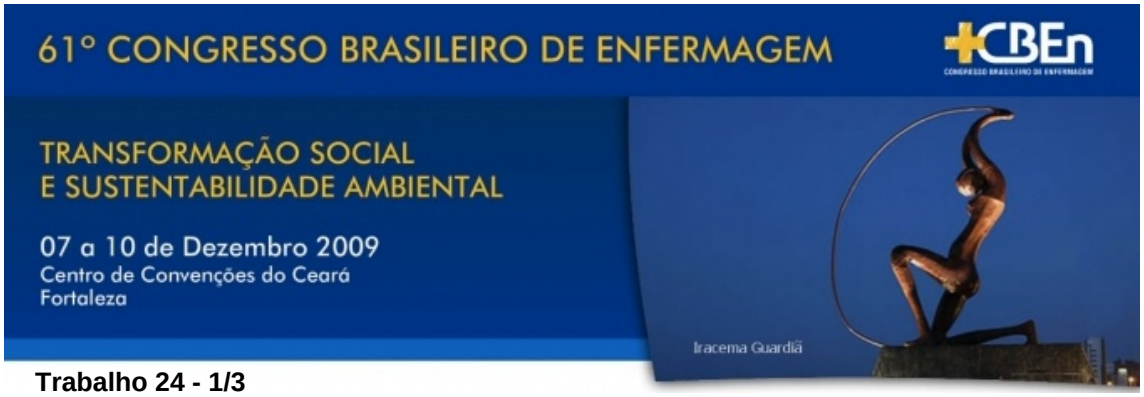
Objetivos
Este estudo tem como objetivo descrever a experiência de implantação de oficinas terapêuticas em uma Unidade de Saúde da Família. A finalidade da implantação de oficinas terapêuticas no contexto da ESF é a promoção da inclusão do sujeito com sofrimento psíquico junto à comunidade através da construção de novas práticas que possibilitem a transformação de toda uma cultura em torno do processo saúde-doença no que concerne aos transtornos no aspecto psicológico e/ou psiquiátricos.

Metodologia
Este estudo é do tipo descritivo, sobre implantação de oficinas terapêuticas entre as atividades desenvolvidas em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Esta USF está implantada em Votuporanga, município de 80 mil habitantes localizado no noroeste do estado de São Paulo, com uma área de abrangência num total de 2830 habitantes, dividido em 06 micro áreas. Foram implantadas junto com a equipe, oficinas terapêuticas (artesanato, bordado, crochê, tricô, pintura em tecido, entre outros), além de realização de atendimento familiar e visita domiciliar. Durante o período em que a equipe vem trabalhando nessa comunidade, apesar de atividades desenvolvidas junta a mesma, constatou-se uma alta incidência de pessoas com sofrimento psíquico, principalmente transtorno depressivo. Mediante a esta constatação surgiu à idéia da implantação de oficinas terapêuticas para ajudar esses usuários. Iniciaram-se então trabalhos preventivos e acompanhamentos através de oficinas terapêuticas (artesanato, bordado, crochê, tricô, pintura em tecido, artesanato com jornal e barbante, etc...), a partir de março de 2006 três vezes por semana no período da tarde, com três horas de duração cada dia.

Resultados alcançados
Pela experiência apresentada, é possível inferir que a implantação de oficinas terapêuticas no âmbito da ESF pode contribuir para o sucesso desta estratégia assistencial. Tem sido destacado quanto ao atendimento de pessoas com transtornos psíquicos, que o grande desafio é a cidadania a ser construída. Pode se observar nos indivíduos que freqüentavam as oficinas, mudanças no seu dia-a-dia que se constatava através da melhora do contato social (ficou mais fácil relacionar-se com as pessoas); diminuição no grau de dependência com relação à família; maior disponibilidade para atividades laborativas; maior capacidade no desempenho das tarefas de autocuidado e domésticas; redução da medicação (a dosagem de remédios foi diminuída) e das internações hospitalares.

Conclusões
É fundamental trabalharmos no sentido de cada vez mais abordar as crises nas próprias casas, sempre na medida do possível. Cabe a nós estendermos os limites do possível. É isso que devemos fazer todo o tempo, propiciando o preparo da equipe da unidade de ESF a atuar de forma efetiva por ocasião das visitas ou nos atendimentos domiciliares, ações com menor custo financeiro e humano do que procedimentos hospitalares. A experiência de implantação de oficinas terapêuticas na USF campo deste estudo possibilitou a interação profissional no contexto individual, familiar, social e comunitário.

Autores
Profº Luís Carlos Parreira Guimarães (Centro Universitário de Votuporanga - UNIFEV – luisparreira@terra.com.br)
Profª Dra Denise Aparecida Mencaroni – (Centro Universitário de Votuporanga – UNIFEV)
Enf. Domingos Sávio Rodrigues Carvalho - (Centro Universitário de Votuporanga – UNIFEV)
Enf. Raul Tarcisio Santos - (Centro Universitário de Votuporanga – UNIFEV)



Trabalho 24 - 1/3

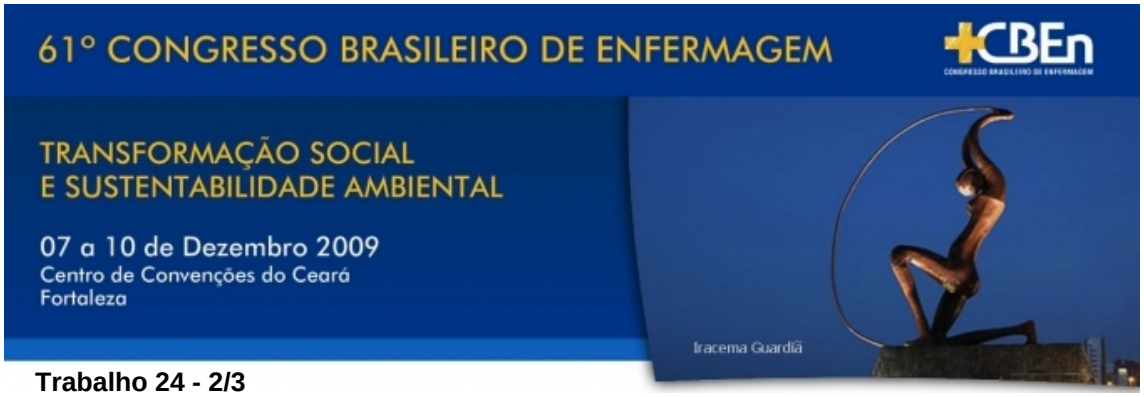
TÍTULO: PREVENINDO O CÂNCER DE PRÓSTATA: "UM DESAFIO À MASCULINIDADE"

1GONÇALVES, Sebastião Jorge da Cunha
2CARDOSO, José Vinícius Fonseca
[3]COSTA, Siléia Coelho

RESUMO:

Introdução: Este trabalho verifica a importância da prevenção do Câncer de Próstata, neoplasia típica da população masculina na faixa etária dos 50 anos. Justifica-se o presente trabalho mediante a responsabilidade dos acadêmicos, profissionais de saúde das Unidades de Estratégia Saúde da Família e as políticas públicas de saúde, desenvolverem ações que possibilitem a integração na saúde do homem ao Programa Nacional de Controle ao Câncer de Próstata. **Objetivos:** (1) identificar a percepção e o conhecimento do homem urbano e rural do Município de Vassouras acerca do exame de prevenção do câncer de próstata; (2) analisar e comparar a percepção e o conhecimento entre homens rurais e urbanos do Município de Vassouras acerca do Câncer de Próstata; (3)maior esclarecimento sobre o assunto na população bem como o papel desempenhado pelo Enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família na prevenção e tratamento da doença, analisando os aspectos sociais, psicológicos e culturais que envolvem a população masculina e ainda a influência da masculinidade na prevenção. **Justificativa;** Diante da importância do estudo da prevenção ao Câncer de Próstata para a população, uma vez que grande parte da população se prende aos ditames morais, sociais e culturais além da masculinidade bem como mediante a responsabilidade dos acadêmicos, profissionais de saúde e as políticas públicas de saúde, desenvolverem ações que possibilitem a integração na saúde do homem ao Programa Nacional de Controle ao Câncer de próstata.

Acompanha-se a evolução e ampliação das Políticas Públicas de Saúde na prevenção do Câncer de Próstata, já que o câncer de próstata é considerado como a quarta causa de morte após a década de vida. Realiza-se no presente trabalho, pesquisa informativa quanto a informação da população masculina no Município de Vassouras, das zonas urbanas e rurais, sobre o Câncer de Próstata e sua prevenção. Através desta pesquisa, concluiu-se que homens da zona rural possuem uma maior resistência a realização do exame preventivo do Câncer de Próstata do que os de zona urbana**.** **Metodologia:** Os elementos selecionados para estudo foram clientes atendidos na ESF



da zona urbana e da ESF da zona rural, vide apêndice I. A amostra foi de homens que de livre e espontânea vontade desejaram participar da pesquisa, maiores de 40 anos, que freqüentaram a Unidade ESF no período do mês de setembro/outubro. “Um Desafio a Masculinidade”, sob a Ótica da Clientela, e a maneira como é apreendido o conhecimento sobre o assunto, pelos usuários, na tentativa de compreender a dinâmica desenvolvida nesses clientes, na Estratégia Saúde da Família (ESF) durante as consultas ambulatoriais. CHIZZOTTI, 2006, p. 81 ressalta que, na abordagem qualitativa, existe uma relação dinâmica com a realidade do mundo e o seu sujeito, o pesquisador faz parte do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado.

Palavras-chave: enfermeiro, prevenção, câncer de próstata, masculinidade.

Considerações Finais.

Vimos o papel do enfermeiro na prevenção do câncer, sobretudo no Câncer de Próstata, na medida em que o enfermeiro está diretamente ligado aos programas de divulgação e prevenção ao câncer, fazendo o profissional de enfermagem a nosso ver, elemento fundamental para a prevenção da doença.

Através da pesquisa realizada, os dois grupos de homens estudados, em determinados momentos, se diferenciaram em suas falas e, em outros, se encontraram em sentidos partilhados, independentemente do seu grau de escolaridade.

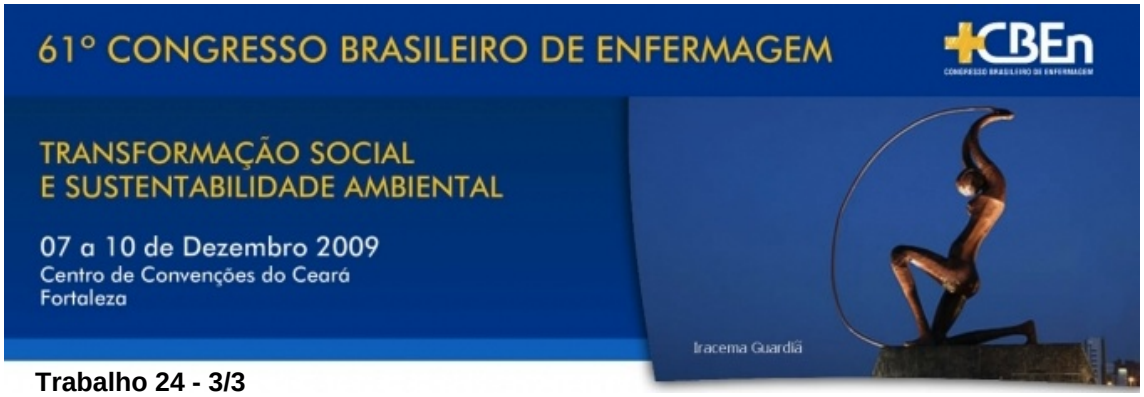
Os homens da zona urbana visivelmente apontaram para uma atitude maior de adesão ao toque retal, mesmo para aqueles que não o realizaram. Comparando-os com os do grupo da zona rural, eles não só realizaram mais tal exame como também trouxeram uma maior crítica em relação ao fato de o modelo hegemônico de masculinidade influenciar a não busca de um diagnóstico precoce de câncer prostático. Em conseqüência disso, demonstraram maior poder de ressignificação do exame, apontando para a possibilidade de se aceitar um mal menor (toque retal) em prol de um bem maior (prevenir-se contra o câncer prostático).

Bibliografia:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev. Câncer da Próstata: Consenso – Rio de Janeiro: INCA, 2002.

CHIZZOTTI, Antonio, Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais, Editora Vozes, 2006, 6ª ed.

.



GOMES, Romeu, Ciência & Saúde Coletiva, Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão, vol.8 no.3 Rio de Janeiro 2003.

GOMES, Romeu. Elaine Ferreira do Nascimento, Lúcia Emília Figueiredo de Sousa Rebello, Fábio Carvalho de Araújo - As Arranhaduras da Masculinidade: Uma Discussão sobre o Toque Retal como Medida de Prevenção do Câncer Prostático. Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ. 2004.

HERNANDES, Clodovil, Projeto de lei nº2.374/2007, Câmara dos Deputados do Congresso Nacional, 2007.

LIMA, Ana Claudia Feitosa, Kátia Vanessa Menezes da Silva, Joselany Afio Caetano, Maria Alzete de Lima, Luciene Miranda de Andrade, Conhecimentos dos Trabalhadores de uma Universidade Privada sobre a Prevenção do Câncer de Próstata, 2005.

LUCUMI-CUESTA DI, Cabrera-Arana GA. Creencias de hombres de Cali, Colômbia, sobre el examen digital rectal: hallazgos de um estúdio exploratório Cad Saúde Publica, 2005:21 (Supl 5), 1491-98

MIRANDA PSC, Cortes MCJW, Martins ME, Chaves PC, Santarosa RC. Praticas de diagnostico precoce de câncer de próstata entre professores da Faculdade de Medicina – UFMG. Ver Assoc Méd Brás 2004; 50 (3); 272-5.

MYNAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde . 5 ed. São Paulo: HUCITEC – Abrasco, 1998.269 pg.

MYNAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro, Editora Hucitec – Abrasco, 1999

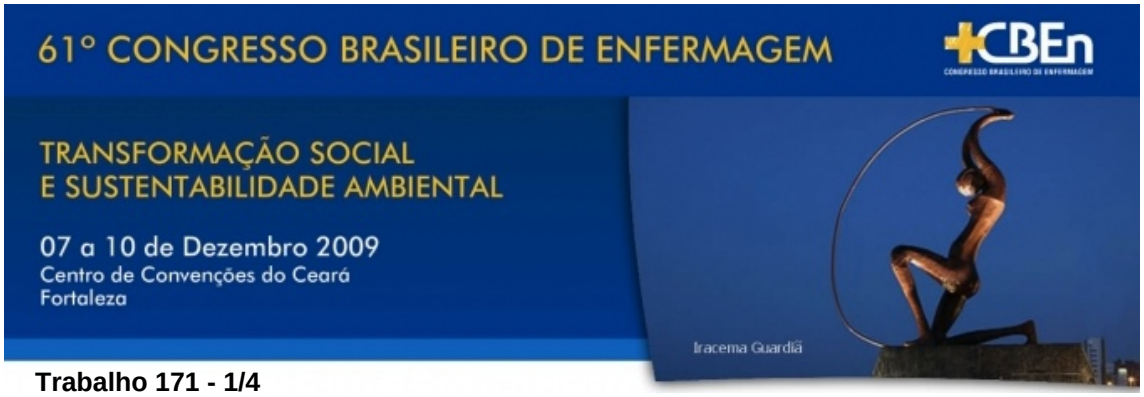
MYNAYO, Maria Cecililia de Souza; Hartz; Zumira Maria de Araujo; Buss; Paulo Marchiori. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva v.5 n.1 Rio de Janeiro 2000.

---

[1]GONÇALVES, Sebastião Jorge da Cunha., mestre em Psicologia/Psicanálise – Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora- M.G, profº da Universidade Severino Sombra – Vassouras RJ, disciplina de Enfermagem em Doenças Transmissíveis, Epidemiologia Clínica em Enfermagem.

[2] CARDOSO, José Vinícius Fonseca, aluno da disciplina Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Severino Sombra, Vassouras-rj.

[3]COSTA, Siléia Coelho, preceptora da Universidade Severino Sombra e enfermeira da Estratégia Saúde da Família Pedro Casemiro Alves e funcionária da Secretaria Municipal de Saúde de Vassouras-RJ.



Trabalho 171 - 1/4

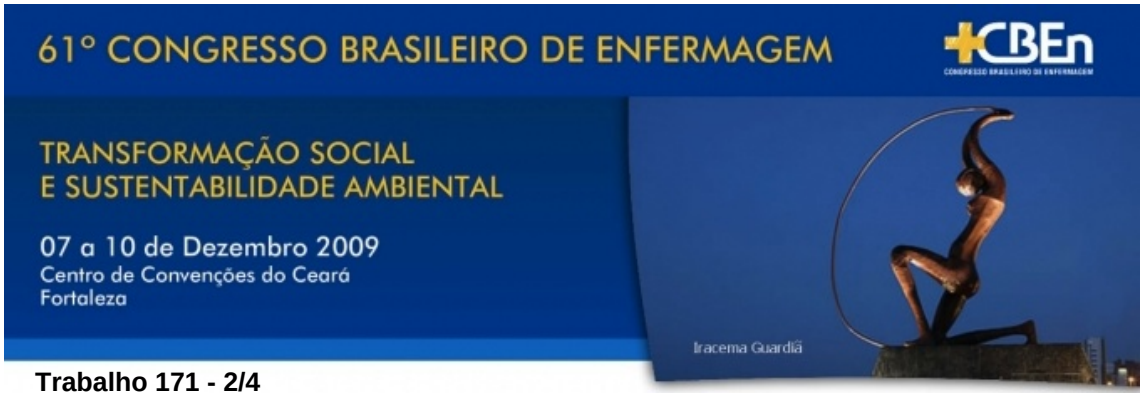
AMPLIANDO O CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA UTILIZANDO TERAPIAS ALTERNATIVAS EM SAÚDE MENTAL

CORDEIRO, Luciana Rodrigues[1]
NEPOMUCENO, Maria Bernadete Campos[2]
PAIVA, Raimunda Aires Rodrigues de[3]
SANTOS, Francisca Lucia Silva[4]
SILVA, Márcia Moura da[5]
QUEIROZ, Terezinha Almeida[6]

DESCRITORES: Cuidado; Saúde Mental; Estratégia Saúde da Família e Terapias Alternativas

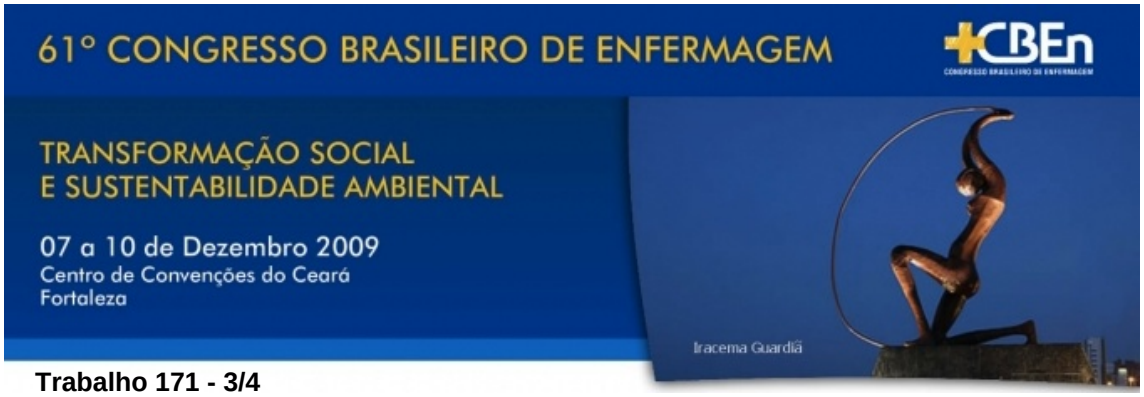
INTRODUÇÃO: Com a reforma psiquiátrica, a assistência em saúde mental vem se estruturando no Brasil baseado no cuidado ambulatorial e domiciliar. Com a nova abordagem, introduzimos um atendimento diferenciado com terapias alternativas disponíveis numa Unidade Básica de Saúde. As terapias alternativas e complementares foram instituídas no SUS com a proposta de recuperação da saúde partindo-se de uma abordagem holística dos indivíduos. Tendo a percepção que mente, corpo e espírito devem estar saudáveis, os profissionais das equipes de saúde da família, encaminham clientes com transtornos mentais leves para atendimento com terapias alternativas. Nestes disponibilizamos as seguintes práticas: terapia comunitária, massoterapia, reiki e terapias tradicionais chinesas. A terapia comunitária é uma atividade terapêutica onde as pessoas se encontram e partilham suas dificuldades. Juntas tentam encontrar solução para seus problemas ou aprendem a conviver com os mesmos. A massoterapia apresenta técnicas de relaxamento e massagem terapêutica cujo objetivo é mobilizar a energia estagnada para promover o bem-estar e reduzir a dor. O reiki é uma terapia baseada na

[1]Enfermeira, Especialista em Saúde da Família pela UFC e em Terapias Tradicionais Chinesas pela UECE, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará, Mestre em Reiki. lucordeiro512@hotmail.com
[2] Agente Comunitário de Saúde, lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará.
[3] Agente Comunitário de Saúde, lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará.
[4] Agente Comunitário de Saúde, lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará.
[5] Agente Comunitário de Saúde, lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará.
[6] Enfermeira, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Mestre em Enfermagem Clínico-cirurgica pela UFC. Especialista em Terapias Tradicionais Chinesas pela UECE; Coordenadora do Internato de Enfermagem da UECE na área hospitalar; Membro da Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem- ABEn; Vice-coordenadora do Grupo de Pesquisa Saúde Educação e Sociedade-GRUPESS e da Linha de Pesquisa Saúde do Idoso.



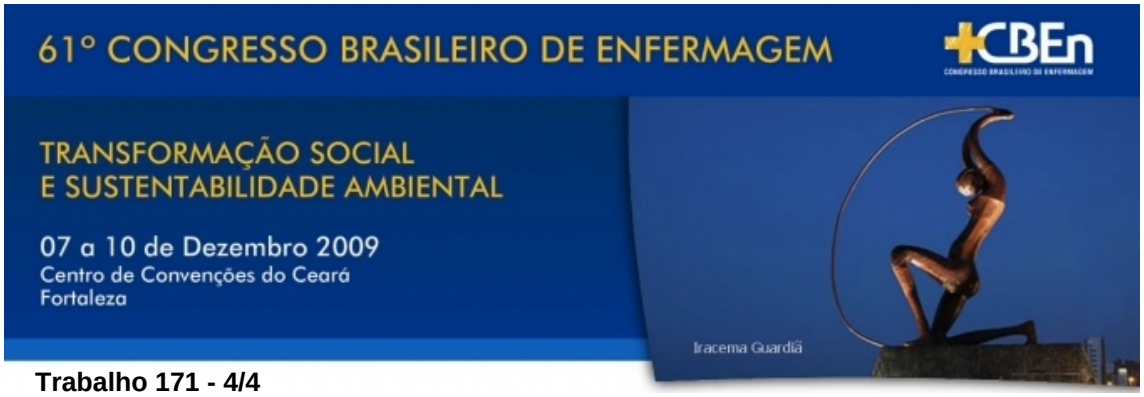
captação da energia universal que é transmitida através das mãos do terapeuta para seu cliente, com a finalidade de tratar males físicos e emocionais. As terapias chinesas são um conjunto de práticas milenares (acupuntura, moxa, auriculoterapia, shiatsu e acupressão, dentre outras) que visam restabelecer o equilíbrio energético para obtenção da saúde. Segundo Maciocia, (1996) a mente, por exemplo, é um conceito imaterial que o autor descreve como uma idéia que engloba tanto a totalidade das faculdades mentais, quanto dos aspectos emocionais. Portanto, a inserção destas terapias visa à harmonização do ser humano, em desequilíbrio interior, por meio de uma assistência integral, iniciando com um acolhimento humanizado através da escuta e posterior encaminhamento em busca da solução dos problemas de saúde, físicos e mentais, que afetam os grupos populacionais. **OBJETIVOS**: Devolver o cliente para a família e sociedade, consciente de suas limitações e potencialidades, tornando-o independente e com autonomia para suas atividades cotidianas. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo do tipo descritivo, utilizando-se as terapias alternativas do Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero, em Fortaleza-Ceará. Nesta unidade de saúde dispomos de profissionais capacitados nas seguintes terapias: terapia comunitária, para crianças e adultos; Reiki e terapias tradicionais chinesas. A disponibilidade de várias terapias proporcionou a formação de um suporte terapêutico utilizado em auxílio aos métodos tradicionais, quando estes não respondem com eficácia as necessidades do paciente e do profissional que está acompanhando. Dispomos, também, de uma sala reservada para a realização das terapias com macas, mesa auxiliar, armários e todos os insumos necessários ao tratamento. O trabalho foi desenvolvido à tarde, no período de janeiro a julho de 2009, com

[1]Enfermeira, Especialista em Saúde da Família pela UFC e em Terapias Tradicionais Chinesas pela UECE, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará, Mestre em Reiki. lucordeiro512@hotmail.com
[2] Agente Comunitário de Saúde, lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará.
[3] Agente Comunitário de Saúde, lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará.
[4] Agente Comunitário de Saúde, lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará.
[5] Agente Comunitário de Saúde, lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará.
[6] Enfermeira, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Mestre em Enfermagem Clínico-cirurgica pela UFC. Especialista em Terapias Tradicionais Chinesas pela UECE; Coordenadora do Internato de Enfermagem da UECE na área hospitalar; Membro da Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem- ABEn; Vice-coordenadora do Grupo de Pesquisa Saúde Educação e Sociedade-GRUPESS e da Linha de Pesquisa Saúde do Idoso.



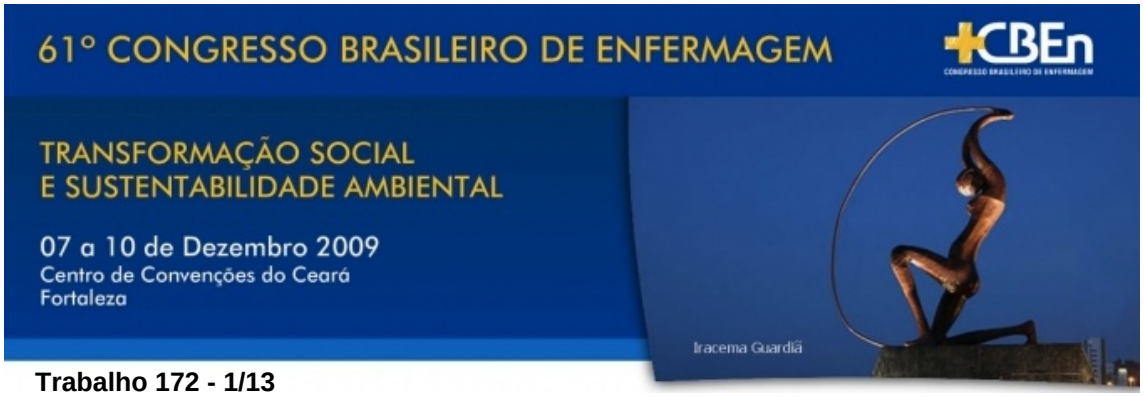
uma amostra de oito participantes tendo como critérios de inclusão, serem portadores de transtornos mentais leves, independente de sexo, idade, raça e religião. Os princípios éticos e legais foram respeitados de acordo com os preceitos da resolução 196/96 do CNS e obtivemos depoimentos de dois participantes de cada terapia. O instrumento de coleta foi a seguinte pergunta norteadora: Como foi para você o tratamento com estas terapias? **RESULTADOS**: Os dados nos fizeram Verificamos que muitas pessoas mudaram sua percepção da vida, repensando atitudes, antes prejudiciais ao convívio social e familiar, como isolamento, pânico de sair de casa, rejeição de filhos e supervalorização de dificuldades. Estas atitudes negativas foram citadas por pessoas que utilizaram a terapia comunitária, e hoje, transformaram o isolamento em aproximação com as pessoas; o pânico transformou-se em coragem para sair com a família e conversar com visinhos; outra voltou a estudar e a rejeição à filha transformou-se em amor; A massoterapia para duas entrevistadas trouxe “alívio de dores e sensação de leveza”. O reiki, para duas participantes, causou admiração diante das sensações experimentadas, como visualização de cores, relaxamento, calor em determinadas partes do corpo (durante o toque) e alívio de dores de características crônicas e agudas, assim como a melhora de vertigens. As terapias chinesas, no caso as agulhas de acupuntura, eram aplicadas apenas nos pacientes que não obtinham respostas eficazes com as terapias anteriormente citadas. Em alguns relatos verificamos a satisfação de duas idosas quando comentaram o alívio de dores crônicas, tanto de lombalgias quanto de cervicalgias, logo após o término da sessão e o posterior retorno de suas atividades domésticas, assim como a volta da realização de suas caminhadas. Outra participante apresentava alucinações e

[1]Enfermeira, Especialista em Saúde da Família pela UFC e em Terapias Tradicionais Chinesas pela UECE, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará, Mestre em Reiki. lucordeiro512@hotmail.com
[2] Agente Comunitário de Saúde, lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará.
[3] Agente Comunitário de Saúde, lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará.
[4] Agente Comunitário de Saúde, lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará.
[5] Agente Comunitário de Saúde, lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará.
[6] Enfermeira, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Mestre em Enfermagem Clínico-cirurgica pela UFC. Especialista em Terapias Tradicionais Chinesas pela UECE; Coordenadora do Internato de Enfermagem da UECE na área hospitalar; Membro da Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem- ABEn; Vice-coordenadora do Grupo de Pesquisa Saúde Educação e Sociedade-GRUPESS e da Linha de Pesquisa Saúde do Idoso.



cefaléias, cuja terapêutica medicamentosa, não apresentou resultados e nem explicação. Após a terapia a idosa relatou redução dos sintomas, agradeceu e demonstrou interesse em continuar o tratamento temendo o retorno da sintomatologia. **CONCLUSÃO:** No final de nosso trabalho concluímos que o cliente com transtornos mentais leves pode ser devolvido para a família e sociedade, consciente de suas limitações e potencialidades, e por meio do tratamento das sintomatologias apresentadas, torná-lo independente em suas decisões e com autonomia para o desenvolvimento de suas atividades cotidianas. Observamos em nosso serviço uma crescente procura por terapias alternativas e sentimos que a inclusão desta nova abordagem de cuidados de enfermagem na estratégia saúde da família, pode trazer uma nova oportunidade para suprir as necessidades holísticas daqueles que cuidamos quando estiverem em desarmonias, aumentado assim, as nossas opções de atendimento a clientela com problemas referentes ao tema. **REFERENCIAS**: AUTERROCHE, B. NAVAILH, P. **O diagnóstico na medicina chinesa**. São Paulo: Organização Andrei Editorial LTDA, 1992. CARVALHO, M.V. B.de. O cuidar de Enfermagem. Hoje: uma arte que se renova uma ciência que se humaniza. **Revista Técnico-científica de Enfermagem**. 2003; MACIOCIA, G. **Os fundamentos da medicina chinesa**: um texto abrangente para acupunturistas e fisioterapeutas. São Paulo: Roca, 1996. SILVA, M.J.P. da; BENKO M.A. O uso de terapias alternativas por enfermeiros docentes. **Revista Brasileira de Enfermagem;** Brasília; 1998: jul-set; STEIN D. **Reiki essencia**l, 3. ed. São Paulo: Pensamento, 1998.

[1]Enfermeira, Especialista em Saúde da Família pela UFC e em Terapias Tradicionais Chinesas pela UECE, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará, Mestre em Reiki. lucordeiro512@hotmail.com
[2] Agente Comunitário de Saúde, lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará.
[3] Agente Comunitário de Saúde, lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará.
[4] Agente Comunitário de Saúde, lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará.
[5] Agente Comunitário de Saúde, lotada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará.
[6] Enfermeira, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Mestre em Enfermagem Clínico-cirurgica pela UFC. Especialista em Terapias Tradicionais Chinesas pela UECE; Coordenadora do Internato de Enfermagem da UECE na área hospitalar; Membro da Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem- ABEn; Vice-coordenadora do Grupo de Pesquisa Saúde Educação e Sociedade-GRUPESS e da Linha de Pesquisa Saúde do Idoso.



Trabalho 172 - 1/13

APLICAÇÃO DA POMADA DE PRÓPOLIS A 10% EM PORTADORES DE ÚLCERAS VARICOSAS EM BELO HORIZONTE

Fernanda Savoi Mendes - Enfermeira, Pós Graduada em Terapia Intensiva Adulto, Professora Orientadora de estágio supervisionado da Faculdade Pitágoras/BH.

Endereço: Rua Sílvio de Oliveira Martins, 43, apartamento 701, bairro Buritis, Belo Horizonte/MG. CEP 30575-150.

Email – fesavoi@gmail.com; fernandasm@pitagoras.com.br.

Viviane Diniz de Resende - Enfermeira, Pós Graduada em Terapia Intensiva Adulto, Professora Orientadora de estágio supervisionado da Faculdade Pitágoras/BH.

Endereço: Rua Jatobás, 664, apto 202, bairro Eldorado, Contagem/MG. CEP 32315-110.

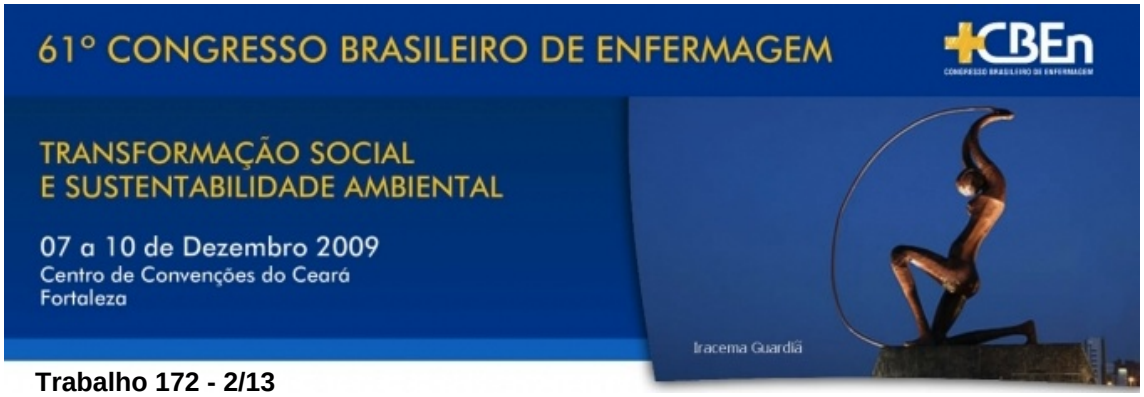
Email – vivianedr@pitagoras.com.br; Viviane_resende@yahoo.com.br.

Breno Oliveira Costa – Acadêmico de Enfermagem da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte.

Talles Moreira Falete Mota - Acadêmico de Enfermagem da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte.

Soraya Cunha Teodoro Gonçalves - Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte.

Indicação da categoria do artigo: Pesquisa de campo.



Trabalho 172 - 2/13

APLICAÇÃO DA POMADA DE PRÓPOLIS A 10% EM PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERAS VARICOSAS NA CLÍNICA ESCOLA EM UMA FACULDADE PARTICULAR DE BELO HORIZONTE

RESUMO

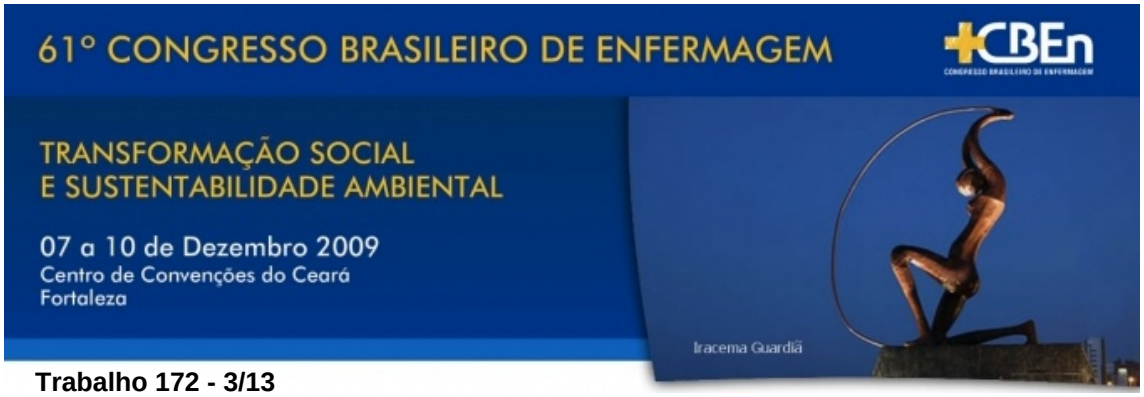
Palavras-chave: própolis; úlceras varicosas, curativos em enfermagem.

A própolis apresenta atividades antioxidantes, cicatrizante, anestésica, antiviral, anti-inflamatória, antimicrobiana e ação autolítica na presença de tecido necrótico. Desenvolvemos este estudo, utilizando-a em pessoas com integridade tissular prejudicada (taxonomia NANDA), relacionada à insuficiência venosa. O objetivo foi analisar e descrever a evolução das úlceras venosas (UV) dos pacientes em tratamento com a pomada de própolis a 10%, por período de 16 semanas, no ambulatório de feridas de uma faculdade de Belo Horizonte. Trata-se de um estudo descritivo, por meio de análise de casos, avaliando a evolução da cicatrização das UV. Foram selecionados 9 pacientes, totalizando 15 UV e 106 curativos. A idade média foi de 62 anos e o gênero feminino predominou. As principais comorbidades foram hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Quanto às características, prevaleceram UV crônicas, com tecido necrótico, volume de exsudato e dor intensos, e odor moderado. Após a terapêutica, identificou-se melhora considerável do odor, exsudato, redução de tecido inviável, proliferação de granulação e epitelização de 40% das úlceras. Conclui-se que a própolis é benéfica no tratamento da UV fazem-se necessários estudos comparativos com outras substâncias utilizadas na prática.

ABSTRACT

Key Word: propolis; varicose ulcer, defensive and curative mechanisms.

Propolis or bee-glue presents antioxidant, cicatrizing, anesthetic, antiviral, anti-inflammatory, antimicrobial and autolytic activities in the presence of necrotic tissue. The described benefits on propolis aroused our interest to develop this study, as we already associated it to the treatment of patients with harmed integrity of tissues (Taxonomy NANDA), secondary to vein ulcers (VU) in policlinic or ambulatory follow-ups. The objective was to analyze and to describe the evolution of VU in the treatment of sores with the 10% propolis ointment in ambulatory patients in a private college located in metropolitan Belo Horizonte city. It deals with a descriptive study where case analyses were used to determine the frequency of scarring of the VU. During data collecting 9 patients were chosen, totaling a final number of 15 VUs. 106 dressings and follow-ups were carried out during the study. The average age of the chosen ones was 62 and female sex predominated. The majority of patients presented systemic artery hypertension accompanied by diabetes mellitus. As to the timing of evolution of the sores, it was observed that they had existed mostly for more than 20 years, presence of necrotic tissue, intense volume of exudate, moderate odor and excessive pain. After the treatment with the propolis for 16 weeks, a remarkable improvement of odor, exudate, reduction of inviable tissue, proliferation of granulation and epithelialization of 40% of the ulcers ensued. It is concluded that propolis presented an efficient action in the treatment of VU and due to its cited benefits in accordance with different authors a necessity arises as to explaining the relationship between the chemical composition to the biological activity.



Trabalho 172 - 3/13

APLICAÇÃO DA POMADA DE PRÓPOLIS A 10% EM PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERAS VARICOSAS EM BELO HORIZONTE

INTRODUÇÃO

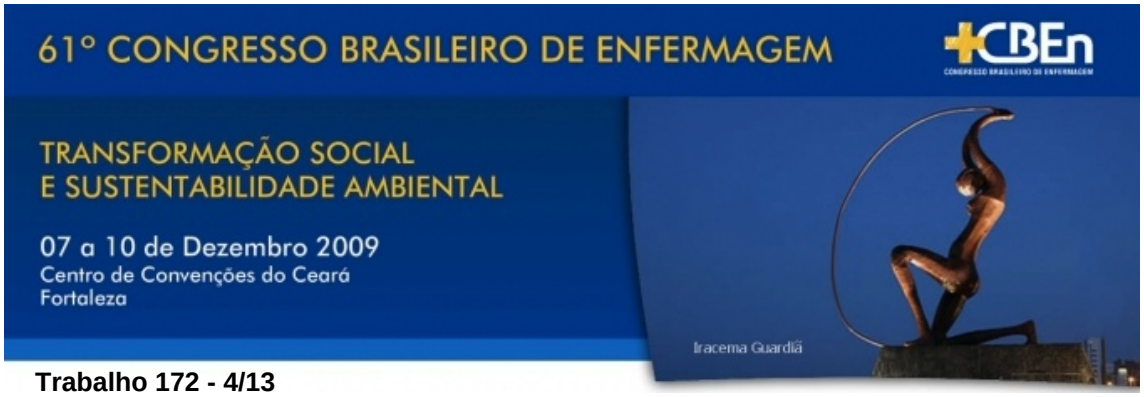
Um dos produtos naturais utilizados durante séculos pela humanidade tem sido a própolis, administradas sob diversas formas. Seu emprego já era descrito pelos assírios, gregos, romanos, incas e egípcios. No antigo Egito (1700 a.C.; “cera negra”) era utilizada para embalsamar os mortos [1].

A própolis tem sido objeto de estudos farmacológicos e químicos nos últimos 30 anos. A origem da palavra vem do pro-, em defesa, e polis-, cidade ou comunidade, isto é, em defesa da comunidade. Ao longo da história, o homem apreendeu a utilizar os produtos naturais na medicina, em várias partes do mundo a própolis é indicada para melhorar a saúde e prevenir doenças. Atualmente é disponível em várias formas farmacêuticas como cápsulas, extratos, enxaguatórios bucal, na forma de pó, cremes, entre outras [2 3].

Trata-se de uma mistura complexa formada por material resinoso e balsâmico coletado pelas abelhas melíferas dos ramos, flores, pólen, brotos, e exsudatos de árvores; além desses, na colméia, as abelhas adicionam secreções salivares e enzimas. As abelhas produzem a própolis para variadas funções, as quais podem associar as propriedades discutidas quanto à cicatrização das feridas, algumas delas são: defesa de microorganismos, além de reparar favos estragados e consolidar os favos móveis e prevenir infestações no interior da colméia por bactérias e microorganismos [2 4 5 6 7].

Sua composição química é complexa e variada, alguns autores descrevem de 200 a 300 componentes, estando relacionada com a flora, clima, espécie de abelha de cada região visitada e com o período de coleta da resina. Incluem flavonóides, ácidos aromáticos, terpenóides e fenilpropanóides, ácidos graxos e vários outros compostos [4 6 8].

A atenção dos pesquisadores é a dos flavonóides. A eles, bem como aos ácidos fenólicos, são atribuídas às propriedades antibacteriana, antiinflamatória, antifúngica, antiviral e antioxidante. A própolis também apresenta toxicidade contra as células cancerígenas, atividades antioxidantes, hepatoprotetora, hipotensiva, imunomodulatória, cicatrizante, anestésica, anti-HIV, antitripanossomal e ação autolítica na presença de tecido necrótico[1 2 3 4 5 6 7 8 9].



Estudo comparativos analisam propriedade cicatrizante de um creme de própolis com creme de sulfadiazina de prata, e demonstram que os ferimentos tratados com própolis apresentaram menos inflamação e mais rápida cicatrização[3].

A propriedade tópica e todos os benefícios descritos sobre a própolis levou-nos a pensar em desenvolver este estudo, pois já associávamos ao tratamento dos pacientes portadores de úlceras varicosas em acompanhamento no ambulatório de feridas de uma faculdade particular de Belo Horizonte a pomada a base de própolis a 10% por conhecer seuss benefícios terapêuticos na literatura.

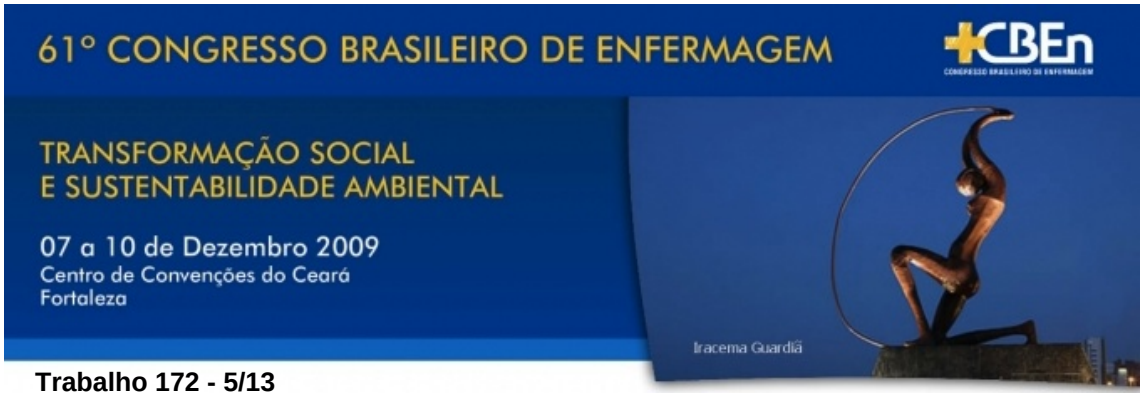
As úlceras venosas (UV) representam cerca de 70% a 90% dos casos de úlceras de perna e apresenta como principal causa a insuficiência venosa crônica, o que acomete em maior número a população idosa acima de 65 anos, formando após traumas e infecções, admitindo-se também a possibilidade de surgimento espontâneo na área de estase[10]. Tal característica pode ser associada ao perfil dos pacientes atendidos no ambulatório de feridas, local deste estudo, que permanecem muito tempo em tratamento pelos fatores predisponentes já descritos e a dificuldade no processo de cicatrização, fator típico da ferida em questão.

O ambulatório de feridas, presta atendimentos a pacientes encaminhados por instituições de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte, tratando-se de um campo de aprendizagem para os alunos do curso de enfermagem em estágio curricular. Tanto para os discentes, o corpo docente da clinica, profissionais assistenciais e de ensino e pesquisa, a própolis trata-se de algo novo na enfermagem, encontrando na literatura nacional apenas um artigo científico associando à própolis na assistência direta ao tratamento tópico/pomada [9].

Surgiu-se então a indagação de quais seriam os benefícios da pomada de própolis a 10% aplicada nos pacientes portadores de UV atendidos por discentes sob supervisão do docente no ambulatório de feridas de uma faculdade particular de Belo Horizonte.

Como respaldo ético e científico para construção do estudo, a enfermagem como profissão percussora do cuidado, direto ao paciente tem um papel de grande importância no que se refere à prevenção, avaliação e tratamento de lesões cutâneas, pois o profissional enfermeiro, conforme deliberação COREN-MG – 65/00 tem como competência na prevenção e tratamento das lesões de prescrever, orientar o tratamento, realizar o procedimento de curativo (limpeza e cobertura) e realizar o desbridamento quando necessário [11].

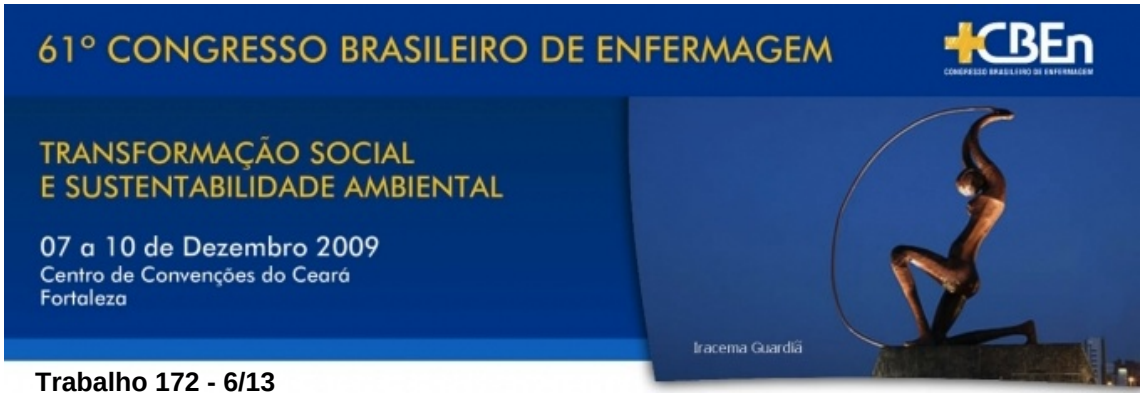
As atribuições do enfermeiro foram descritas, mas a realidade confronta com algumas dificuldades em optar-se pela cobertura primária ideal e disponível de acordo com a realidade institucional para o profissional enfermeiro e acadêmicos de enfermagem. Todas as



inovações são vistas pela enfermagem como excelentes, porém impossíveis, caríssimas, inatingíveis, para ser adotados na prática; o que aponta para enfermagem caminhos como desenvolver estudos sobre novas formas de tratamento de amplo espectro, conforme a prática baseada em evidência [12].

Diante da importância do profissional enfermeiro frente aos cuidados e avaliação das feridas, junto com a cobertura primária a base de própolis com várias propriedades benéficas já descritas, a dificuldade de cicatrização das úlceras varicosas, a escassez de estudos publicados com o tema em questão e as dificuldades descritas em encontrar o curativo ideal; surgiu-se o interesse de desenvolver uma pesquisa que retratasse os benefícios encontrados na literatura e de alguns resultados favoráveis observados na prática assistencial do ambulatório de feridas em questão.

Ao acompanhar os pacientes com diagnóstico de enfermagem de integridade tissular prejudicada, tem-se como objetivo analisar e descrever a evolução das UV em tratamento com a pomada de própolis a 10% em pacientes do ambulatório de feridas de uma faculdade particular na região metropolitana de Belo Horizonte.



MATERIAL E MÉTODO

Trata-se um estudo descritivo baseado em estudo de casos. Utilizou-se a descrição dos casos para determinar a evolução da cicatrização das feridas em portadores de lesão cutânea atendidos no ambulatório de feridas da Clínica Escola da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte;

No período da coleta de dados, foram selecionadas 9 pessoas com 15 úlceras venosas de diferentes faixas etárias e ambos os sexos. A seleção foi realizada de forma aleatória sob indicação da enfermeira orientadora de estágio do ambulatório de feridas. Foram realizados 106 curativos e evoluções durante a realização do estudo.

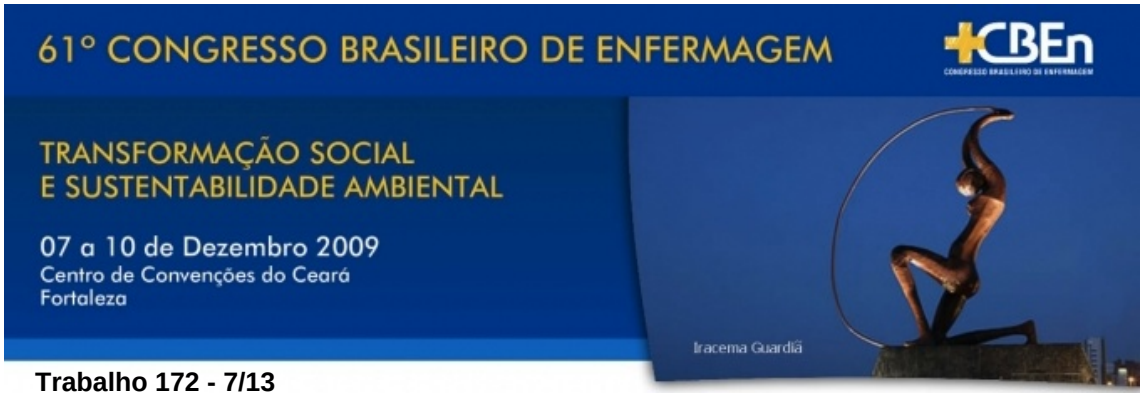
Os curativos foram realizados semanalmente, bem como o registro das avaliações e mensuração das úlceras venosas, identificando e descrevendo a evolução fisiológica durante o processo de cicatrização, ou seja, as características relacionadas ao tipo de tecido no leito e na margem da ferida, tipo de exsudato e avaliação da dor e mensuração.

A assepsia da ferida e tecidos subjacentes foi realizada através de irrigação com soro fisiológico a 0,9% em jato, frasco de 250 mL em temperatura ambiente, perfurado com agulha 25x07 a uma distância de 15 centímetros. Após esse processo as feridas foram cobertas com uma fina camada de pomada a base de própolis a 10% (2 a 3 mm), pois alguns autores relatam que esta concentração é a mais adequada[7]. A cobertura secundária foi realizada com gaze estéril. Os curativos nos domicílios foram realizados diariamente, de 8 em 8 horas, pelos próprios pacientes previamente orientados e acompanhados na primeira troca.

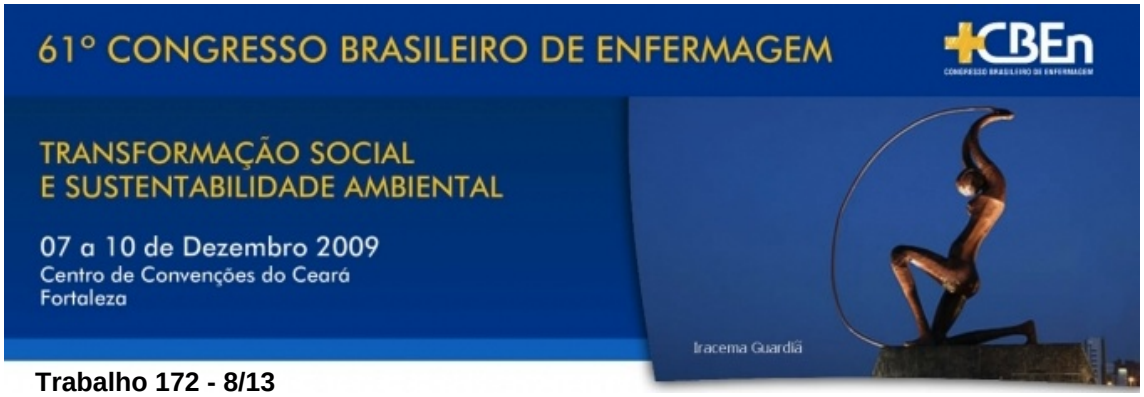
Foram avaliados os efeitos desejados da pomada de própolis 10%, a partir da evidência fisiológica e patológica da evolução das UV, e a variável sociodemográfica também foi considerada nas avaliações.

O acompanhamento e anotações foram realizados durante a execução dos curativos semanais nas consultas de enfermagem e deu se por meio de documentação fotográfica e registro, em impresso próprio, da condição da úlcera venosa, o tipo de tecido, presença de tecido necrótico, sinais de infecção, tipo e volume de exsudato, odor, mensuração das extensões verticais e horizontais.

Procurou-se através do estudo, avaliar a cicatrização de UV pelo tempo de cicatrização com a indicação da pomada de própolis 10%.



Este estudo seguiu os protocolos necessários para atender o paciente e seus familiares, respeitando-os quanto à autonomia e defendendo-os em sua vulnerabilidade. No decorrer dos procedimentos foi respeitada a resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.



RESULTADOS

Foram identificadas 9 pessoas com 15 úlceras venosas.

Em relação às variáveis sóciodemográficas observou-se certa homogeneidade entre indivíduos. A idade média das pessoas foi de 62 anos, predominando a cor melanodermo (54,0%) e o gênero feminino (87,0%). Os indivíduos casados representam 36,0% da população investigada, contrapondo-se a 27,0% de solteiros, e 18,0% de viúvos. Houve predomínio dos aposentados 45,0% das pessoas, seguido de 18,0% ocupação do lar, e 9,0% em atividade profissional. Um fator relevante sociodemográfico que pode estar associado à análise dos pacientes é que as úlceras crônicas dos membros inferiores afetam até 5% da população adulta dos países ocidentais, causando significante impacto socioeconômico e configurando problema de saúde pública[10].

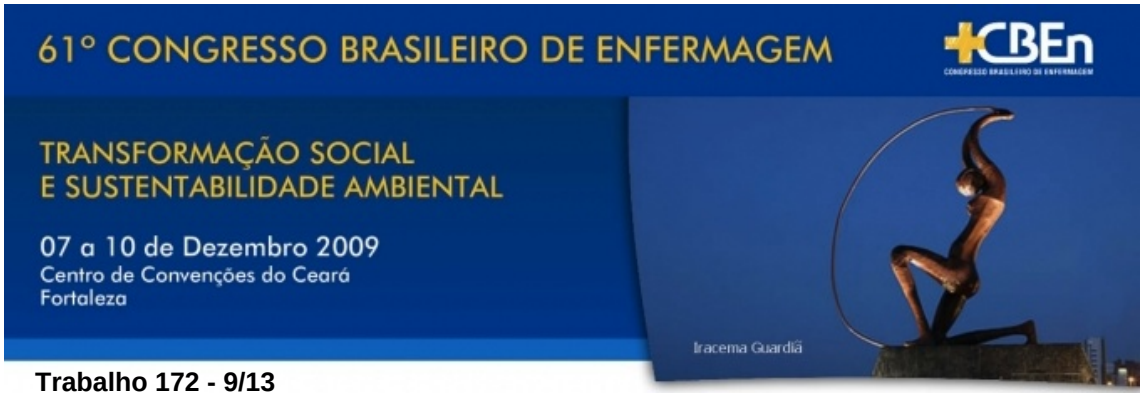
Quanto aos hábitos de vida, à dependência química do tabaco, observou-se que 44,5% nunca fizeram uso do cigarro ou similar, 33,3% já fizeram uso do tabaco, e 22,2% são tabagistas.

Em relação às comorbidades, houve o predomínio da Hipertensão Arterial Sistêmica, em 66,0% dos casos e 34,0% de pessoas com Diabetes Mellitus, similar a um estudo sobre a própolis em lesões cutâneas. Observa-se em outros estudos a prevalência dessas patologias de base em relação ao aparecimento das UV, pois sua etiologia está associada além da hipertensão arterial e diabetes mellitus, como para a doença venosa crônica, doença arterial periférica, neuropatias, trauma físico, anemia falciforme, infecções cutâneas, doenças inflamatórias, neoplasias e alterações nutricionais[10].

Quanto ao tempo de evolução das feridas, verificou-se que 26,6% existiam há mais de 20 anos, e 73,4% há menos de um ano. Sabe-se que a duração prolongada do tratamento, ocorrência de recidivas e necessidade de grande aderência do paciente são elementos que contribuem para a grande morbidade relacionada às UV[10].

Quanto à localização, estavam localizadas na região do dorso do pé (38,0%), maleolar (23,0%), e póstero interna da perna (39,0%). Estudo similar com o tratamento a base de própolis/pomada, relata também a presença dessas lesões na região tibial e maleolar [9].

Durante a avaliação inicial do tipo de tecido verificou-se a presença de tecido necrótico em (53,3%) e a total ausência do mesmo, após a intervenção com a terapêutica neste grupo. Em virtude dos avanços tecnológicos e dos estudos realizados com a própolis percebe-



se que, além de sua ação antifúngica, antisséptica, vem apresentando ação autolítica na presença de tecido necrótico[9].

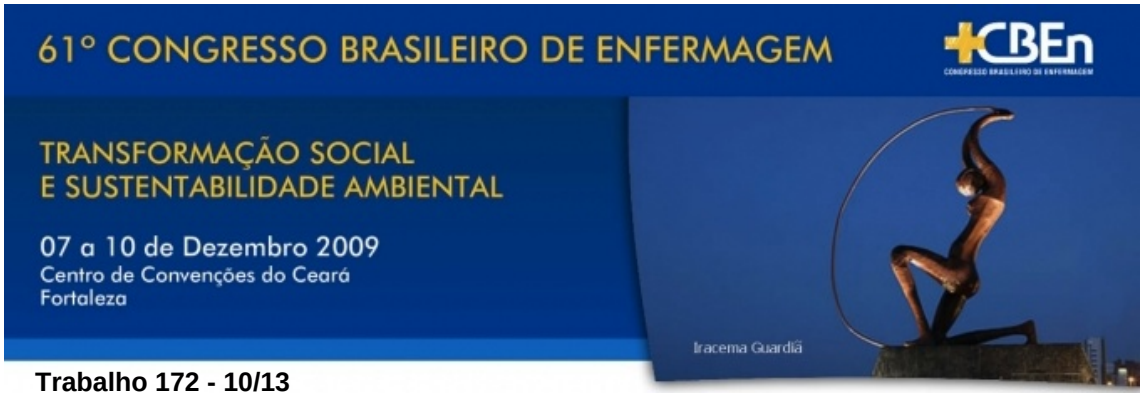
Na avaliação da intensidade volumétrica do exsudato, verificou-se intenso volume em 80,0% das feridas, seguido, de moderado com 20,0%. Após terapia com uso da própolis verificou-se pouca intensidade em 46,6% das úlceras venosas, seguido de moderada intensidade com 20,0% e 33,4% com ausência total de exsudato. Os aspectos de exsudato caracterizaram-se pela predominância de seroso (86,8%), seguido de sero sanguinolento (6,6%) e pio sanguinolento (6,6%). Após uso da terapêutica foi avaliado aspecto seroso em 53,3%, 6,6% de aspecto sero sanguinolento e total ausência do mesmo em 40,1%.

Quanto ao odor, 22,2% apresentava aspecto acentuado, 77,8% discreto, e durante o seguimento com a terapêutica da própolis, ocorreu ausência do mesmo em 95,0% dos casos e 5,0% apresentaram aspecto discreto.

Como não foram realizados exame de cultura, a presença de odor e exsudato em intenso volume aponta para o sinal de infecção do leito da ferida e sabe-se que as atividades antibacterianas e antifúngicas da própolis têm sido as propriedades biológicas mais extensivamente estudadas, atribuídas principalmente à flavonona pinocembrina, ao flavonol galagina e ao éster feniletil do ácido caféico, com um mecanismo de ação baseado provavelmente na inibição do RNA-polimerase bacteriano e que outros componentes como os flavonóides, o ácido caféico, ácido benzóico, ácido cinâmico, provavelmente agem na membrana ou parede celular do microorganismo, causando danos funcionais e estruturais com efeito bactericida e bacteriostático, além da propriedade antifúngica [2 7 13].

A avaliação da intensidade da dor deu-se por meio da escala analógica, 55,6% referiram dor intensa, 22,2% dor leve, e 22,2% dor ausente. e após tratamento os pacientes relataram melhora da dor. Alguns estudos relatam esta propriedade analgésica e um específico relata que o uso da pomada de própolis produziu tal efeito [9].

Observou-se durante o seguimento com a pomada de própolis a eficácia antiinflamatória, pois, os pacientes relataram melhora da dor e do calor local; diminuição do odor, do inchaço, da secreção e do prurido. A atividade antiinflamatória observada na própolis parece ser devida à presença de flavonóides, especialmente galangina. Este flavonóide apresenta atividade inibitória contra a ciclooxigenase (COX) e lipooxigenase. Tem sido relatado também que o ácido fenil éster caféico (CAPE), possui atividade antiinflamatória por inibir a liberação de ácido aracdônico da membrana celular, suprimindo as atividades das enzimas COX-1 e COX-2. A própolis tem demonstrado ação antiinflamatória também por



inibir a síntese das prostaglandinas, ativar a glândula timo, auxiliando o sistema imune pela promoção da atividade fagocítica e estimulando a imunidade celular [2 14].

Foi observado em seguida o surgimento do tecido de granulação no leito da maioria das úlceras e 40% apresentaram total epitelização até a avaliação final. A propriedade cicatrizante da própolis, assim como várias outras propriedades biológicas, está relacionada com flavonóides e ácidos fenólicos. Em estudo comparado da propriedade cicatrizante de um creme de própolis com um de sulfadiazina de prata, foi demonstrado que os ferimentos tratados com própolis apresentaram menos inflamação e mais rápida cicatrização do que aqueles tratados com sulfadizina de prata [2].

Observou-se que o tempo médio para a cicatrização das úlceras foi de 16 semanas. Um estudo sobre o uso da pomada em pacientes portadores de lesões (50% do estudo referiam a UV), apresentou tempo médio de cicatrização em 13 semanas [9].

Foi observado em seguida o surgimento do tecido de granulação no leito da maioria das úlceras e 40% apresentaram total epitelização até a avaliação final.

Quanto à extensão vertical e horizontal, no início e após a terapêutica com própolis o resultado foi exposto no gráfico abaixo:

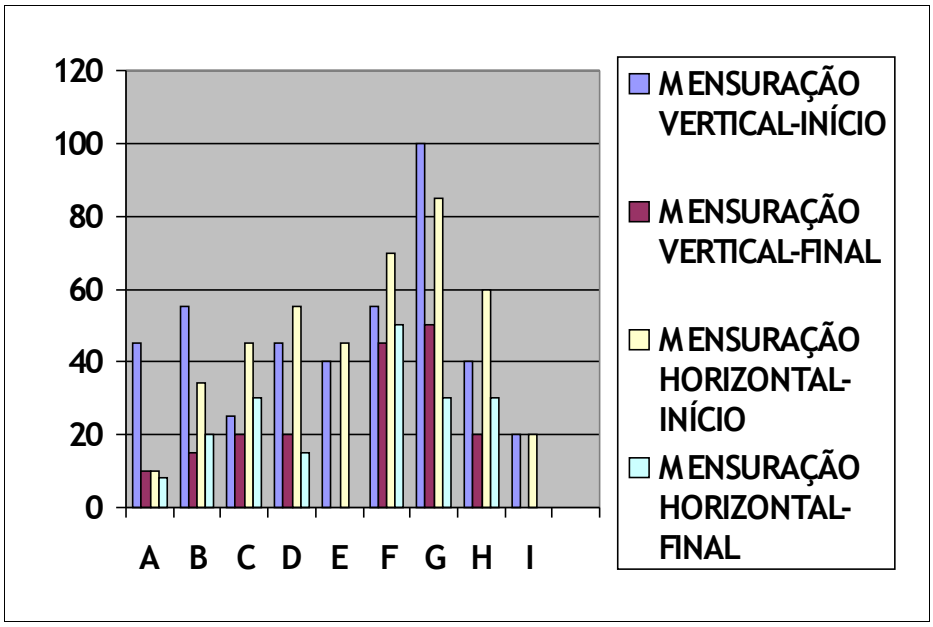
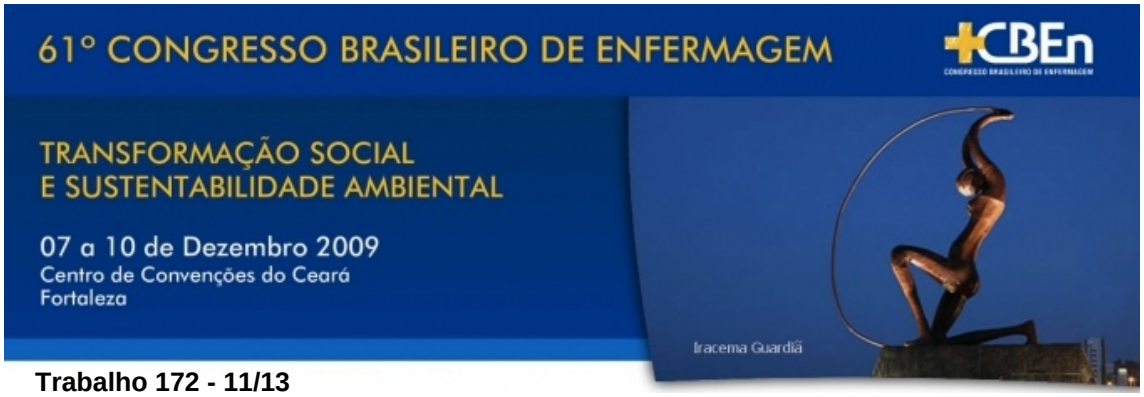


Gráfico 1- Relação da mensuração das úlceras venosas (mm) por paciente (anonimato/letras).

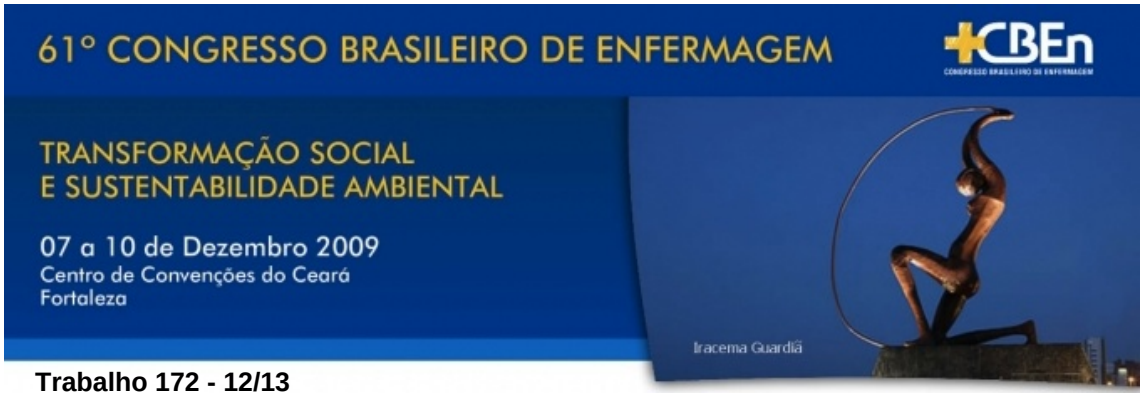


CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos aspectos foram relevantes na avaliação do portador de lesão cutânea, e detectou-se melhora da evolução das úlceras, diminuição do edema e da quantidade de exsudato, devido aos seus benefícios citados por diversos autores.

Os produtos que contêm própolis e que apresentem indicações terapêuticas podem ser registrados como medicamentos específicos segundo a Resolução - RDC nº 132, de 29 de maio de 2003, D.O.U. de 02/10/2003, sendo classificados como apoterápicos[11].

Apesar de ser aceita por órgãos regulatórios como produto com finalidade terapêutica, a própolis precisa ser padronizada quimicamente para garantir sua qualidade, eficácia e segurança. O que não é fácil, pois, como já foi visto vários fatores podem interferir na sua composição química. Também são necessários estudos que relacionem a composição química com a atividade biológica, pois assim seria possível correlacionar o tipo de própolis com a sua aplicação terapêutica[2.] A prática baseada em evidência destaca-se como importante ferramenta decisória nas atitudes clínicas para se obter benefícios assistenciais[12], tornando-se é uma tarefa imprescindível para um mercado cada vez maior e exigente em todo o mundo.



REFERÊNCIAS

1 Pereira AS, Seixas FRMS, Neto FRA. Própolis: 100 anos de pesquisa e suas perspectivas futuras. Quimi Nova. 2002 Jul; 25 (2): 321-26.

2 Lustosa SR, Galindo AB, Nunes lCC, Randau KP, Neto PJR. Própolis: atualizações sobre a química e farmacologia. Rev bras farmacogn. 2009 Jul/Set; 18(3): 447-54.

3 Galindo AB. Caracterização do extrato de própolis vermelha, avaliação de suas propriedades biológicas e desenvolvimento de gel a base de extrato [dissertação de mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2007.

4 Junior AF, Lopes MMR, Colombari V, Monteiro ACM, Vieira EP. Atividade antimicrobiana de próplis de apis mellifera obtidas em três regiões do Brasil. Ciência Rural. 2006 Jan/Fev; 36(1): 294-97.

5 Funari, CS, Ferro VO. Análise de própolis. Cien tecnol aliment. 2006 Jan/Mar; 26(1): 171-78.

6 Manrique AJ, Soares AEE. Início de um programa de seleção de abelhas africanizadas para a melhoria na produção de própolis e seu efeito na produção de mel. 2002 Jun; 27(6): 312-16.

7 Longhini R, Raksa SM, Oliveira ACP, Svidzinski TIE, Franco SL. Obtenção de extrato de própolis sob diferentes condições e avaliação de sua atividade antifúngica. Rev bras farmacogn. 2007 Jul/Set; 17(3): 388-95.

8 Rosalen PL, Castro ML, Cury JA, Alencar SM, Ikegaki M, Duarte S, et al. Própolis do sudeste e nordeste do Brasil: influência da sazonalidade na atividade antibacteriana e composição fenólica. Quimi Nova. 2007 Mar/ Jul; 30(7): 1512- 6.

9 Santos MJ, Vianna LAC, Gambá MA. Avaliação da eficácia de própolis em portadores de feridas crônicas. Acta Paul enferm. 2007 Jul; 20(2): 199-204.

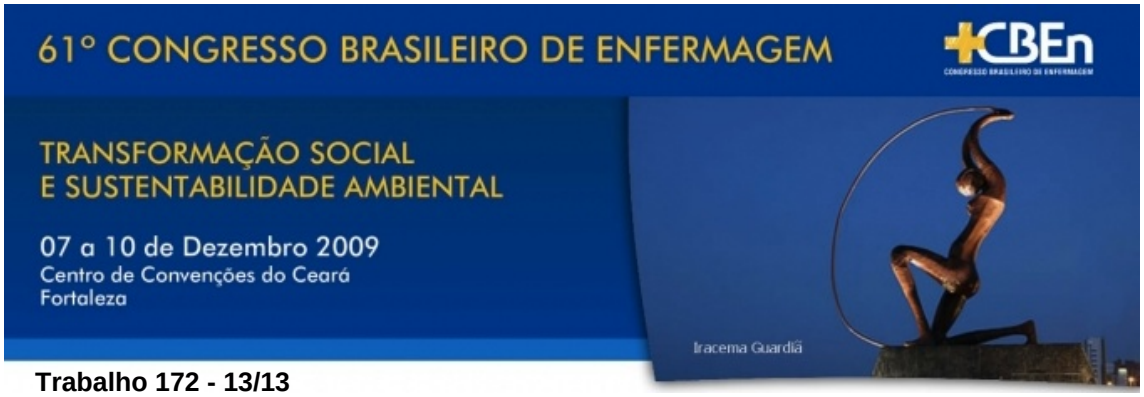
10 Miot HA, Jung T, Venoso S, Haddad GR, Abbade LPF. Úlceras crônicas dos membros inferiores: avaliação pela fotografia digital. Rev Assoc Med Bras. 2009 Jul; 55(2): 145-8.

11 Conselho Regional de Enfermagem. Deliberação COREN-MG 65/00: Informativo técnico de cuidado a portadores de lesões cutâneas. 2003; 9(1): 70-4.

12 Prazeres, SJ. Tratamento de feridas: teoria e prática. Porto Alegre: Moriá; 2009.

13 Longhini R, Franco SL, Oliveira ACP, Shinobu CS, Sividzinski TIE. Antifungical activity of extract against yeasts isolated from onychomycosis lesion. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2006 Ago; 101(5): 493-7.

14 Ramos AFN, Miranda JL. Própolis: a rewiew of its anti-inflamatory and healing actions. J Venom Anim toxins incl Trop Dis. 2007 Mar/Mai; 13(4): 697-710



Trabalho 172 - 13/13

ANEXO 1 Termo de Compromisso

Objetivos do tratamento

No tratamento de feridas o Ambulatório tem por objetivos:

- Avaliar e acompanhar o portador de lesão cutânea;

- Propiciar condições que facilitam a cicatrização da ferida;

- Orientar e estimular o auto cuidado;

- Encaminhar para outros profissionais quando se fizer necessário.

Entendimento por parte do paciente

Fica claro ao paciente o direito e a oportunidade de fazer perguntas relacionadas ao Ambulatório, tratamento, seus objetivos e suas regras, sendo que os profissionais do serviço estarão sempre aptos a responde as mesmas.

É de sua responsabilidade:

- Não faltar aos retornos agendados por 02 vezes consecutivas ou 03 alternadas sem comunicação prévia;

- Respeitar e seguir todas as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde;

- Não retirar ou trocar o curativo no domicílio sem a autorização do profissional;

- Procurar o Serviço de Saúde fora da data agendada em caso de intercorrências ou complicações;

- Assumir as atividades relativas à limpeza e higiene pessoal;

- Respeitar o horário re-agendado, tendo 20 (vinte) minutos de tolerância; caso não haja comunicação prévia, haverá cancelamento da consulta.

Consentimento

De acordo com o exposto acima, aceito participar do tratamento proposto pelo Ambulatório.

_____

Assinatura do Participante

Nome legível: _____

Autorização

Autorizo que os dados referentes à evolução do meu tratamento sejam publicados na forma de pesquisa, desde que resguarde sigilo sobre minha identidade.

_____

Assinatura do Participante

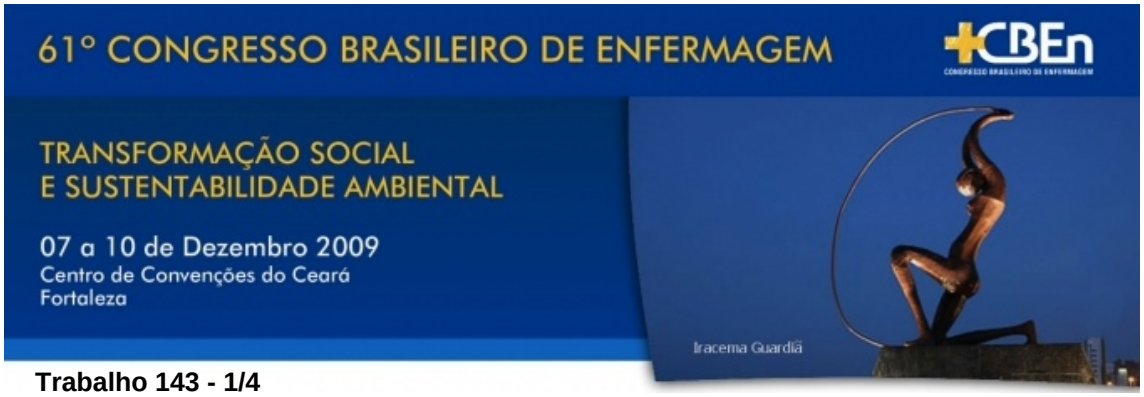
_____, _____ de _____de_____

Foi discutido o protocolo de tratamento com o paciente, usando linguagem acessível e apropriada.

Acredita-se ter fornecido as informações necessárias e bom entendimento das mesmas.

_____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável



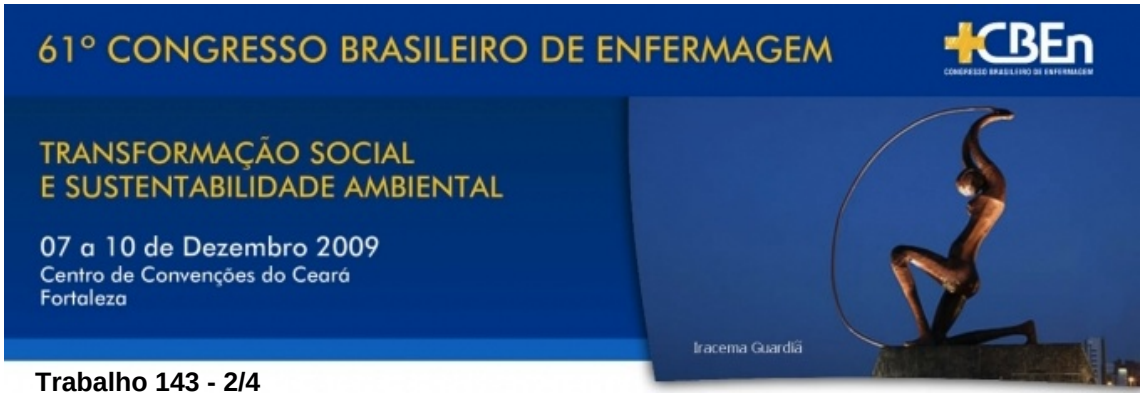
Trabalho 143 - 1/4

AS TECNOLOGIAS LEVES NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: (RE)ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

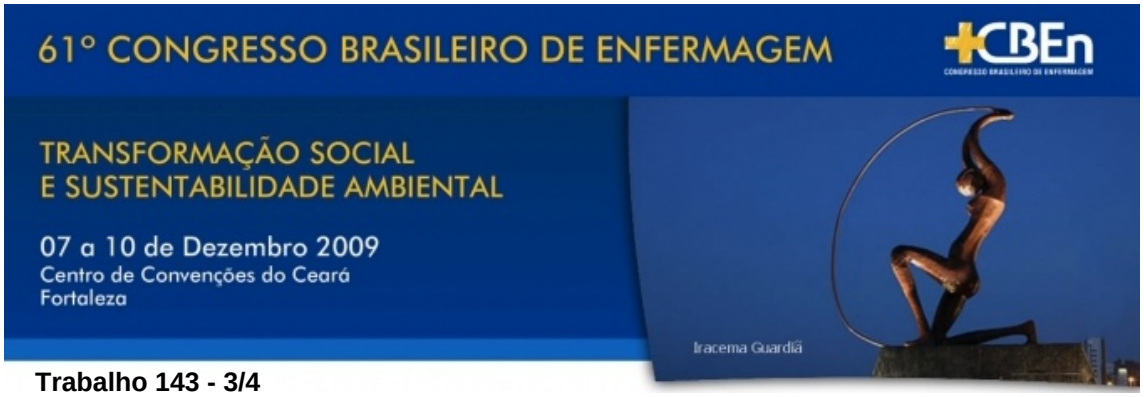
Diene Monique Carlos (Prefeitura Municipal de Campinas-SP – Centro de Saúde Rosália – Telefone: (19) 32823111; E-mail: diene.carlos@usp.br)

> *"... há uma dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com sofrimentos; preferem lidar com doença, na qual a racionalidade da biomedicina estabelece referência e pontos de intervenção sobre as "lesões"e "disfunções" detectadas."*
> (SILVA JÚNIOR et al, 2003)

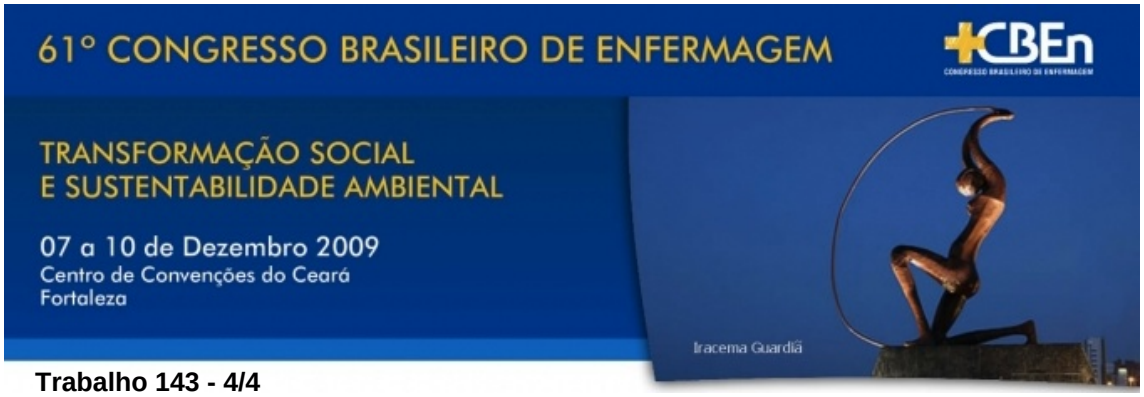
A Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como a principal proposta de modelo assistencial da Organização Mundial da Saúde para melhoria dos indicadores de saúde, redução de causas previsíveis de morbi-mortalidade, e consumo mais racional da tecnologia biomédica, com maior efetividade final do setor saúde. Grandes esforços têm sido feitos no contexto brasileiro para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária, principalmente com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), e mais recentemente o Programa de Saúde da Família (PSF). A proposta da Atenção Primária emerge no ano de 1978, na Conferência de Alma Ata, como medida internacional para se obter melhor qualidade de vida; passa a ser concebida como a atenção essencial à saúde, com tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias; se constitui no primeiro contato da comunidade com os serviços de saúde, trazendo-os mais próximos aos lugares de vida e trabalho das coletividades. Nessa arena, o Brasil, em 1986, realiza sua 8ª Conferência Nacional de Saúde, coroando o movimento da Reforma Sanitária, que se iniciou na década anterior, reconhecendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, conceituando a saúde de forma ampliada e demarcando o início da construção do SUS, com a legitimação da participação popular. Na perspectiva de reorganizar o modelo de assistência por meio do enfoque na APS, em 1994 é implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), que num horizonte de crise pode significar um processo de mudança na atenção à saúde, resgatando princípios fundamentais de vínculo, co-responsabilidade, humanização, resolutividade e outros que reorientam o modo de produção de cuidados em saúde. O PSF, na perspectiva então proposta, visa à reorganização da atenção primária em novas bases e critérios, em substituição ao modelo médico-hegemônico de assistência, centrado no hospital e orientado para a cura de doenças. Ele idealiza a construção de uma nova maneira de operar a



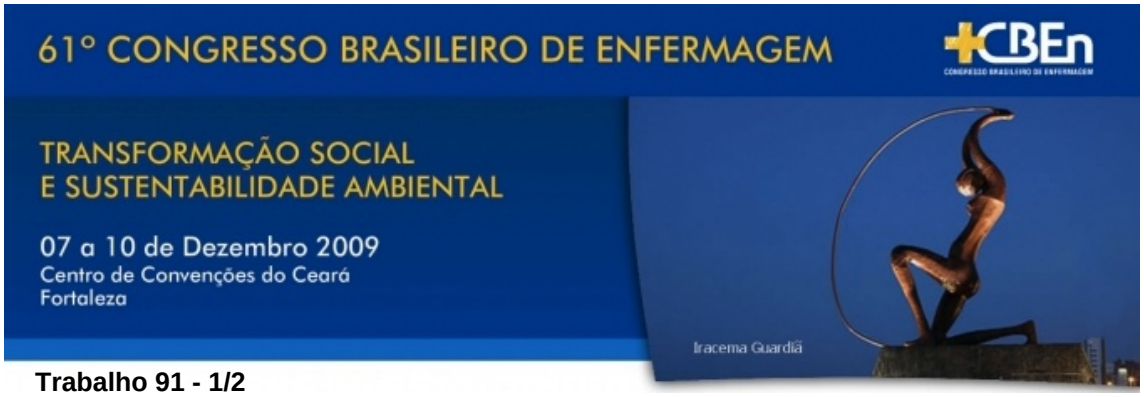
saúde, isto é, aponta para a produção do cuidado com vistas à implantação de um desenho de saúde humanizado, o que requer considerar a singularidade e a subjetividade de cada sujeito no processo diagnóstico-terapêutico, incluindo as dimensões subjetivas e sociais envolvidas no adoecimento. A partir de 2007, já não é mais entendido como um programa, mas a estratégia central da Política Nacional de Atenção Básica – a Estratégia de Saúde da Família. Diante do exposto, ressalta-se que a atenção primária, no contexto brasileiro organizada através do ESF em sua maior extensão, não é uma ação simplificada, exigindo dos profissionais de saúde que nela atuam um arsenal de atributos e recursos tecnológicos na produção dos serviços de saúde. O conceito de tecnologia não se restringe apenas ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, mas sim aos saberes e seus desdobramentos materiais e não materiais na produção de serviços de saúde; engloba também os saberes que operam para organizar as ações humanas e ao nível das relações interpessoais. A classificação da tecnologia se dá em três tipos: tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras seriam os equipamentos, máquinas, que encerram o trabalho morto; conformam em si saberes e fazeres bem estruturados e materializados. As tecnologias leve-duras seriam aquelas referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho, constituindo-se pelas normas, protocolos, e o conhecimento produzido nas diversas áreas do saber, como a clínica, enfermagem, psicologia; apesar de terem o trabalho já capturado, possuem a possibilidade de expressarem trabalho vivo. As tecnologias leves são produzidas no trabalho vivo em ato, compreendendo as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização. Ressalta-se que todas as tecnologias se fazem necessárias a depender da situação, porém em todos os níveis de atenção as tecnologias leves precisam estar presentes. Desta forma, indo ao encontro da opinião expressa pelo senso comum, a APS não possui menor complexidade tecnológica, mas sim menor densidade tecnológica, e se configura com alta complexidade de ações, nos remetendo ao uso constante de tecnologias leves para operacionalizar a atenção primária como tal é definida. Destaca-se que o acolhimento é hoje identificado na estrutura da ESF como importante ferramenta para a operacionalização das tecnologias leves. Este se apresenta como uma relação de aproximação entre as pessoas de modo humanizado, valorizando a fala e a escuta, na perspectiva do desenvolvimento de autonomia; e como forma de responsabilização que está relacionado à utilização dos recursos disponíveis para a resolução dos problemas dos usuários e de reorganização dos processos de trabalho, valorizando os ruídos do cotidiano. Este trabalho teve como objetivo descrever a experiência do uso de tecnologias leves em uma unidade de saúde da família do município de Campinas – SP, e as conseqüências deste uso para a produção do cuidado em saúde. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, descritivo e exploratório. A unidade de saúde em questão funciona com várias portas de entrada – os pacientes com retorno para



qualquer atividade devem se dirigir ao setor sem a necessidade de passar pelo Acolhimento; este se restringe aos casos novos e às intercorrências. Esta recepção qualificada funciona em todo o período de funcionamento da unidade; a ordem de chegada não é o principal critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente. São designados um auxiliar de enfermagem e um enfermeiro para oferecer a retaguarda ao acolhimento; nos casos de urgência, o usuário é encaminhado diretamente à sala de procedimentos, sendo acionado um médico. São reservados horários específicos para acolhimento nas agendas dos médicos (clínicos, pediatras e ginecologistas), em todos os períodos. Neste espaço de acolhimento, são avaliados os riscos e as necessidades de saúde de cada paciente; resolução dos casos conforme complexidade e capacidade do profissional; encaminhamento de casos conforme gravidade para atendimento no Pronto-Atendimento ou Serviço de referência, responsabilizando-se pelo sucesso do encaminhamento. São utilizados protocolos para avaliação do risco à criança, mulher e adulto, conforme a necessidade. São realizadas reuniões de equipe semanalmente, com espaços para educação permanente dos profissionais, sendo apresentados tópicos de assistência à saúde presentes no cotidiano; também são realizadas discussões sobre dificuldades e desafios para qualificar a atenção no contexto do acolhimento. Percebemos que as tecnologias leves, podendo ser instrumentalizadas na ESF principalmente pelo acolhimento, determinam influências em dois contextos – nos processos de organização do trabalho; e nas relações interpessoais (com os usuários e entre os profissionais). No primeiro eixo, constata-se que o uso de tecnologias leves, principalmente no acolhimento, torna-o mais efetivo e torna mais resolutiva a recepção, a interação interdisciplinar, a conclusão e o encaminhamento dos atendimentos. Também coloca à disposição do usuário todas as tecnologias disponíveis para o cuidado, desmistificando a assistência médico-hegemônica; possibilita constantemente o maior e melhor acesso aos serviços. Acaba, portanto, por (re)organizar todo o processo de trabalho. No segundo eixo, as tecnologias leves criam um ambiente de co-responsabilização pelo cuidado, articulando a constituição de vínculos e compromissos entre o usuário e o profissional de saúde, facilitando a continuidade da assistência. Além disso, se é oferecido um cuidado permeado por estas tecnologias, garante-se em grande parte a satisfação dos usuários, que freqüentemente está relacionada ao campo relacional. Na definição da ESF, propõe-se a constituição de vínculos entre a população adscrita e a equipe de saúde, e as tecnologias leves qualificam e tornam estes vínculos mais (a)efetivos; também tornam efetivos outros princípios e diretrizes do SUS e da APS – integralidade, equidade, participação social, longitudinalidade, coordenação, entre outros. Todo este processo também alcança as relações entre os profissionais da equipe de saúde, e possibilita realmente um “trabalho em equipe”, onde cada profissional contribui com sua atuação, estreita os laços de cooperação mútua, oferece ao usuário um



cuidado humanizado, e traz motivação e melhor auto-estima, pois a resolutividade dos casos, quando pensada nesta perspectiva, aumenta consideravelmente. Desta forma, percebe-se que o acolhimento, mesmo que entendido nas mais variadas interpretações – atenção, carinho, amor, respeito, relações de escuta e responsabilização, constituição de vínculos e compromissos, solidariedade, humanização da assistência, postura/atitude diferenciada frente ao usuário, espaço de troca – é peça fundamental presente no conceito de tecnologias leves para a garantia da expansão e concretização da APS. Ainda é um desafio sua real efetivação, mas inegavelmente inúmeros avanços estão sendo feitos para que esta meta seja alcançada. Destaca-se que estes conceitos são extremamentes apropriados para o saber da enfermagem, pois promovem sua autonomia; a estabelecem como ciência e arte específica; e valorizam os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, tornando-os protagonistas do cuidado.



Trabalho 91 - 1/2

ASSISTÊNCIA Á SAÚDE DA MULHER COM DST/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA

FURTADO, Denise Ferreira Figueiredo [1] (FACESA- Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires/ enfermagem@senaaires.com)

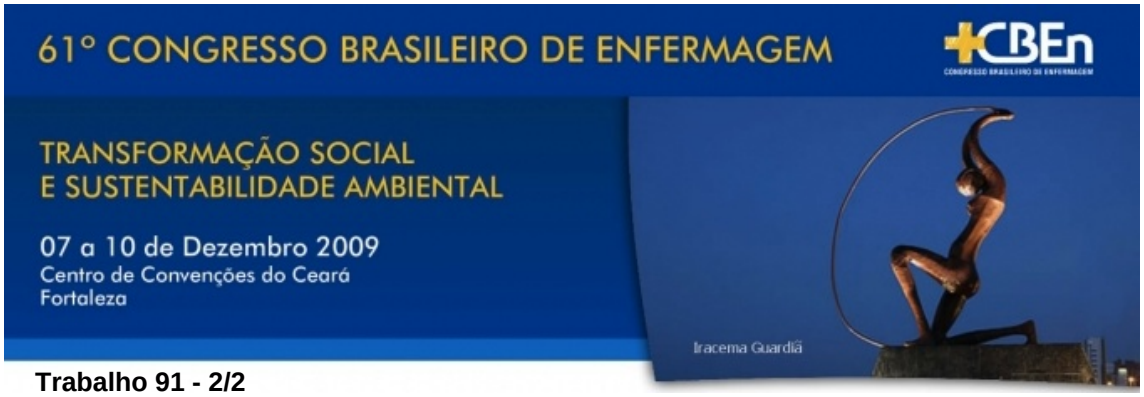
SANTOS, Walquiria Lene [2] (Prefeitura Municipal de Guapó – GO / FACESA- Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires/ walquirialane@hotmail.com)

TEIXEIRA, ArianeVaz [3](FACESA- Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires/ enfermagem@senaaires.com)

BRAGA, Isla Maria de Oliveira [4] (FACESA- Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires/ enfermagem@senaaires.com)

RODRIGUES, Angélica Sousa [5](FACESA- Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires/ enfermagem@senaaires.com)

Introdução:No Brasil, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) configuram problema de saúde pública com sérias conseqüências para o indivíduo e a sociedade. A maior caracterização das DST, como prioridade em nosso país, é o fato delas serem o principal fator facilitador da transmissão sexual da AIDS. A notificação dessas doenças possibilita aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, a promover ações de prevenção e controle das DST/HIV nas comunidades, a fim de informar/educar a população, para diagnosticar, aconselhar e tratar. **Objetivo**: verificar os casos notificados das doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS) em mulheres, no município de Guapó, Goiás. **Métodos**: Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado por meio do levantamento das fichas de notificação das DST/AIDS no Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN), no período de janeiro de 2007 a junho de 2008. A amostra foi constituída por mulheres que realizaram o exame colpocitológico nas Unidades Básicas de Saúde do município de Guapó, Goiás. Para a análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva. **Resultados/discussão:** O município de Guapó possui 4805 mulheres (idade menor que 15 anos) cadastradas na estratégia saúde da família. Destas 1491(31,03) realizaram o exame colpocitológico entre janeiro de 2007 a junho de 2008. Dentre as mulheres que fizeram o exame notificaram-se as seguintes DST/AIDS :vaginose por Gardnerella(5,10%), Candidíase (0,93%), Tricomoníase (0,67%), papiloma virus humano-HPV (0,33%), sífilis(0,13%) e gonorréia (0,13%). **Conclusão**: Os resultados demonstram a baixa adesão das mulheres com idade acima de 15 anos, na realização do exame colpocitológico. **recomendações** Evidenciou , à necessidade de uma busca ativa dessa população na adesão nos programas de saúde oferecidos à mulher, por isto, os profissionais da equipe criaram o programa intitulado ‘’deixa viver’’ onde são realizadas palestras educativas semanalmente com o objetivo de orientar as pacientes para o auto cuidado promovendo assim o desenvolvimento para o comportamento de busca de saúde. Verificou – se que é necessário valorizar a notificação dessas doenças , pois através



desse ato, será possível desenvolver varias ações de educação em saúde à comunidade e promover o acompanhamento e treinamento dessas enfermidades.

Descritores: promoção da saúde , enfermagem, HIV, assistência, educação em saúde, DST. .

Bibliografia:

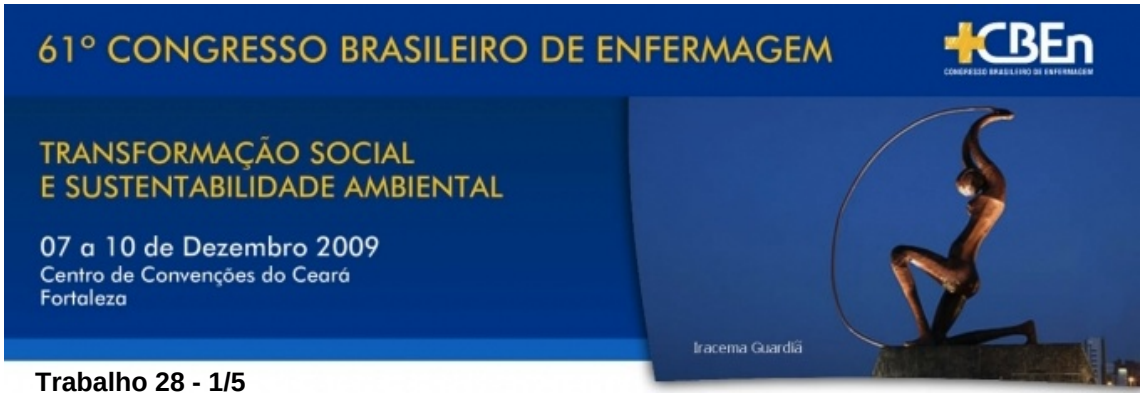
1. Mendes EV. Os Grandes dilemas do SUS – Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.

2. Barreto ML. O Conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2004 abr./jun.;9(2):329-338.

3. Paim J, Almeida-Filho N. A Crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.

4. Teixeira CF. O Futuro da prevenção. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.

5. Barreto ML. A Pesquisa em saúde coletiva no Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2003 mar./abr.;19(2): 354-355.



Trabalho 28 - 1/5

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIA

Glaucirene Siebra Moura Ferreira **(**Hospital do Coração de Sobral e Instituto Superior de Teologia Aplicada); **Keila Maria de Azevedo Ponte (**Hospital do Coração de Sobral e Instituto Superior de Teologia Aplicada, Email: keilinhaponte@hotmail.com); Antonia Eliana de Araújo Aragão (Instituto Superior de Teologia Aplicada); Francisco Ivanildo de Sales Ferreira (Instituto Superior de Teologia Aplicada); Lourdes Claudenia de Aguiar Vasconcelos **(**Santa Casa de Sobral e Instituto Superior de Teologia Aplicada

INTRODUÇÃO

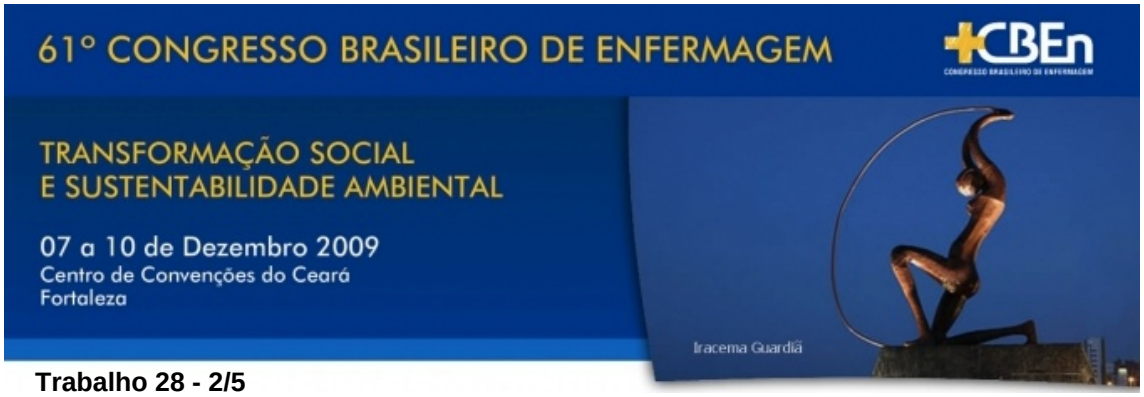
A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta fundamentada no conhecimento científico, fazendo-se necessária na prática diária dos profissionais de enfermagem, facilitando o planejamento de condutas e materializando-se através de cuidados administrados a clientes.

Na atenção básica, a enfermagem atua no Programa de Controle da Hipertensão Arterial e mesmo tendo amparo legal para realização da consulta de enfermagem, muitos enfermeiros não fazem uso da SAE, cujo alicerce é a padronização metodológica da assistência que está configurada na coleta de dados gerando a individualização na assistência de enfermagem.

A pressão arterial varia conforme o indivíduo e doença associada, nos lactentes e crianças sua apresentação é muito mais baixa que nos indivíduos adultos, assim também encontrada quando estamos em repouso, tem variações ao longo do dia, sendo mais elevada pela manhã e mais baixa à noite em especial durante o sono, já no idoso devido as alterações nas estruturas orgânicas é mais comum sua elevação (MERK, 2002).

O Programa Saúde da Família (PSF) propõe um modo estruturada no atendimento contínuo e integral, se vale da interação com a comunidade, no acompanhamento do paciente como um todo o que permite ações mais efetivas na promoção da saúde e prevenção de doenças (ALMA-ATA, 1978).

A hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível que é tida como um problema de saúde pública em nosso país, mediante o impacto de morbidade e mortalidade gerado na sociedade, independente de sua classe social.



Segundo Mion et al. (1996) o diagnóstico de normotenso, num hipertenso, irá privá-lo dos benefícios do tratamento, ao passo que o de hipertensão, num normotenso, irá submetê-lo aos malefícios do tratamento desnecessário.

Segundo Brasil(2001) a hipertensão arterial é uma doença multifatorial, caracterizada pela elevação da pressão arterial freqüentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos, acometendo um grande número de pessoas, cerca de 15 a 20% da população adulta, chegando a 50% nos idosos e mais pessoas do sexo masculino até 45 – 50 anos.

Diante do reflexo dessa visualização, o enfermeiro tem procurado aperfeiçoamento do cuidado de enfermagem, isto é, tem buscado conhecimentos técnico-científicos para a melhoria do atendimento, fazendo a diferença quando através da assistência sistematizada, inclui a consulta de enfermagem, valorizado o exame físico, que tem como objetivo adquirir informações específicas necessárias ao planejamento dos cuidados. E, no caso dos portadores de hipertensão, ganhar confiança, respeito facilitando a relação enfermeiro/indivíduo.

Justifica-se o estudo tendo em vista poder contribuir na melhoria do atendimento de enfermagem na rede básica de saúde dos municípios, em especial no papel do enfermeiro dentro do PSF, que possam refletir no sentido de despertarem mais para a implantação do processo de enfermagem em seus serviços, buscando mais qualificação profissional para superar os obstáculos que entravam a arte de cuidar, no âmbito da consulta de enfermagem e o exame físico no portador de hipertensão arterial.

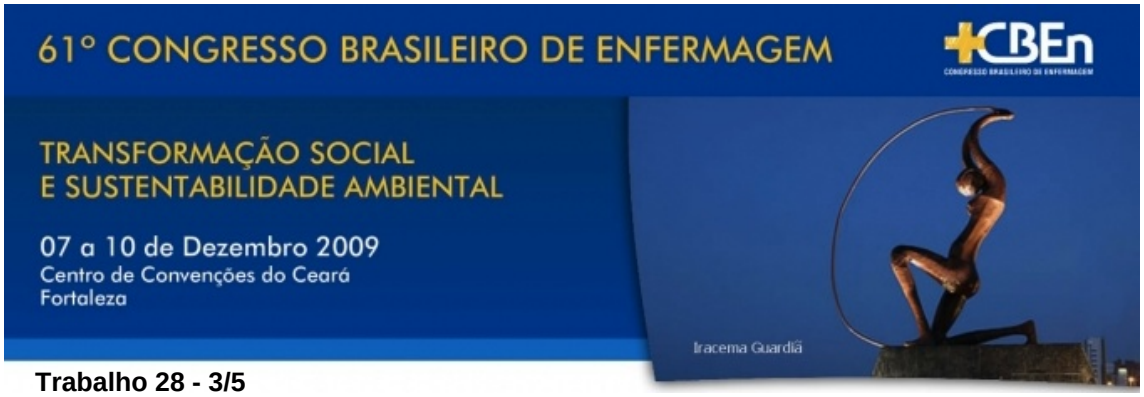
OBJETIVOS

- Investigar a atuação dos enfermeiros aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica na Estratégia Saúde da Família

METODOLOGIA

Então, este estudo é de natureza exploratória com enfoque de abordagem qualitativa, uma vez que responde as questões muito particulares do universo a ser estudado. O local de escolha para sua realização foi o Centro de Educação Profissionalizante São Paulo (CEPROSP), cujos sujeitos participantes foram enfermeiros alunos de pós-graduação *lato sensu* em Programa de Saúde da Família.

A coleta dos dados ocorreu através de aplicação de questionário com perguntas abertas, ocorreu no período de outubro a dezembro de 2007. Foram obedecidos os princípios



éticos e legais da pesquisa. por outro lado, seguiu-se a Resolução 196/96 do Código de Ética Nacional de Saúde e a Resolução 251/97 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), para que assim subsidiados de direitos legais realizasse o trabalho de campo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quanto a atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem foi identificado nas falas dos enfermeiros que o relacionamento do profissional com o portador de hipertensão é harmonioso, porém devemos nos empenhar para valorizar mais esse momento, prestando um assistência holística para que haja mais adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida, assim como maior valorização do profissional enfermeiro.

A consulta de enfermagem, sendo o primeiro contato com o cliente, permite a aquisição de informações, bem como a facilidade na relação enfermeiro/doente, criando uma oportunidade para o diálogo necessário ao sucesso da terapêutica (SACCARO, 2003).

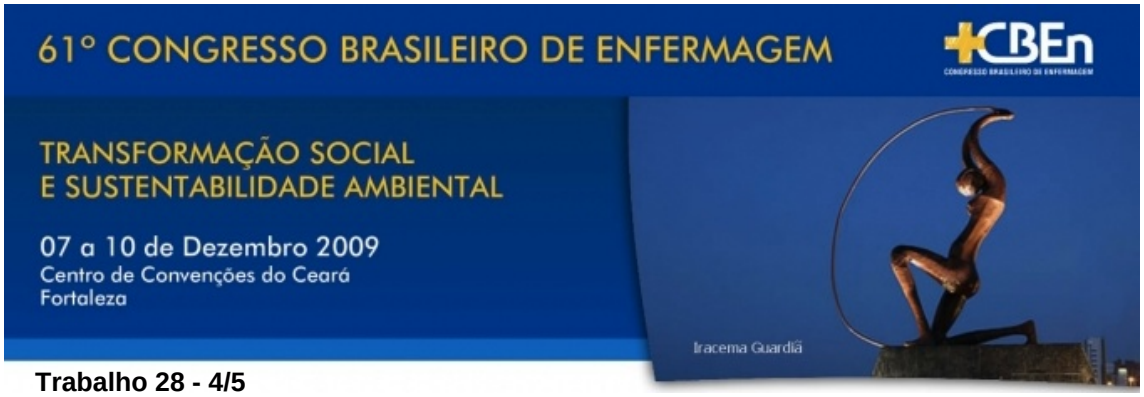
Quanto à aferição da PA do portador de HAS, foi indagado qual o membro da equipe de enfermagem que realiza e os achados apontaram que na maior parte quem verifica é o auxiliar de enfermagem, sendo que o enfermeiro verifica somente em situações duvidosas.

A medida da pressão é procedimento simples, porém sujeito a vários fatores de erro e existem condições necessárias para se ter garantias de um resultado seguro quando é aferido a PA. Pode-se elencar, neste aspecto: o ambiente na qual o indivíduo está inserido; as situações particulares de cada cliente; o equipamento utilizado na aferição; e o observador, no que concerne ao grau de conhecimento acerca deste procedimento.

Após a consulta de enfermagem ao portador de HAS, foi perguntado se os enfermeiros prescrevia as orientações e entrega uma cópia ao cliente?

Oito dos que responderam disseram que “não” prescrevem as orientações nos prontuários, e nem entregam uma cópia para o cliente.

Todavia sabemos da importância de uma boa orientação quanto a todos os itens mencionados, pois nossos clientes em sua grande maioria são desinformados da patologia bem como da forma de tratamento. Por entendermos dessa grande dificuldade de entendimento é que nós enfermeiros propomos a informar, anotar e prescrever cuidados de enfermagem a esses clientes.



Quanto ao tipo de equipamento utilizado para aferição da pressão arterial no serviço de saúde, segundo a maioria dos entrevistados, é o esfigmomanômetro aneróide. Somente em uma unidade de saúde usa-se, também, um esfigmomanômetro digital.

Ao referirem sobre a freqüência da calibração do esfigmomanômetro, oito dos entrevistados afirmam que não é feita a manutenção do equipamento. Somente em três dos serviços é feita esta calibração.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentam subsídios que possibilitam sensibilizar os enfermeiros, não somente para a temática do estudo, mas estimular o interesse em outros temas que estejam na prática do exercício profissional nos PSFs. Dessa forma, adentrou-se nas especialidades dos resultados.

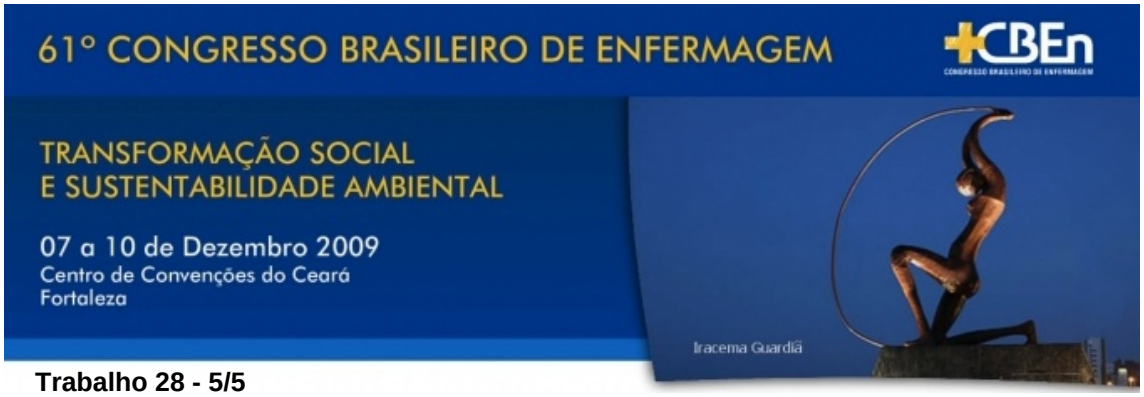
Na SAE o que nos chamou a atenção foi a dificuldade que os enfermeiros tem de sistematizar a assistência; de não um "norte" diante da consulta de enfermagem; sem um instrumento que possa auxiliá-lo nas etapas da consulta com o portador de HA assistido por ele na Unidade Básica de Saúde; que as orientações que são feitas aos clientes nem sempre são anotadas no prontuário, bem como tais orientações raramente são prescritas ou escritas, como forma dele reter mais informações ao deixar os consultórios de enfermagem.

Quanto à HAS, não só como patologia, mas como algo que está cada vez mais freqüente nos domicílios dos nossos municípios, fazendo com que as famílias mudem suas rotinas, perturbando a harmonia desses lares, muitas vezes trazendo uma co-morbidade associada. Assusta-nos ao vê que nem sempre os enfermeiros estão dando a assistência de enfermagem adequada, independentemente do motivo.

REFERÊNCIAS

ALMA-ATA. **Cuidados primários de saúde, relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários da saúde.** Alma-ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Auspiciada por MS e UNICEF: UNICEF-Brasil-1979.

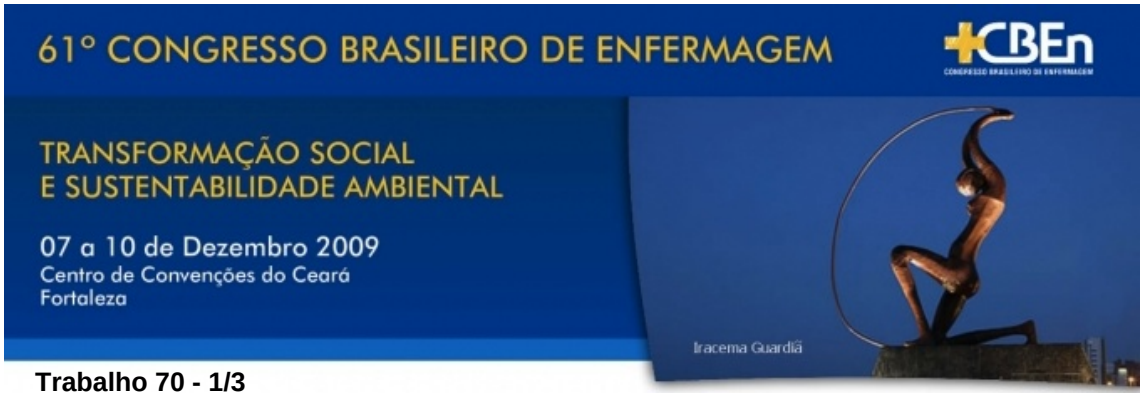
BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem- Brasília: Ministério da Saúde, 2001.



MEEKER, H. M. A. **Cuidados de enfermagem do Paciente Cirúrgico.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

MION Jr, D. **et al. Diagnóstico da Hipertensão Arterial.** Ribeirão Preto:Medicina, 29: 193-198, abr./set., 1996.

SACCARO, R. B. L. **Risco de Suicídio: um cuidado de enfermagem**. Enfermagem Brasil, Atlântida, jul./ago., 2003.

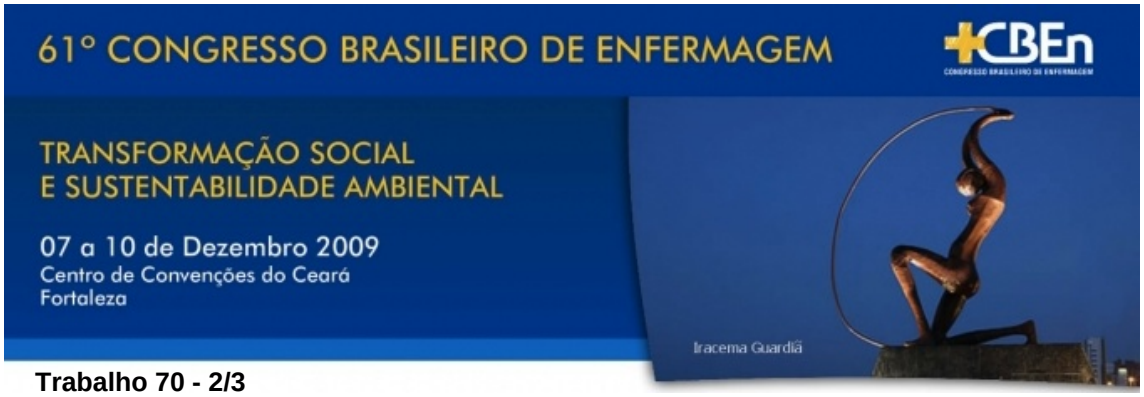


Trabalho 70 - 1/3

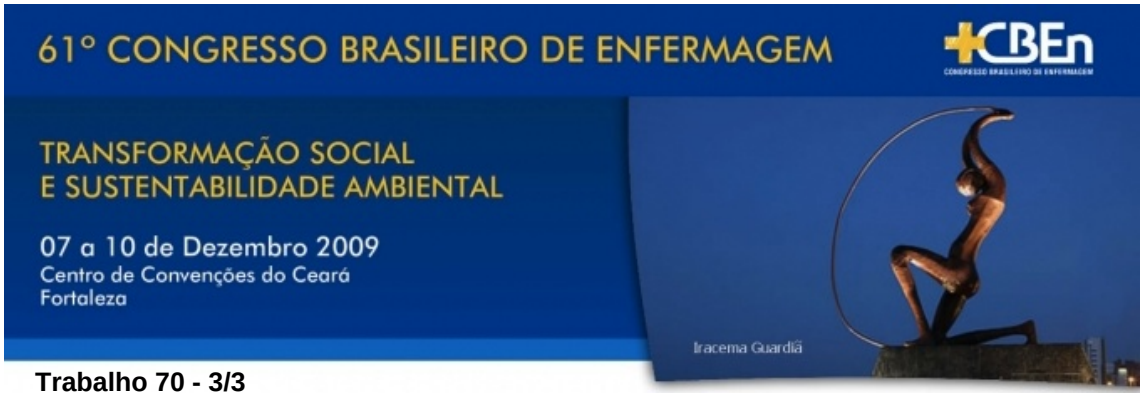
AVALIAÇÃO DO IDOSO COM INCAPACIDADE FUNCIONAL: UMA PROPOSTA DE CUIDADO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Kelly Maciel Silva (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC); (kellymacielsilva@yahoo.com.br) (48) 32572056
Juliana Balbinot Reis Girondi (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC; Hospital Universitário HU/UFSC)
Elizimara Ferreira Siqueira (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC)
Silvia Maria de Azevedo dos Santos (Pós Graduação Enfermagem UFSC)

INTRODUÇÃO: O aumento significativo da população idosa em todo o mundo, bem como aumento da incidência de enfermidades crônicas não-transmissíveis têm causado dependência física, cognitiva e emocional (SANTOS, 2008). Os altos índices de doenças incapacitantes incitam à prevenção destas, a assistência à saúde dos idosos dependentes, bem como o suporte aos cuidadores. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve oferecer subsídios necessários para que a família possa desenvolver a função de cuidadora do individuo dependente no âmbito doméstico (AIRES, 2008). Os estudos diagnósticos dos grupos populacionais da área de abrangência das equipes da ESF deverão embasar o planejamento das ações, avaliando e monitorando suas ações, aprimorando-as ao longo do tempo. Na atenção ao idoso o objetivo primordial é mantê-lo na comunidade de forma autônoma e independente, vinculado ao sistema de saúde local. Para mensurar a capacidade do idoso em executar atividades que o permitam cuidar de si e viver independentemente, pode ser utilizado a Avaliação Funcional que é um conjunto de dados clínicos, testes e escalas sendo considerados os seguintes parâmetros: equilíbrio e mobilidade, função cognitiva, condições emocionais, disponibilidade e adequação do suporte familiar e social, condições ambientais e capacidade para executar as atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (COSTA, 2005). As AVDs e AIVDs têm sido reconhecidas por diversos estudos como as principais medidas de incapacidade funcional, podendo ser avaliadas separadamente ou em associação (BAPTISTA, 2003; YUASO & SGUIZZATTO, 2002; ROSA et al, 2003). Esta avaliação dos idosos é importante e deve ser utilizada pelos profissionais da equipe da ESF, pois permite identificar aspectos relacionados às suas limitações e potencialidades. Assim, poderão ser traçadas estratégias de atuação para melhoria do cuidado a este grupo de atenção. **OBJETIVOS:** Conhecer a estrutura familiar e a rede de cuidados de idosos cadastrados numa equipe da Estratégia de Saúde da Família de Florianópolis (SC); Avaliar as Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) destes idosos; Propor ações de cuidado para idosos em situações de dependência. **METODOLOGIA:** Estudo transversal e descritivo, realizado com idosos da área de abrangência de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Florianópolis/SC, pertencente ao Distrito de Saúde do Continente. Este estudo foi aprovado pelo Gestor do distrito onde foi realizada a pesquisa. A amostra foi de 10 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, que tivessem algum grau de dependência para o seu auto-cuidado, mediante cadastramento prévio realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A seleção foi através da priorização dos idosos em situações de maior vulnerabilidade e/ou necessidade de cuidados emergentes. A coleta de dados foi realizada no domicílio, entre abril e junho de 2009, mediante aplicação de questionário semi-estruturado, contendo questões sobre dados de identificação, perfil sócio-econômico, estado de saúde geral e caracterização do cuidador principal. Para analisar a capacidade funcional dos idosos foram utilizados as Escala de Atividade de Vida Diária de Katz/AVD e Escala de Atividade Instrumental de Vida Diária de Lawton/AIVD. Concomitantemente, foi realizado um trabalho em grupo com os cuidadores, no qual foram abordadas questões sobre aspectos do cuidador e trabalhado com dinâmicas de grupo apropriadas para o apoio e bem-estar deste. A análise dos resultados se deu à partir das oficinas e da obtenção dos testes aplicados aos 10 idosos sujeitos da pesquisa. Para análise dos resultados foram utilizados



procedimentos de estatística descritiva (freqüências simples e percentuais). **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:** Quanto ao sexo, concluiu-se que a maioria dos participantes (seis) é do sexo feminino e quatro do sexo masculino, fato esse associado ao processo de feminilização da velhice (BOTTINO, 2006). A faixa etária estende-se entre os 63 e 88 anos. Quanto à escolaridade, a maioria (quatro) apresenta ensino fundamental incompleto; três ensino fundamental completo; um possui ensino médio e há dois casos de analfabetismo. Geralmente, o baixo nível educacional é ressaltado como um provável fator ambiental predisponente à doenças (SOUZA et al, 2008). Os dados de idade, sexo e escolaridade, associados, podem relacionar-se com os fatores de risco predisponentes às incapacidades. Considerando às patologias que desencadearam a dependência funcional: a maioria foi por doença neurológica (dois por Parkinson e um por Alzeihmer), seguido por doenças vasculares, seqüelas de AVC e cânceres (dois casos de cada) e um por fratura de fêmur. É essencial investigar a capacidade funcional do idoso em seu domicílio, para que metas e objetivos sejam traçados em parcerias entre o enfermeiro e o cuidador, trazendo o benefício necessário para a reabilitação e recuperação. Das atividades contidas nas variáveis AVD e AIVD, as atividades cotidianas, traduzem a idéia de vida ativa e de manutenção da capacidade funcional. Capacidade funcional para atividades de vida diária consiste na aptidão que uma pessoa precisa para realizar tarefas necessárias para cuidar de si, tais como: comer, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama, bem como apresentar controle dos esfíncteres urinário e anal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Na escala de AVD, a maioria, (oito participantes) apresentaram dependência para todas as atividades do cuidado pessoal. Apenas dois eram independentes para suas atividades. O fator mais importante para se avaliar a dependência e também o risco de mortalidade do indivíduo frágil é a sua capacidade para desempenhar as AVD. Idosos com dependência para sete ou mais AVD têm três vezes mais risco de morte do que aqueles indivíduos independentes. (RICCI et al, 2005). Capacidade funcional para atividades instrumentais de vida diária é a habilidade do idoso para administrar o ambiente em que vive, e inclui ações: preparar a comida, lavar as roupas, cuidar da casa, fazer compras, ir ao médico e comparecer aos compromissos sociais e religiosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Com relação à capacidade de realizar as AIVD, foi identificado que dois eram independentes, quatro apresentavam dependência parcial, quatro apresentava dependência total, perfazendo 80% de idosos com dificuldades para administrar o ambiente em que viviam e lidarem com a vida social de forma autônoma. Quanto aos cuidadores, constatou-se que a maioria (seis) possui grau de parentesco com o idoso. Dois deles não possuem grau de parentesco e dois idosos não possuem cuidadores. Outro dado merecedor de destaque é em relação ao estado civil, 70% dos idosos (sete) são viúvos, 20% (dois) casados e um (10%) solteiro, o que reforça a necessidade de um cuidador, já que a figura do cônjuge está ausente. As maiores dificuldades encontradas pelos cuidadores são: realização de técnicas como troca de fraldas, curativos e banho; interação com os idosos; conciliar o cuidado com outras atividades. As facilidades incluem: ser parente, bom vínculo, residir com o idoso e conhecimentos sobre a doença. Através deste estudo, obtiveram-se dados referentes às fragilidades dos idosos e da atenção à saúde desses, a identificação de situações passíveis de intervenção e as dificuldades dos cuidadores ao exercerem suas funções. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Ao descrever e analisar este estudo que culminou em uma proposta de cuidado de enfermagem gerontológico, verificou-se a necessidade de construir um sistema de suporte de cuidado ao idoso e cuidador; de planejar estratégias para promover a melhoria da qualidade de vida destes e de estreitar o vínculo entre estes sujeitos e a equipe da ESF. Tais ações possibilitariam minimizar a dependência nas AVD e as AIVD, proporcionado assim, um envelhecimento com autonomia. No entanto, outros estudos dessa magnitude são necessários, para que se obtenha um panorama mais próximo das realidades de saúde da população idosa objetivando a integralidade do cuidado.



REFERÊNCIAS:

SANTOS JA. Cotidiano familiar e qualidade de vida de usuários dependentes de cuidado – Programa de Saúde da Família. [dissertação] Viçosa/MG, Universidade Federal de Viçosa, 2008.

AIRES M, PAZ AA.Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. Rev. Gaúcha de Enfermagem; Porto Alegre (RS) 2008 mar; 29(1): 83-9.

COSTA, E.F.A.; Porto, C.C.; Almeida, J.C. et al. Semiologia do Idoso. In: Porto, C.C.(ed). Semiologia Médica. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.(9):165-197.

BAPTISTA DBDA. Idosos no município de São Paulo: expectativa de vida ativa e perfis multidimensionais de incapacidade a partir da SABE (dissertação). Belo Horizonte (MG): Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

YUASO DR, SGUIZZATTO GT. Fisioterapia em pacientes idosos. In: Papaléo-Netto M, organizador. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002. P.331-347.

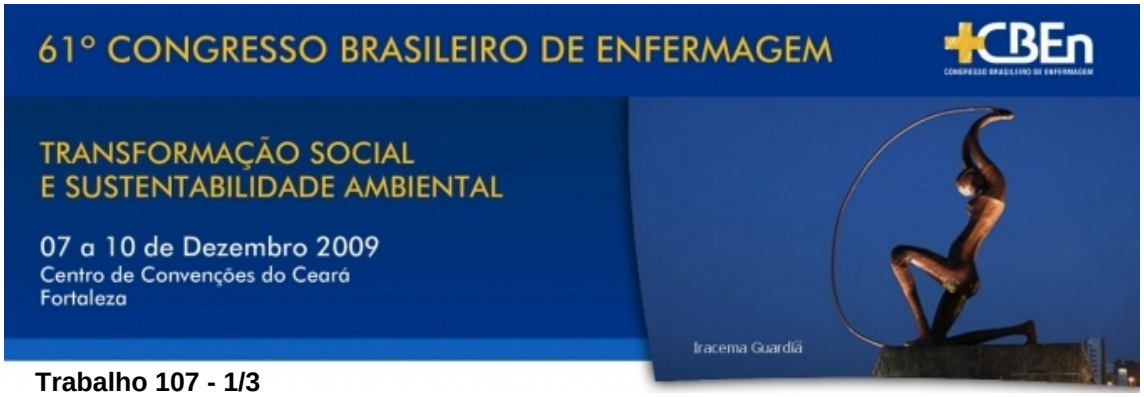
ROSA TEC, BENICIO MHD, LATORRE MRDO, RAMOS LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública** 2003; 37(1):40-48.

BOTTINO CMC, LAKS J, BLAY SL. Demência e transtornos cognitivos em idosos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

SOUZA PA, BASTOS RCS, SANTANA RF, SÁ SPC, CASSIANO KM. Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com demência: uma estratégia de cuidado na enfermagem gerontológica. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2008 dez;29(4):588-95.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006. n.19.

RICCI NA, KUBOTA MT, CORDEIRO RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional dos idosos em assistência domiciliar. Revista Saúde Pública 2005; 39(4): 655-662.



COMPREENDENDO O ALEITAMENTO MATERNO E DESMAME PRECOCE ATRAVÉS DA VIVÊNCIA DE ADOLESCENTES DA ÁREA DE BAILARINA NO MUNICÍPIO DE ACARAÚ-CE

katiana de Souza Cavalcante (Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA Email:dreamoreira@yahoo.com.br Telefone: (88) 36142633)

Andréa Carvalho Araújo Moreira (Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú)

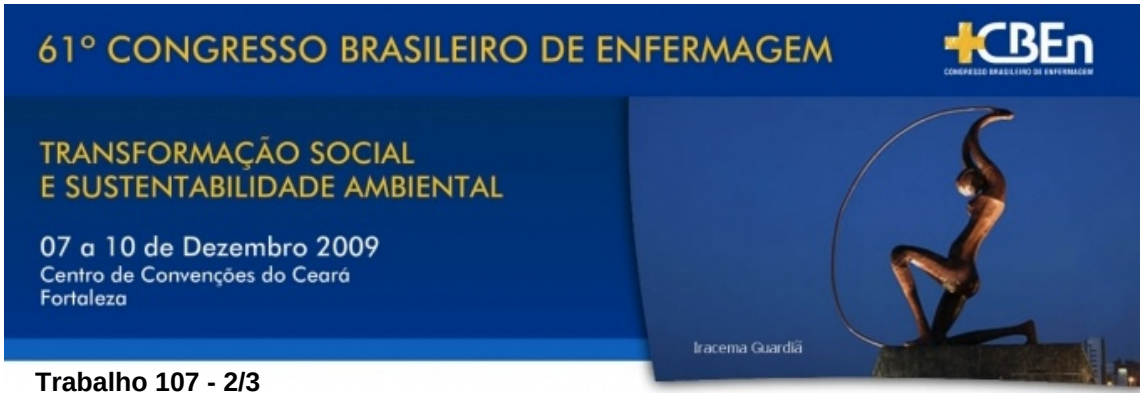
Maria Alzeni Coelho Ponte (Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA)

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto (Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA)

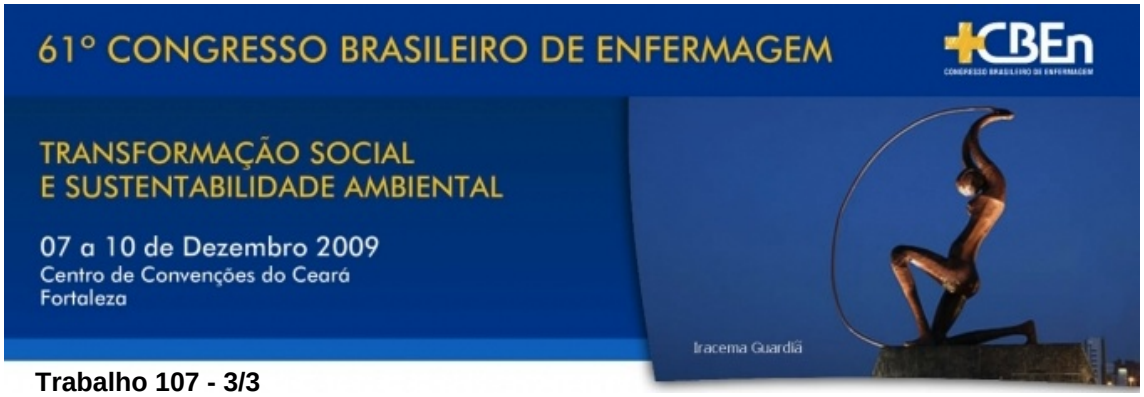
Antônia Eliana de Araújo Aragão (Faculdades INTA – Sobral-CE)

RESUMO

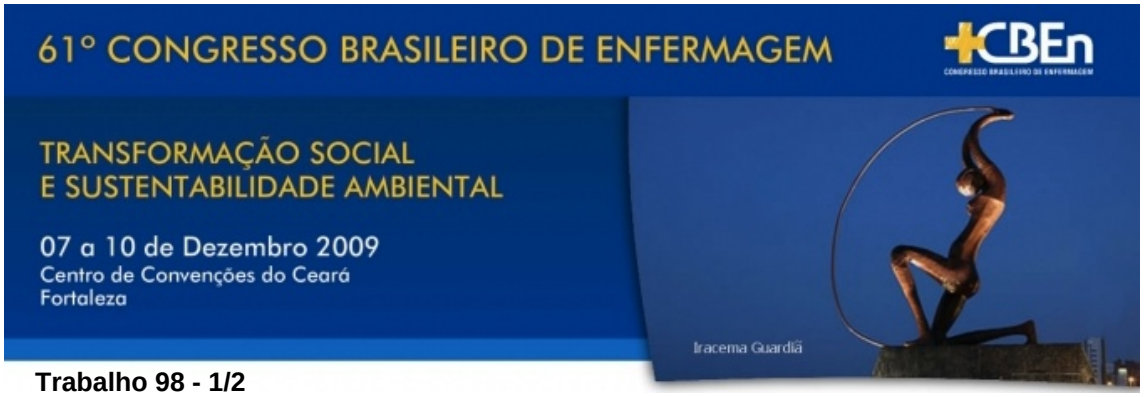
Introdução: O adolescente vivencia uma crise de identidade, resultado de mudanças físicas, sexuais e sociocomportamentais. Esse “novo indivíduo” deve incorporar seus novos atributos físicos e sexuais a uma nova auto-imagem, gerar uma orientação e um objetivo que lhe fará escolher uma atividade vocacional que melhor combine com ele. Portanto, sendo este, um período de transição, os vários fatores da sexualidade podem estar em conflito. O adolescente não está preparado para ter filho, mas é biologicamente capaz de reproduzir e amamentar. A vivência da amamentação depende de fatores que podem influenciar positivamente ou negativamente no seu sucesso. Entre eles, alguns se relacionam às mães, como as características de sua personalidade e sua atitude frente à situação de amamentar, a criança e ao ambiente, como por exemplo: influência dos familiares, as suas condições de nascimento e o período pós-parto. Contudo, especialmente pela instabilidade emocional do adolescente aliado a necessidade de doação, entrega, cuidado e responsabilidade da mãe necessária no processo da amamentação questionamos como se dá a vivência do processo de amamentar dessas adolescentes, quais as facilidades e dificuldades percebidas por elas? Este estudo deriva de uma monografia do Curso de Especialização em Saúde da Família, um recorte com enfoque na vivência das adolescentes em processo de aleitamento materno. **Objetivos:** Avaliar o perfil das adolescentes com desmame de aleitamento materno e Identificar as facilidades e/ou as dificuldades que desencadearam o aleitamento materno exclusivo e/ou desmame



precoce no ambiente domiciliar. **Metodologia:** O estudo foi do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. O período do estudo se deu nos meses de março e abril de 2009. Realizado nos domicílios das adolescentes que tiveram seus filhos nos últimos seis meses que estivesse ou não em aleitamento materno e que aceitasse em participar da pesquisa, na área de Bailarina, na cidade de Acaraú-CE. Foram selecionadas oito mães através dos prontuários de atendimentos pré-natais no Centro de Saúde da Família em estudo com a Agente Comunitária de Saúde. Após identificarmos as mães adolescentes, foram coletadas as informações, através das visitas domiciliares. As mesmas foram identificadas por nomes fictícios de rosas. Utilizamos como instrumento de coleta de informações uma entrevista semi-estruturada contendo informações que caracterizaram os sujeitos do estudo e uma pergunta norteadora abordando as facilidades e ou dificuldades para amamentar seu filho e as causas do desmame precoce. As informações foram transcritas e analisadas na categoria de Facilidade e/ou dificuldade na amamentação. **Resultados:** Verificamos que seis das participantes tinham faixa etária de 17anos e duas de 18 anos. Quanto ao tipo de parto sete com parto vaginal e uma parto cesárea. Quanto ao grau de escolaridade apenas duas com ensino médio completo, as demais com ensino fundamental incompleto. Dessa forma, percebemos que as adolescentes após ter filhos não dão continuidade aos seus estudos, repercutindo fortemente no seu futuro profissional e social. Relatam que a sua responsabilidade maior e mais sublime é a de cuidar do filho, os estudos não é prioridade. Quanto ao estado civil, três solteiras, duas com companheiros e três casadas. Quanto à ocupação seis do lar e duas estudantes. Observamos que duas das participantes eram secundíparas. Essa informação nos chama atenção, uma reicindência de gravidez na adolescência não planejada, fato que deve ser abordado e planejado pela equipe de saúde para buscar estratégias de intervenção tanto de prevenção como de assistência a essas adolescentes que embora tenha experiência prévia, mas existe a dificuldade de lidar com dois filhos menores de dois anos e de serem julgadas pela a sociedade. Como achados referentes aos fatores facilitadores no processo de amamentar as adolescentes expressaram a visita domiciliar da equipe de saúde da família como um momento de compreensão das informações sobre o aleitamento materno, minimizando as dúvidas e ansiedade comuns nessa fase. Em seus relatos evidenciaram a presença do Agente Comunitário de Saúde no cotidiano de seu domicílio que assegura o cuidado e fortalece o vínculo entre equipe de saúde e família. A garantia da alimentação saudável, sem custo e a afetividade na relação mãe-filho também foram fatores apontados. No que diz respeito às dificuldades evidenciamos nas falas das adolescentes, as complicações durante a amamentação, como as fissuras mamárias e mastite. Também o que nos chamou atenção foi o reconhecimento da adolescente que a falta de apoio familiar foi um dos aspectos que dificultaram o sucesso para o aleitamento materno exclusivo. As adolescentes enfrentam o estigma dos familiares de ser



mãe precocemente e de abandonar seus estudos. Percebemos através das descrições das nutrizes que o puerpério é uma fase que pode gerar crises e afetar diretamente os vários papéis desempenhados por ela, tais como: o papel da esposa, de trabalhadora, de dona de casa, dentre outros. O nascimento de um filho na vida da mulher pode gerar desequilíbrio no seu cotidiano, alterando a sua rotina diária e gerando sentimentos de preocupação, temor e ansiedade, sendo necessária a colaboração da rede social de apoio, pois em momentos de estresse ocorre uma maior dificuldade relacionada ao aleitamento materno. **Considerações finais:** Através deste estudo foi possível verificar que são muitas as variáveis que podem interferir no processo de aleitamento materno de maneira positiva ou negativa, sejam elas de origem social, econômica, educacional ou cultural, e que as decisões de amamentar pelas adolescentes não dependem do conhecimento de normas, mas de muitos outros fatores os quais estão relacionados com a concepção que a mulher tem dela própria, a influência do meio físico, familiar e cultural, sua procedência e experiência. Portanto, é de fundamental importância que não se generalize a capacidade de amamentar, sem que antes se considerem as variáveis contextuais. Esse estudo nos permite refletir o quanto é amplo o espaço de atuação, especialmente do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, que há de transcender seu foco assistencial contemplando aspectos como de contribuir na continuidade dos estudos das adolescentes que são mães, intervirem nessa questão desde a abordagem pré-natal, resgatar a família nessa co-responsabilização. Acreditamos que para a mulher assumir com mais segurança o papel de mãe e de provedora do alimento de seu filho, ela precisa se sentir adequadamente assistida nas suas diversas dúvidas e dificuldades.



Trabalho 98 - 1/2

Consulta ao Hipertenso em uma abordagem Multiprofissional de uma equipe Saúde da Família: relato de experiência.

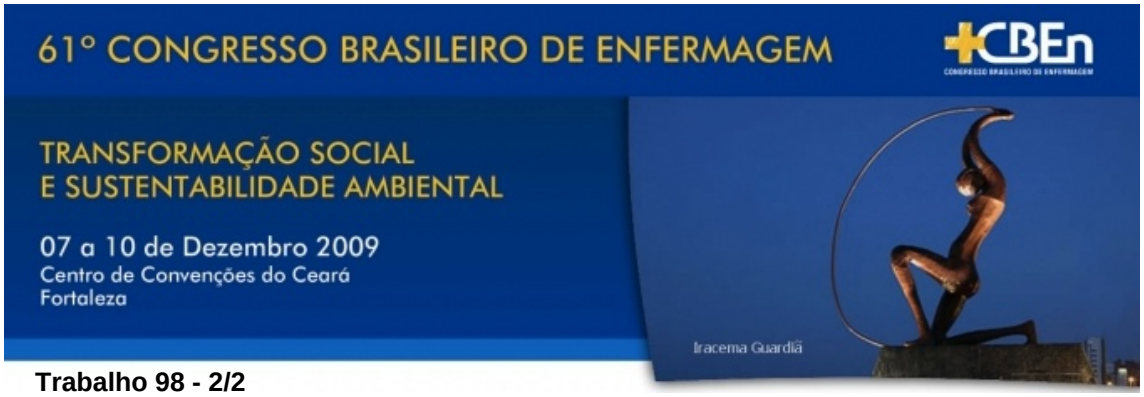
Santana, Jancelice dos Santos [1]**; Soares, Maria Júlia Guimarães Oliveira** [2]

A hipertensão Arterial é considerada multifatorial e multicausal, portanto de difícil controle e com o tratamento complexo, havendo a necessidade de estabelecer maneiras de abordagem aos pacientes e a intervenção de uma equipe multiprofissional para que proporcione uma ação diferenciada. O presente estudo objetivou descrever as ações desenvolvidas no HIPERDIA da população hipertensa coberta pela Unidade Saúde da Família Salinas Ribamar do Município de Cabedelo e evidenciar os resultados positivos de uma assistência multiprofissional prestada a essa população. O estudo é um relato de experiência. A partir dos resultados pôde-se evidenciar uma contribuição para a melhora na condição de saúde dos pacientes participantes; durante os encontros evidenciamos a assiduidade do grupo, a pressão arterial da maioria encontrava-se 120x80mmhg, a presença de complicações nesse grupo foi insignificante e grande parte adere à mudança no estilo de vida para garantir o controle de sua pressão arterial. A Estratégia Saúde da Família facilita uma interação entre pacientes e equipe de saúde, que se inicia na porta de entrada da unidade estabelecendo assim fatores que propiciam melhor adesão e graus de controle clínico reduzindo a probabilidade de agravos à saúde dos clientes envolvidos nesse processo e a abordagem multiprofissional ao hipertenso, que ocorre de forma contínua, contemplando todos os aspectos do tratamento anti-hipertensivo, procura manter a qualidade de vida dos sujeitos.

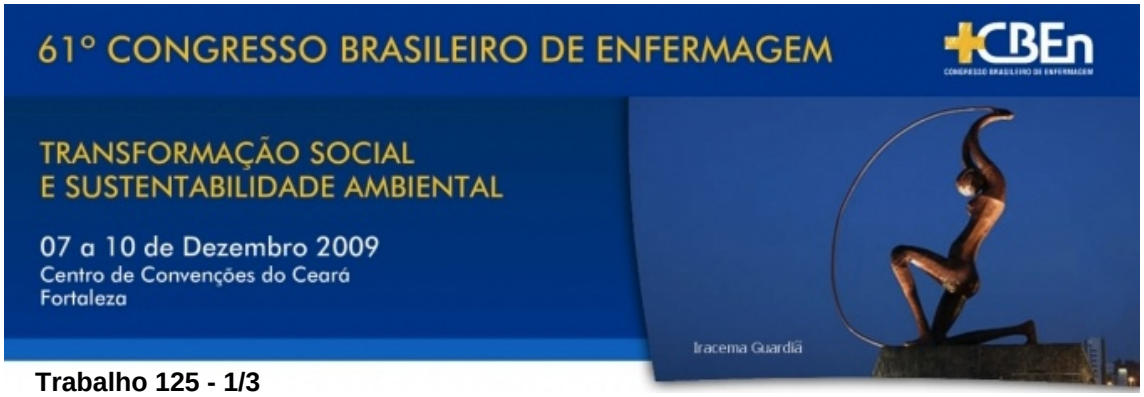
Descritores: hipertensão arterial; consulta; abordagem multiprofissional.

1" Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Enfermagem da UFPB. E-mail: janceli@ibest.com.br

2" . Enfermeira Doutora em Enfermagem pela UFC; Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. E-mail: mmjulieg@yahoo.com.br



Trabalho 98 - 2/2



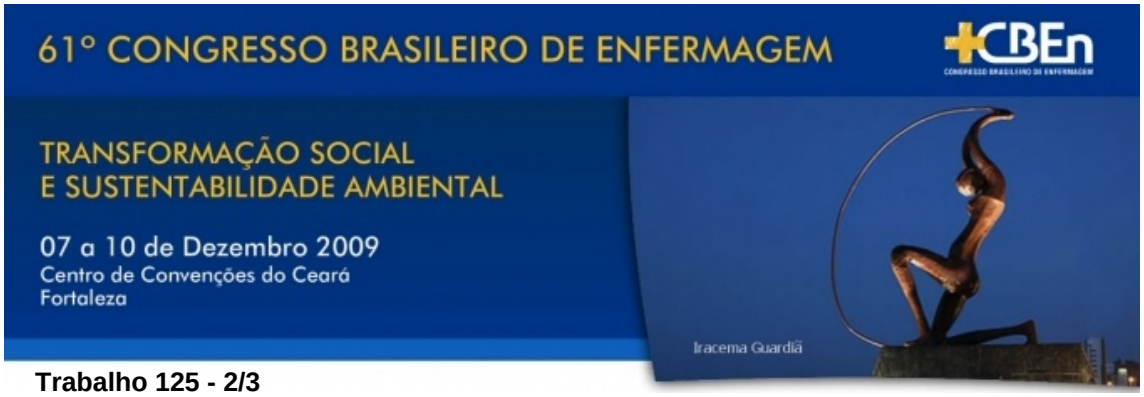
Trabalho 125 - 1/3

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM ÚLCERA DE PRESSÃO: O USO DE UM INSTRUMENTO PILOTO PARA A PRÁTICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMILIA

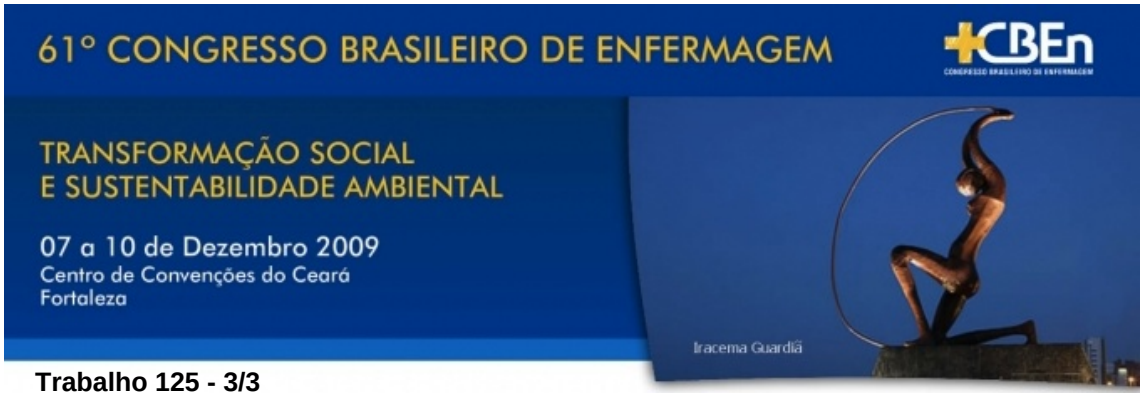
ZIMMERMANN, Karina Cardoso Gulbis[1]
CSUNDERLICK, Thamilis, Peruch[2]
DAGOSTIN, Valdemira Santina[3]
SALVARO, Maria Salete[4]
CERETTA, Luciane Bisognin[5]
ZANINI, Maria Tereza[6]

Introdução: o estudo Cuidado de Enfermagem ao paciente com úlcera de pressão: o uso de um instrumento piloto para a prática na estratégia de saúde da família surgiu por meio de uma pesquisa de cunho acadêmico realizada em um Município da região Sul de Santa Catarina. **Objetivos:** os objetivos do estudo foram identificar como se realizava o cuidado pelo enfermeiro aos pacientes com úlceras de pressão; caracterizar o sujeito da pesquisa, analisar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro na atenção ao paciente com UP, estabelecer as unidades para se utilizar o instrumento piloto e por fim analisar a eficácia desse instrumento de avaliação de UP utilizado. **Metodologia:** a abordagem metodológica foi do tipo qualitativa e descritiva, pois o tema foi relacionado com o ser humano com UP e com os aspectos organizacionais, profissionais e operacionais do enfermeiro para a atenção ao paciente com úlcera de pressão , além do reflexo e resultado dessa atenção, visto que, pretendíamos identificar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro na atenção ao paciente com UP na Estratégia Saúde da Família, não importando quantidade, mas, sim qualidade. Foram convidados a participar, os 27 enfermeiros das unidades do município onde se realizou a pesquisa, todavia, efetivamente 21 responderam o questionário com perguntas abertas e fechadas, com o intuito de saber como se estabelecia o cuidado com úlceras de pressão na Estratégia Saúde da Família. Após esse procedimento, foram identificadas as unidades que tinham sob seus cuidados pacientes que apresentavam úlcera de pressão, para selecionar aleatoriamente os pacientes e assim convidá-los a participar, realizar a observação do processo de cuidado da equipe de saúde e utilizar o instrumento piloto de acompanhamento e evolução da lesão. Foram avaliados dois pacientes que aceitaram participar, e, que úlceras de pressão em estágio III e IX. Salienta-se que foi observado também a

[1] Enfermeira, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Integralidade, Enfermagem e Saúde (NEPIES - UNESC).
[2] Enfermeira, especialista, mestranda em Enfermagem, docente UNESC, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Integralidade, Enfermagem e Saúde (NEPIES - UNESC), e do Grupo de pesquisa em Tecnologias, Informações e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE).– UFSC.
[3] Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, docente UNESC, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Integralidade, Enfermagem e Saúde (NEPIES - UNESC).
[4] Enfermeira, especialista, mestranda em Educação, docente UNESC, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Integralidade, Enfermagem e Saúde (NEPIES)
[5] Enfermeira, docente UNESC, Mestre em Enfermagem – UFSC, doutoranda em Ciências da Saúde – UNESC, , pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Integralidade, Enfermagem e Saúde (NEPIES - UNESC).
[6] Enfermeira, docente UNESC, Especialista, , pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Integralidade, Enfermagem e Saúde (NEPIES - UNESC).

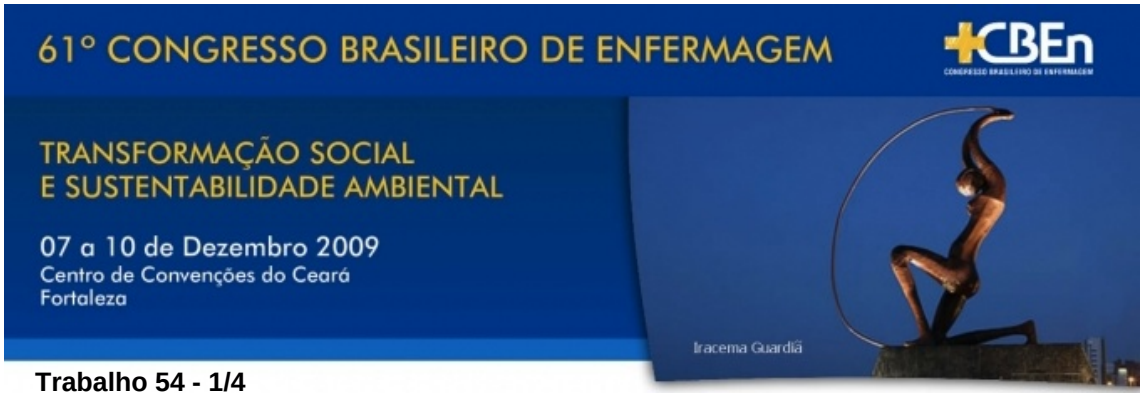


maneira com que é realizada a conduta do enfermeiro e dos profissionais da enfermagem perante os pacientes acamados que possuem úlceras de pressão. **Resultados e Conclusão:** Com o estudo verifica-se que a enfermagem tem grande responsabilidade no tratamento dessas feridas crônicas na atualidade, pois é através desse cuidado que se percebe o processo evolutivo, de melhora ou piora da úlcera de pressão. O acompanhamento do enfermeiro deve ser realizado no domicilio, levando em consideração, as condições e limitações que normalmente o paciente possui. Este acompanhamento deve ser realizado observando o paciente em sua integralidade, ou seja, “vendo o paciente como um todo”, percebendo desse modo que a ferida é uma condição de doença atual, para tanto estipulou-se um instrumento que pudesse fazer de forma otimizada uma observação geral do estado e condição do paciente, enfocando o desenvolvimento ou cuidado da úlcera, ou seja, o foco é a ulcera de pressão, mas, não somente ela. Conforme o estudo realizado nas estratégias saúde da família, nota-se que o cuidado é realizado com o paciente acamado de maneira desordenada, sem acompanhamento do enfermeiro, sendo que é apenas o técnico de enfermagem quem realiza as visitas e acompanha a ferida. Assim, tem-se uma maneira de cuidar sem os planos de cuidado do enfermeiro, profissional esse que estudou para desempenhar a Sistematização de Assistência de Enfermagem, direcionando suas condutas, e nesse caso, acompanhando o procedimento de alta complexidade como é o de um paciente com úlcera de pressão, que não requer tão somente a execução do curativo, mas, também a avaliação do ser em sua integralidade para dar conta de uma assistência organizada e baseada na cientificidade de conhecimento. Desse modo sem a sistematização, observa-se que não há a realização da consulta de enfermagem, pois quando se indagou aos enfermeiros sobre o acompanhamento dos pacientes com UP, os mesmos não citaram em nenhum momento que faziam consulta, mesmo sendo esta um instrumento essencial de trabalho que visa organizar as condutas do enfermeiro, momento em que se oportuniza, ouvir, examinar, diagnosticar, planejar e avaliar. Salienta-se que os enfermeiros relataram que não há protocolo de cuidado e, que cada um faz como quer e sabe, assim, cada um avalia da maneira diferente sem um padrão, e sem uma organização prévia de itens relevantes para a análise do processo evolutivo. Avaliou-se também a realização do curativo, quem faz o acompanhamento domiciliar, a quantidade de pacientes com úlceras que cada ESF possui, a quantidade de acamados com e saem úlceras. O instrumento foi elaborado e testado em uma unidade piloto, e, mostrou-se viável, otimizador e integralizador para o cuidado do paciente e a evolução da úlcera de pressão. Após o uso do instrumento, foi questionado às equipes, se houve alguma diferença para o processo de trabalho, obteve-se a resposta positiva, no sentido de que as informações são colocadas objetivamente, permanecem em um mesmo espaço e de forma condensada. Como proposta deixaria a implantação do instrumento, pois este tem todo o acompanhamento da úlcera fazendo com que a equipe possa acompanhar de maneira prática o paciente sem deixar de realizar suas atividades semanais na ESF. Contudo, percebe-se que sistematizar e otimizar o atendimento dos pacientes com úlceras ou com riscos para o seu desenvolvimento, requer estratégias de ações, e, o enfermeiro é um profissional com capacitação teórica e prática, desse modo não deve se isentar de um planejamento que desenvolva essa prática centrada na cientificidade, conhecimento e abordagem competente, em prol de todas as particularidades e necessidades do paciente. Reflete-se sobre o fato de que o instrumento foi uma proposta para se aplicar na estratégia saúde da família com o intuito de qualificar a assistência de enfermagem prestada a estes pacientes,



e nota-se que na aplicação do instrumento qualifica-se a assistência de maneira integral fazendo com que não se realize só o curativo e sim tenha uma metodologia que oportunize uma avaliação coesa, integralizada e integralizadora.

Palavras-chave: Úlceras de pressão, enfermagem, estratégia de saúde da família, processo de trabalho.

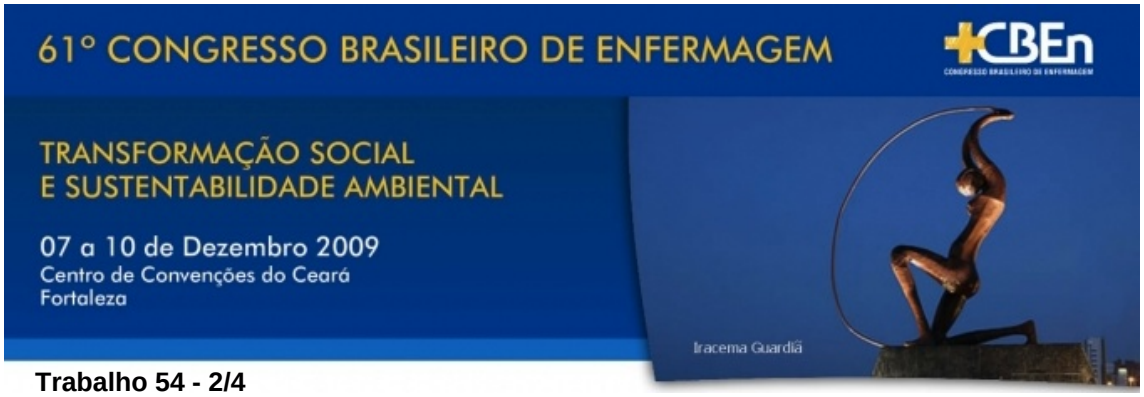


Trabalho 54 - 1/4

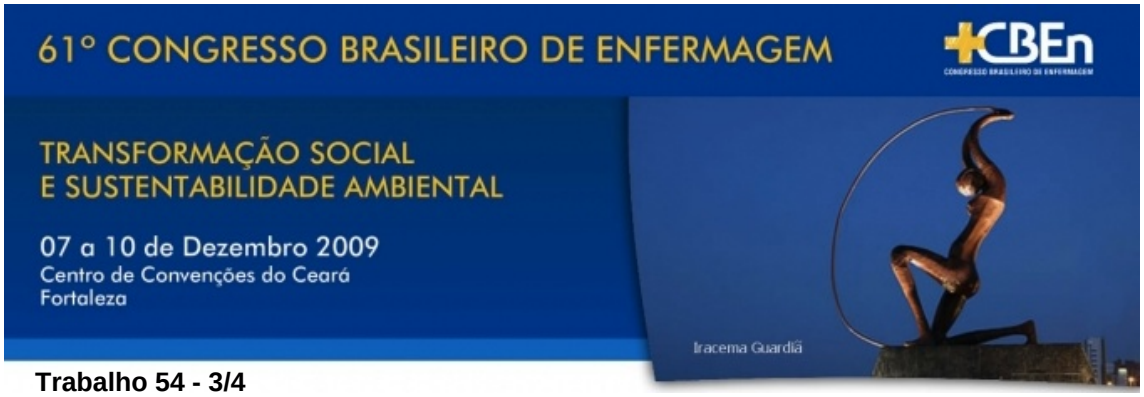
DIAGNÓSTICO DO ABANDONO DE TRATAMENTO DE TUBERCULOSE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIAS

Antenor Lucio dos Santos[i]

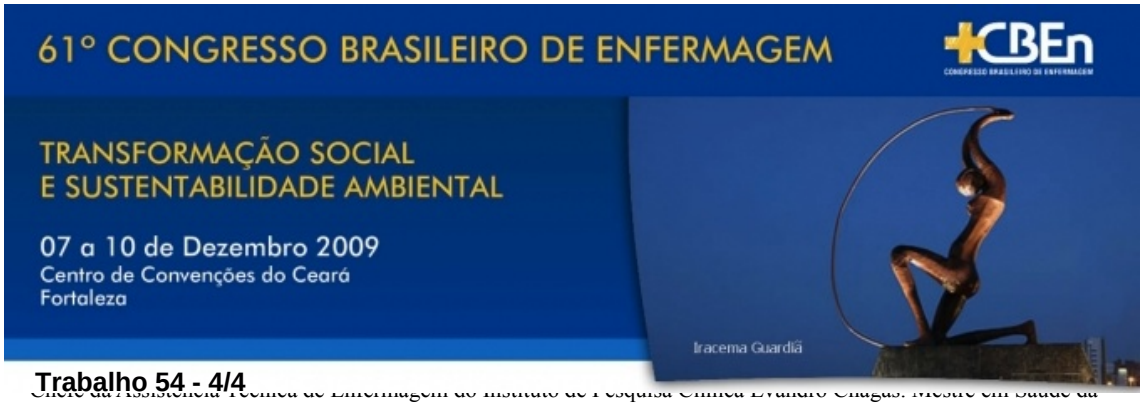
A presente dissertação visa fazer um diagnóstico do abandono do tratamento da tuberculose no Centro de Saúde Germano Sinval Faria (CSEGSF), estimando a taxa de abandono, analisando variáveis associadas e comparando estes resultados com os governamentais. O CSEGSF é vinculado a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, no Município do Rio de Janeiro, sendo responsável pela atenção básica de saúde numa área adscrita no Complexo de Manguinhos, onde através de parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de janeiro, 80% das comunidades recebem atendimento do Programa de Saúde da Família. A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis,* e continua sendo um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, inclusive o Brasil. O abandono é um desfecho de alta do tratamento da tuberculose que deve ser evitado, pois além de manter a cadeia de transmissão da doença, pode propiciar o surgimento de bacilos multirresistentes. Foi realizado um estudo longitudinal retrospectivo de uma série de casos, a partir das informações sobre os pacientes em tratamento de 2001 a 2007, que constam no Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de



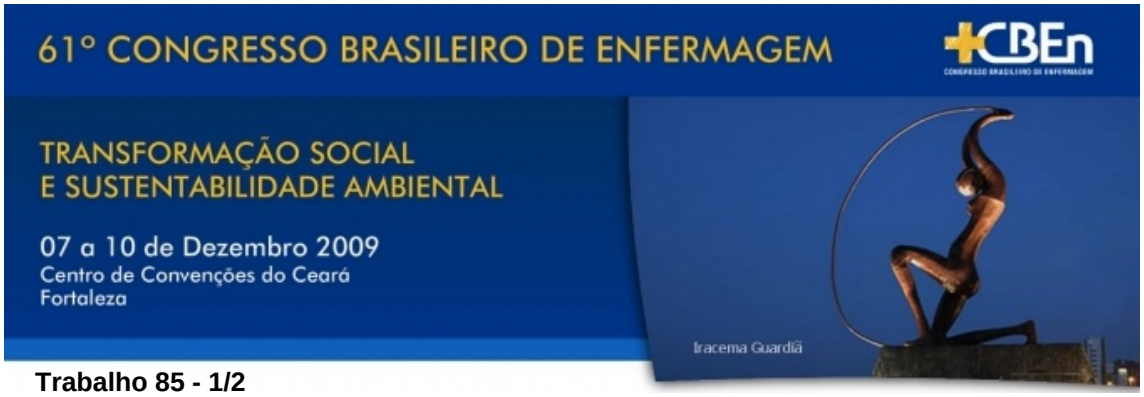
Tuberculose (Livro Preto). Estas informações foram cadastradas num banco de dados criado, conforme programa Epi-Info 4.3.1. Inicialmente foi observado que o Livro Preto encontra-se com vários registros fora do padrão determinado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose, necessitando treinamento para os profissionais responsáveis pelas anotações neste documento e supervisão mais atenta. Conforme resultados da análise de dados, as taxas de abandono, em relação ao total de casos de tuberculose de 2001 a 2007, encontram-se elevadas com média de 29,1%, sendo que em 2007 chegou a 36,6% de abandono, superando os índices governamentais, também não satisfatórios, e longe da taxa preconizada pelo Ministério da Saúde, de até 5% de abandono. Variáveis, retiradas do Livro Preto, como faixa etária, sexo, entre outras, apresentaram índices acima de 5%. A conclusão desta dissertação aponta que é preocupante a situação do abandono do tratamento da tuberculose na área de responsabilidade do CSEGSF, necessitando maior atenção no acompanhamento dos casos de tuberculose, melhorando o sistema de informações e registros, e procurando estratégias eficazes, como o Tratamento Diretamente Observado e Supervisionado (DOTS), que devido a seu sucesso vem sendo estendido, pelo PNCT, por todas as secretarias estaduais de saúde. Contando assim com os profissionais que atuam no CSEGSF e com as Equipes de Saúde da Família.



Palavras-chave: Tuberculose. Abandono. Tratamento.



Ciclo da Assistência Técnica de Enfermagem do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá.



Trabalho 85 - 1/2

EFETIVIDADE DA PUERICULTURA REALIZADA POR UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA SAÚDE DA FAMILIA.

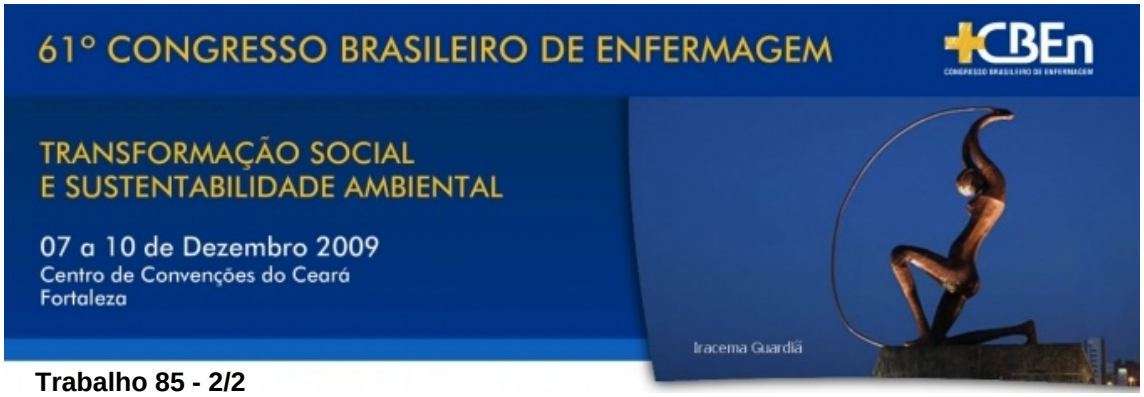
Medeiros, Ana Lúcia de [1]; Santana, Jancelice dos Santos [2]; Soares, Maria Júlia Guimarães Oliveira [3]

A puericultura baseia-se no cuidado continuado, no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, na prevenção de problemas comuns, no incentivo ao aleitamento materno exclusivo pelo período preconizado e no controle das imunizações. O presente estudo teve como objetivo avaliar a efetividade da puericultura realizada nas crianças de 0 a 2 anos na Unidade Saúde da Família Salinas Ribamar. O estudo foi do tipo exploratório-descritivo, utilizando-se de dados de registro antropométricos (peso, idade, estado nutricional e aleitamento materno) que alimentam o banco de dados do SISVAN, assim como os prontuários das crianças de 0 a 2 anos que fazem parte da puericultura da unidade saúde da Família Salinas Ribamar no município de Cabedelo-Pb. Com relação ao Estado Nutricional observou-se que para o indicador peso/idade, 50 crianças (83,3%) apresentavam-se eutróficas, e apenas 10 (16,7%) baixo peso. Quanto à prática do aleitamento materno exclusivo das crianças de 0 a 6 meses 54 (90%) encontravam-se em aleitamento materno exclusivo, 6 (10%) em aleitamento misto; Com relação a imunização 57 (95%) encontra-se com as vacinas em dia conforme o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde. De acordo com os resultados apresentados podemos concluir que, a efetividade da puericultura é alta; com relação ao estado nutricional há uma tendência de melhora e redução da desnutrição infantil para esta faixa etária, e o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida esta presente na maioria das crianças do estudo. Com este trabalho adquirimos

1° Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Enfermagem da UFPB. E-mail: aninhapits@gmail.com.

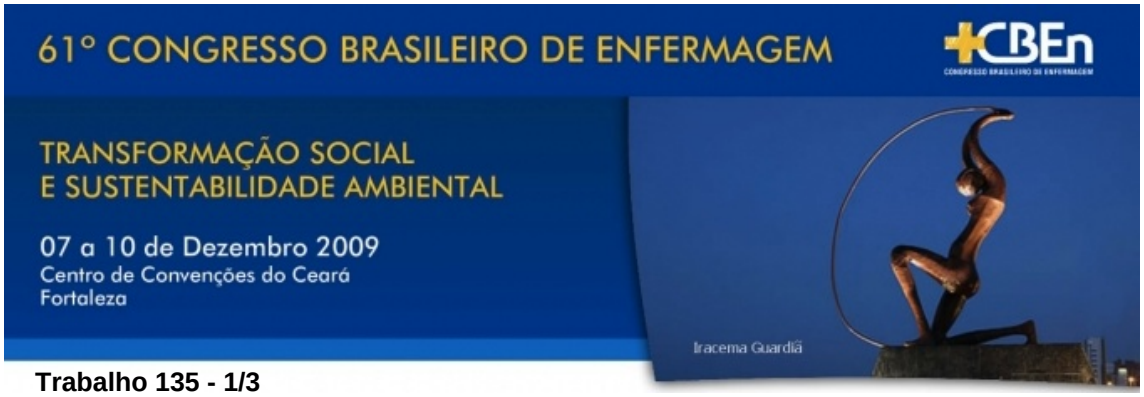
2° Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Enfermagem da UFPB. E-mail: janceli@ibest.com.br. Relatora.

3° Enfermeira Doutora em Enfermagem pela UFC; Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. E-mail: mmjulieg@yahoo.com.br



crianças futuramente sadias tendo uma melhora na qualidade de vida de nosso município.

Descritores: Efetividade; Puericultura; Saúde da Família.

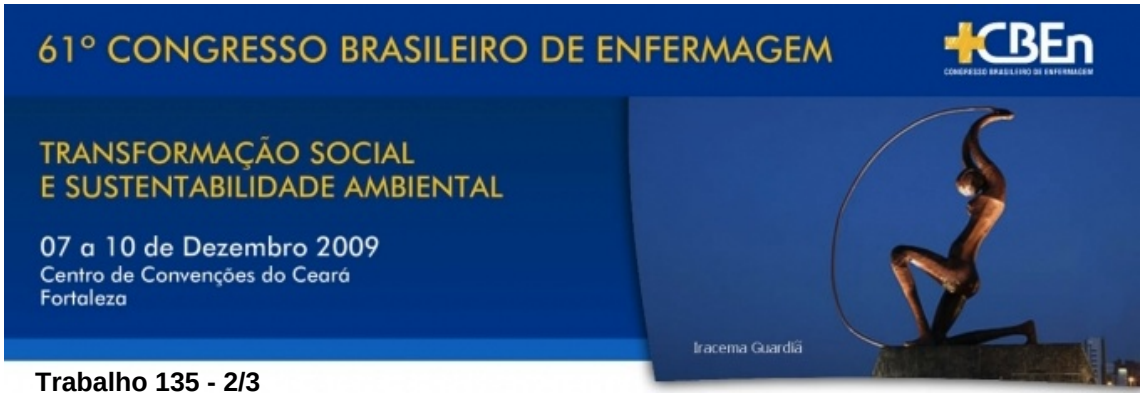


Trabalho 135 - 1/3

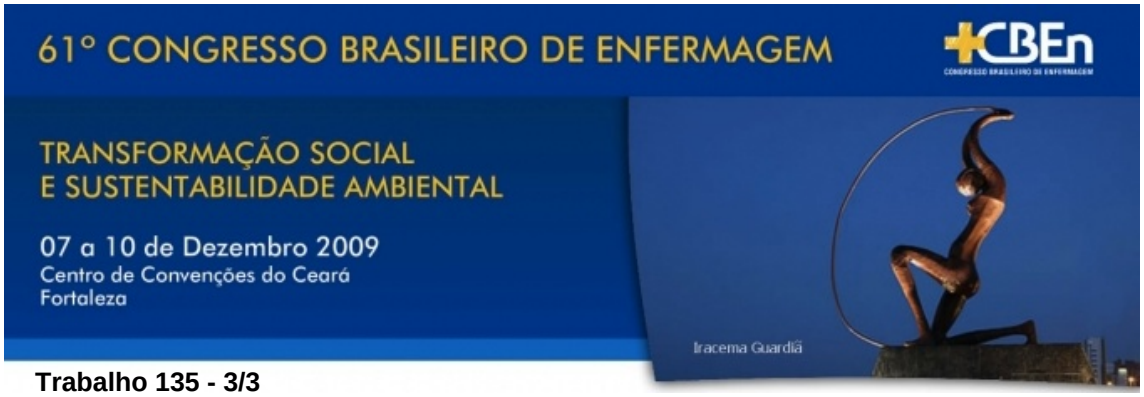
ENFERMAGEM E AS REDES SOCIAIS DE APOIO DA PUÉRPERA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM O RECÉM-NASCIDO QUE ESTEVE HOSPITALIZADO

Rosalice Araújo de Sousa (UNIFOR) E-mail:rosaliceas@hotmail.com Telefone: (88) 9962-8762 *; Antonio Rodrigues Ferreira Júnior (Prefeitura Municipal de Uruoca-CE/ UNIFOR) **; Erineide Melo Albuquerque de Barros (UNIFOR) *.

Rede social é um sistema composto por vários objetos sociais, funções e situações, que oferece apoio instrumental e emocional à pessoa, em suas diferentes necessidades. Apoio instrumental é entendido como ajuda financeira, ajuda na divisão de responsabilidades, em geral, e informação prestada ao indivíduo. Apoio emocional, por sua vez, refere-se à afeição, aprovação, simpatia e preocupação com o outro e, também, a ações que levam a um sentimento de pertencer ao grupo, características estas constituintes da enfermagem. Na etapa do puerpério, há a necessidade de readaptação diante das mudanças ocorridas com a chegada do bebê. Para algumas mães, poucas semanas já as auxiliam a retomar seu percurso familiar, ao mesmo tempo em que se sentem disponíveis para cuidar de seu bebê. Para outras, trata-se de uma tarefa bastante difícil, podendo apresentar sintomas especiais que merecem atenção e cuidado. Quando a mãe ainda é surpreendida com a fragilidade e a conseqüente hospitalização do bebê diante da situação de saúde em que ele se encontra, é gerada uma ansiedade que desencadeia uma confusão de sentimentos. A puérpera que passa pela experiência de acompanhar o filho internado, não pode participar do sistema de alojamento conjunto que tanto possibilita a aproximação mãe-filho, como permite desenvolver habilidade e compromisso materno para com o cuidado com a criança, permitindo dessa forma, o desenvolvimento de seu sentimento de maternidade. Várias são as pessoas que oferecem suporte à família e ao indivíduo, promovendo, assim, uma melhoria na qualidade de vida daqueles beneficiados. Dentre elas, destacam-se os próprios membros familiares, outros parentes da família extensa (avós, tios, primos), amigos, companheiros, vizinhos e profissionais, destacando-se o profissional enfermeiro, onde todos estes podem auxiliar de diversas maneiras, fornecendo apoio material ou financeiro, executando tarefas domésticas, cuidando dos filhos, orientando e prestando informações sobre os cuidados essenciais com o bebê e oferecendo suporte emocional, já que a sensibilidade desta puérpera está potencializada devido aos fatores da internação hospitalar não prevista para o recém-nascido. Apesar de ser uma etapa natural e previsível, o período do pós-parto insinua mudanças dentro do sistema familiar e em cada um dos membros. Quando a mãe ainda é surpreendida com a fragilidade e a conseqüente hospitalização do bebê diante da situação de saúde em que ele se encontra é gerada uma grande



ansiedade. Ao passo que se aproxima o momento da alta, os pais ficam bastante apreensivos, com muitas preocupações e inseguranças no que se refere ao cuidado de seu filho, temendo que a criança ainda possa estar correndo perigo e que não conseguirão identificar sinais de sofrimento ou doença no seu bebê, fato este que pode ser minimizado através de prestação de informação às mães sobre a saúde e internação do recém-nascido. Esta pesquisa teve como objetivos identificar as dificuldades encontradas diante do cuidado com o bebê que esteve hospitalizado; identificar as redes sociais de apoio que a puérpera dispõe para o cuidado com seu filho após a alta hospitalar e a importância do profissional enfermeiro dentro deste contexto. Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo realizado de janeiro a abril de 2009, no domicílio da puérpera que esteve com seu recém-nascido internado, residente no município de Uruoca - CE, que esteve alojada na Casa da Mamãe, anexo da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Excluíram-se aquelas cujos filhos foram a óbito e que não estavam participando do cuidado domiciliar do bebê. Os sujeitos do estudo constituem-se de quatro puérperas, de 22 a 33 anos, casadas, nenhuma analfabeta e nenhuma membro de uma família nuclear. O primeiro passo para a coleta de informações foi fazer um levantamento dos nomes e endereços dessas puérperas, de acordo com os dados das Agentes Comunitárias de Saúde. O segundo passo foram as visitas domiciliárias em decorrência da chegada do recém-nascido após alta hospitalar. Os dados foram coletados através das técnicas de entrevista informal e observação participante e contamos com as anotações em diário de campo e prontuário da família como recursos auxiliares. Após a análise das informações foram identificadas as seguintes categorias: dificuldades encontradas diante do cuidado com o bebê, redes sociais de apoio e a importância do profissional enfermeiro. As dificuldades encontradas foram: realização do banho, amamentação, cuidado com o coto umbilical, freqüência da amamentação e higienização. No entanto, diante dessas dificuldades, as entrevistadas referiram o apoio recebido para o enfrentamento dessa nova realidade, citando a visita do enfermeiro como ato fundamental para efetivação desse processo de enfrentamento. Foram prestadas algumas intervenções junto à puérpera diante das necessidades encontradas em relação aos cuidados com o seu filho. Dentre elas se destacaram as orientações sobre a técnica de ordenha para mãe que iria retornar ao trabalho, informações quanto aos direitos trabalhista da nutriz em relação ao aleitamento materno, orientações sobre as técnicas do banho do recém-nascido, orientações quanto a freqüência que deve ser oferecida. Todas as puérperas puderam contar com algum tipo de suporte após a alta de seus filhos recém-nascidos. A rede social de apoio que a mãe dispôs foi a família e a Estratégia Saúde da Família. Os membros da família mais citados foram: o marido, a mãe, a sogra, a irmã e a cunhada. Profissionais como a enfermeira e a agente comunitária de saúde da área representaram um apoio peculiar nesse momento. Percebemos que mesmo aquelas mães que já tiveram experiências anteriores com outras crianças,

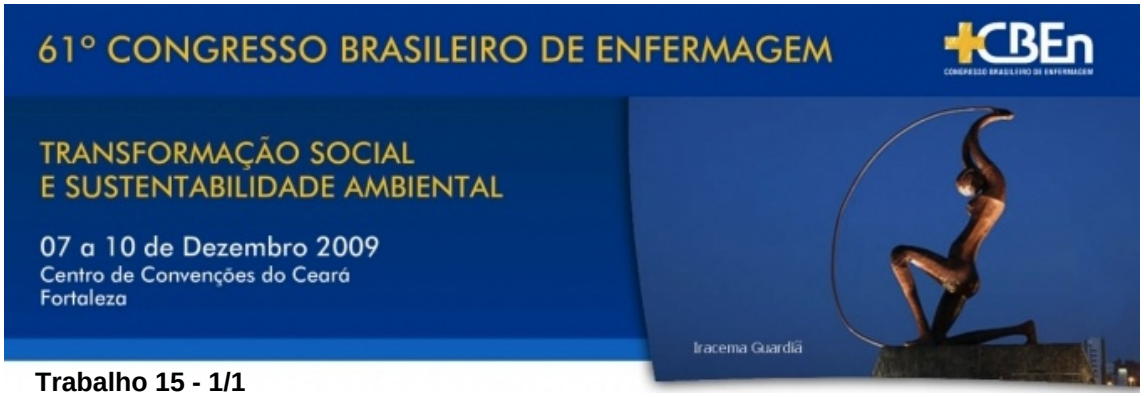


apresentaram dificuldades no que diz respeito ao cuidado com seu bebê. Isto se deve ao fato da separação após o parto, causada pela necessidade de internação, pois a separação pais e filhos em decorrência da internação do neonato faz com que sentimentos como a tristeza, medo e estresse, sejam evidenciados, pois encontram-se fragilizados e inseguros quanto à vida de seu bebê. Referem sentimentos contraditórios, como culpa, por se sentirem responsáveis pelo sofrimento do filho e, no mesmo momento, manifestam esperança e resignação. Observamos a importância da atuação da rede social de apoio e do profissional enfermeiro no sentido de dar suporte ao enfrentamento das dificuldades que podem surgir nessa fase. Ressaltamos a necessidade dos profissionais de estarem prestando informações sobre a saúde da mãe e do bebê, como parte da assistência de enfermagem. Vale salientar que as orientações devem ser repassadas utilizando-se de uma linguagem acessível e demonstrando-se empatia para com a mãe, desta forma, garantindo adesão ao tratamento e também contribuindo para o cuidado adequado com o seu filho após a alta hospitalar. Desta forma, torna-se indispensável que a enfermagem se volte para a atenção às puérperas que vivenciam esta experiência, no intuito de prepará-las para realizar seguramente os cuidados a serem prestados aos seus filhos.

* Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

** Enfermeiro do município de Uruoca – CE. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

A experiencia da preceptoria do enfermeiro da esf como preceptor de estagio em saude coletiva



Trabalho 15 - 1/1

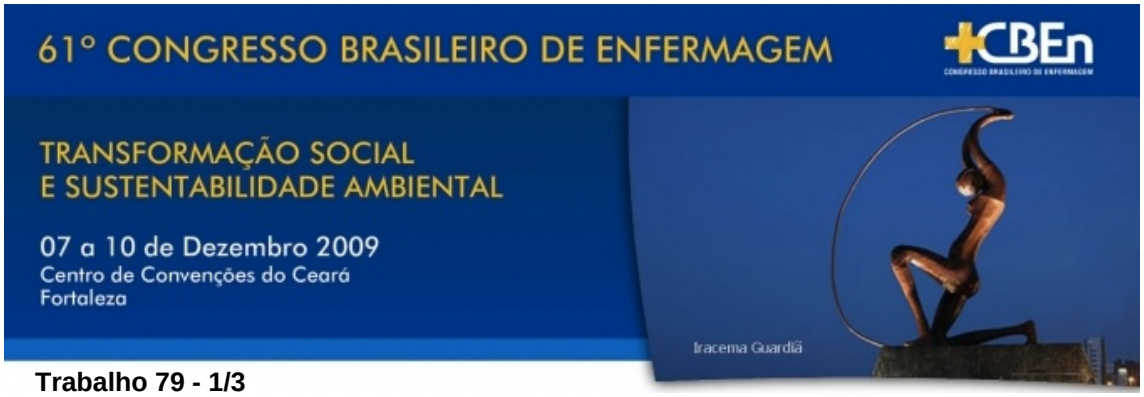
ESTRATÉGIAS DE INCENTIVO AO PRÉ-NATAL REALIZADAS POR ENFERMEIRAS NO PSF

Alexandrino CCB[1];Santos JAF[2]

A perspectiva da assistência pré-natal vem se consolidando nas investigações da área de saúde com vistas a promover o reconhecimento social e visibilidade dos trabalhos executados por profissionais da saúde. A proposta deste estudo é relatar a experiência de estratégias bem sucedidas adotadas por enfermeiras na assistência pré-natal da rede básica de saúde do município União (PI). A experiência de incentivar a realização do pré-natal por gestantes na cidade consta de agilidade e assistência de qualidade nas consultas realizadas pelas enfermeiras, entrega de Kits de gestantes para aquelas que participavam de todas as consultas de pré-natal agendadas e preconizadas pelo Ministério da Saúde que é no mínimo de seis consultas. A idéia surgiu após ser constatada que as gestantes não se sentiam atraídas a participar das consultas e observou-se que o índice de abortos, partos prematuros e mortes neonatais estavam muito altos no município. Observamos que com essa experiência houve um aumento significativo no número de consultas pré-natal realizadas por gestantes no município, levando a diminuição de intercorrências gestacionais e aumentou a qualidade de vida dessas mulheres, evidenciamos ainda que essas gestantes continuassem a buscar as consultas de enfermagem para as consultas de puericultura dos seus filhos. Acreditamos que alternativas como essa que possibilitem o aumento da cobertura, a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde e a orientação adequada a gestantes representam estratégias a serem priorizadas para a obtenção da eficácia da assistência e para a redução da morbimortalidade materna e infantil. Com essa estratégia possibilitou também colocar em prática a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde onde, uma atenção ao pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. Outro aspecto fundamental e essencial da política de humanização é o acolhimento, onde se recebe a mulher, desde sua chegada na unidade, garantindo uma atenção resolutiva e articulada com outros serviços e outros profissionais de saúde, permitindo a esta mulher que ela expresse suas preocupações, angustias, anseios e queixas, assim sendo dando continuidade da assistência, quando necessário.

Palavras chave: Cuidado Pré-Natal, Saúde Pública, Saúde da Mulher.

[1] Enfermeira Especialista, Professora do curso de Graduação em Enfermagem da FACID, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em União PI na U.S.DR. Olavo Mendes na Rua Aneirão Coutinho s/nº. Bairro Vila Conquista,
Enfermeira assistencialista do Hospital Estadual de União, na Rua São Paulo s/nº. Bairro São Judas.
[2] Enfermeira especialista, Professora substituta da Universidade Estadual do Piauí Campus Floriano, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em União Pi, na U.S.Nazi Barros, Pi s/nº.

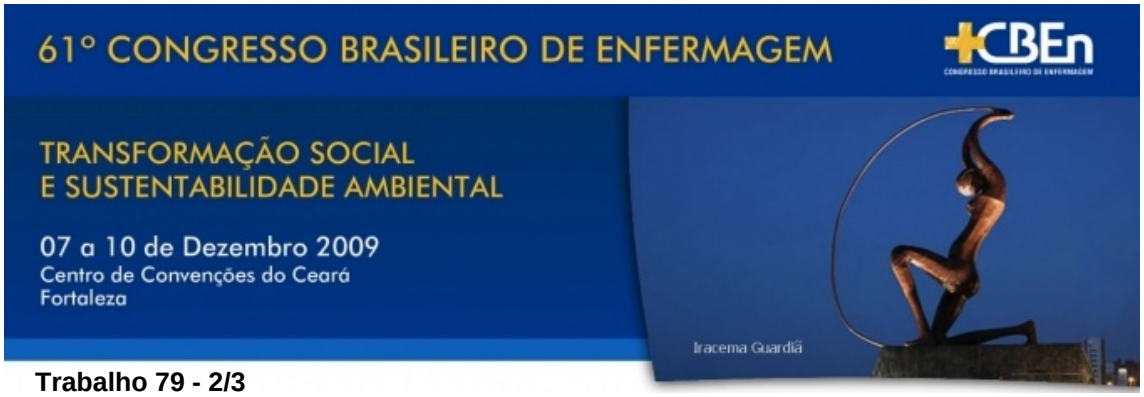


Trabalho 79 - 1/3

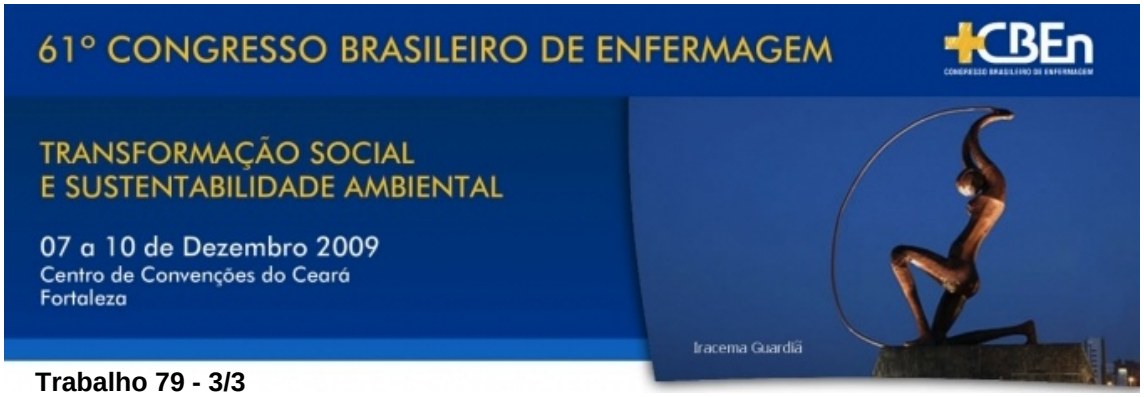
ESTUDANDO A INCIDÊNCIA DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV), NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA PEDRO CASIMIRO ALVES.

TEIXEIRA, Rodrigo Silva[1].
CÉSAR, Thiago Pontes de Oliveira[2].
GONÇALVES, Sebastião Jorge da Cunha[3].
COSTA, Siléa Coelho[4].

Introdução: O câncer do colo uterino é a neoplasia maligna mais freqüente do trato genital feminino no Brasil[1]. No mundo é a quarta causa de morte por câncer[2]. A incidência varia de 5 a 42 por 100.000 mulheres por ano. As menores incidências são encontradas na América do Norte, Austrália, noroeste da Europa, Israel e Kuwait (em torno de 10 por 100.000 mulheres por ano) e as mais altas incidências são encontradas na África, América do Sul e sudoeste da Ásia, com incidência em torno de 40 por 100.000 mulheres[1,2,3]. Existe uma variabilidade entre mulheres brancas e negras dentro de uma mesma população, sendo mais freqüentes nas últimas[3]. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2006), o câncer do colo do útero é a terceira neoplasia mais comum entre as mulheres, sendo a quarta causa de morte por câncer, apesar de ser uma das poucas neoplasias preveníveis. É uma doença de longa evolução, podendo ser detectada em fases precoces. O pico de incidência do câncer do colo uterino ocorre em média 10 a 20 anos após a infecção pelo HPV. As estimativas da incidência de câncer no Brasil apontam a ocorrência de 19.260 casos novos de câncer do colo uterino para o ano de 2006. **Objetivo** estudar a relação do papiloma vírus e o câncer do colo uterino (HPV). **Justificativa:** O estudo visou ampliar a cobertura do exame preventivo, o qual a comunidade se apresentava com baixas estatísticas, o que vinha pondo em risco a saúde das mulheres do bairro. A comunidade tem como característica baixo poder social e baixa escolaridade. A comunidade possui serviço de saúde, a unidade possui uma equipe mínima, sendo composta por um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar de dentista, seis agentes de saúde, um profissional de higienização. **Método:** O projeto teve como base de pesquisa a comunidade do bairro do Grecco,



Vassouras-RJ, em parceria com a equipe Estratégia Saúde da Família Pedro Casemiro Alves, inaugurada em 1998, Os sujeitos da pesquisa foram mulheres de 18 a 60 anos de idade, que não tinham acesso á unidade, devido as suas ocupações como o trabalho, a coleta do material preventivo foi realizada na própria unidade, onde houve sala de espera, orientações, distribuições de panfletos informativos. **Resultados:** Na pesquisa, foram realizados 50 exames de citopatológicos e foi observado um percentual de mulheres de diversas idades. Sendo entre vinte e vinte e cinco anos um total de 12 (24%), vinte e seis a trinta anos 8 (16%), trinta e um a trinta e cinco 6 (12%), trinta e seis a quarenta 4 (8%), Quarenta e um a quarenta e cinco 5 (10%), quarenta e seis a cinqüenta 6 (12%), cinqüenta e um a cinqüenta e cinco 2 (4%), cinqüenta e seis a sessenta 1 (2%), sessenta e um a sessenta e cinco 2 (4%),essenta e seis a setenta 1 (2%), setenta e um a setenta e cinco 1 (2%).Quanto ao grau de microbiologia, detectou-se uma faixa 14 (28%) de mulheres com lactobacilos sp, apresentando níveis normais 31 (62%), apresentando guardenerella 5 (10%) dos sujeitos.De acordo com os resultados dos citopatológicos, 12 (24%) apresentaram inflamação, 1 (2%) mulher apresentou lesão epitelial de alto grau, 2 (4%) inflamação e metaplasia escamosa imatura, 2 (4%) atrofia com inflamação e sendo que 33 (66%) se mantiveram em níveis normais. **Discussão:** De acordo com a pesquisa foi constatado um resultado satisfatório, porém também foi encontrado um grande número preocupante comparado com o número de mulheres pesquisadas. Com os resultados obtidos pode-se diagnosticar precocemente e tratar os sujeitos, contra as infecções apresentadas. Pode-se também ter um aspecto epidemiológico da comunidade, conhecer a mesma, servir como estimulo aos serviços de saúde local, para prevenção e a promoção da saúde da mulher. De acordo com os profissionais de saúde local, a campanha e pesquisa teve um resultado positivo, pois serviu de estimulo para outras pessoas. Conclusão: O país precisa hoje, não somente intensificar as campanhas de promoção da saúde, mais sim de profissionais a fazer algo diferente, pessoas sensibilizadas, com vínculo, envolvidas com a saúde da comunidade.



PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro; Estratégia Saúde da Família; Prevenção; Papilomavírus.

Referências Bibliográficas:

1. Salum R. Etiopatogenia, diagnóstico e estadiamento do câncer do colo do útero. In: Abrão FS, editor. Tratado de Oncologia Genital e Mamária. 1ª ed. São Paulo: Roca; 1995. p. 269-82.

2. Pisani P, Parkin DM, Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality from eighteen major cancers in 1985. Implications for prevention and projections of future burden. Int J Cancer 1993; 55: 891-903.

3. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao YT, Ferlay J, Powell J. Cancer incidence in five continents. Lyon: France: International Agency for Research on Cancer (WHO)/ International Cancer Association of Cancer Registries, 1992. p. 6.

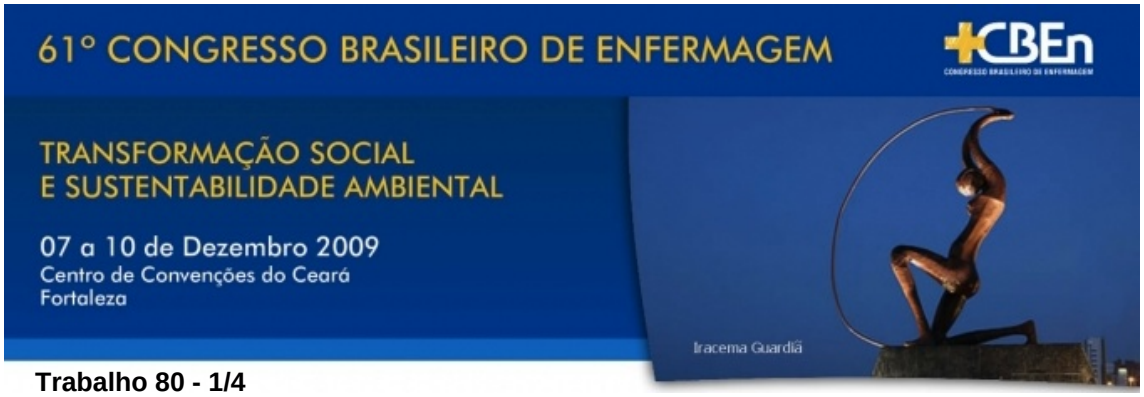
5. Kvale G, Heuch I, Nilssen S. Reproductive factors and risk of cervical cancer by cell type. A prospective study, Br J Cancer 1988; 58: 820-4.

[1]TEIXEIRA, Rodrigo Silva, Acadêmico da Universidade Severino Sombra-Vassouras RJ. Camanducaia236@hotmail.com,

[2]CÉSAR, Thiago Pontes de Oliveira, Acadêmico da Universidade Severino Sombra-Vassouras-RJ.

[3]GONÇALVES, Sebastião Jorge da Cunha., mestre em Psicologia/Psicanálise – Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora- M.G, profº da Universidade Severino Sombra – Vassouras RJ, disciplina de Enfermagem em Doenças Transmissíveis.

[4]COSTA, Siléia Coelho, Enfermeira Especialista em ESF e Preceptora da Universidade Severino Sombra e Enfermeira da ESF da SMS Vassouras-RJ.

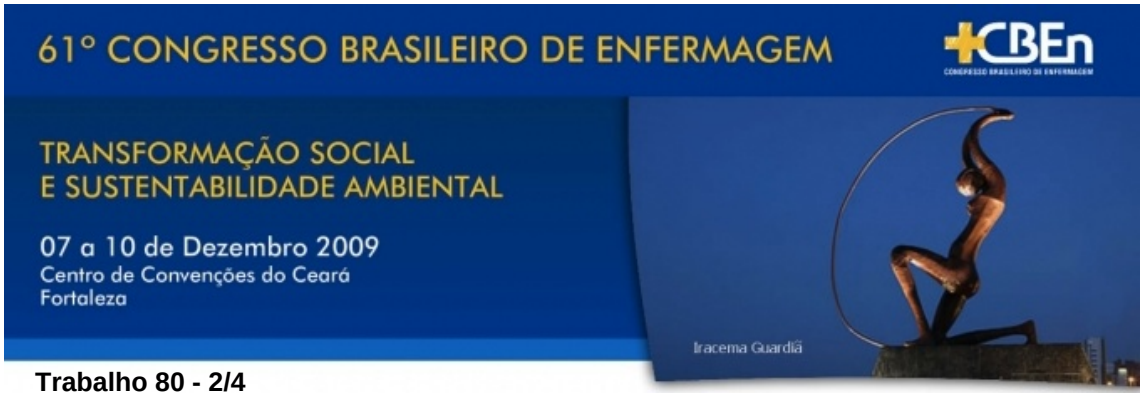


Trabalho 80 - 1/4

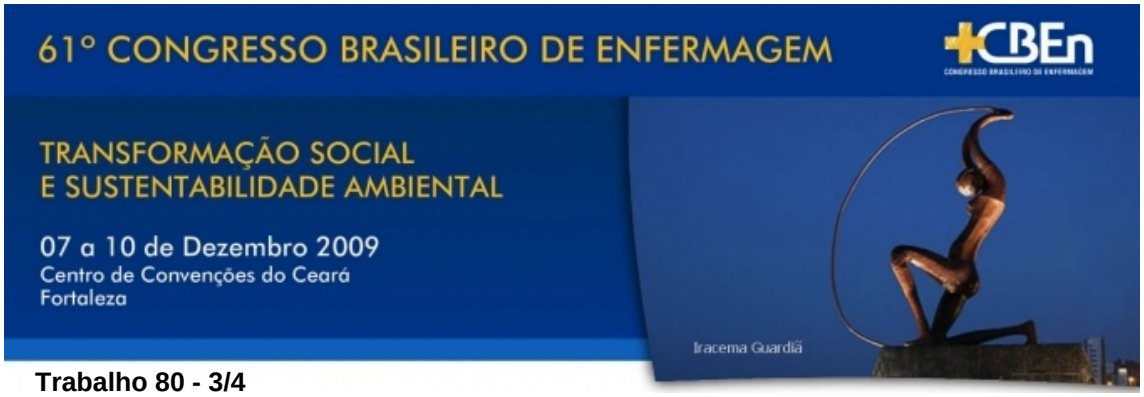
TÍTULO: ESTUDANDO A SAÚDE DOS IDOSOS DO ASILO BARÃO DO AMPARO

TEIXEIRA, Rodrigo Silva[1].
GONÇALVES, Sebastião Jorge da Cunha[2].
Barbosa, Magda Vieira[3].
COSTA, Siléa Coelho[4].

Introdução: O projeto nasceu durante as aulas práticas da disciplina saúde do idoso atividades acadêmicas na Santa Casa de Misericórdia e Hospital Nossa Senhora da Conceição, Inaugurada em 1853, mantenedora do abrigo Barão do Amparo. O envelhecimento como um processo irreversível a que todos estamos sujeitos, deve ser melhor compreendido, principalmente numa época em que nosso país arca com um crescente número da população de idosos, e que junto a isto possui uma sociedade despreparada praticamente em todas as suas esferas para lidar com esta realidade (RAMOS,1995). O Brasil vem passando atualmente por uma grande mudança no seu perfil demográfico com um incremento intensivo do número tanto absoluto como relativo de idosos. Este quadro se deve a uma crescente queda de fecundidade, ocorrida concomitantemente com o aumento da expectativa de vida. (VERAS,1994). Segundo Oliveira (2006) et al., há a necessidade que se criem programas nacionais nos centros de convivência de idosos, com o fim de promover: participações em movimentos assistenciais e sociais; aperfeiçoamento de conhecimentos por meio de cursos de extensão, especialização ou de reciclagem; e envolvimento com atividades culturais, desportivas e de lazer. Esses programas devem ser compatíveis com a disponibilidade e o interesse da população idosa envolvida, levando em consideração suas possibilidades e seus limites pessoais, levando à diminuição da sintomatologia depressiva neste grupo etário. Depressão é a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, freqüentemente sem diagnóstico e sem tratamento. **Objetivo:** Propor medidas que favorecem o acolhimento, humanização e qualidade de vida do idoso asilado. **Justificativa:** Este trabalho visou acolher os idosos de forma humanista, tendo em vista que a saúde dos mesmos, dependem



da atenção primária de saúde e do diferencial de cada profissional de saúde. **Método:** No trabalho, optou-se por parcerias entre as equipes do Asilo Barão do Amparo, de acadêmicos de Enfermagem e da estratégia de saúde da família, onde teve realização de procedimentos básicos, com o intuito da busca pela prevenção de doenças como diabetes e a hipertensão.O estudo foi realizado na unidade do Asilo, no qual trabalha uma equipe composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, profissional de serviços gerais, vinte e quatro horas, que trabalham cuidando dos idosos, além de um motorista de ambulância. Os sujeitos da pesquisa foram idosos do próprio asilo, que encontram em processo de cuidados. No Evento esperava-se uma faixa de vinte e oito Idosos, o Projeto favoreceu o contato com os sujeitos da pesquisa, equipe da unidade e acadêmicos de enfermagem. O estudo foi realizado com vinte e três idosos acima de 65 anos de idade, pois cinco dos previstos não estavam no abrigo devido a altas e internações hospitalares. Espera-se que o Projeto seja um incentivo para o surgimento de novos pesquisadores, e que o trabalho possa ajudar esses que tanto precisam de acolhimento. **Resultado:** No presente trabalho, dos vinte e três sujeitos, doze (52,2%) são homens e onze (47.8%), são mulheres. Entre doze (52,2%) com idade de 75 a 100 anos e onze (47,8%) com idade entre 50 a 74 anos. Segundo o ministério da saúde hipertensão arterial corresponde ao nível da pressão arterial maior ou igual a 140/90mmhg. Dos vinte e três sujeitos, 4,4% apresentaram hipotensão, 73,9% apresentaram hipertensão, 21,7% apresentaram valores dentro do nível normal. Diabetes mellitus é uma doença sistêmica, crônica, caracterizada por desordens do metabolismo da insulina, carboidratos, gorduras e proteínas.17,4% apresentaram hiperglicemia, 78,3% apresentaram normoglicemia, 4,4% apresentaram hipoglicemia. Parâmetros utilizados para esses resultados, foi o da glicemia em jejum, onde é considerado diabético, pacientes com glicemia maior ou igual a 126mg/dl em duas ou mais medidas de exames laboratoriais. Dados levantados e encaminhados nominalmente ao enfermeiro da instituição asilar. **Discussão:** Com os resultados obtidos observa-se que a um aumento nos níveis colhidos e que é preciso colher novas amostras para se chegar a um diagnostico mais preciso. **Conclusão:** É necessário de investimentos, incentivo a



pesquisa, na área de geriatria, encontrando soluções pertinentes a saúde dos idosos asilados no Brasil. Deve ainda a enfermeira atuar estimulando o autocuidado, atuando na prevenção e não-complicação das doenças inevitáveis, individualizando o cuidado a partir do princípio de que cada idoso vai apresentar um grau diferente de dependência, diferindo assim a maneira de assistência. Considerando os fatos relatados, mostra-se necessária e urgente a divulgação e discussão das diferenças que o aumento da população idosa acarretará na sociedade como um todo, principalmente na área da saúde, salientando-se o novo papel dos idosos em nossa sociedade, para que tanto os profissionais quanto a população em geral possam atender de maneira satisfatória novas demandas. Melhorar os serviços de saúde principalmente. Precisamos ainda de pessoas dispostas a fazer algo diferente a àqueles que tanto precisam e necessitam. Os resultados obtidos sugerem que os idosos precisam do acompanhamento familiar e da sociedade em geral.

Palavras Chave: Enfermeiro: Estratégia Saúde da Família; Idosos: Asilo.

Referências.

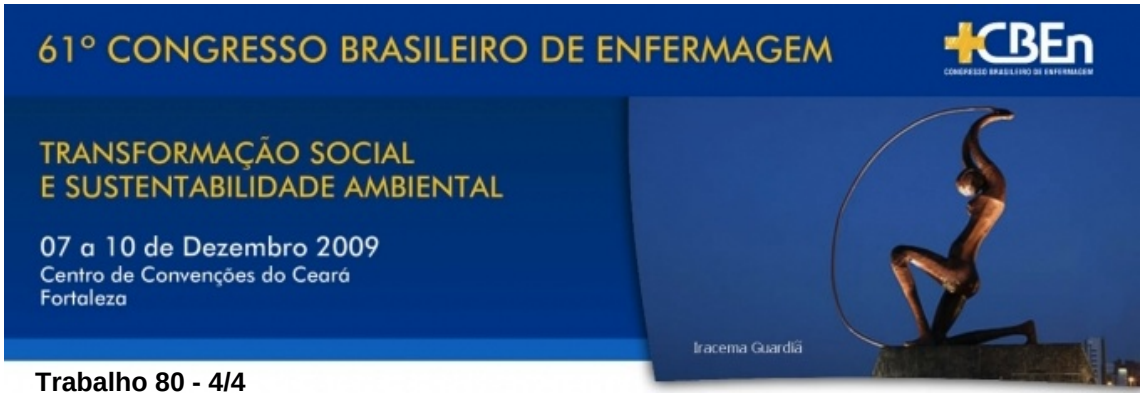
Oliveira, D. A. P; Gomes, L; Oliveira, R. F; Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. Revista Saúde Pública [on-line] vol 40, nº 4, P 734-736. São Paulo-SP.

MINAYO, M.C.; DESLANDES, S.F.; NETO, O.C.; GOMES, R. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1994.

Pestana, L. C; Espírito Santo, F. H; As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2008, vol.42, n.2, pp. 268-275. ISSN 0080-6234. São Paulo-SP.~

RAMOS, L.R. O país do futuro não pensa no futuro, **Gerontologia**. v.3 n.1 p.52-54, 1995.

VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos:** a saúde do idoso no Brasil, Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ., 1994



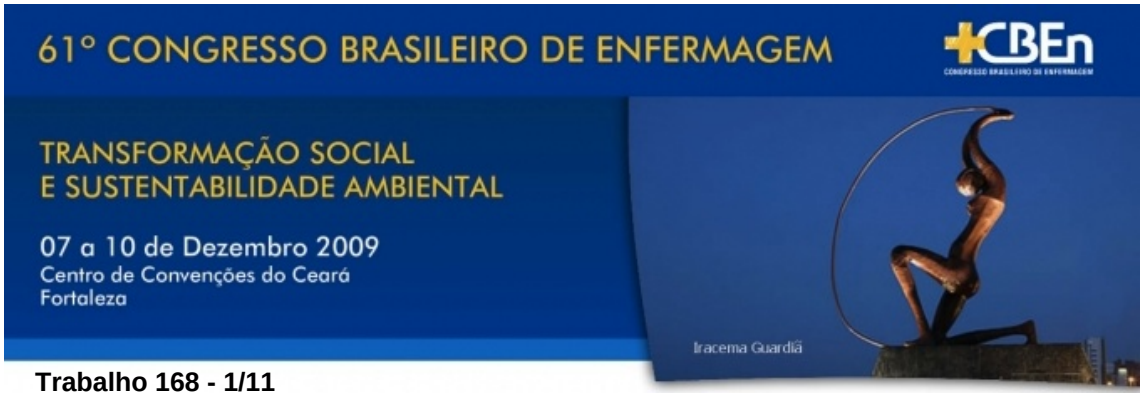
Telarolli Junior, R; Machado, J. C. M. S; Carvalho, F; Demographic profile and health conditions of the elderly in a community in an urban area of Southeastern Brazil. *Rev. Saúde Pública* [on-line]. 1996, vol.30, n.5, pp. 485-498. São Paulo- Sp.

[1]TEIXEIRA, Rodrigo Silva, Acadêmico da Universidade Severino Sombra- Vassouras RJ. Camanducaia236@hotmail.com,

[2]GONÇALVES, Sebastião Jorge da Cunha., mestre em Psicologia/Psicanálise – Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora- M.G, profº da Universidade Severino Sombra – Vassouras RJ, disciplina de Enfermagem em Doenças Transmissíveis.

[3]Barbosa, Magda Vieira Barbosa, Professora da disciplina Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Severino Sombra, Vassouras-rj.

[4]COSTA, Siléia Coelho, Enfermeira Especialista em ESF e Preceptora da Universidade Severino Sombra e Enfermeira da ESF da SMS Vassouras-RJ.



Trabalho 168 - 1/11

EVIDÊNCIAS EPIDEMIOLÓGICAS DA OCORRÊNCIA DE ESCABIOSE EM UMA COMUNIDADE DE SALVADOR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

LOPES, Ana Paula[1]

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência relativo ao desenvolvimento das atividades da disciplina Estágio Curricular Supervisionado I do curso de graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado da Bahia na realização das atividades práticas em unidade de saúde da família da cidade de Salvador-Bahia. Tem como objetivo descrever de forma sintetizada a vivência no campo de estágio em relação a temática, a percepção das enfermeiras da unidade frente a problemática em discussão e as próprias considerações observadas. Subsidiar a construção de um trabalho de orientação para a comunidade, a ser executado pelos profissionais da unidade e estimular os profissionais a retomarem a priorização de medidas preventivas como parte do processo de produção de saúde. As baixas condições sócio-econômicas a que estão expostos os indivíduos em observação, as condições de trabalho excessivo dos profissionais, a falta de investimentos em medicação de excelência a ser disponibilizada para comunidade podem ser fatores contribuintes para os altos índices de escabiose nesta população.

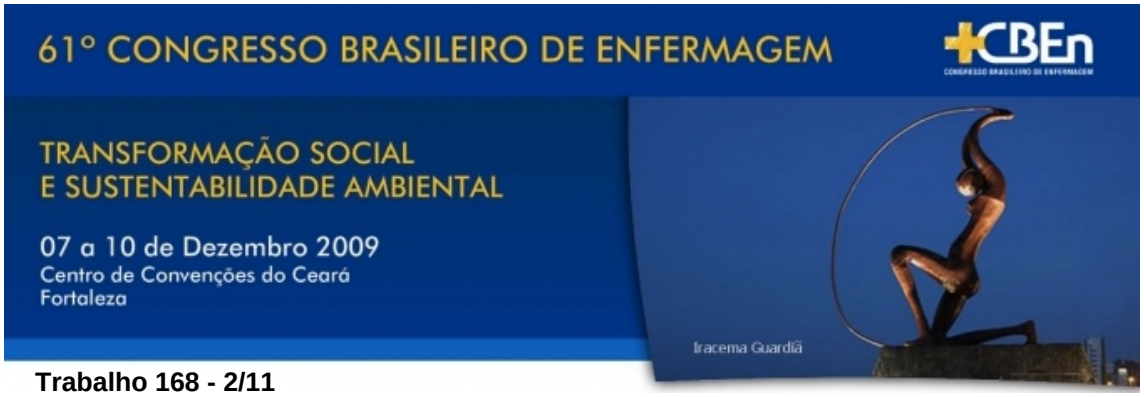
DESCRITORES: escabiose, aspectos condicionantes, PSF.

ABSTRACT

It is an experience report on the activities of the discipline I Supervised Internship Curriculum Course in Nursing degree from the University of Bahia in carrying out practical activities in family health units in the city of Salvador-Bahia. Aims to describe the experience made in the field of training on the subject, the perception of nurses of the unit facing the problems under discussion and their own considerations observed. Subsidize the construction of a work-oriented community, to be run by professionals in the unit and encourage professionals to take the prioritization of preventive measures as part of the production of health. The low socio-economic conditions to which individuals are exposed to observation, the working conditions of professionals over the lack of investment in excellence of medication to be available for community may be contributing factors to high rates of scabies in this population.

Descriptors: scabies, aspects restrictions, PSF

[1] *Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia (llalalopes@hotmail.com)*



1. INTRODUÇÃO:

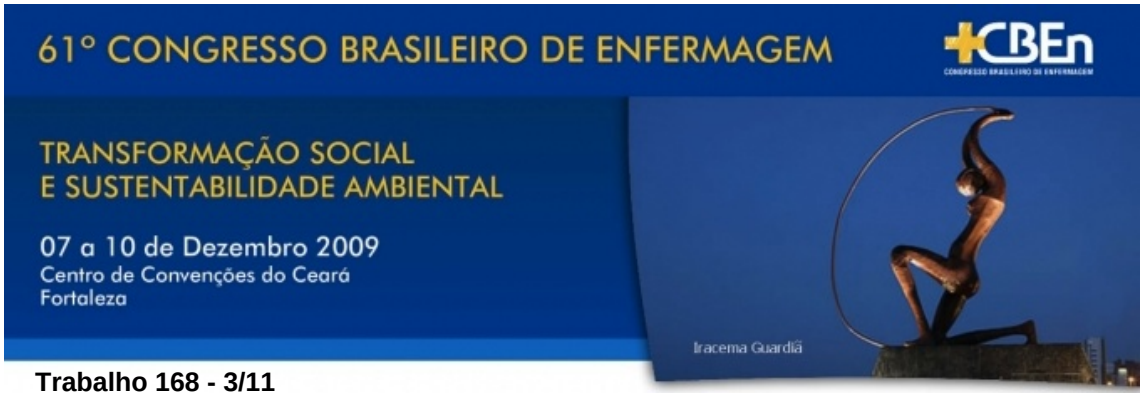
Segundo Petri V (2003) a escabiose, dermatose ectoparasitária causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei var. hominis*, é doença cosmopolita e não tem preferência por sexo, raça ou idade. O contágio se dá de modo direto interpessoal, sendo possível, porém pouco provável, a transmissão por fômites. O principal sintoma da escabiose é o prurido, com habitual acentuação noturna. A ocorrência de casos semelhantes entre indivíduos que compartilham a mesma moradia é indício forte da doença.

De acordo com Burgess (1994) apud Heukelbach (2003) a transmissão ocorre por contato direto, inclusive sexual. A transmissão por meio de fômites pode ocorrer, porém em condições normais, o contato físico é a única via de transmissão de importância epidemiológica.

Wilcke *et al*. (2002) relata que as condições sócio-econômicas precárias, aglomerações, não aderência aos tratamentos tópicos comumente utilizados e o desenvolvimento de resistência medicamentosa são os grandes responsáveis pela manutenção de altas taxas de prevalência, especialmente em populações carentes. Nesse meio, a prevalência atinge cerca de 10%.

Para Mendes (1990) apud Lofredo *et al* (2001) os problemas de saúde de nossa população apresentam maior intensidade nos grupos social, econômica e culturalmente mais desassistidos. Quando esses problemas são associados às doenças infecciosas freqüentes e enfermidades parasitárias, eles agravam o quadro de saúde desfavorável da população brasileira.

Silva (2009) comenta que o Programa Saúde da Família (PSF) adotou como filosofia a promoção e o acesso à saúde a todos os indivíduos, voltando-se prioritariamente para os grupos sociais mais desprovidos de atenção. A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, concepção esta que supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença,



desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. O PSF em sua filosofia engloba a teoria da determinação social da doença que engloba questões além do ser biológico, como determinantes e co-adjuvantes do processo saúde-doença.

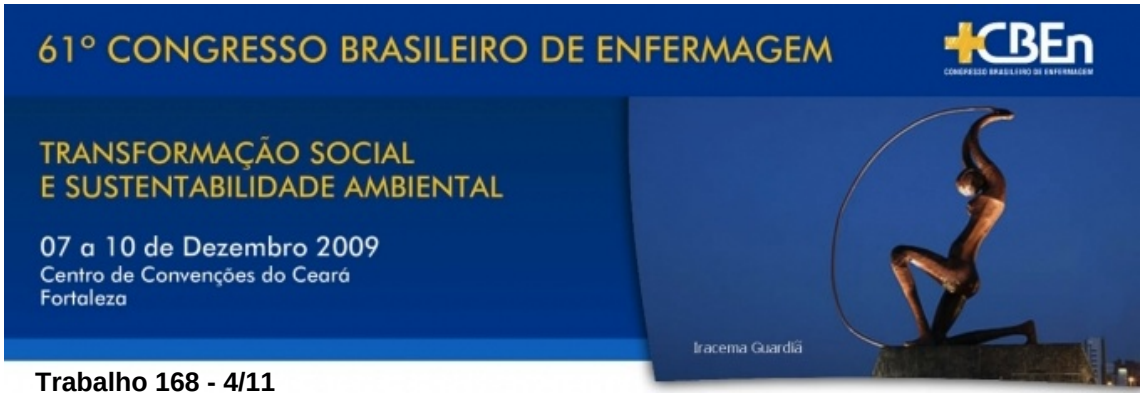
A comunidade na qual está inserida a USF palco deste trabalho é considerada sócio e economicamente desprivilegiada. Durante a realização das atividades é possível observar o estilo de vida das pessoas que lá vivem em verdadeiros conglomerados urbanos, em condições precárias de higiene, umidade e saneamento básico. Nesta unidade foram desenvolvidas atividades referentes ao estágio curricular da disciplina Supervisionado I e vivenciadas situações diversas. Entre elas, fator de destaque se deu ao grande número de casos de escabiose presentes nas consultas, como visto no decorrer da realização de visitas domiciliares na comunidade.

Pretende-se descrever de forma sintetizada a vivência no campo de estágio em relação a temática, a percepção das enfermeiras da unidade frente a problemática em discussão e as próprias considerações observadas.

Em cima disso, construir um trabalho de orientação para a comunidade, a ser executado pelos profissionais da unidade como um todo no que se refere à educação em saúde como medida de prevenção do aparecimento de novos casos de escabiose. Busca também estimular os profissionais a retomarem a priorização de medidas preventivas como parte do processo de produção de saúde, fator constituinte da filosofia do programa da atenção básica a qual estão incluídos.

2. METODOLOGIA:

Durante o desenvolvimento das atividades da disciplina Estágio Supervisionado I em uma Unidade de Saúde da Família da cidade de Salvador,



nas consultas de enfermagem em atenção á saúde do adulto e puericultura, pode-se observar forte ocorrência de casos de escabiose na comunidade. A maioria das vítimas tratava-se de crianças que ainda não tinham completado o primeiro ano de vida. Entretanto, é alarmante também o grande número de casos em adultos.

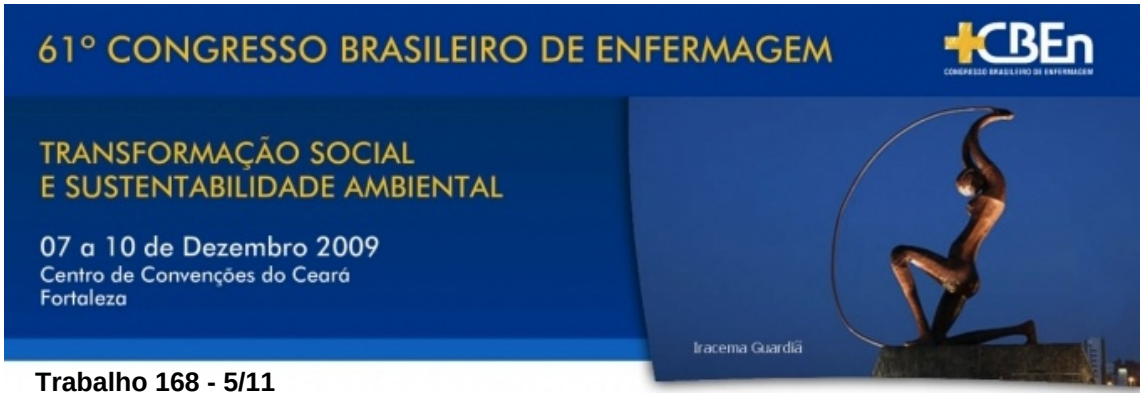
Trata-se de um relato de experiência relacionado às atividades práticas vivenciadas no período que compreende os meses de julho e agosto de 2009. Tais atividades compreendem consultas de enfermagem e visitas domiciliares realizadas na comunidade neste intervalo. A escolha da temática Escabiose se deu pelo grande número de casos observados na comunidade.

O ESTAGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO I

A disciplina estágio curricular Supervisionado I é parte integrante da grade curricular do curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia. O aluno em curso deverá cumprir o tempo mínimo de 390 horas práticas e 60 horas teóricas. As atividades práticas são realizadas em unidades da rede básica de saúde.

O CAMPO DE ESTÁGIO

Trata-se de uma Unidade de Saúde da Família inserida numa comunidade carente da periferia da cidade de Salvador. Consta de 02 equipes sendo que uma delas encontra-se incompleta, sem médico clínico. Apesar de a outra equipe contar com a presença de um profissional médico, este se encontra sobrecarregado pela demanda de pacientes ligados á sua área de atuação. Sendo assim, os pacientes de outra área estão sendo encaminhados para tratamento em outra unidade de saúde de Salvador.



Trabalho 168 - 5/11

A ESCABIOSE: UM PROBLEMA DE SAÙDE EM EVIDÊNCIA NA COMUNIDADE

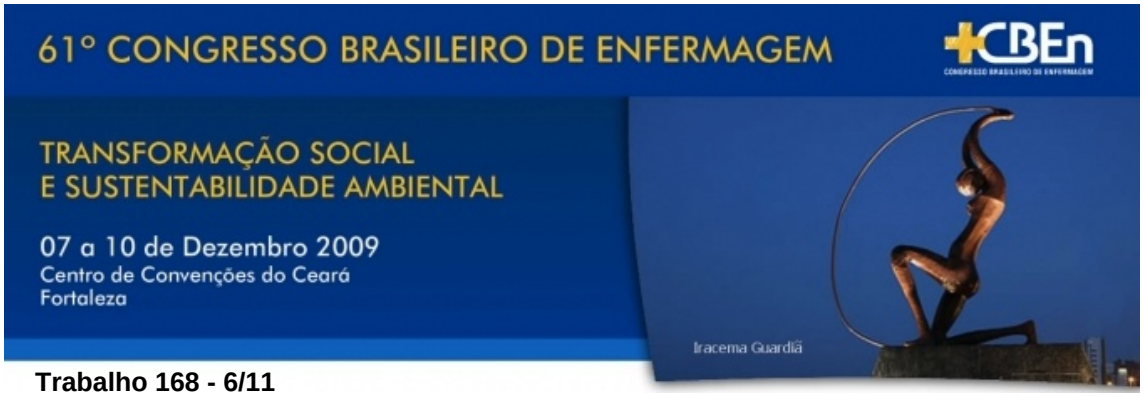
Durante a realização das atividades práticas nesta unidade de saúde da família da cidade de Salvador-Ba, pôde-se observar a apresentação de muitos pacientes com o diagnóstico de escabiose.

De acordo com Passaro (1991) a escabiose ou sarna é uma ectoparasitose contagiosa, benigna, produzida pelo *Sarcoptes scabiei var. hominis*, que deposita seus ovos na pele do homem. Sua principal manifestação é o prurido, em geral bastante severo, que ocorre com maior intensidade à noite, não sendo determinado somente pelo deslocamento da fêmea, mas também devido a uma sensibilização do hospedeiro às substâncias excretadas pelo parasito. A distribuição é muito característica, afetando principalmente os espaços interdigitais, axilas, cintura, nádegas, mamas, prepúcio, escroto, face e pés. Devido ao prurido, costumam ocorrer lesões secundárias com escoriações e piodermite como impetigo, foliculite e furúnculo.

Alguns autores afirmam que a escabiose tem natureza cíclica, sendo quinze anos epidêmicos, seguidos de outros quinze de intervalo, considerando o final de uma e início de outra. O conceito de variação cíclica sugere alterações periódicas no estado imunológico da população, no entanto essa característica regular é discutível e o período arbitrado em trinta anos pode representar uma simplificação da compreensão da epidemiologia da escabiose.

O que pode-se perceber é que no momento a área está endêmica para o problema devido a freqüência dos casos. Ao consultar livros de registros de consultas em puericultura e enfermagem em atenção ao adulto observa-se que uma média de 36% das crianças e 32% dos adultos tiveram diagnóstico positivo para a escabiose no período que compreendeu as atividades de estágio.

Durante a realização de consultas de enfermagem em atenção ao adulto, foram diagnosticados 08 casos em uma mesma semana. Quando questionados em relação às condições de moradia, a maioria diz conviver com mais de 06 pessoas na mesma residência. Questionados também em relação a hábitos de

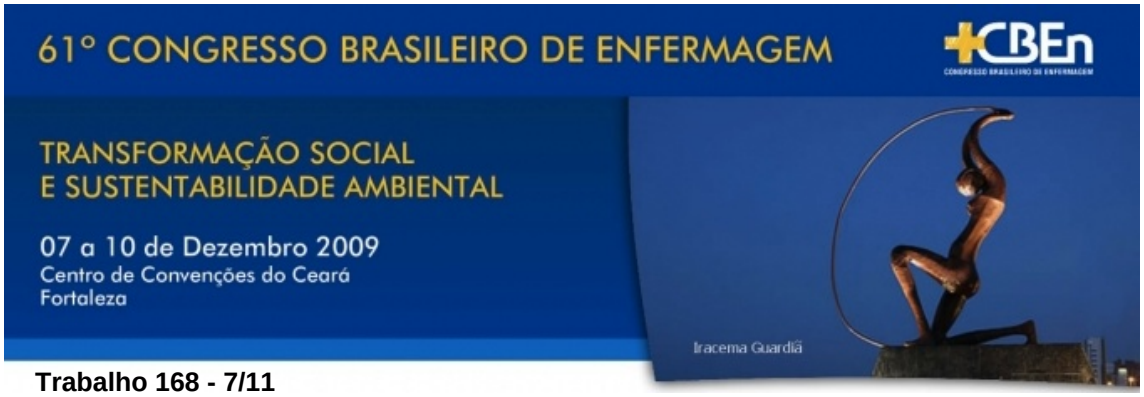


higiene, alguns relatavam e demonstravam hábitos precários como mal aparência geral nos cuidados pessoais, relatos de dividir a mesma toalha de banho, compartilhamento de roupas, dormirem 03 pessoas em uma mesma cama, demora na troca da roupa de cama de até 01 mês, dormirem em ambientes úmidos e mal arejados.

Alguns fatos realmente chamaram atenção a exemplo do lactente, em sua 1ª consulta de puericultura e com apenas 16 dias de nascido, que já apresentou lesões causadas pela presença do parasita disseminadas pelo corpo. A mãe da criança acreditava que a mesma estava com alergia ao próprio suor causado pelo forte calor do quarto onde dormia. Além disso, foram observados mais 06 casos de crianças menores de 01 ano com diagnóstico de escabiose em um subperíodo que compreendeu 15 dias de atividades.

Questionadas quanto a percepção das mesmas em relação a problemática, as enfermeiras responsáveis pela USF relatam acreditar que os principais fatores determinantes para o grande número de casos de escabiose na comunidade, estariam,relacionados às condições precárias de higiene da população, o mal uso do tratamento prescrito e o auto-diagnóstico. Segundo elas, muitos pacientes tem o péssimo hábito de se auto-diagnosticarem confundindo o problema da escabiose com processos alérgicos. Enquanto não tratam da maneira correta, mantêm-se doentes além de serem importantes transmissores do parasita.

Além disso, a unidade de saúde conta apenas com o benzoato de benzila para tratamento da doença, medicamento que necessita de até 07 dias de uso ininterrupto para ação. As enfermeiras acreditam que o longo período de tratamento que demanda o benzoato de benzila favorece com que as pessoas abandonem-no sem completar o esquema total. Isso permite que o parasita não seja morto e continue a se espalhar gerando ou uma reinfecção ou um novo caso., Ademais, o tratamento com o benzoato de benzila exige do indivíduo a fervura das roupas de corpo e de cama e que as mesmas sejam trocadas diariamente. Um paciente em consulta, quando orientado da necessidade do uso da substância e da fervura e troca diária das roupas de corpo e de cama, afirmou que não iria realizar tal procedimento pois o custo com gás de cozinha seria oneroso demais,



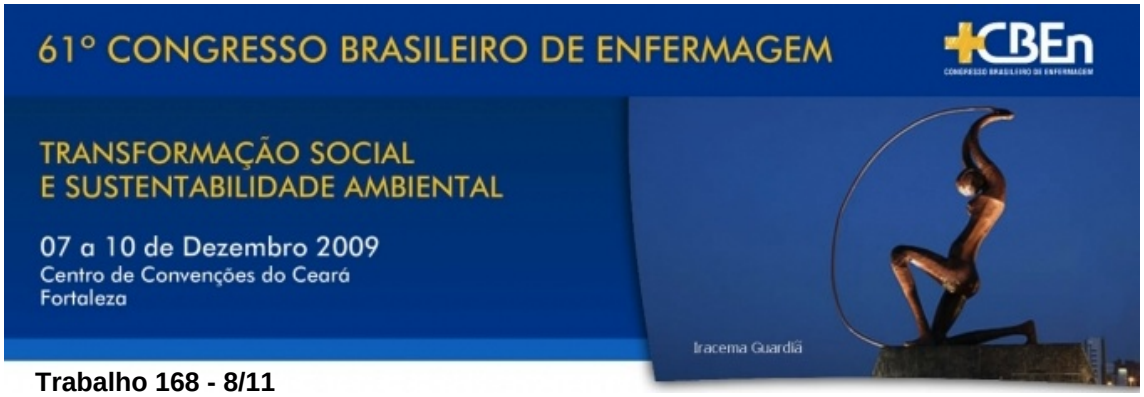
acima de suas possibilidades. Afirma que se o gás acabar em menos de 01 mês, ele e a família podem acabar passando necessidades já que não se dispõe de recursos financeiros que viabilizem a compra de mais de um botijão de gás num período de 30 dias. Além disso, devido a situação social carente, ele e a família não dispõem de roupa de cama suficiente que permita a troca diária. Relata ainda que além dele, a mulher e os dois filhos encontravam-se com os mesmos "caroços" pelo corpo. Este relato exibe como alguns tratamentos podem ser impraticáveis ou de difícil execução em comunidades carentes ou extremamente pobres.

A vivência em escabiose não se deu apenas durante as consultas de enfermagem. Em visitas domiciliares realizadas na comunidade na última semana de estágio, pode-se observar em 03 residências, casos em que a família inteira ou quase inteira estava contaminada. As condições de vida a que estavam expostas essas pessoas não fogem do padrão já descrito e presente na comunidade – grande quantidade de pessoas vivendo em um mesmo recinto, acompanhadas de hábitos precários de higiene, condição sócio-econômica baixa e condições deficientes de saneamento básico. Quando questionadas em relação ao problema, a maioria demonstrou completo desconhecimento com a doença, associou os sintomas a processos alérgicos de causa desconhecida, porém demonstrou interesse em iniciar o tratamento adequado.

DISCUSSÃO

Pode-se afirmar que a comunidade encontra-se em situação endêmica para a escabiose. O que muito contribui para alto índice de infecções se dá pelas baixas condições sócio-econômicas que permitem um conhecimento em saúde inadequado viabilizando a adoção de comportamento de risco para o acometimento pela doença.

Parte da população revela-se desinformada a respeito da escabiose, seus sintomas e negligencia a correta duração e execução do tratamento.



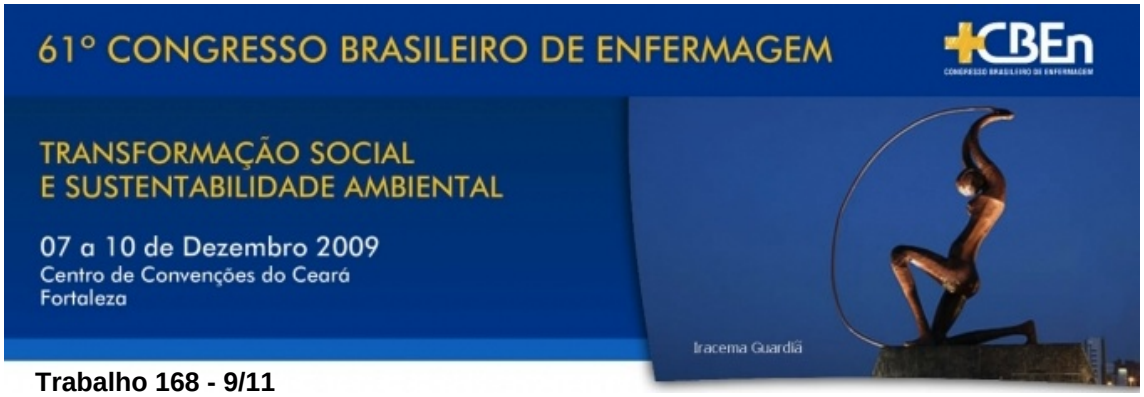
Trabalho 168 - 8/11

As enfermeiras responsáveis pela unidade demonstram conhecimento em realizar diagnósticos, identificar os processos condicionantes do alto índice da doença na comunidade e durante a consulta fazem a abordagem em saúde satisfatória. Entretanto, atividades educativas, a exemplo da sala de espera que viabilizem a exposição da temática para um maior número de pessoas bem como a prevenção, tratamento etc, encontram-se em desuso. A comunidade demonstra claramente a necessidade de ações educativas que favoreçam a informação, sensibilização para a necessidade do tratamento correto e medidas de prevenção, combate ao auto-diagnóstico e auto-medicação. O excesso de trabalho a que são expostas, a falta de um médico clínico em uma das equipes e a grande demanda por consultas de diferentes áreas pode estar sobrecarregando o serviço e o bom andamento do cumprimento de todas as atividades pelas enfermeiras, dificultando a realização de atividades educativas e de maior número de visitas domiciliares.

A medicação dispensada á população por não ser a de excelência disponível e demandar maior tempo de tratamento pode estar favorecendo o abandono do tratamento antes do prazo pré-estabelecido contribuindo para manutenção de casos e/ou reinfecção ou aparecimento de novos casos por transmissão.

Devido à comunidade em questão pertencer ao grupo de pessoas sócio-economicamente desfavorecidas, algumas pessoas podem encontrar dificuldades em realizar o tratamento correto que demanda fervura das roupas de cama e corpo e troca diária das mesmas. Isso pode demonstrar as condições da situação econômica de alguns indivíduos na população e a relação que isso pode ter na obtenção de um tratamento de qualidade.

Percebe-se através deste relato a importância que as ações de educação em saúde podem representar na promoção da saúde e prevenção de doenças em uma comunidade e de que forma a ausência ou a baixa freqüência delas podem refletir de forma negativamente impactante na população, que sem uma orientação em saúde adequada, passa a adotar comportamentos de risco, colocando a própria saúde em risco.



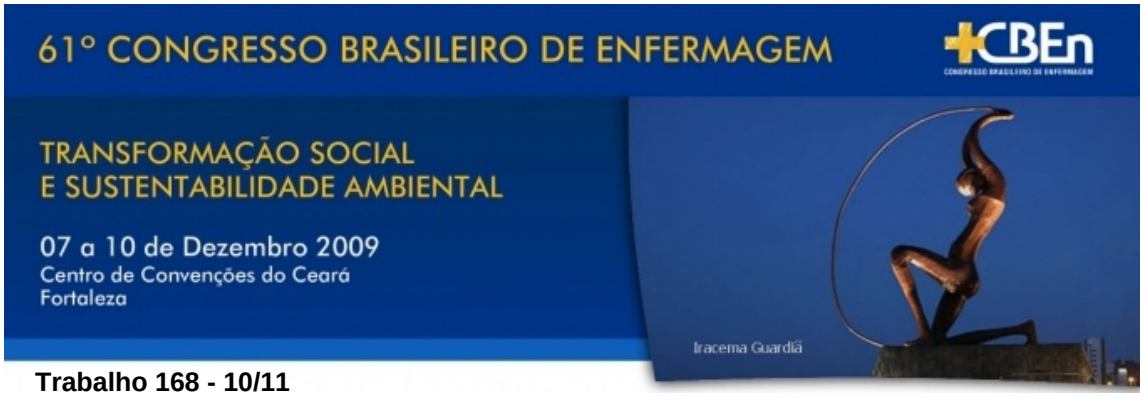
A sobrecarga de trabalho a que são expostos muitos profissionais de saúde pertencentes ao Programa Saúde da Família pode estar sendo um fator que condiciona a realização insuficiente de atividades educativas que sejam capazes de sensibilizar a comunidade a prevenir doenças, a adotar o tratamento adequado respeitando doses, duração e modo de uso, bem como ações de promoção da saúde como hábitos de higiene adequados.

Pode estar presente a necessidade de maior investimento por parte dos gestores em saúde em adquirir uma medicação que exija menos tempo de tratamento, a exemplo da permetrina a 50mg/ml que na sua posologia solicita apenas 01 dia de tratamento, com repetição em 15 dias caso o problema ainda encontre-se presente. Isso poderia reduzir as chances da não-adesão ao tratamento ou de seu abandono anterior ao prazo estabelecido, atitude tal que favorece a manutenção da infestação e de seu ciclo de transmissão.

É demonstrada também a necessidade de ações intersetoriais que viabilizem a formação de um ambiente mais adequado ás necessidades humanas e salutar para o desenvolvimento e convívio dos indivíduos; que favoreçam tanto o surgimento de um ambiente de vida mais saudável quanto também a elevação sócio-econômica da comunidade e os reflexos em saúde que tal fato, a longo prazo pode significar sobre as sua condição de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

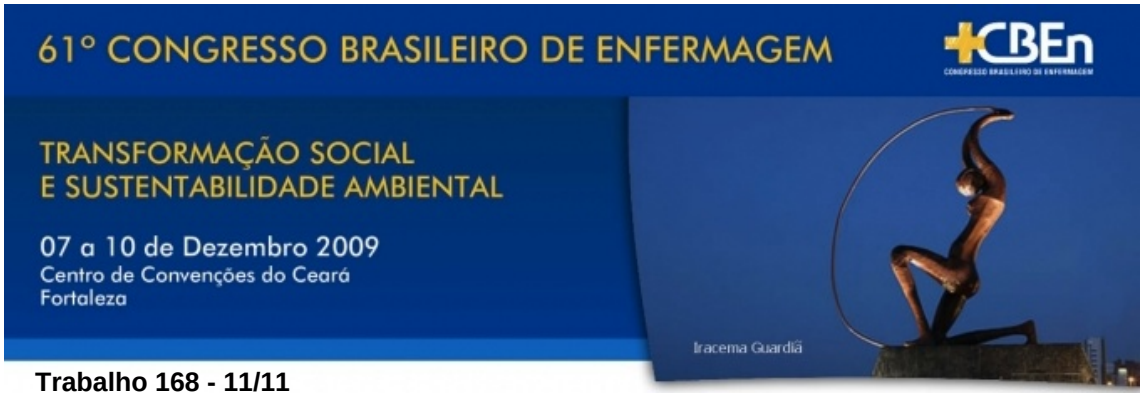
Em relação às contribuições da atividade de estágio realizada nesta unidade, no que se refere a temática em debate, foi-se construída uma atividade educativa de sala de espera, com a distribuição de folder explicativo, A atividade sempre foi realizada em momentos oportunos, quando a unidade encontrava-se com grande número de usuários. A cópia do folder foi deixada na unidade para futuro uso dos profissionais seja durante as consultas, na abordagem individual ou visitas domiciliares. Em reuniões com os profissionais e os agentes de saúde, teve-se a preocupação da abordagem da temática e o estímulo aos profissionais



que retomassem as ações educativas de prevenção e combate da escabiose. Percebeu-se grande interesse e entusiasmo dos mesmos em realizá-las.

Tentou-se acima de tudo, estimular os profissionais a intensificarem o trabalho educativo na comunidade que demonstrou grande necessidade por questões aqui já exemplificadas. Ao concluir esse trabalho, levantam-se questões reflexivas e que demandam o debate acerca das condições de trabalho a que está exposta a enfermagem nas unidades de saúde da família, por muitas vezes submetida ao excesso com remuneração questionável e de que forma esse fato poderia estar contribuindo para a manutenção em alto índice de doenças tratáveis e previníveis, a exemplo da escabiose. Além disso, levanta-se a sugestão do debate sobre algumas medicações disponibilizadas no programa e de que de repente não estejam de acordo às necessidades ou possibilidades da população em realizar o tratamento correto, destarte atitudes que devem estar associada ao estímulo das ações intersetoriais tão necessárias no meio de atuação das USFs.

REFERÊNCIAS:



1 - KOVACS, Fabiana Thais; BRITO, Maria de Fátima de Medeiros. Percepção da doença e automedicação em pacientes com escabiose. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 4, ago. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000400005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 ago. 2009. doi: 10.1590/S0365-05962006000400005.

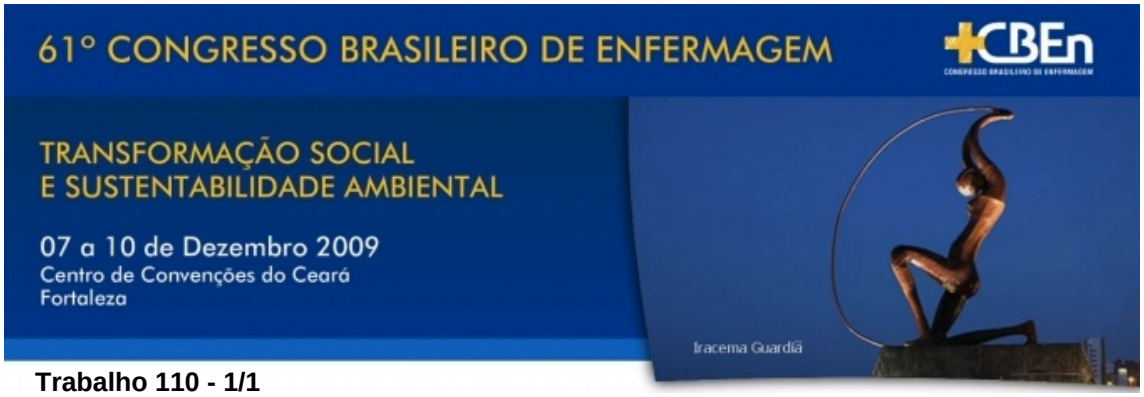
2 - HEUKELBACH, Jörg; OLIVEIRA, Fabíola Araújo Sales de; FELDMEIER, Hermann. Ectoparasitoses e saúde pública no Brasil: desafios para controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, Oct. 2003 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000500032&lng=en&nrm=iso>. access on11 Aug. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2003000500032.

3 - WILCKE, T.; HEUKELBACH, J.; SABÓIA-MOURA, R. C. & FELDMEIER, H., 2002a. Scabies, pediculosis, tungiasis and cutaneous larva migrans in a poor community in northeast Brazil. *Acta Tropica*, 83 (Sup. 1):S100.

4 - LOFREDO, Sonia Maria et al . Investigação e controle de epidemia de escabiose: uma experiência educativa em aldeia indígena. **Saude soc.**, São Paulo, v. 10, n. 1, July 2001 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902001000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Aug. 2009. doi: 10.1590/S0104-12902001000100006

5 – SILVA, Ricardo Planta Rodrigues da**. PSF - Universidade: uma experiência na FOB-USP, Bauru/SP.**Tese eletrônic UniversiaBiblioteca.net, disponível em http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis /25/25141/tde-17102007-092434/

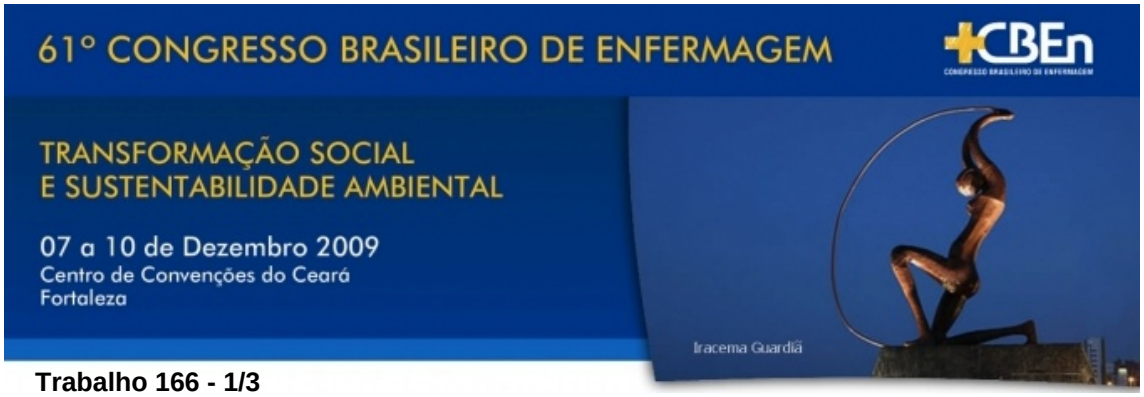
6 - PASSARO , C.M. Pesquisa do *Sarcoptes scabiei* no hiponíquio de pacientes com escabiose clássica. São Paulo, 1991. [Tese de mestrado - Departamento de Dermatologia da Escola Paulista de Medicina]



Trabalho 110 - 1/1

HIPERTENSÃO ARTERIAL: ACOMPANHAMENTO E ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO NA UNIDADE SESPE DE PARAÍSO DO TOCANT INS - TO

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente em nosso meio, atingindo cerca de 15 a 20% da população adulta com mais de 18 anos, chegando a índices de 50% nas pessoas idosas. É também reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados.O presente estudo tem por objetivos estudar principais características da população dos hipertensos atendidos pela equipe 8 da Estratégia Saúde da Família(ESF) de Paraíso do Tocantins, bem como a adesão ao tratamento não medicamentoso recomendado pela equipe. A metodologia utilizada foi a descritiva, foram utilizados dados de prontuários relativos ao registro do acompanhamento mensal dos clientes hipertensos realizados pela Equipe 8, nos primeiros 3 meses de 2009, tendo sido selecionados 45 prontuários que continham as variáveis do estudo.Os resultados encontrados foram: a maioria é do sexo feminino, tem idade acima de 60 anos, o nível de escolaridade mais encontrado foi o de ensino fundamental incompleto, grande parte tem como grupo familiar conviver com companheiro e filhos, não fumam, não praticam atividade física regular, sendo a medida do colesterol total a grande maioria estava entre 150 e 199 mg/dl. Diante dos resultados cabe a equipe continuar investindo nas atividades educativas em grupo e individual e implementar o controle. UNITERMOS: hipertensão arterial; tratamento não medicamentoso; atividades educativas.



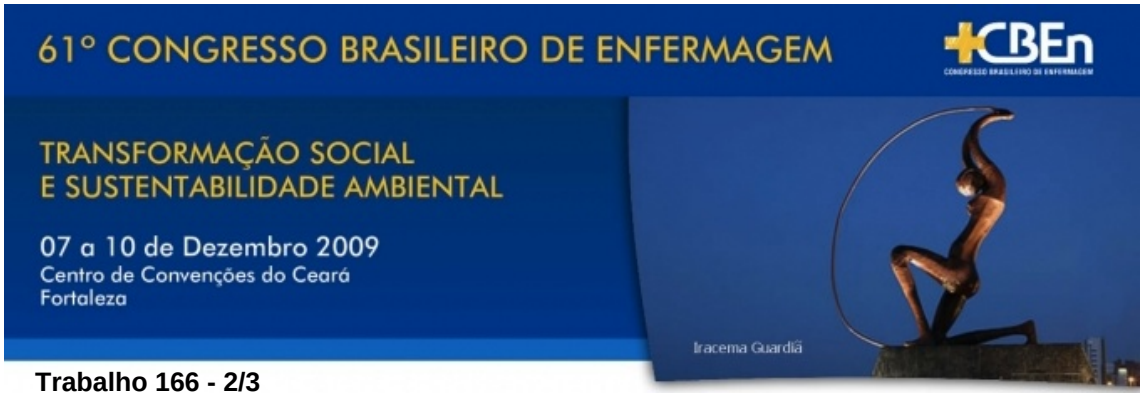
Trabalho 166 - 1/3

INSTRUMENTOS UTILIZADOS POR ENFERMEIROS PARA REALIZAR A CONSULTA DE ENFERMAGEM

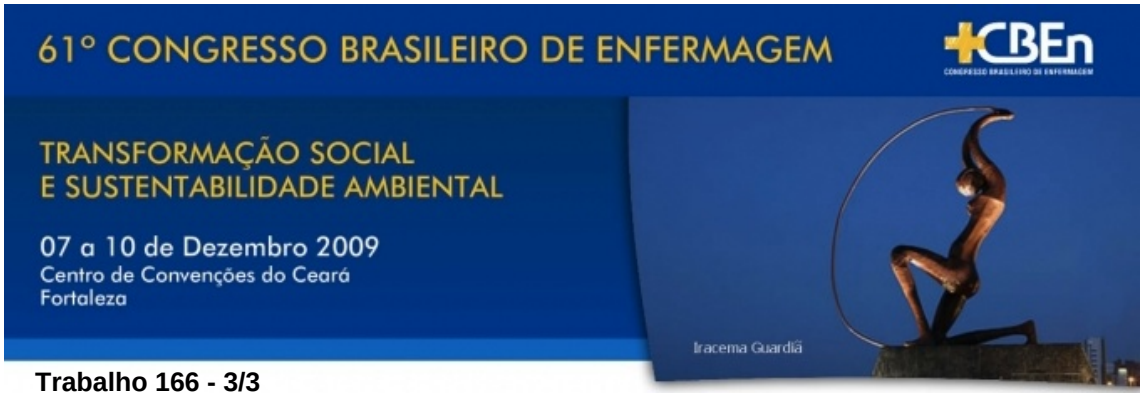
Silva NC[1];
Cerqueira GS[2];
Santos TMMG3.

INTRODUÇÃO Pesquisou-se sobre a percepção do Enfermeiro sobre suas atividades desenvolvidas durante a Consulta de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família com o **objetivo** de identificar os instrumentos básicos utilizados pelos enfermeiros para realização da Consulta de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Tendo como **relevância** social aprofundar os conhecimentos dos enfermeiros (as) sobre as reais atividades desenvolvidas durante a Consulta de Enfermagem e contribuir ainda para a abertura de novas possibilidades para fundamentar a decisão consciente do profissional enfermeiro. A denominação "Consulta de Enfermagem" surgiu, no Brasil, na década de 60. No entanto, na década de 20 já havia relatos sobre a mesma, denominada entrevista pós-clínica, por se tratar de um procedimento delegado pela equipe médica ao Enfermeiro, a título de complementação da consulta médica (CASTRO, 1975). Essa atividade constitui-se a prestação da assistência de forma sistematizada, individualizada, vendo o indivíduo holisticamente. No 31º Congresso Brasileiro de Enfermagem realizado no Ceará os especialistas do Comitê de Consulta de Enfermagem definiram a Consulta de Enfermagem como “Uma atividade prestada pela (o) enfermeira (o) ao cliente, através da qual são identificados problemas de saúde-doença e prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, proteção ou recuperação do cliente (COREN-CE, 1995)”. Para realizar a Consulta de Enfermagem o enfermeiro utiliza vários Instrumentos Básicos, dentre eles o Processo de Enfermagem, sendo que o mesmo envolve o Histórico de Enfermagem (investigação), diagnóstico de Enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, com modificações subseqüentes utilizadas como mecanismos de feedback que promovem a resolução dos diagnósticos de Enfermagem. Esse Processo como um todo é cíclico, sendo as etapas

[1]Enfermeira, Mestranda em Enfermagem - UFPI, docente da Faculdade Integral-Diferencial/FACID.naldianacerqueira@oi.com.br
[2]Enfermeira especialista em saúde da família, atuando na ESF do município de Miguel Alves – PI.[3]Tatiana Mª M. G. dos Santos Enfermeira, Mestranda em Enfermagem - UFPI, docente da Faculdade Santo Agostinho.Teresina – PI.



inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. Para Horta (2001), a primeira etapa do Processo de Enfermagem é o Histórico de Enfermagem, a segunda etapa é o Diagnóstico de Enfermagem, a terceira etapa seria o Plano Assistencial, a quarta etapa é o Plano de Cuidados ou Prescrições de Enfermagem, onde esse é avaliado sempre fornecendo os dados para a quinta etapa que é a Evolução de Enfermagem. As etapas citadas anteriormente são completadas com a sexta etapas que é o Prognóstico de Enfermagem. Após o Histórico de Enfermagem, o Enfermeiro deverá realizar o Exame Físico, que constará a utilização das seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico e que após ter analisado os dados colhidos no Histórico e Exame Físico, identificará os problemas de Enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento Clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de ida vigentes ou potenciais (COFEN, 2005). Cianciarullo (2007) afirma que é importante a utilização de alguns Instrumentos no contexto da Enfermagem, como por exemplo: a observação, a comunicação, os princípios científicos, a criatividade, a destreza manual dentre outros. **METODOLOGIA** A presente pesquisa foi realizada pelo método descritivo desenvolvido através da abordagem qualitativa, no período de Março a Abril de 2008 com Enfermeiros que atuam há mais de dois anos na Estratégia Saúde da Família de Teresina Piauí. Os oito enfermeiros entrevistados foram constatados e informados sobre o tema e o desenvolvimento da pesquisa, os mesmos receberam nomes de pedras preciosas e semipreciosas. A produção dos dados ocorreu através de um roteiro de entrevista semi-estruturada. A análise e interpretação das informações se deram por meio da adequação da técnica de análise temática. Os participantes tiveram sua identidade preservada no anonimato e sigilo, de acordo com a resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que foi formalizado através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A Pesquisa que foi avaliada pelos Comitês de Ética da Faculdade Integral Diferencial e da Fundação Municipal de Saúde, que é o órgão gestor dos Centros de Saúde que foram o cenário da pesquisa, com aprovação em ambos os Comitês. **RESULTADOS** O Processo de Enfermagem representa um planejamento sistemático e eficiente para realizar a Consulta de Enfermagem. A essência da assistência de enfermagem fundamenta-se na



promoção, manutenção e recuperação da saúde, por meio da utilização do Processo de Enfermagem e de todos os recursos técnicos e científicos. Podemos perceber que existem alguns enfermeiros que afirmam não utilizar o Processo de Enfermagem durante a Consulta de Enfermagem na Unidade Básica de Saúde. E mesmo com a importância dada à utilização do Processo de Enfermagem durante a Consulta de Enfermagem é inevitável e indispensável o surgimento de outros instrumentos. **CONCLUSÃO** Como ressalta nos depoimentos das enfermeiras surgiram opiniões favoráveis à utilização do Processo de Enfermagem para realizar a consulta de enfermagem, demonstrando que alguns profissionais conhecem e utilizam o mesmo, mais foi observado também que ainda existem os profissionais que acreditam que o Processo de Enfermagem não é um instrumento que se utilizaria na Estratégia de Saúde da Família, mais somente em ambiente hospitalar, mostrando até certo desconhecimento por parte desses profissionais.Tendo a Consulta de Enfermagem como um instrumento de sua ação é necessário que o enfermeiro conheça suas funções e as atividades que poderá realizar dentro da mesma. É importante que esta atividade seja realizada de forma correta e competente, para isso se faz necessário estudo e conhecimento da legislação que rege a Consulta de Enfermagem.

DESCRITORES: Consulta, Enfermagem, Assistência, Saúde da Família

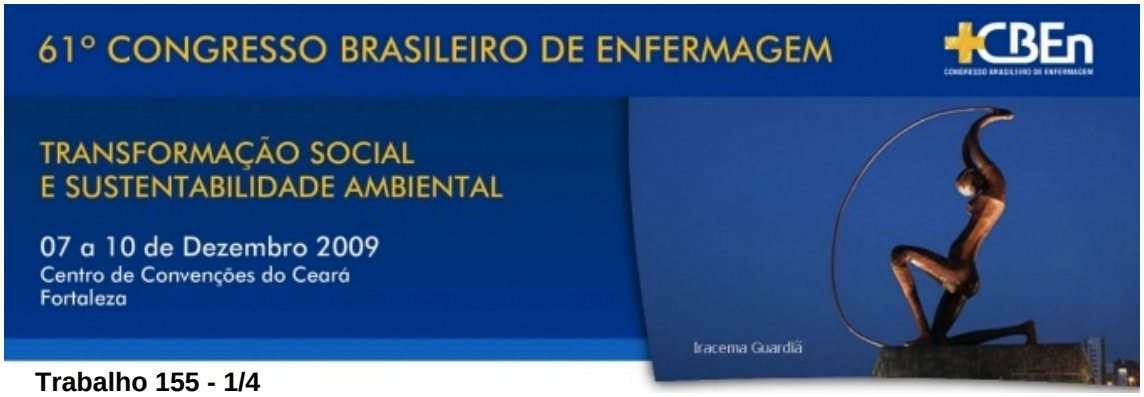
REFERÊNCIAS

CASTRO, I.B. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem,** 1975.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos Básicos para o cuidar:** um desafio para a qualidade de Assistência. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

COFEN. **Atos Normativos do COFEN em vigor**. Organização do texto por Carlos Bezerra de Lima. João Pessoa: Silk- Graf, 2005.

COREN. **Conselho Regional de Enfermagem (CE**) Lei do Exercício Profissional. Fortaleza (CE); 1995.



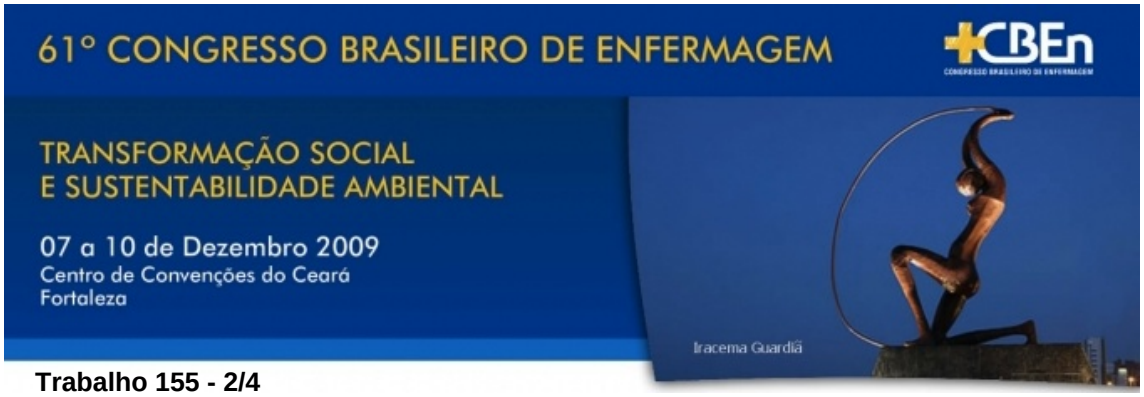
Trabalho 155 - 1/4

O ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAUDE DA FAMILIA

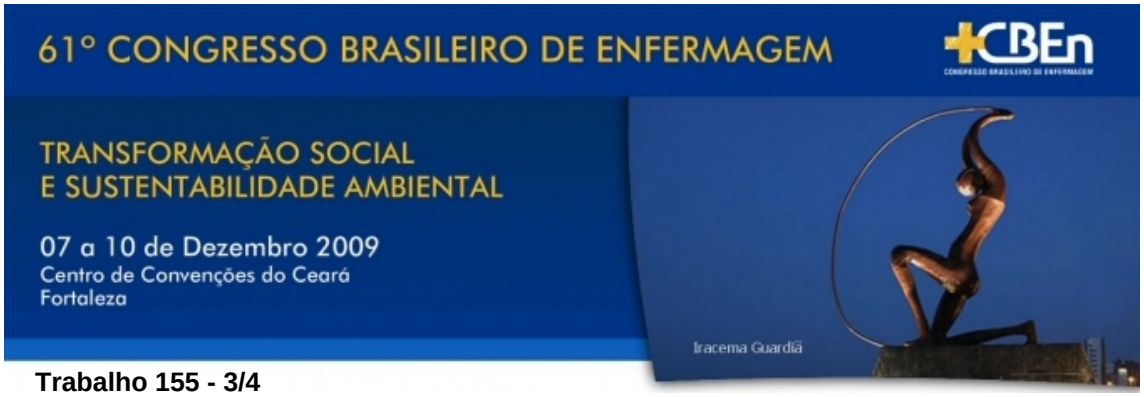
Oliveira, Roberto Santos de[1]
Azevedo, Neusa Maria de[1]
Andrade, Marilda[2]
Espírito Santo, Fátima Helena do[2]
Moreira, Leandro Arantes[3]

Introdução: O Programa Saúde da Família - PSF é uma estratégia implantada pelo Ministério da Saúde para a reorganização da prática assistencial à saúde[1], aproximando os serviços de saúde da população. Neste contexto, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, a valorização dos diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva[2]. Constitui hoje uma das melhores estratégias de atenção a saúde, desenvolvida no País; estratégia na qual o enfermeiro está inserido de maneira consolidada; e representa uma das melhores oportunidades no mercado de trabalho em saúde e com espaço significativo para o Enfermeiro. O Programa Saúde da Família requer um novo modo de atender às necessidades de saúde, onde o paciente deve ser visto de forma integral[3]. **Objetivo:** Investigar o Perfil de atuação do Enfermeiro no Programa de Saúde da Família. **Metodologia:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa; apropriado nos trabalhos em que se faz necessária objetividade nos achados e que tem a intenção de medir, mensurar, classificar os dados coletados ou mesmo quantificá-los, tornando-se analítico, por explorar aquele evento, reportando-se a ele de maneira fidedigna, analisando e correlacionando fatos e variáveis sem manipulá-los[4]. Como forma de coleta de dados foi utilizada a observação participante com o suporte de um roteiro para a observação do objeto do estudo[4]. A análise das informações permitiu quantificar dimensões objetivas interpretando facetas subjetivas do processo social estudado, além de permitir expressar as características próprias do cenário social

[1] Enfermeiros, aluno(s) do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense/ Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa. RJ. Brasil. E-mail: rsoliver@hotmail.com. e enfnazevedo@hotmail.com
[2] Enfermeiras PhD, Professora(s) do Mestrado Acadêmico e Profissional Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. RJ Brasil. E-mail: marildaandrade@uol.com.br e mailto:fatahelen@terra.com.br.
[3] Enfermeiro, Mestre em Ciências da Saúde e Meio Ambiente, PSF de Vila Norma Mesquita RJ, E-mail: arantesmoreira@hotmail.com



sob avaliação. Desenvolvido na modalidade de estudo de caso, com abordagem qualitativa, teve como cenário duas Equipes do Programa de Saúde da Família na cidade de Nova Iguaçu, região metropolitana do Rio de Janeiro; e constitui parte de pesquisa desenvolvida com autorização do CEP do HGNI (Protocolo nº 014/2008. CAAE: 0012.0.316.258-08.) como garantia do cumprimento das normas estabelecidas na Resolução 196 de 1996 que trata de pesquisa com seres humanos[5]. **Resultados:** A atuação da enfermeira é ampla e abrangente e ocorre grande satisfação pela população assistida, fato que pode ser comprovado pela livre demanda na busca da Unidade do PSF, onde a atenção está centrada na família possibilitando às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Esta visão de totalidade deve ser o princípio básico para nortear as ações da enfermagem, na assistência ao paciente[6]; os enfermeiro(as) conseguem aplicar em sua pratica cotidiana de cuidar, uma visão holística do paciente e assim, planejar, implementar e divulgar os programas necessários para assistir com integralidade a saúde do paciente. Realizam procedimentos na esfera da prevenção, da promoção e na orientação para a recuperação e reabilitação dos agravos crônicos e crônico-degenerativos. Atuam administrando o processo de cuidar em saúde no âmbito do coletivo, planejando e coordenando as ações da equipe de saúde, prevendo e provendo recursos materiais necessários para o cotidiano da equipe e elaborando estratégias de alcance dos clientes portadores de patologias de agravo notificável; além de realizar atendimento direto aos usuários do sistema Único de Saúde, com consultas de enfermagem na área de prevenção do câncer cérvico uterino, através da coleta de preventivos e analise dos resultados, na promoção da saúde da mulher e da criança na consulta de pré-natal e puericultura, com solicitação de exames, avaliação dos resultados e resolução de modo significativo para o usuário do Sistema Único de Saúde, atua na avaliação do estado nutricional para a concessão dos benefícios na área da suplementação alimentar, na educação continuada da equipe e de informação para a população, até porque o enfermeiro tem dado ênfase em sua atuação, as atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças[7] e a educação em saúde visa contribuir para a formação ou construção de uma nova cultura em se tratando de saúde, onde as pessoas estarão envolvidas no processo de auto-

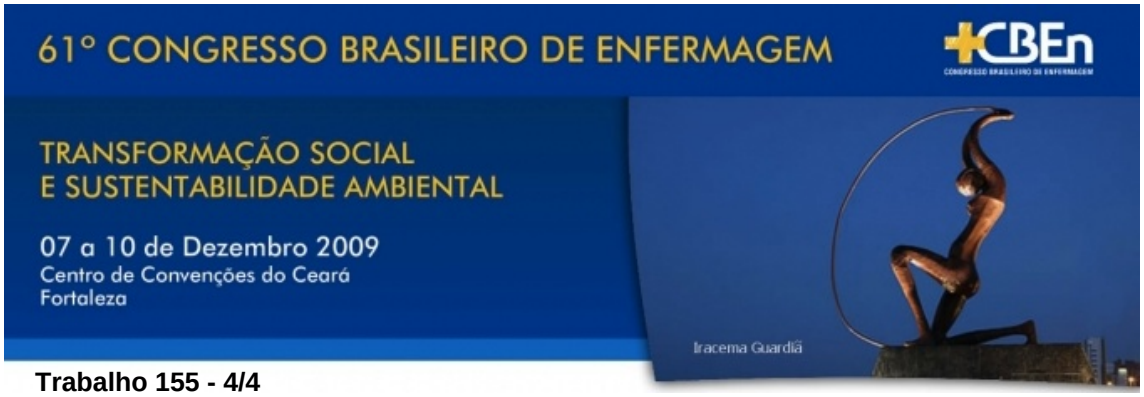


cuidado[8]; por fim ainda elabora e encaminha os relatórios das atividades desenvolvidas para alimentar o Sistema de Informação em Saúde. Apesar das inúmeras e incontáveis atividades que desenvolvem os enfermeiros relatam encontrar dificuldades relacionadas as questões políticas, nas condições de trabalho e cultural; pelas dificuldades na compreensão do conceito saúde-doença pela população, que sempre foi acostumada ao modelo assistencial curativo. Encontra respaldo legal para sua prática na Lei 8.080 de 1990[1] na Lei 7.498 de 1986[9] e em seu Decreto 94.406 de 1987[10] nas Portarias Governamentais (especificamente a Portaria n.1.627 de 2007[11]) e Protocolos Oficiais que buscam garantir um atendimento a população de forma séria e resolutiva. **Conclusão:** Constatamos competência, responsabilidade, respeito, dedicação, ética, visão critica, de caráter construtivo. Vimos que o enfermeiro na Rede Básica exerce o papel de administrador ou gerenciador do serviço de enfermagem, alem de executor de procedimentos técnicos de suma importância para a população com total e amplo respaldo legal. O que nos chamou a atenção foi que apesar das dificuldades que relatam, as Unidades de saúde do estudo conseguem obter bons resultados, relacionados à qualidade assistencial dos cuidados prestados a comunidade.

Descritores: Enfermeiro; Saúde da Família; Promoção da Saúde.

Referencias Bibliográficas:

1. Brasil. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; Diário Oficial da União, Brasília, nº. 182, Seção I, p. 18055, 20 de set. 1990.
2. Leitão GCM. Reflexões sobre gerenciamento. Texto Contexto Enferm 2001; 10(1): 104-15.
3. Benito GAV, Becker LC. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. Rev. bras. enferm. 2007; 60(3) may/june, Brasília.
4. Minayo MCS. Assis, SG. Souza ER. Organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.



5. Brasil. Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Estabelece Diretriz e Normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União em 16.10.96. Seção I - fls. 21082. Brasília: 1996.

6. Marx LC, Morita LC. Manual de gerenciamento de enfermagem. 2ª ed. São Paulo (SP): EPUB; 2003

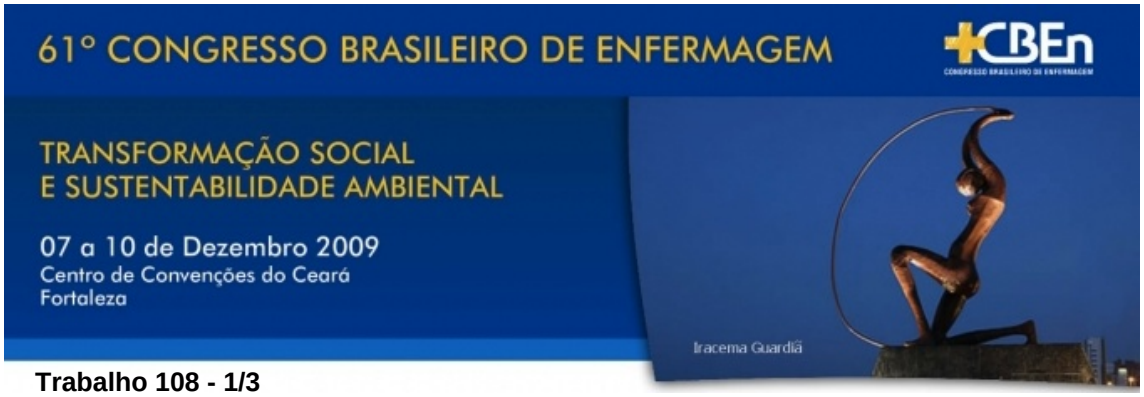
7. Potter PA, Perry AG. Grande tratado de enfermagem prática. 3ª ed. São Paulo (SP): Santos; 1998.

8. Chiesa AM. A promoção de saúde como eixo estruturante do tratamento de enfermagem no Programa Saúde da Família. Nursing 2003; 64(6): 40-6.

9. BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p.1. fls 9.273/9275

10. Brasil. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 09 jun. 1987. Seção 1, fls 8853/8855.

11. Brasil. Portaria Interministerial GM nº 1.625/2007 – Altera as atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jul. 2007.



PATERNIDADE PRECOCE E SUAS REPERCUSSÕES NOS ADOLESCENTES

Joana Paula dos Santos Torres (Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA Email:dreamoreira@yahoo.com.br Telefone: (88) 36142633)

Andréa Carvalho Araújo Moreira (Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú)

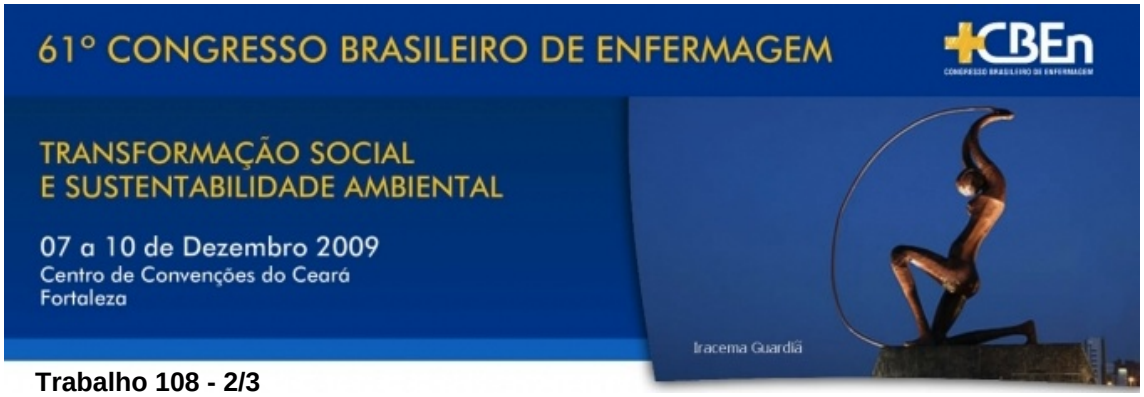
Maria Alzeni Coelho Ponte (Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA)

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto (Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA)

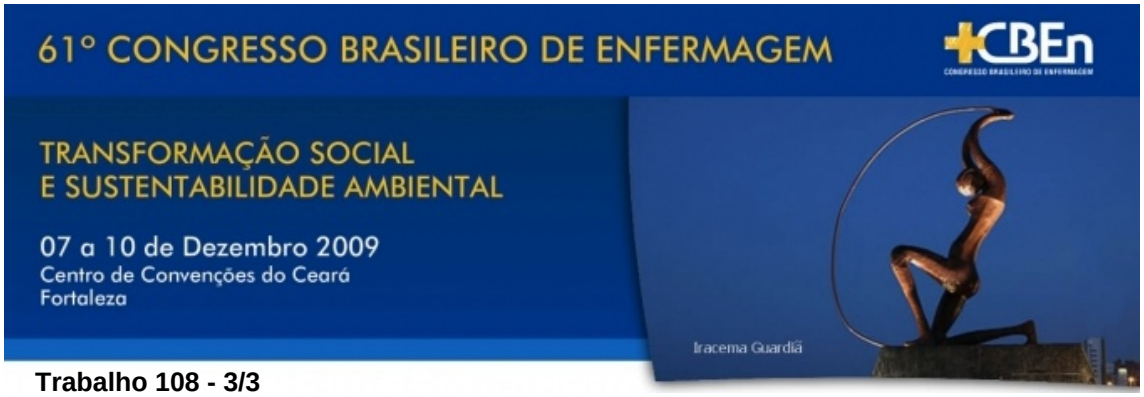
Antônia Eliana de Araújo Aragão (Faculdades INTA – Sobral-CE)

RESUMO

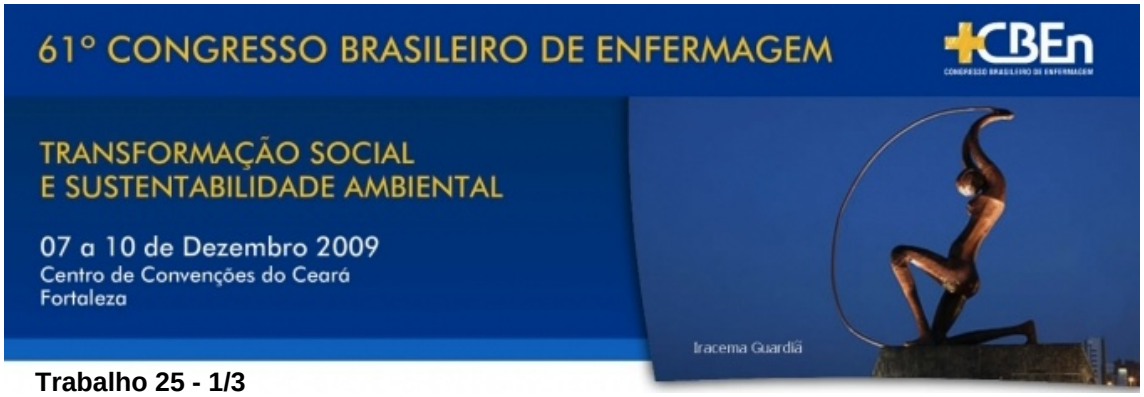
Introdução: A adolescência representa uma etapa onde o ser humano vivencia um desequilíbrio, pois o desenvolvimento fisiológico está acontecendo e ainda com estado psicológico indefinido, oscilando entre comporta-se de maneira infantil e de modo adulto. Nessa fase o adolescente inicia o relacionamento com o sexo oposto, onde também começa sua vida sexual, sendo que, na maioria das vezes, sem uma orientação sexual adequada, devido a questões culturais, vergonha ou preconceito, não sendo orientados, e conseqüentemente, engravidam as meninas antes da vida adulta. Atualmente o exercício da sexualidade possui lugar de destaque nos meios de comunicação, nos ambientes familiares e escolares, em especial no respeitante a riscos relativos à transmissão de DST/AIDS, bem como da maternidade e paternidade na adolescência. No entanto, estudos científicos com enfoque na paternidade na adolescência e suas repercussões no âmbito da visão masculina, ainda são incomuns. Diversos aspectos próprios do processo de construção de identidade no adolescente vão desembocar nas características que assumem a paternidade na elaboração da identidade masculina. A ocorrência da paternidade na adolescência é um fenômeno complexo e influenciado por fatores socioculturais, afetivo e cognitivo. **Objetivos:** Avaliar as repercussões que a paternidade precoce acarreta nos adolescentes e em seus meios de convivência; Conhecer os significados da adolescência, sexualidade e paternidade para os adolescentes; Identificar as mudanças ocorridas na vida dos adolescentes por ocasião da paternidade. **Metodologia**: O estudo foi exploratório- descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada de janeiro a abril 2009. Participaram do estudo quinze adolescentes com faixa etária de 15 a 19 anos, sexo masculino, que acompanhavam suas parceiras às consultas de pré-natal e que concordaram em participar do estudo. O critério idade adotado corresponde essencialmente a um esforço de estabelecer parâmetros comuns



capazes de permitir considerações pertinentes nos dados encontrados. A pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde da sede do município de Acaraú- CE. Para a coleta dos dados utilizamos como instrumento um roteiro de entrevista semi-estruturada, o qual tinha como questões norteadoras: Quais as concepções de adolescência e paternidade? Quais as mudanças e/ou repercussões ocorridas após essa experiência? Além disso, foi realizado um grupo de apoio aos adolescentes que participaram da pesquisa, através de um programa de extensão à assistência prestada ao adolescente, realizada na unidade de saúde e registrado as observações de campo. Assim sendo, as informações foram transcritas, analisadas e posteriormente organizadas em categorias: **Concepções sobre adolescência**, **Concepções sobre Sexualidade**, **Concepções sobre paternidade** e **Repercussões sociais sobre paternidade**. Os resultados foram discutidos com a literatura pertinente. **Resultados:** As **concepções sobre adolescência**, onde vislumbramos as definições formuladas pelos sujeitos sobre o que é ser adolescente, identificamos que se trata da fase onde a pessoa já conquista sua independência, que para os entrevistados é sair para festas com amigos, chegar tarde em casa, como também já começa a adquirir as responsabilidades de adultos. Percebem que sua imagem é mantida pela sociedade, como sinônimo de encrenca, ao apontar apenas seus comportamentos negativos, como: uso de álcool, evasão escolar, sexo sem proteção, violência e criminalidade. Foi frisado ainda o quanto a sociedade considera o adolescente inexperiente e que, portanto não conseguem discernir que caminho a seguir na vida. Na **categoria sobre sexualidade** nos revela como os adolescentes enveredam pelo caminho da iniciação sexual. Os homens buscam reproduzir o padrão de comportamento definido a priori para eles, no intuito de atender as expectativas sociais. Independente de estar ou não preparado psicologicamente, o adolescente, às vezes, vê-se diante de intensas solicitações sexuais as quais deve corresponder. Para os entrevistados, a primeira relação serve para mostrar que já é homem, o que vem acompanhada da exaltação a virilidade. Percebemos que a compreensão da sexualidade está relacionada apenas a relação sexual com o outro. A construção do que é ser masculino e a formação da identidade sexual, a partir da relação de gênero, são aspectos entre outros, de fundamental importância para se compreender como em determinado tempo e espaço se exerce a paternidade. Na **categoria concepções sobre paternidade** apresenta projeções ideológicas estereotipadas com funções específicas, ou seja, o pai serve enquanto autoridade, representatividade social, sustento econômico, entre outras dão passagem a um novo cenário onde passa a haver um vinculo afetivo mais próximo entre pai e filho. O significado da paternidade é representado também por sentimentos de preocupação, ansiedade e expectativas, trazidos como grande aumento nas suas responsabilidades. Em relação aos adolescentes-pais falta-lhes preparo para a criação dos filhos, apesar dos próprios adolescentes idealizarem o exercício da paternidade mais afetivo, na realidade a paternidade tem como



característica a autoridade própria do homem, em detrimento do lado afetivo. A paternidade representa a imagem de masculinidade, autoridade e amadurecimento. Na **categoria repercussões psicossociais sobre paternidade** revela os efeitos psicossociais negativos e positivos acarretados pela paternidade precoce. Evidenciamos que quando ocorre na adolescência de certa forma a paternidade incomoda. No jovem ainda persiste a vontade de se divertir, de ficar com os amigos. O nascimento do filho transforma seu mundo. Há também a cobrança da família e a vida toma novos rumos, novas responsabilidades. Assumir a paternidade constitui radical experiência para o adolescente. Entre os sentimentos negativos observados, encontramos: revolta, medo, tristeza, devido o despreparo para lidar com a situação. O senso comum acentua o estereótipo de pai emocionalmente distante. No entanto, existem pais que assumem seus compromissos e cuidam de seus filhos. Verificamos pais adolescentes que se adaptaram perfeitamente ao estereótipo de pais preocupados, mostrando-se desejosos de assumir seus compromissos paternos e o cuidado de seus filhos, relatando terem sentido alegria com a notícia da paternidade. Ressaltamos que sobre as principais mudanças ocorridas após a paternidade, foi enfatizada a necessidade de trabalhar para prover o sustento do filho. Foi notória a dificuldade encontrada pelo adolescente para assumir a criança, pois ele não tem emprego, nem profissão definida. E principalmente falta-lhe tempo para estudar, para dedicar-se as atividades próprias dos adolescentes. **Considerações finais:** O estudo possibilitou esses homens falarem de suas experiências, mediante a construção de um discurso sobre paternidade, permitiu socializarem seus sentimentos, perspectivas e mudanças que a paternidade precoce pode proporcionar. De modo muito claro, os adolescentes sentem os estereótipos e preconceitos a eles impostos pela sociedade, ao rotulá-los de incompetentes, desqualificados culturalmente, incompreensíveis, etc. Contudo, apontamos a necessidade de nos aproximar da saúde do homem, ainda na fase da adolescência, no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Especialmente, o enfermeiro, terá que dispor de habilidades não somente técnicas, mas de comunicação e empatia para elaborar estratégia de adesão ao serviço de saúde e promoção à saúde para esse grupo populacional.



Trabalho 25 - 1/3

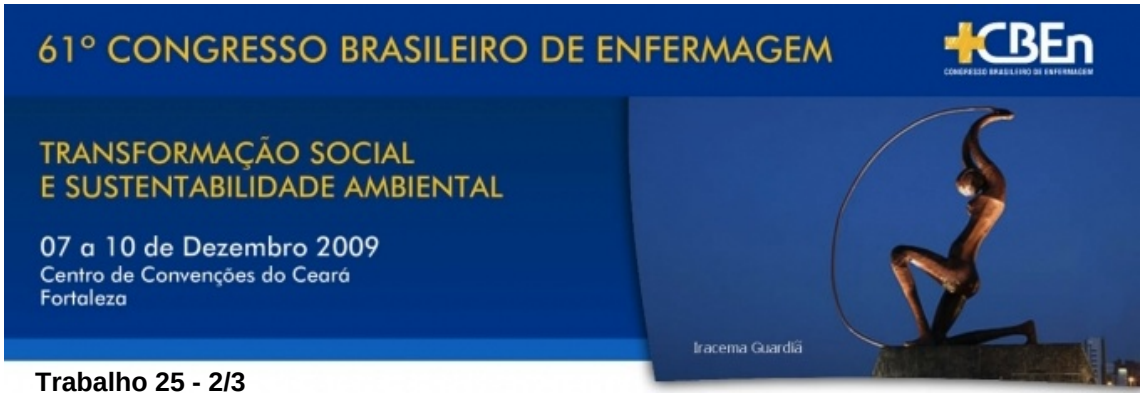
TÍTULO: PREVENINDO O CÂNCER DE PRÓSTATA: "UM DESAFIO À MASCULINIDADE"

1GONÇALVES, Sebastião Jorge da Cunha
2CARDOSO, José Vinícius Fonseca
[3]COSTA, Siléia Coelho

RESUMO:

Introdução: Este trabalho verifica a importância da prevenção do Câncer de Próstata, neoplasia típica da população masculina na faixa etária dos 50 anos. Justifica-se o presente trabalho mediante a responsabilidade dos acadêmicos, profissionais de saúde das Unidades de Estratégia Saúde da Família e as políticas públicas de saúde, desenvolverem ações que possibilitem a integração na saúde do homem ao Programa Nacional de Controle ao Câncer de Próstata. **Objetivos:** (1) identificar a percepção e o conhecimento do homem urbano e rural do Município de Vassouras acerca do exame de prevenção do câncer de próstata; (2) analisar e comparar a percepção e o conhecimento entre homens rurais e urbanos do Município de Vassouras acerca do Câncer de Próstata; (3)maior esclarecimento sobre o assunto na população bem como o papel desempenhado pelo Enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família na prevenção e tratamento da doença, analisando os aspectos sociais, psicológicos e culturais que envolvem a população masculina e ainda a influência da masculinidade na prevenção. **Justificativa;** Diante da importância do estudo da prevenção ao Câncer de Próstata para a população, uma vez que grande parte da população se prende aos ditames morais, sociais e culturais além da masculinidade bem como mediante a responsabilidade dos acadêmicos, profissionais de saúde e as políticas públicas de saúde, desenvolverem ações que possibilitem a integração na saúde do homem ao Programa Nacional de Controle ao Câncer de próstata.

Acompanha-se a evolução e ampliação das Políticas Públicas de Saúde na prevenção do Câncer de Próstata, já que o câncer de próstata é considerado como a quarta causa de morte após a década de vida. Realiza-se no presente trabalho, pesquisa informativa quanto a informação da população masculina no Município de Vassouras, das zonas urbanas e rurais, sobre o Câncer de Próstata e sua prevenção. Através desta pesquisa, concluiu-se que homens da zona rural possuem uma maior resistência a realização do exame preventivo do Câncer de Próstata do que os de zona urbana**.** **Metodologia:** Os elementos selecionados para estudo foram clientes atendidos na ESF



da zona urbana e da ESF da zona rural, vide apêndice I. A amostra foi de homens que de livre e espontânea vontade desejaram participar da pesquisa, maiores de 40 anos, que freqüentaram a Unidade ESF no período do mês de setembro/outubro. “Um Desafio a Masculinidade”, sob a Ótica da Clientela, e a maneira como é apreendido o conhecimento sobre o assunto, pelos usuários, na tentativa de compreender a dinâmica desenvolvida nesses clientes, na Estratégia Saúde da Família (ESF) durante as consultas ambulatoriais. CHIZZOTTI, 2006, p. 81 ressalta que, na abordagem qualitativa, existe uma relação dinâmica com a realidade do mundo e o seu sujeito, o pesquisador faz parte do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado.

Palavras-chave: enfermeiro, prevenção, câncer de próstata, masculinidade.

Considerações Finais.

Vimos o papel do enfermeiro na prevenção do câncer, sobretudo no Câncer de Próstata, na medida em que o enfermeiro está diretamente ligado aos programas de divulgação e prevenção ao câncer, fazendo o profissional de enfermagem a nosso ver, elemento fundamental para a prevenção da doença.

Através da pesquisa realizada, os dois grupos de homens estudados, em determinados momentos, se diferenciaram em suas falas e, em outros, se encontraram em sentidos partilhados, independentemente do seu grau de escolaridade.

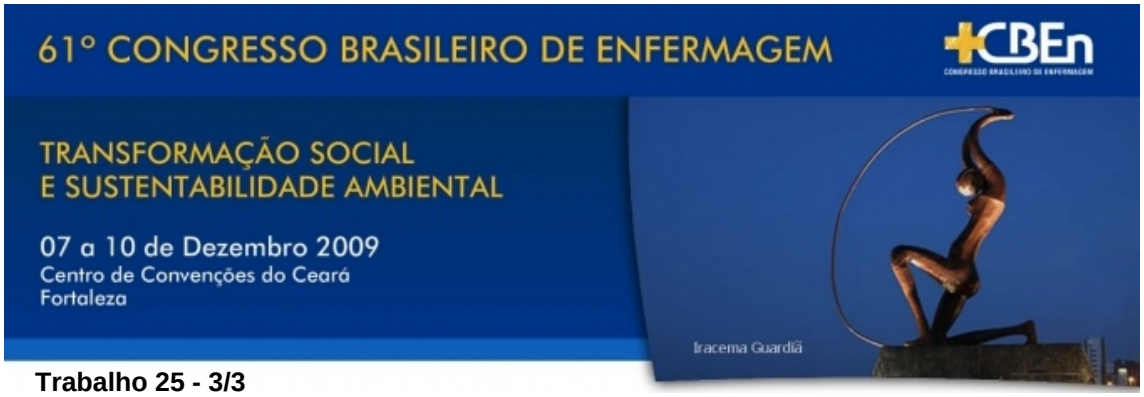
Os homens da zona urbana visivelmente apontaram para uma atitude maior de adesão ao toque retal, mesmo para aqueles que não o realizaram. Comparando-os com os do grupo da zona rural, eles não só realizaram mais tal exame como também trouxeram uma maior crítica em relação ao fato de o modelo hegemônico de masculinidade influenciar a não busca de um diagnóstico precoce de câncer prostático. Em conseqüência disso, demonstraram maior poder de ressignificação do exame, apontando para a possibilidade de se aceitar um mal menor (toque retal) em prol de um bem maior (prevenir-se contra o câncer prostático).

Bibliografia:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev. Câncer da Próstata: Consenso – Rio de Janeiro: INCA, 2002.

CHIZZOTTI, Antonio, Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais, Editora Vozes, 2006, 6ª ed.

.



GOMES, Romeu, Ciência & Saúde Coletiva, Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão, vol.8 no.3 Rio de Janeiro 2003.

GOMES, Romeu. Elaine Ferreira do Nascimento, Lúcia Emília Figueiredo de Sousa Rebello, Fábio Carvalho de Araújo - As Arranhaduras da Masculinidade: Uma Discussão sobre o Toque Retal como Medida de Prevenção do Câncer Prostático. Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ. 2004.

HERNANDES, Clodovil, Projeto de lei nº2.374/2007, Câmara dos Deputados do Congresso Nacional, 2007.

LIMA, Ana Claudia Feitosa, Kátia Vanessa Menezes da Silva, Joselany Afio Caetano, Maria Alzete de Lima, Luciene Miranda de Andrade, Conhecimentos dos Trabalhadores de uma Universidade Privada sobre a Prevenção do Câncer de Próstata, 2005.

LUCUMI-CUESTA DI, Cabrera-Arana GA. Creencias de hombres de Cali, Colômbia, sobre el examen digital rectal: hallazgos de um estúdio exploratório Cad Saúde Publica, 2005:21 (Supl 5), 1491-98

MIRANDA PSC, Cortes MCJW, Martins ME, Chaves PC, Santarosa RC. Praticas de diagnostico precoce de câncer de próstata entre professores da Faculdade de Medicina – UFMG. Ver Assoc Méd Brás 2004; 50 (3); 272-5.

MYNAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde . 5 ed. São Paulo: HUCITEC – Abrasco, 1998.269 pg.

MYNAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro, Editora Hucitec – Abrasco, 1999

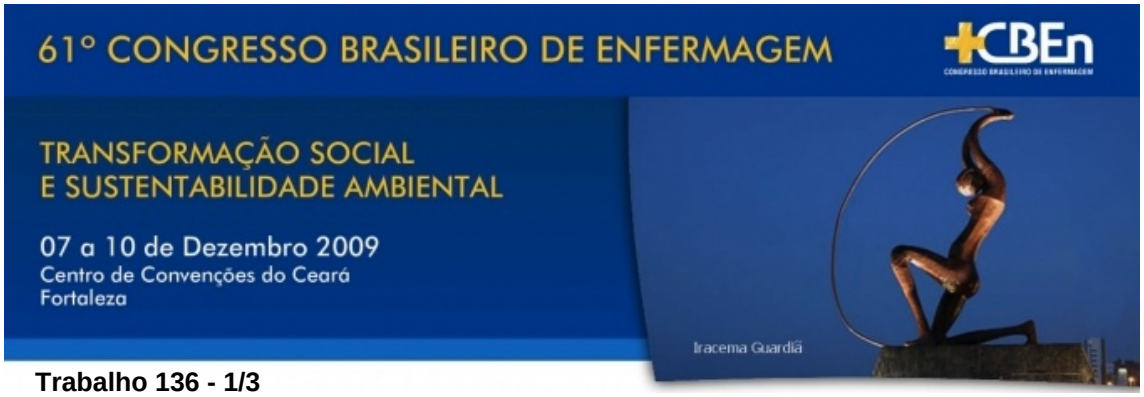
MYNAYO, Maria Cecililia de Souza; Hartz; Zumira Maria de Araujo; Buss; Paulo Marchiori. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva v.5 n.1 Rio de Janeiro 2000.

---

[1]GONÇALVES, Sebastião Jorge da Cunha., mestre em Psicologia/Psicanálise – Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora- M.G, profº da Universidade Severino Sombra – Vassouras RJ, disciplina de Enfermagem em Doenças Transmissíveis, Epidemiologia Clínica em Enfermagem.

[2] CARDOSO, José Vinícius Fonseca, aluno da disciplina Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Severino Sombra, Vassouras-rj.

[3]COSTA, Siléia Coelho, preceptora da Universidade Severino Sombra e enfermeira da Estratégia Saúde da Família Pedro Casemiro Alves e funcionária da Secretaria Municipal de Saúde de Vassouras-RJ.



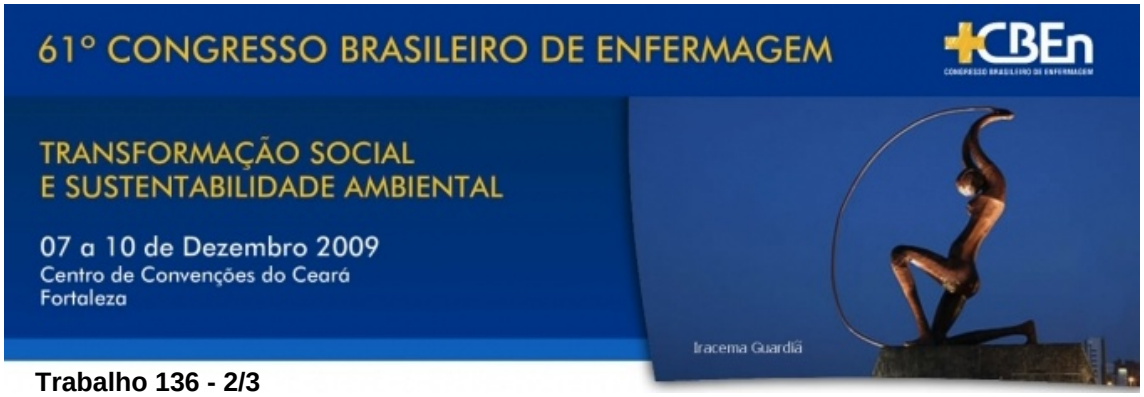
Trabalho 136 - 1/3

RASTREAMENTO DO PÉ DIABÉTICO EM RISCO PELO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

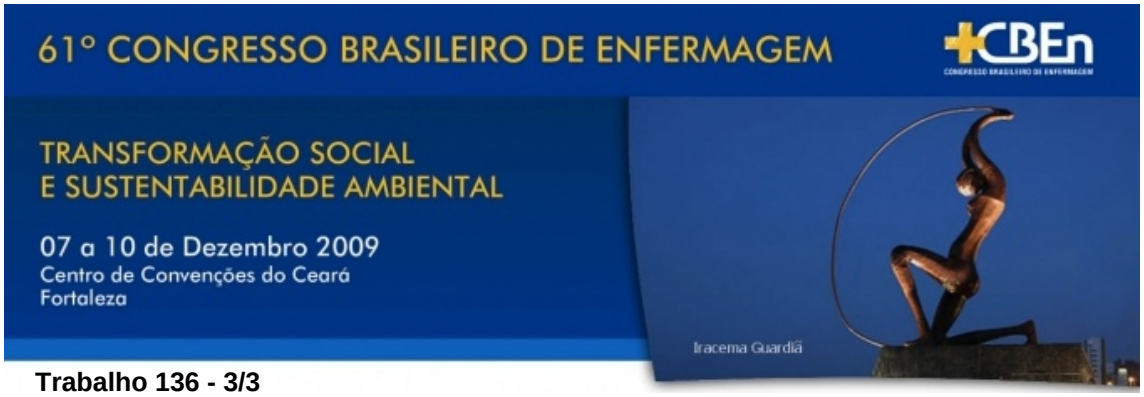
Nancy Nay Leite de Araújo Loiola Batista[1]
Sandra Cecília de Souza Lima[2]
Andreza Thátila Assunção e Medeiros[3]

INTRODUÇÃO: O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, que se caracteriza por uma variedade de complicações, que ocorrem em longo prazo, num período de 5 a 10 anos de diagnóstico, mas que podem estar presentes no momento do diagnóstico, pois a doença pode ocorrer de forma insidiosa e as complicações são observadas tanto no tipo 1 quanto no 2. Dentre estas complicações, destaca-se o Pé diabético, considerado um problema grave e com consequências muitas vezes devastadoras diante dos resultados das ulcerações que podem implicar em amputação de dedos, pés ou pernas ou a perda da vida do paciente. Dos milhões de indivíduos diabéticos em todo mundo, 4 a 10% desenvolvem lesões nos pés. A definição de Pé diabético da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de qualquer infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos associadas a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores. Úlceras nos pés são erosões cutâneas caracterizadas pela perda do epitélio que se estendem até a derme e chegam aos tecidos mais profundos. A interação da doença vascular, da infecção e em especial da neuropatia periférica transforma o pé do diabético em um órgão alvo de altíssimo risco. Cerca de 15% de indivíduos diabéticos desenvolverão ulceração dos pés em algum momento de suas vidas e, portanto, estão expostos à possibilidade de amputação de membros inferiores, tendo como resultado uma tragédia anunciada e um grave problema de saúde pública. A cada 30 segundos um membro inferior é amputado ao redor do mundo. Aproximadamente 70% das amputações realizadas estão relacionadas ao diabetes e implicam taxas de mortalidade relativamente altas. Como medida de prevenção do Pé diabético, além das atividades educativas para o autocuidado, o Consenso Internacional sobre Pé diabético preconiza o rastreamento do pé em risco com o diapazão de 128 Hz que avalia a sensibilidade vibratória; o monofilamento 5.07 (10g) de Simmes-Weinstein e o chumaço de algodão a sensibilidade tátil; o martelo de dejerine e martelo neurológico para exame dos reflexos de Aquileu e Patelar; tubos de ensaio com substâncias frias e mornas para sensibilidade térmica e pinos ou objetos pontiagudos para testar a sensibilidade dolorosa. Após essa busca de sinais de neuropatia, é feita uma avaliação da perfusão sanguínea com provas de enchimento e esvaziamento capilar para identificar vasculopatia. É recomendado conferir o tipo de calçado, higiene e corte de unhas, situação de hidratação da pele e, por fim, é estabelecido o grau de risco, utilizando a classificação indicada pelo próprio Consenso. Estudos referenciados pela Federação Nacional de Diabetes (FENAD) apontam que cerca de 50 a 70% das amputações dos membros inferiores de pessoas diabéticas poderiam ser evitadas se os mesmos fossem orientados sobre medidas de cuidados preventivos para complicações com os pés e praticassem os cuidados recebidos, pois programas educacionais mostram redução de amputações em até 40% dos casos. Portanto faz necessário que os enfermeiros e outros profissionais de saúde desenvolvam atividades para prevenção de amputações de membros em diabéticos, pois as amputações reduzem a função e a qualidade de vida e impõem um ônus pesado aos pacientes, seus familiares e aos sistemas de assistência à saúde. Saúde da Família é a estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde (MS) para organizar a Atenção Básica e tem como principal desafio promover à reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, direcionando-as para uma maior proximidade com as famílias e, com isso, melhorar a qualidade

[1] Enfermeira da ESF, Mestre em Enfermagem, Professora da Faculdade Santo Agostinho e da FACE.
[2] Enfermeira da ESF, Especialista em Saúde da Criança, Professora da Faculdade FACE.
[3] Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí.



de vida da população. A estratégia incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS, universalização, descentralização, integralidade e controle social, mediante o cadastramento e vinculação dos usuários. A construção de um Sistema de Serviços de Saúde Democrático, universal, igualitário e integral constitui um processo Social e político que acontece por meio de formulação de Políticas Públicas voltadas para a Saúde, mas essencialmente no cotidiano dos serviços de saúde. A perspectiva de que as Políticas de Saúde se materializem na ponta do sistema, ou seja, mediante ações de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços, é relevante para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde, visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde. Era preciso para construir esse Sistema de Saúde democrático (SUS), a reorganização do modelo assistencial vigente e hegemônico no país, no qual a própria Atenção Básica dava um enfoque maior à prática curativa. A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela portaria GM nº. 648 de 28 de março de 2006 caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Utiliza tecnologias de elevada complexidade (conhecimento dos profissionais) e baixa densidade (equipamentos), que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, o Programa de Saúde da Família deve: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes de saúde atuam, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizadas com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade. Dentro deste contexto de mudança de paradigmas proposto pela estratégia Saúde da Família e pela percepção da equipe do número de pacientes diabéticos assistidos com lesões nos pés, que procuravam o centro de saúde para realização de curativos, e pela experiência da enfermeira da equipe no exame do pé observou-se a necessidade da realização de ações por parte da equipe que prevenissem o aparecimento de lesões nestes pacientes e possibilitasse um cuidar diferenciado a esta clientela. **OBJETIVOS:** Este trabalho relata a experiência da enfermeira da equipe de Saúde da Família 188 do bairro Poti Velho, Teresina-PI, no rastreamento e classificação dos pés dos diabéticos em graus de risco para surgimento de complicações. As ações tinham como objetivo rastrear os pés dos diabéticos assistidos pela equipe para identificar e classificar os pés em risco e assim organizar a assistência de acordo com os graus de risco. **METODOLOGIA:** Refere-se a experiência da equipe 188 da estratégia Saúde da Família, da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-Pi, no rastreamento de pés em risco. A mesma foi iniciada em novembro de 2006 como medida de prevenção de amputações de membros inferiores em diabéticos. A experiência seguiu os seguintes passos: Percepção da enfermeira e da auxiliar de enfermagem do número considerável de pacientes diabéticos com lesões nos pés; Elaboração de um roteiro para o exame dos pés seguindo orientações do Consenso Internacional de Pé diabético; Criação da rotina de exame dos pés dos pacientes diabéticos durante as consultas de enfermagem e em datas significativas como o dia mundial de combate ao diabetes; Comunicação através do agente comunitário de saúde aos pacientes diabéticos assistidos pela equipe das datas e locais onde serão realizados os exames dos pés para identificação dos pés em risco; a classificação dos mesmos em graus de risco que também segue as orientações do Consenso Internacional de diabetes; Agendamento dos pacientes para acompanhamento de acordo com o grau de risco identificado, Padronização pela enfermeira da técnica, das soluções usadas nos curativos nas lesões dos pés de diabéticos e da rotina de realização do curativo; Padronização de antibióticos pelo médico da equipe para uso em lesões infectadas; Criação de uma rotina de orientações para o autocuidado com os pés. **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:** Houve um grande impacto na redução do número de pacientes diabéticos com lesões nos pés após a implantação do rastreamento dos pés em risco como rotina da equipe e a otimização do atendimento no que se refere ao exame dos pés, pois com a identificação dos pacientes com pés



em risco, possibilitou um cuidar diferenciado por parte da equipe, sobrou tempo para uma maior atenção a quem mais necessita, respeitando o princípio de Equidade do SUS. O grande resultado que impulsiona e motiva a manter o rastreamento dos pés é a ausência de amputações altas de membros inferiores (transtibial, transfemural e amputação de quadril) nos 106 diabéticos assistidos pela equipe. Após a normatização da rotina de exame dos pés para identificação de pés em risco em 2006, constatou-se apenas uma amputação de podáctilos, em uma paciente com 16 anos de diabetes. **CONCLUSÕES:** Sustentada pela inexistência de amputações altas nos 106 pacientes diabéticos assistidos pela equipe, na resolutividade dos curativos das lesões em membros inferiores e receptividade dos pacientes ao exame físico dos pés, recomenda-se a realização da experiência por outras equipes da ESF para que haja a identificação precoce do pé em risco e uma atenção diferenciada pelos profissionais médicos e enfermeiros aos grupos de maior risco. O rastreamento do Pé em diabéticos e o cuidar diferenciado do pé em risco ou com lesão, pelo profissional enfermeiro oferece mais uma oportunidade de visualização da profissão pela sociedade, como uma profissão científica que alia conhecimentos técnicos a atitudes humanitárias.

Palavras chave: Saúde da Família. Enfermagem. Diabetes Mellitus.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assitencial**. Brasilia: Ministério da Saúde, 2001.

BOWKER, J. H; PFEIFER, M. A. **Levin e O'Neal:** O pé diabético. 6 ed. Tradução de Carlos Henrique de Araújo Consedey e Erly Bom Cosendey. Rio de Janeiro: Dilivros, 2002.

FENAD. **Capacitação ao Tratamento do Diabetes pelas Cidades Médias Brasileiras**. Um Modelo de Educação Replicável para Multi-Profissionais Apostila Etapa 1. São Paulo, 2006.

HIROTA, C. M. O.; HADDAD, M. C. L.; GUARIENTE, M. H. D. M. Pé diabético: o papel do enfermeiro no contexto das inovações terapêuticas. **Cienc Cuid Saude** 2008 Jan/Mar; 7(1): 114-120.

PEDROSA, C. H. *et al.* **Consenso Internacional sobre Pé diabético.** Ministério da Saúde. Brasil. 2001.



RELAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS CLÍNICAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS PRINCÍPIOS DOS SUS

Ana Luzia Miranda Monteiro (Estratégia Saúde da Familia em Fortaleza); **Keila Maria de Azevedo Ponte (**Hospital do Coração de Sobral e Instituto Superior de Teologia Aplicada, Email: keilinhaponte@hotmail.com); Antonia Eliana de Araújo Aragão (Instituto Superior de Teologia Aplicada); Michelle Alves Vasconcelos (Instituto Superior de Teologia Aplicada, SAMU, Santa Casa de Sobral); Maria Adelane Monteiro da Silva (Instituto Superior de Teologia Aplicada e Escola de Saúde Visconde de Sabóia).

INTRODUÇÃO

As ações e os serviços de saúde públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) devem obedecer aos princípios da universalidade do acesso, integralidade e igualdade da assistência, devendo os profissionais executar suas atividades em saúde, direcionadas e voltadas para esses princípios, garantindo os mesmos aos usuários.

Cunha *et al* (2000) afirmam que o principio da integralidade diz respeito a visualizar a "pessoa como um todo" e que suas necessidades sejam assistidas através de ações integradas de promoção da saúde, prevenção de doenças, além da cura e reabilitação.

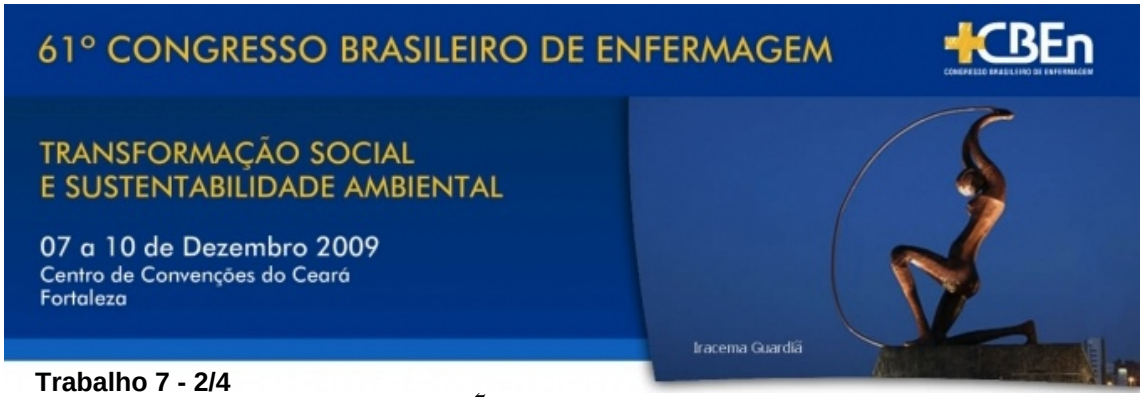
A enfermagem tem contribuído muito com o processo de construção de políticas sociais e públicas voltadas para o fortalecimento do SUS, considerando sua participação nas práticas de intervenção social no âmbito da gestão, do ensino e assistência.

A enfermagem, como parte do processo de produção em saúde, é determinada pelos mesmos paradigmas que regem o conjunto das práticas no campo da saúde e está sujeita às mesmas visões do processo saúde-doença, que necessita reformular (SALUM *et al*, 2000).

O enfermeiro é um profissional que integra, obrigatoriamente, a equipe de saúde da família, o qual vem desenvolvendo importantes atribuições na unidade básica de saúde e na comunidade, prestando, continuamente, assistência e promovendo processos de educação e saúde.

Nesse contexto, para que os objetivos do SUS sejam atingidos, exige-se o desenvolvimento de determinado processo de trabalho de enfermagem que vem se diversificando em atividades assistenciais, de gerência, de ensino e de pesquisa.

A importância desta pesquisa se desdobra na produção de conhecimentos que serão consumidos pela academia e pelos enfermeiros da estratégia de saúde da família, assim como, na possibilidade de fornecer subsídios para futuros redirecionamentos da prática clínica dos profissionais.



OBJETIVOS

- Conhecer a compreensão que os enfermeiros da atenção primária têm sobre os princípios do SUS;
- Investigar como os princípios do SUS são operacionalizados pelos enfermeiros no desenvolvimento de suas ações;
- Identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para a operacionalização dos princípios do SUS.

METODOLOGIA

O estudo é de caráter exploratório-descritivo, com fundamentação na abordagem qualitativa por melhor adequar-se à análise do objeto e aos objetivos da pesquisa.

Os locais selecionados para execução desse estudo foram as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) pertencentes à SER VI em Fortaleza-CE. Sessenta e quatro enfermeiros desenvolvem atividades nestas UBSFs. Destes, vinte seis compuseram a amostra do estudo. Os demais foram excluídos porque se recusaram ou não estavam presentes nas unidades.

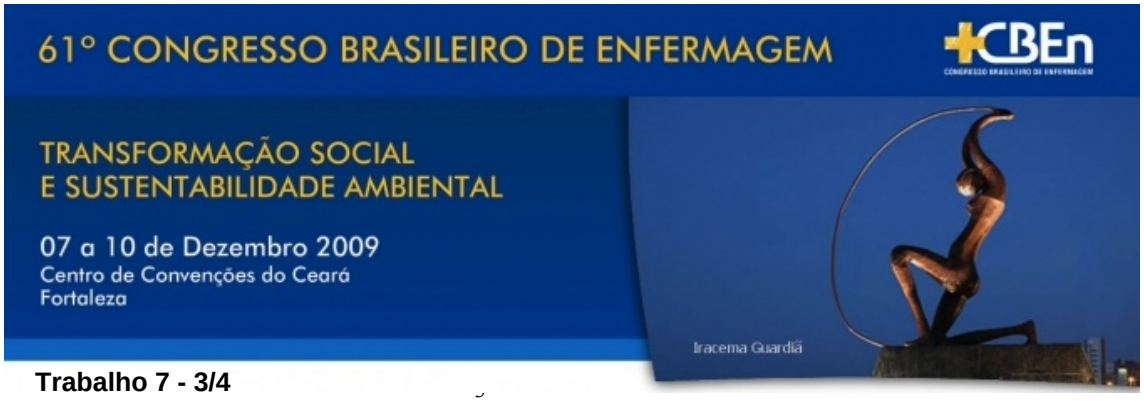
A coleta de dados aconteceu durante os meses de agosto e setembro de 2008, onde foi utilizado um roteiro de entrevista. Os dados foram organizados a partir das transcrições das entrevistas e leituras sucessivas das falas, onde as idéias centrais, ou seja, aquelas mais evidentes, que descreveram de forma sintética e precisa o sentido das falas, foram identificadas e registradas. Foi obedecido o que preconiza a Resolução 196/96, quanto aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora uma visão holística do homem, da medicina e da saúde seja antiga, o conceito dos princípios é relativamente novo na saúde. Quando indagado qual a compreensão conceitual dos princípios do SUS os profissionais demonstraram um conhecimento básico, houve equivoco interpretativo com alguns termos que fazem parte do ordenamento jurídico da saúde.

A aplicabilidade dos princípios do SUS implica um passo a mais, cujo conhecimento das necessidades e demandas individuais e coletivas acerca da saúde deve ser resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, nos diversos níveis de atenção à saúde individual e coletiva.

Nessa pesquisa as enfermeiras destacaram que a oferta do serviço de saúde é considerada um elemento de grande dificuldade para ser operacionalizado.



Embora existam diversas dificuldades para a oferta de serviços em quantidade adequada segundo as entrevistadas pode-se observar através das falas que existe por parte dos profissionais o desejo em superar os obstáculos para o cumprimento de ações do atendimento da atenção primária.

A aplicabilidade dos princípios é o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação.

Contudo, observa-se que ainda assim as enfermeiras reconhecem a importância da sua participação para a concretização do atual modelo de saúde, apesar dos limites impostos à sua atuação, o que conduz a uma perspectiva de acreditar que a aplicabilidade dos princípios vai se consolidando conforme sua conjuntura administrativa e política. Neste sentido o profissional poderá ser influenciado, por estar inserido nessa conjuntura.

Teve uma abordagem nas falas, devido o enfermeiro atuar como generalista pode contribui com a realização dos princípios, porque não se volta para o atendimento individual exclusivo como é a prática de outros profissionais de saúde, mas também tem uma visão e atuação na organização do serviço para prestar a assistência.

Os trabalhadores que atuam nos serviços devem ser capazes de não modelar as demandas trazidas pelos usuários de acordo com o ofertado pelo serviço, como regularmente acontece.

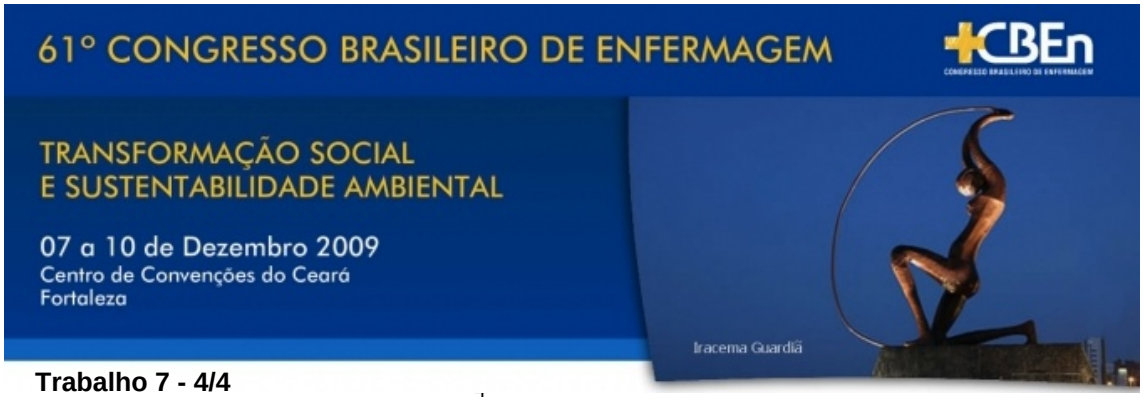
Os participantes foram enfáticos em declarar que a principal barreira para aplicação dos princípios advêm da falta de material, falta de recursos humanos e falta de estrutura física adequada. Isto é, deixaram claro que as barreiras são postas por uma parte do processo do qual eles são alheios.

As dificuldades descritas interferem na capacidade de resolução dos serviços, em todos os níveis de assistência. Os profissionais entrevistados referem-se aos serviços que dirigem como sendo de boa qualidade, porém, quando discutem temas como eqüidade, justiça e condições de trabalho, apontam sérias deficiências em relação à qualidade do atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi verificado que os profissionais possuem o conhecimento a respeito das concepções e doutrinas do SUS e reconhecem a importância de sua aplicabilidade na prática clínica.

Esses impedimentos acontecem em parte pela precária estrutura física das unidades, carência de recursos materiais e principalmente de recursos humanos, o que impede que as doutrinas do sistema se concretizem como política de saúde.



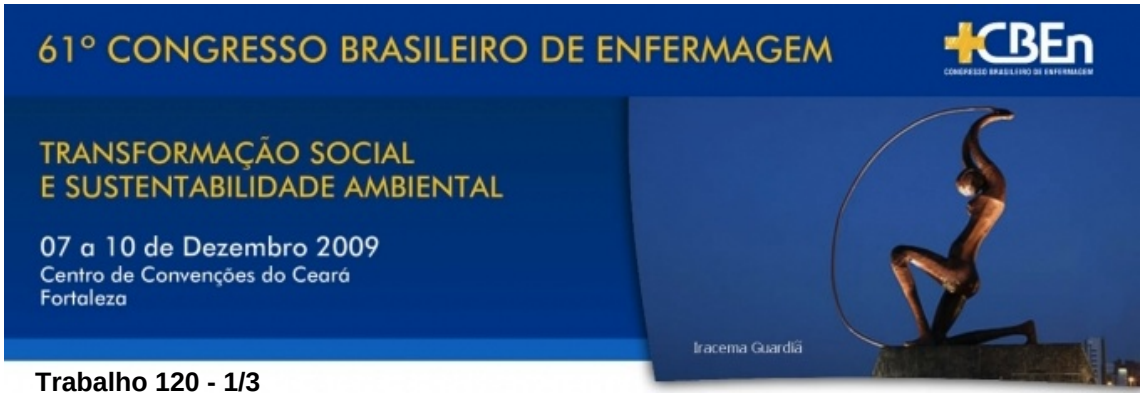
Face ao contexto observado sugerimos ampliar as equipes da saúde da família para desafogar o atendimento e assim aplicar melhor os princípios universalidade, equidade e integralidade.

REFERENCIAS

CUNHA, E. M; CARVALHO, A. I; LOBATO, L. V. C; CONILL, E. M. **Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da *integralidade* da atenção básica**. São Paulo: Artes, 2000.

SALUM, M. J. L. **O ensino de enfermagem**. Cadernos do Vestibular, São Paulo, v. 1, 31 out. 2000.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

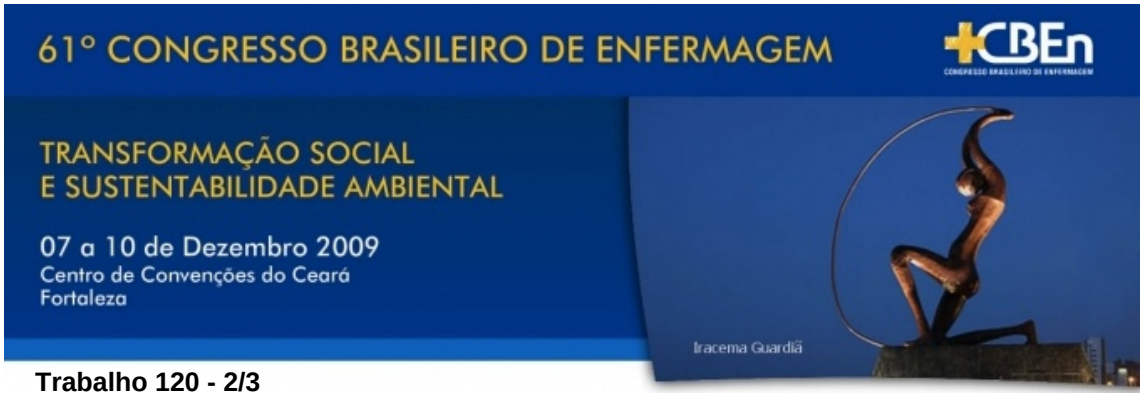


SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PACIENTE OSTOMIZADO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A INTERDISCIPLINARIDADE PLANEJADA

COSTA, Franciele Teza [1]
ZIMMERMANN, Karina Cardoso Gulbis[2]
SALVARO, Maria Salete [3]
HOEPERS, Neiva Junkes [4]
ZIMMERMANN, Jose A. Dutra[5]

RESUMO

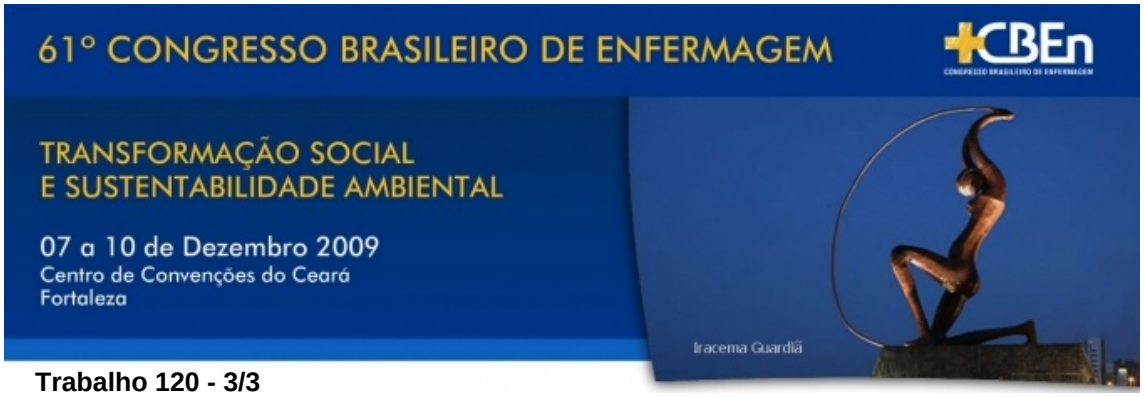
Introdução: a temática abordada remete a preocupação acerca da interdiscplinaridade planejada através da Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente ostomizado na Estratégia de Saúde da Família, uma vez que se apresenta muitas vezes com demandas de cuidado pertinentes ao seu processo de saúde-doença e recuperação. **Objetivo:** identificar de que forma ocorre a sistematização da assistência do enfermeiro atuante em Unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Metodologia:** trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, sendo que os dados foram coletados com cinco enfermeiros atuantes em UESF e seis pacientes ostomizados utilizando entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas, com possibilidade para "esgotar" o assunto questionado, por meio de novas indagações no momento da entrevista. Os pacientes foram selecionados a partir de um grupo de apoio da cidade da pesquisa, local esse em que a pesquisadora teceu o primeiro contato e explicação da proposta; após, foram realizados os agendamentos prévios, e os pacientes ostomizados tiveram visitas domiciliares, assim, a pesquisadora pôde conhecer um pouco do contexto familiar e ambiental vivido pelo entrevistado e família, identificando. As enfermeiras, por sua vez, foram convidadas a participar por meio de ligações telefônicas e posteriormente foram abordadas em seus ambientes de trabalho, para responderam a entrevista, A teoria que respaldou a pesquisa foi a de CAPELLA E LEOPARDI, que aborda o processo de trabalho do enfermeiro, solidificado nos conceitos de ser humano, sociedade, trabalho, serviço, sujeito portador de carências de saúde, sujeito trabalhador de saúde, sujeito trabalhador de enfermagem, processo de trabalho sem saúde e enfermagem, finalidade do trabalho, objeto de trabalho, instrumentos de trabalho, organização do trabalho em enfermagem, relações de trabalho, sendo esses, a base articuladora para a efetivação da sistematização de assistência domiciliar em nosso entendimento. **Resultados:** Percebeu-se com a pesquisa, por meio da análise das entrevistas com os pacientes, que apesar de considerarem essencial terem o acompanhamento de enfermagem, o enfermeiro não supre a necessidade de assistência integral ao paciente ostomizado e, não sistematizam o cuidado o que os deixa preocupados e considerando-se desamparados pelo sistema. Além disso, não há cuidado interdisciplinar por parte da equipe de estratégia de saúde da família, e, muitas vezes ocorre ainda o desconhecimento – por parte da equipe de saúde - da existência e pacientes com essa característica no bairro em que atuam. Os enfermeiros por sua vez demonstram que tem conhecimento de alguns casos de pacientes ostomizados, geralmente sabem dos mesmos por informações trazidas pelas Agentes Comunitárias de Saúde; citam os nomes dos pacientes, mas, não aprofundam os detalhes evolutivos de cada paciente. Relatam que fazem visitas de enfermagem, porém não possuem planejamentos para tal atividade, o que remete as preocupações acerca da necessidade da Sistematização da Assistência e com isso promover o



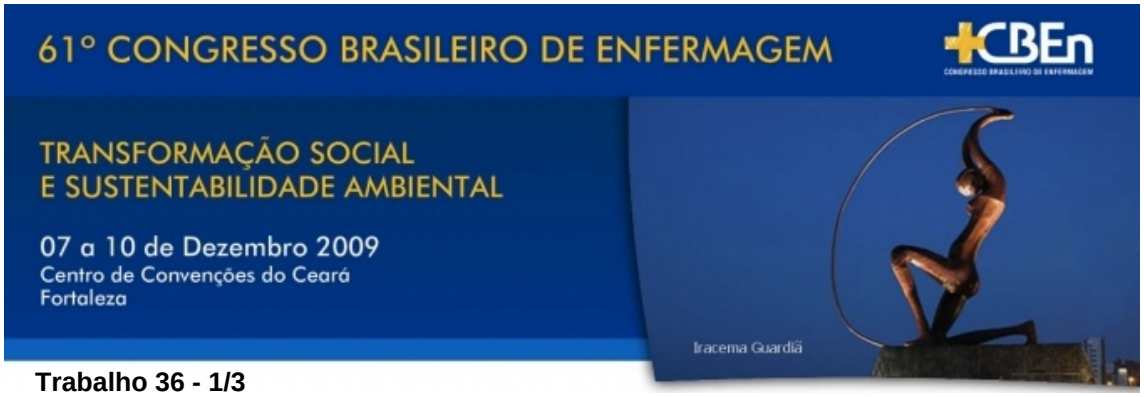
acompanhamento interdisciplinar, uma vez que, é um momento novo em que o paciente se vê "mutilado", "fragilizado" e propenso a não conseguir realizar os enfrentamentos necessários além de possuir inúmeras dúvidas básicas e específicas. **Conclusão:** o estudo demonstrou a necessidade do Enfermeiro em sistematizar sua assistência a partir do planejamento e acompanhamento, respaldado na individualidade, coletividade e na cientificidade. Demonstrou ainda, por meio dos depoimentos dos participantes pacientes, que é importante essa aproximação, e, que a equipe em sua totalidade tem as competências para o suporte necessário no contexto de Atenção Primária. Contudo, sendo os enfermeiros responsáveis pela unidade e chamados de "gerentes" do serviço da Estratégia de Saúde da Família, percebe-se a necessidade de planejamento nesse contexto temático, relembra-se que a enfermagem tem como essência o cuidado, e, o paciente ostomizado requer desse cuidado para que possa também compreender as particularidades de seu caso, tornando-se independente e autônomo e seu cotidiano de vida.

Palavras-chave: processo de trabalho em enfermagem, ostomizado, saúde coletiva, visita domiciliar, ostoma.

[1] Enfermeira, UNESC, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Integralidade, Enfermagem e Saúde (NEPIES - UNESC).
[2] Enfermeira, especialista, mestranda em Enfermagem, docente UNESC, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Integralidade, Enfermagem e Saúde (NEPIES - UNESC), e do Grupo de pesquisa em Tecnologias, Informações e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE).– UFSC.
[3] Enfermeira, especialista, mestranda em Educação, docente UNESC, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Integralidade, Enfermagem e Saúde (NEPIES)



[4] Enfermeira, especialista, mestranda em Ciências da Saúde, docente UNESC, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Integralidade, Enfermagem e Saúde (NEPIES)
[5] Médico, Prefeitura Municipal de Criciúma, Unidade de Estratégia de Saúde da Família.



Trabalho 36 - 1/3

1A ENFERMAGEM E A IMPLANTAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA ESTRATÉGIA DO SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA - FORTALEZA-CEARÁ

Jataí, José Adalberto Martins

Resumo

Introdução - A Terapia Comunitária constitui-se em uma prática de efeito terapêutico, destinada à prevenção, na área da saúde, e ao atendimento a grupos heterogêneos, de organização informal, num contato face-a-face, que demonstram um interesse comum que é o alívio de seus sofrimentos e a busca de seu bem-estar. **Objetivo** - Relatar a experiência de implantação da prática da Terapia Comunitária em uma unidade básica de saúde de um bairro periférico de Fortaleza. **Metodologia** Pesquisa qualitativa, realizada a partir de um relato de experiência vivenciado no período de 2008 a 2009, como prática do Curso de formação de Terapeuta Comunitário, pelo Movimento Integrado de Saúde Mental do Ceará. **Resultados** - Adesão da comunidade a terapia comunitária, revitalização da associação comunitária; fortalecimento do vinculo comunitário. **Conclusão** - A experiência da TC tem demonstrado adesão pela comunidade e pelos profissionais de saúde, consolidando-se numa estratégia na atenção básica de saúde, além de representar uma ferramenta de integração e consolidação na formação de vínculos e da coletividade social, fomentando ações capazes de transformar a realidade local.

Descritores: Terapia Comunitária; Estratégia Saúde da Família; Comunidade

Bibliografia:

1.ABRATECOM - **Associação Brasileira de Terapia Comunitária**. Disponível em www.abratecom.org.br >. Acesso em jul. 2009.

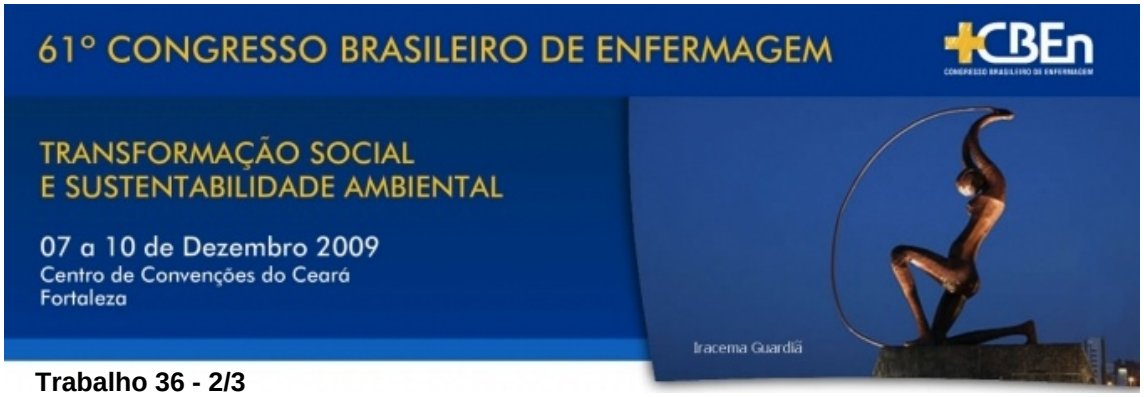
2.BARRETO, **A**.**Terapia Comunitária passo a passo,** .Fortaleza:Gráfica LCR,2008.

3.CAMAROTTI,M.H.et al.**Terapia Comunitária**: relato de experiência de implantação em Brasília – Distrito Federal.Disponível em <http://www.mismecdf.org/terapia.htm> Acesso em 05 ago. 2009.

4.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Políticas de Saúde Mental**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: jul, 2005.

5.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas de promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

* Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará, Enfermeiro do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-Ce. Email:zuir@uol.com.br

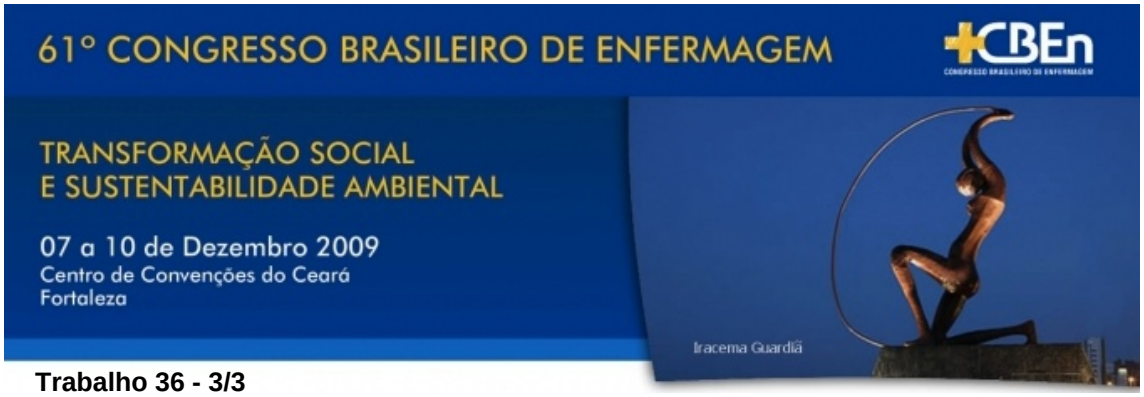


Trabalho 36 - 2/3

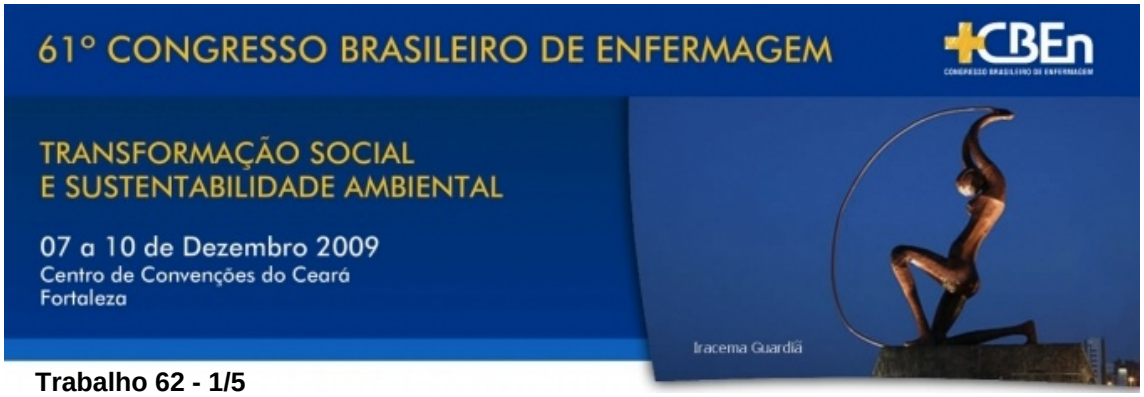
1

1

1



Trabalho 36 - 3/3

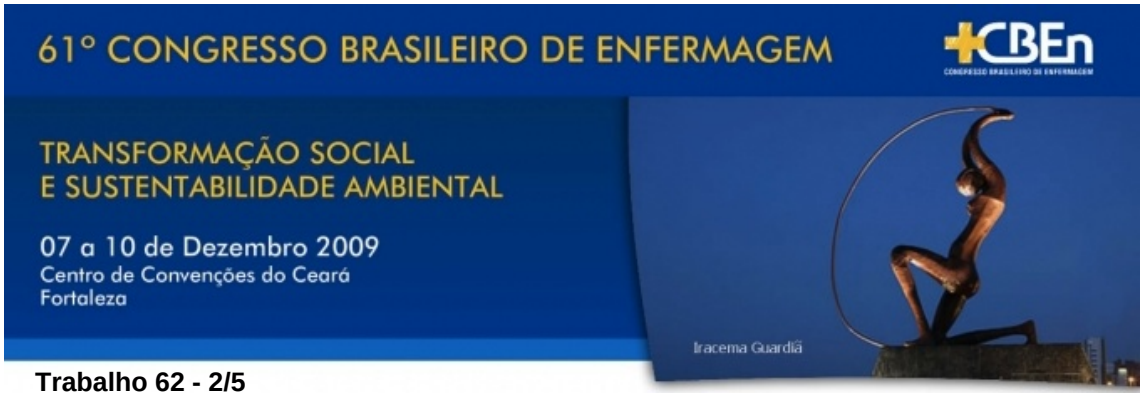


A PESQUISA PARTICIPATIVA BASEADA NA COMUNIDADE (CBPR) DESENVOLVIDA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA - CE

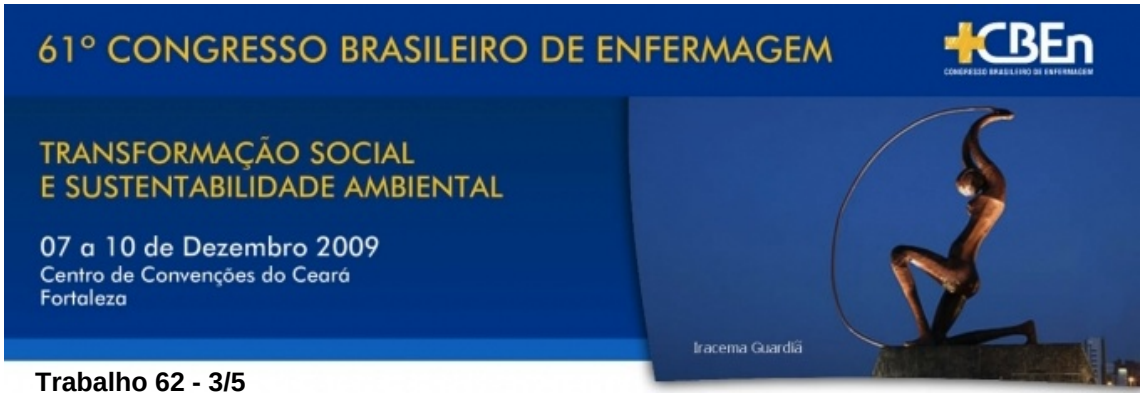
Joyce Mazza Nunes (Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza – CE, Secretaria Executiva Regional VI / Universidade Federal do Ceará – UFC, e-mail: joycemazza@hotmail.com, cel (85) 99373047)

Neiva Francenely Cunha Vieira (Universidade Federal do Ceará – UFC)

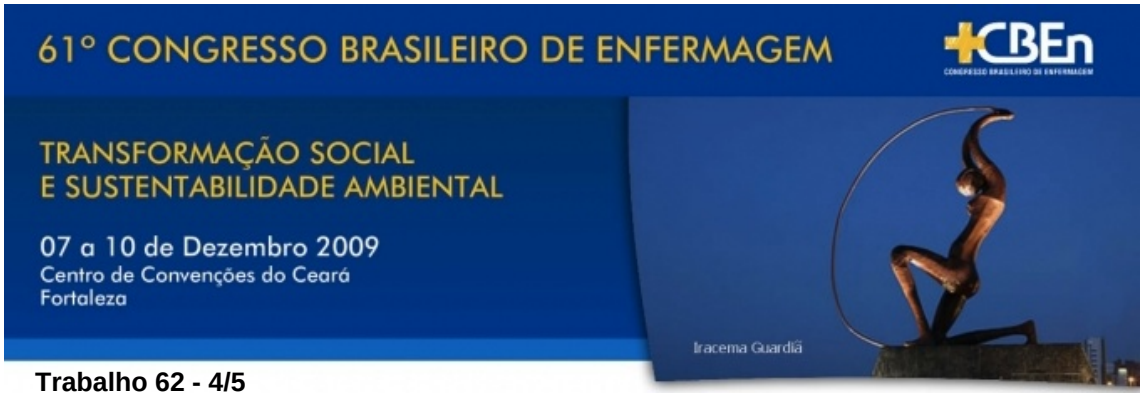
INTRODUÇÃO: Na atualidade, vem sendo cada vez mais incentivada e apoiada a participação popular, mediante a elaboração de políticas que incentivam essa participação. Nas Cartas de Promoção da Saúde, elaboradas nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, existe referência à importância da atuação comunitária como requisito para promoção da saúde, que deve ser apoiada por todos os profissionais de saúde, fortalecendo a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetam sua vida. Na Carta de Otawa, promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação nesse processo. (Brasil, 2002). Nesse sentido, existe interesse crescente em pesquisas que visem melhorar a participação comunitária e as condições de vida das pessoas menos favorecidas (grupos minoritários, pessoas de baixa renda, comunidade rural, e outros). Entretanto, o desenvolvimento de pesquisas convencionais nestas comunidades tem uma história controversa e oferece oportunidades limitadas para melhorar a saúde e bem-estar destas comunidades. Na perspectiva de favorecer a participação comunitária e a superação das desigualdades sociais surge a Community-based participatory research (Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade – CBPR), como um novo paradigma que representa alternativas de orientações para investigação com base na parceria comunitária, objetivando a mudança social e redução das injustiças sociais como parte integrante dos objetivos da pesquisa. A CBPR tem suas raízes nos movimentos sociais e políticos dos anos 1940, em que se verificou uma revitalização nos anos 1960 e 1970 (Hartwig, Calleson e Williams, 2005), mas ainda é pouco conhecida e utilizada no Brasil. A Estratégia Saúde da Família - ESF deve valorizar o contexto dos sujeitos, e incentivar a participação comunitária no planejamento e



desenvolvimento das ações em saúde, especialmente as de promoção da saúde. Nessa perspectiva, vislumbrando a mudança social comunitária e a redução de injustiças sociais, utilizamos o referencial teórico e metodológico proposto em CBPR junto a um grupo de mulheres de uma comunidade periférica de Fortaleza – CE, assistida pela ESF, com o intuito de estabelecer uma parceria entre pesquisador / equipe de saúde da família e comunidade para identificar, investigar e estudar os problemas prioritários em saúde e buscar alternativas conjuntas para tentar amenizar esses problemas. **OBJETIVOS:** Identificar os principais problemas de saúde da mulher em uma comunidade da periferia de Fortaleza – CE e contribuir para a redução desses problemas, de acordo com as potencialidades locais. **METODOLOGIA**: Esse estudo é do tipo descritivo, delineado a partir de uma abordagem qualitativa, que para Pope e Mays (2005), é uma abordagem que pode ser usada para desvelar processos sociais ou acessar áreas da vida social que não estão abertas à pesquisa quantitativa. Pela intenção dos objetivos propostos, utilizamos como abordagem a CBPR, que não é uma nova metodologia de pesquisa, mas sim, uma nova abordagem para investigação em Saúde Pública, cuja essência é uma colaboração entre pesquisadores e membros da comunidade, onde a competência, igual para cada um, é investigar, identificar e estudar os problemas de saúde importantes para aquela comunidade (McAlisster et al, 2003). O ponto de partida em CBPR é a compreensão do problema por parte daqueles que sofrem diretamente. O processo inteiro objetiva o crescimento e desenvolvimento dos envolvidos no problema, pois eles aprendem a avaliar e refletir criticamente a sua experiência do problema e comunicam aquilo que acham que deve ser feito para reduzir ou eliminar o problema (Palermo, Mcgranaghan e Travers, 2005). Em CBPR, os sujeitos do estudo são parceiros e participam ativamente de todas as etapas do estudo, desde o planejamento até a divulgação dos resultados. Assim, todos os parceiros tiveram participação ativa no desenvolvimento desta CBPR na ESF. A parceria CBPR foi estabelecida entre a ESF do bairro (01 enfermeira, que é a pesquisadora principal desse estudo e 03 ACSs) e onze mulheres jovens, numa faixa etária compreendida entre 20 e 40 anos (Sinclair, 2002), residentes em uma comunidade periférica de Fortaleza-CE. As mulheres foram selecionadas pela equipe de saúde para representar a comunidade local na parceria CBPR. Os critérios de inclusão foram: ser residente na comunidade, ser mulher jovem (20 a 40 anos) e desejar participar do estudo. Os encontros dos parceiros (mulheres e equipe de saúde da família) para o desenvolvimento da CBPR aconteceram nos meses de julho, agosto e setembro de 2009, pelo menos uma vez por semana, no período da tarde, na



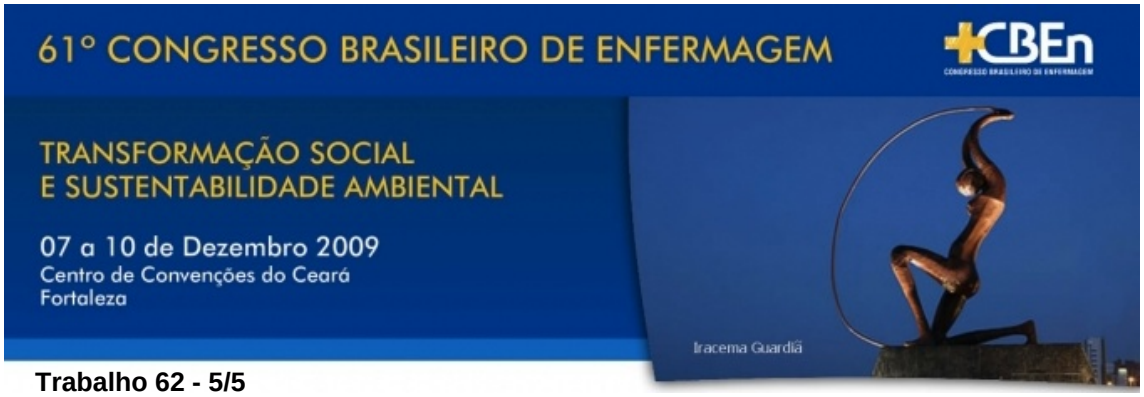
casa de uma liderança comunitária do bairro, totalizando dezoito encontros. Os aspectos éticos foram respeitados, buscando-se nortear o estudo de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará – UFC. Para desenvolvermos nosso estudo CBPR junto a um grupo de mulheres jovens, seguimos todos os passos propostos nessa abordagem: 1) Identificar os parceiros, formalizar e fortalecer a parceria. 2) Investigar os problemas da comunidade. 3) Identificar e definir as prioridades para as questões em que os parceiros irão trabalhar. 4) Utilizar o conhecimento local para estudar e compreender os problemas de saúde prioritários para a comunidade. 5) Utilizar o conhecimento local para planejar as intervenções necessárias. 6) Implementar o planejamento elaborado pelos parceiros. 7) Divulgação dos resultados obtidos pela parceria. **RESULTADOS:** A CBPR desenvolvida na ESF de Fortaleza teve as seguintes etapas e resultados: 1º) Selecionamos as mulheres jovens para serem parceiros da ESF, formalizamos e fortalecemos essa parceria (três encontros). 2º) Identificamos, investigamos e estudamos os problemas identificados pelos parceiros, referentes à saúde da mulher, a partir da percepção das mulheres do bairro, que foram: gravidez na adolescência, câncer de mama e infertilidade. (quatro encontros). 3º) Identificamos e definimos conjuntamente, um tema prioritário em saúde da mulher, na comunidade, que foi a gravidez na adolescência (um encontro). 4º) Utilizamos o conhecimento dos parceiros para estudarmos sobre a gravidez na adolescência e compreendermos suas causas naquela comunidade. Observamos que os adolescentes do bairro tinham restritas opções de lazer e perspectivas de vida e poucas informações de métodos contraceptivos, pois muitos não freqüentavam o Centro de Saúde da Família - CSF (dois encontros). 5º) Utilizamos o conhecimento dos parceiros para identificar as potencialidade locais e planejar conjuntamente as intervenções que poderiam amenizar a problemática da gravidez na adolescência naquela comunidade, a partir da identificação de suas causas. A primeira ação seria construir um filme sobre gravidez na adolescência baseado na realidade local que pudesse ser apresentado para os adolescentes e a segunda ação seria realizar o I encontro de adolescentes do bairro com o tema gravidez na adolescência (dois encontros). 6º) Construímos um filme (Menina Mulher) baseado em uma estória sobre gravidez na adolescência, escrita pelas mulheres participantes, de acordo com a realidade local. As mulheres foram atrizes e a enfermeira - pesquisadora gravou e editou o filme. O vídeo também continha depoimentos das próprias mulheres que foram mães na adolescência. Essa



produção da parceria foi apresentada à comunidade local no I encontro de adolescentes do bairro, que foi um evento planejado, divulgado e realizado pelos parceiros com o intuito de despertar nos adolescentes a importância da prevenção da gravidez na adolescência. Neste dia compareceram cerca de 150 adolescentes que participaram de oficinas, dinâmicas e jogos educativos, desenvolvidos pelos parceiros, com o objetivo de orientar o uso de métodos contraceptivos e discutir com os adolescentes sobre gravidez na adolescência (três encontros). 7º) Para divulgar as atividades da parceria CBPR, o filme "Menina mulher" foi apresentado à comunidade local no I encontro de adolescentes do bairro e foi também apresentado no CSF do bairro e na Secretaria Executiva Regional - SER VI, a pedido dos coordenadores destas instituições, juntamente com a apresentação da experiência pessoal de cada parceiro no desenvolvimento deste estudo (três encontros). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esse estudo demonstra o protagonismo e *empoderamento* das mulheres de uma comunidade da periferia de Fortaleza, que diante de sua problemática local, a gravidez na adolescência, não cruzam os braços e assistem a tudo, elas discutem seus problemas e tentam amenizá-los, com o apoio e incentivo da ESF. A utilização da CBPR na ESF proporcionou o reconhecimento dos problemas comunitários, o planejamento e desenvolvimento de intervenções possíveis àquela comunidade, de acordo com a realidade e potencialidades locais. Isso não somente contribuiu para amenizar os problemas identificados e para mudança social daquela comunidade, como também, para ampliar os conhecimentos em saúde, valorizando o saber de cada sujeito e favorecer o aumento da autonomia e da emancipação, fortalecimento da cidadania e da consciência crítica dos envolvidos. **CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Na ESF, o enfermeiro é um profissional que está bem próximo das famílias e da comunidade, tendo assim a oportunidade de reconhecer o território não somente geograficamente, mas também os sujeitos e as potencialidades locais, para apoiar a comunidade no reconhecimento do contexto e na superação das dificuldades. Acreditamos que a experiência apresentada na parceria CBPR poderá contribuir para o desenvolvimento de novas práticas de enfermagem na ESF, especialmente aquelas que valorizem a participação comunitária nas decisões em saúde e contribuam para a mudança social nas comunidades.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.



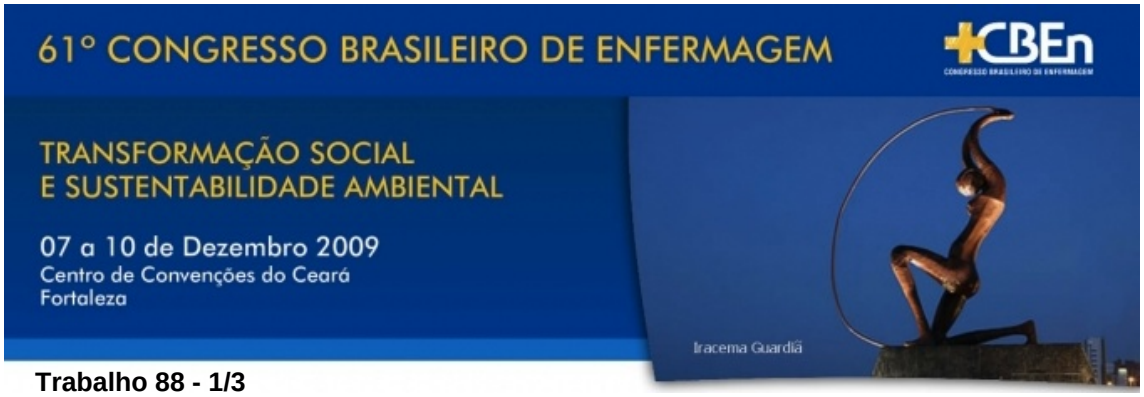
HARTWIG, K. CALLESON, D. WILLIAMS, M. **CBPR: Primeiros passos**: Definições, fundamentos e principais fundamentos no CBPR. Disponível em: http/www.cbprcurriculum.info. Acesso em: 06/12/2008.

POPE, C. MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde**. Trad: Ananyr Porto Fajardo, 2ª edição, Porto Alegre¨Artmed, 2005.

MCALLISTER, C. L. et al. Parents, Practitioners, and Researchers: Community-Based Participatory Research With Early Head Start. Public Health Matters. **American Journal of Public Health** | October 2003, Vol 93, No. 10

PALERMO, AG, MCGRANAGHAN, R.; TRAVERS, R. **Desenvolver uma parceria CBPR**. Disponível em: HTTP/WWW.cbprcurriculum.info. Acesso em: 06/12/2008.

SINCLAIR, B. P. Promoção e prevenção de saúde. Fase Reprodutiva. Parte II. IN: Lowdermilk, D. L. **O cuidado em enfermagem materna**. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2002



Trabalho 88 - 1/3

1A PRÁTICA DE GRUPOS EDUCATIVOS NA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO HIPERTENSO[1]

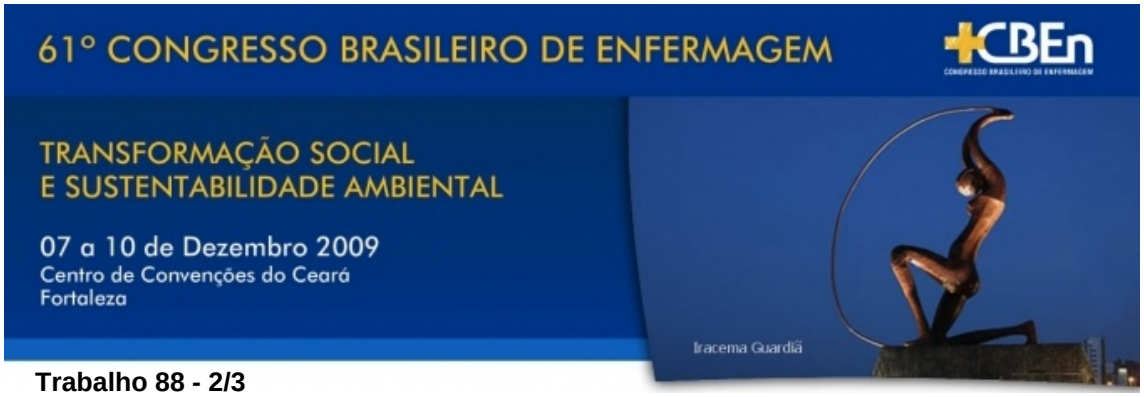
Rodrigues, Terezinha Ribeiro dos Santos Martins [2]
Almeida, Eliete Rodrigues [3]

Introdução: o controle da HA é considerado um grande desafio para a Atenção Básica, especialmente da Saúde da Família, por ser um espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde, cuja atuação conta com uma equipe multiprofissional e o processo de trabalho pressupõe vínculo com a clientela adscrita. Reconhecendo-se que a educação em saúde é uma das atribuições dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF), este estudo tem como hipótese: a educação em saúde em grupo com indivíduos hipertensos realizada pelos enfermeiros na ESF, propicia ampla informação sobre a doença, adoção de hábitos alimentares saudáveis e controle da pressão arterial. Esse estudo teve como bjetivo: investigar a percepção dos usuários portadores de hipertensão arterial sobre os grupos educativos realizados pelos enfermeiros das ESF. Trata-se de um estudo transversal, exploratório, com abordagem quali-quantitativa. A amostra foi composta de oitenta usuários portadores de hipertensão, cadastrados na ESF e participantes dos grupos educativos realizados pelos enfermeiros e que aceitaram participar do estudo. O número de indivíduos que constituíram a mostra do estudo não foi pré-estabelecido, sendo empregado à amostra não probabilística intencional. O estudo foi aplicado em sete Unidades Básicas de Saúde com Equipe de Saúde da Família,

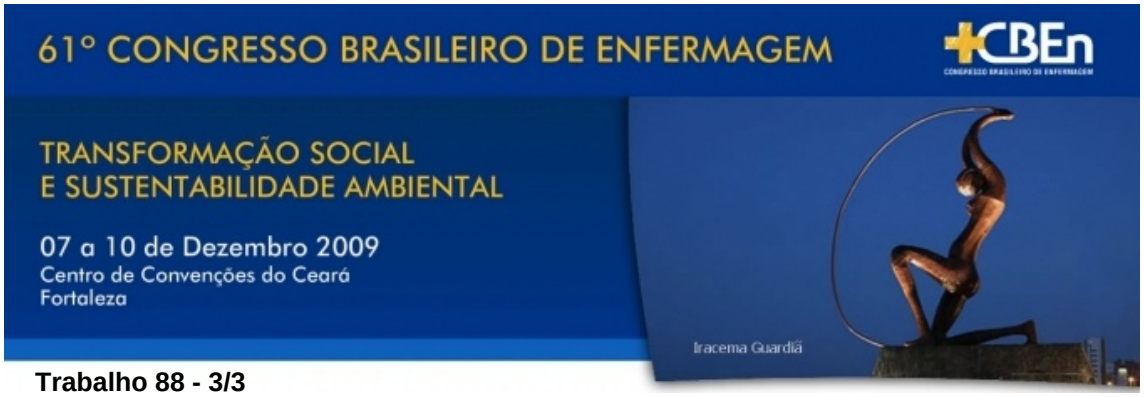
[1]Extraído da Dissertação de Mestrado “Hipertensão Arterial no Âmbito da Educação em Saúde na Atenção Básica”, Universidade Cruzeiro do Sul-UNICSUL, 2009.

[2]Enfermeira da Estratégia Saúde da Família, Casa de Saúde Santa Marcelina, Especialista em Saúde Coletiva e Gerenciamento de Unidades e Serviços em Enfermagem pela Faculdade Santa Marcelina-FASM, Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul- UNICSUL. E-mail:Tlia68@ig.com.br

[3]Orientadora da Dissertação de Mestrado. Graduada em odontologia. Doutora em Saúde Pública. Professora Doutora do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde na Universidade Cruzeiro do Sul-UNICSUL, rua Galvão Bueno, 868, bairro da Liberdade, são Paulo, SP.



na região de São Mateus, São Paulo, SP. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a maio de 2008, após a emissão de parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade Cruzeiro do Sul, do Comitê de Ética em Pesquisa/ Secretaria Municipal de Saúde, da autorização da Coordenadoria Regional de saúde Leste e da supervisão de Área de São Mateus por meio de entrevista com aplicação de um formulário elaborado pelo pesquisador contendo 28 questões de escolhas múltiplas e perguntas abertas e fechadas, composto de três partes: dados sócio-clínico-demográficos; dados referentes às questões sociais e hábitos de vida; dados de percepção da doença com base no conteúdo da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e no Protocolo de Enfermagem: Atenção á Saúde do Adulto, Atenção Básica/Saúde da Família. Antes de realizar a coleta de dados, foi esclarecido o objetivo da pesquisa e solicitado o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a resolução 196/96 para pesquisa com seres humanos. O instrumento foi submetido à pré-teste. Técnica utilizada para análise dos dados coletados: Análise de Conteúdo de Bardin e análise estatística simples por freqüência relativa e absoluta e utilização do *software* estatístico Minitab, versão 14.2. Para significância estatística foi considerada para níveis de $p<0,05$ e respostas foram comparadas pelo teste de Qui-Quadrado. Com base na análise dos dados participaram do estudo 80 pacientes, sendo 77,5% do gênero feminino e 22,5% do gênero masculino. As idades dos entrevistados variaram entre 39 e 84 anos. No momento da avaliação 36,3% estavam com pressão elevada (≥ 140 x 90 mmHg). A prática educativa avaliada contribuiu para o conhecimento sobre a doença, adoção de hábitos alimentares saudáveis e controle da pressão arterial entre os participantes do estudo. Resultados: Dos 80 usuários portadores de hipertensão que participaram da pesquisa, 77,5% eram do gênero feminino, sendo que a maioria 95,2% citou como profissão do lar e 18 22,5% do gênero masculino. Destes 55,6% eram aposentados. Todos os entrevistados eram hipertensos e no momento da avaliação 36,3% estavam com pressão elevada (≥ 140 x 90 mmHg). Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas a maioria dos entrevistados 92,5% respondeu que nunca consome ($p<0,001$). Referente ao hábito de fumar 90% dos entrevistados informaram que não fumam ($p<0,001$). Referente ao consumo de frituras 53,8% informaram que raramente consomem frituras, ($p<0,001$). Quanto ao uso de sal na dieta a maioria dos entrevistados 87,5% informou que consome em pouca quantidade ($p<0,001$). Todos os entrevistados responderam que gostam de participar



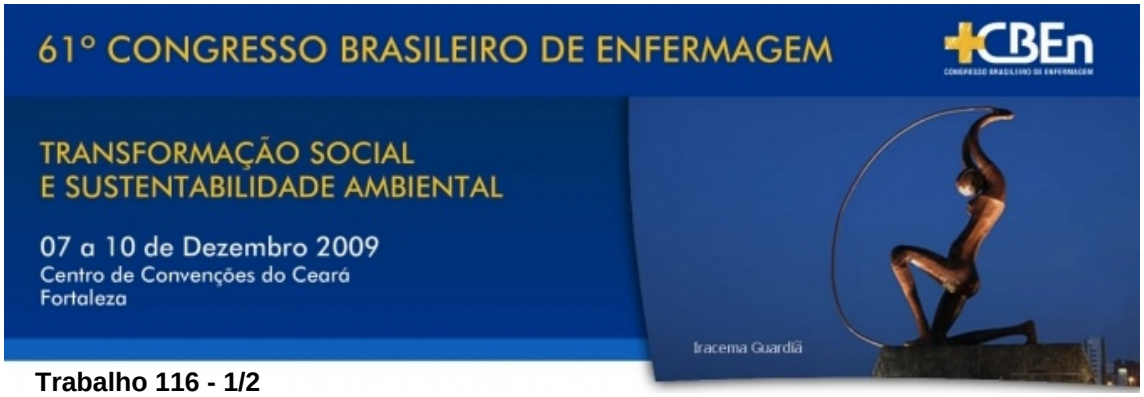
porque ajudam a esclarecer as dúvidas e cuidar melhor da saúde. Ao questionar como os entrevistados participam no grupo 83,8%, responderam só ouvindo ($p<0,001$). Considerações finais: Consideramos que a educação em saúde por meio de grupos educativos com indivíduos portadores de hipertensão arterial realizada pelos enfermeiros na ESF propicia aos participantes do grupo ampla informação sobre a doença, adoção de hábitos alimentares saudáveis e controle da pressão arterial. Entretanto, refletindo sobre a importância da comunicação efetiva para o autoconhecimento, manutenção da PA controlada e prevenção dos agravos ocasionados pela hipertensão arterial a maioria dos usuários participantes do estudo não se comunica adequadamente no grupo e apresentam conhecimento insuficiente para promoção de sua saúde e prevenção de agravos.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. (Cadernos de Atenção Básica; Série A: Normas e Manuais Técnicos).

2. Bardin L. Análise de conteúdo**.** 4a ed. rev atual. Lisboa: Edições 70; 2008.

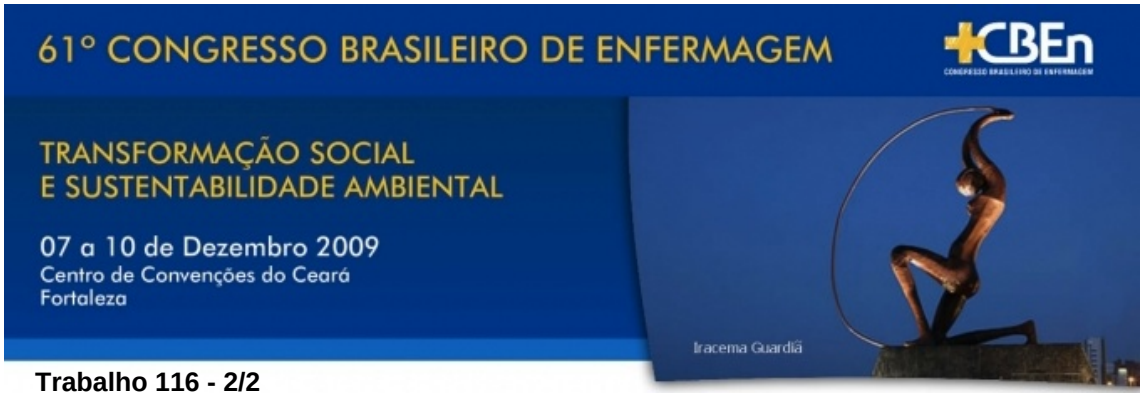
Descritores: Hipertensão Arterial; Enfermeiro; Educação em Saúde.



Trabalho 116 - 1/2

Atuação da Enfermeira do PSF NC-FMP/FASE no Combate ao Fumo com Objetivo de Melhorar Qualidade de Vida do Paciente.

O presente trabalho foi baseado em uma experiência realizada com grupos de pacientes que são atendidos no PSF do Bairro Nova Cascatinha em Petrópolis, RJ. Foram realizados pela enfermeira, quatro grupos com pacientes tabagistas em intervalos de um mês entre eles. O número de participantes foi de 20 tabagistas do inicio ao fim do grupo, com a faixa etária entre 40 à 60 anos.
Objetivo: Contribuir para que o maior número de participantes do grupo deixe de fumar através de reuniões interativas e melhorar sua qualidade de vida.
Metodologia: Este trabalho consiste em um estudo que segue uma abordagem quali/quantitativa, com entrevista fechada, estruturada. Foram solicitadas as ACS uma lista com os nomes das pessoas da área que compõem o PSF NC, que fumam e gostariam de parar. Em julho de 2008, iniciou o grupo que tinha encontros semanais, com duração de uma hora, no total de quatro encontros. Cada encontro era abordado assuntos diferentes como: 1-Entender porque se fuma e como isso afeta a saúde; abordado aspectos do tabagismo, sua dependência química, física e psicológica. Ambivalência: Parar de fumar x Continuar fumando; Métodos para deixar de fumar; Tabagismo e prejuízos a saúde. 2-Os primeiros dias sem fumar: Sintomas de abstinência; Procedimentos para diminuir esses sintomas; 3-Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar: Melhorias físicas após parar de fumar e tarefas para serem realizadas durante a semana as tarefas incluíam estimular os participantes a usarem os exercícios de relaxamento diariamente, que foram orientados na sessão e relembrar os quatro procedimentos práticos tais como: Beber muita água;Consumir alimentos com baixa caloria;Fazer exercícios físicos e Respirar profundamente.4-Benefícios obtidos após parar de fumar: Benefícios indiretos do parar de fumar, benefícios a longo prazo e para a melhora da qualidade de vida. Foi aplicado um questionário com a história tabagística de cada participante onde se verificou as causas mais comuns que dificultam parar de fumar, também o teste de Fagerstron, onde se certifica o grau de dependência da cada participante. Após o término do grupo, foram dadas tarefas aos participantes, uma delas foi a leitura em casa das estratégias recomendadas diante dos sintomas de abstinência. As formas de se parar de fumar foram através da parada abrupta e a uso de adesivos de nicotina, que foram fornecidos pela Secretaria de Saúde de



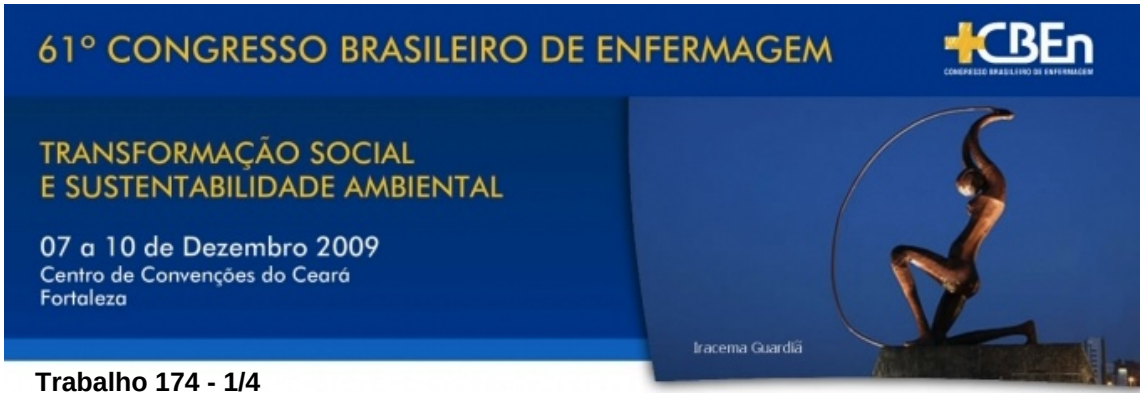
Petrópolis. Resultado: Dos 20 participantes dos quatro grupos, foi verificado no teste de Fagerstron que 4 (20%) possuíam grau de dependência muito elevado para o tabagismo, 10(50%) grau elevado, 2 (10%) grau médio,2 (10%) grau baixo e 2 (10%) muito baixo.Após o termino do grupo7 (70%) dos participantes com grau elevado de dependência pararam de fumar,1 (50%) com grau médio parou, 2 (100%) com grau baixo pararam e 2 (100%) com grau muito baixo pararam de fumar, no total de 12 (60%)dos pacientes pararam de fumar, sendo que 4(1/3) não fizeram uso de adesivos, houve parada abrupta e 8(2/3) dos tabagistas utilizaram o adesivo de nicotina de 21mg 14mg e 7 mg para auxiliar nos sintomas de abstinência, durante 8 semanas.Os pacientes com grau muito elevado 4 (20%), não pararam de fumar.Os pacientes no processo de cessação do fumo, foram acompanhados pela enfermeira em consultas por 12 semanas após parar de fumar,aderiram a caminhadas regulares no PSFNC,encontros festivos trimestrais para acompanhamento e comemoração pelo tempo sem uso do tabaco e ao iniciar novo grupo, um participante que parou de fumar é convidado pela enfermeira para dar o seu depoimento sobre as dificuldades e benefícios atuais após parar de fumar. Conclusão: Conclui-se que as orientações dadas em grupo estimulam as pessoas a parar de fumar e o acompanhamento dessas pessoas após parar de fumar faz com que se sintam mais comprometidas com a saúde e mais apoiadas, com uma perspectiva de melhorar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

MARQUES,A.C, CAMPANA A, GIGLIOTTI A.de P.,LOURENÇO M.T.C.,FERREIRA M.P.,LARANJEIRA R. Consenso sobre o Tratamento da Dependência de Nicotina. Ver. Bras. Psiquiatria. 2001;23(24) 200-4.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fumo. Programa Nacional de Controle do Tabagismo.Dou. 2003,170:42.

MINISTÉRIO DA SAÚDE.INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER-INCA.Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV).Abordagem e Tratamento do Fumante-Consenso 2001.Rio de Janeiro:INCA,2001,38p.



Trabalho 174 - 1/4

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PSF: PROMOVENDO SAÚDE, MUDANÇA SOCIAL E SAÚDE AMBIENTAL.

MARIA ELIANE MARTINS OLIVEIRA DA ROCHA - ENFERMEIRA PSF TERESINA [1]

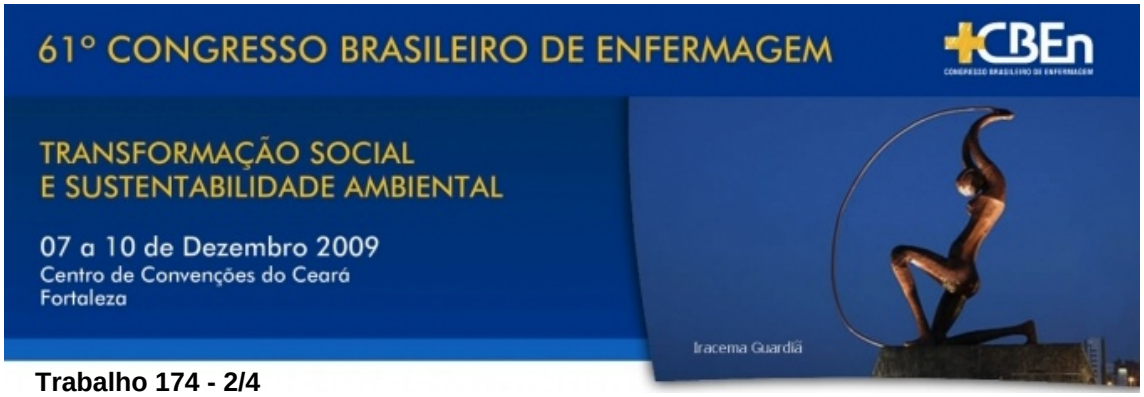
FIRMINA FERNANDES DA COSTA,

FCA. DAS CHAGAS LINHARES DE ARAÚJO

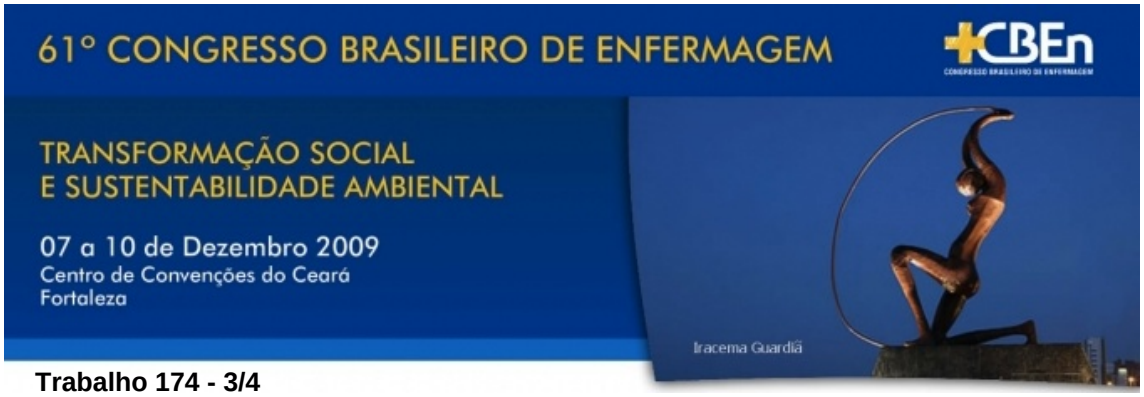
LUIS FERNANDES MARIANO E

TIAGO DA CRUZ DE SOUSA- **AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PSF TERESINA-PI** [2]

O presente trabalho trata-se da experiência vivida por uma enfermeira do Programa de Saúde da Família(PSF) e sua equipe – ESF do PSF Santa Luz, zona rural de Teresina-Pi, que atende a uma população de aproximadamente 3 mil pessoas, 780 famílias em 11 localidades rurais. Esta comunidade fica aproximadamente 25 km do centro da cidade, sendo um km feito em estrada de piçarra e tem assistência da ESF de segunda a sexta-feira, que se deslocam em seus carros particulares. O acesso a zona urbana e aos serviços especializados é feito através de ônibus que tem apenas quatro horários durante o dia. A dengue é uma doença que teve um impacto muito grande na saúde dos brasileiros e trouxe óbitos nas mais diversas cidades brasileiras e não foi diferente também nas comunidades atendidas pela ESF da Santa Luz, zona rural de Teresina o que levou a Enfermeira da equipe e seus Agentes Comunitários de Saúde - ACS a realizarem estratégias mais eficientes em combate a doença em suas comunidades atendidas. No final de 2007 foram registrados vários casos isolados e 18 casos de Dengue concentrados em uma das 11 comunidades atendidas pela Equipe Nº 29 da Fundação Municipal de Saúde de Teresina. Isso levou a ESF a buscar estratégias que refletissem um melhor resultado para eliminação da Dengue em 2008, pois as ações educativas realizadas em 2007, não foram suficientes para evitar os casos e melhorar as condições ambientais. Como a própria Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2000) alerta, convivemos com “perigos tradicionais e modernos” que são decorrentes da relação entre ambiente e saúde. Os perigos tradicionais relacionam-se à pobreza e ao desenvolvimento: falta de acesso a água potável e ao saneamento básico em geral, fatores este que constantemente são favorecedores de problemas de saúde nas comunidades rurais e carentes. Para alguns autores no Sistema Único de Saúde-SUS, trabalhar a vigilância em saúde e conseqüentemente ambiental ainda é muito difícil, pois há necessidade de apoio e condições para reestruturar a vigilância em saúde junto aos órgãos competentes, como também é necessário trabalhar a formação de multiprofissionais que possam fazer a

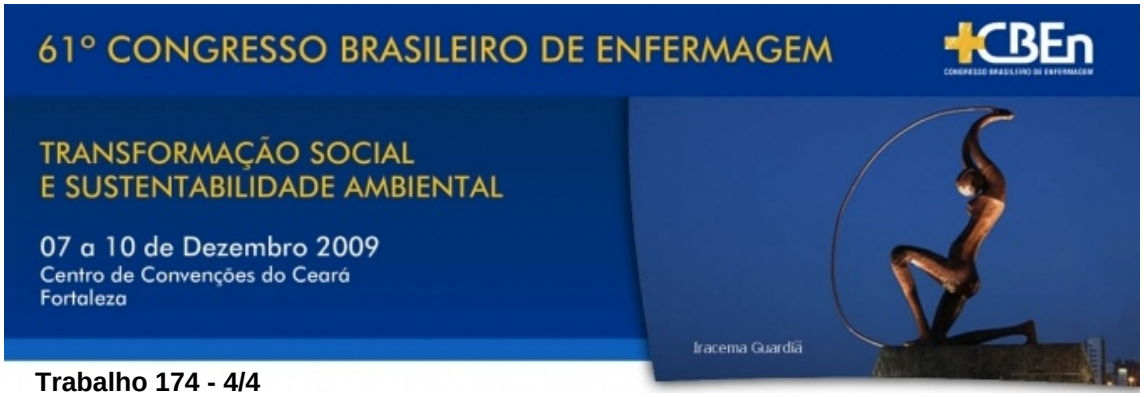


articulação com diversos setores. Assim o trabalho foi árduo, mas compensatório, pois o envolvimento coletivo com a questão da dengue e sua prevenção favoreceram a troca de experiências, formulação de propostas e construção de saberes, numa dimensão do agir coletivo e multidisciplinar capaz de garantir a saúde humana e ambiental nesta zona rural carente de recursos, mas rica em trabalho humano. *O trabalho realizado mostra como atuação do enfermeiro no PSF pode levar a mudanças sociais e promoção da saúde coletiva e ambiental*. Essa experiência teve como objetivos: a) realizar um trabalho com participação efetiva das pessoas em todas as comunidades, envolvendo também as crianças nas ações, tendo eles como atores das atividades realizadas e como divulgadores de ações preventivas contra a dengue; b) fazer com que cada indivíduo se sinta também responsável pela sua saúde e pela eliminação do mosquito/doença; c) eliminar os focos do mosquito da dengue e conseqüentemente a dengue em nossas áreas de atuação e d) preparar as famílias para agir diante de sinais e sintomas da doença e evitar casos graves da doença. Foram desenvolvidas, durante 3 meses, atividades com a participação ativa das comunidades, realizou-se agora(ano 2008) uma "Peça de Teatro" com enfoque educativo e cômico, onde os "atores" eram o Enfermeiro, seus Agentes Comunitários de Saúde e a própria comunidade, pois dentro das apresentações teatrais realizaram-se mutirões onde todos (ouvintes-atores e "atores") saiam para locais focos do mosquito e realizavam ações para eliminá-lo. Foi realizado um trabalho envolvendo todas as 11 localidades atendidas pela equipe do Programa Saúde da Família – PSF, área nº 29, zona rural de Teresina-Pi, no período de 07 de dezembro de 2007 até março de 2008. O foco principal do trabalho estava na Peça de Teatro apresentada pelos ACS e dirigida pela Enfermeira da equipe, que apresentada na rua, a céu aberto, próximo às escolas e ao Centro de Saúde contava com a participação das pessoas em geral e das crianças que também eram "atores" da peça teatral quando participavam dos mutirões realizados dentro das apresentações feitas. Esta peça que foi baseada no programa do Tom Cavalcante sobre a Tropa de Elite e era apresentada a céu aberto nas comunidades assistidas pelo PSF Santa Luz, que logo após apresentação dirigiam-se aos locais focos do mosquito para fazer a limpeza. Era feita a coleta de qualquer tipo de material que fosse objeto de foco do mosquito da dengue e o lixo em geral. **Todos os participantes agora eram atores do trabalho, eram "agentes de elite" do trabalho contra a dengue, pois** receberam sacos plásticos, luvas, orientações e em seguida coletaram: lixos, garrafas, plásticos e etc, em busca de eliminar os focos da Dengue e garantir a saúde de todos e limpeza do ambiente onde viviam. O resultando inicial do trabalho realizado nas comunidades foi a coleta de mais 700 quilos de lixo que foi recolhida com apoio da Prefeitura local. O trabalho continuou com apresentações contando sempre com apoio de professores, crianças das creches e escolas. Conseguiu-se a integração também de grupos de adolescentes, da igreja, das associações de moradores, dos idosos e adultos em geral. E como resultados



tivemos: 1. Um número reduzido (sete) de casos suspeitos de dengue notificados até primeiro semestre de 2008 e dentre estes nenhum caso confirmado em teste sorológico realizado e controlado pela equipe da UBS; 2. Coleta de mais de 2(duas) toneladas de materiais/lixo, focos do mosquito da Dengue (recolhidos pela prefeitura de Teresina após cada dia de ação comunitária); 3. Primeiro lugar na Campanha realizada pela TV Clube de Teresina (afiliada a Rede Globo), onde ganhou-se o Prêmio (30/01/08) de melhor iniciativa de combate a Dengue da cidade de Teresina-Pi, ou seja, ganhamos para comunidade uma Estação Digital com quatro computadores e uma impressora e até hoje é orgulho da equipe e da comunidade rural; 4. Mobilização das comunidades em uma ação consciente e participativa das pessoas e ESF; 5. Estimulo da comunidade para novas coletas, agora também de material para reciclagem, pois foram utilizados garrafas plásticas, que transformadas deram origem a materiais como porta canetas, cortinas, etc. Assim promoveu-se saúde para comunidade e suas famílias, mudança social e saúde ambiental. Também como resultado garantiu-se a partir daí a coleta sistemática do lixo pela prefeitura de Teresina uma vez por semana em nossas comunidades da área rural; reuniões de avaliações e programação de novas estratégias de ação e vigília constante de toda a equipe de saúde e comunidade para que as pessoas mantivessem suas residências como um ambiente limpo e sem o lixo que leva a tantas doenças e problemas ambientais. Conclui-se que um trabalho realizado com a **participação, integração e conscientização da comunidade gera resultados mais satisfatórios**. O "cuidado" tem responsabilidades múltiplas para ter efeito benéfico e as estratégias de ação devem envolver uma educação e saúde estimulante, informal, divertida, participativa e praticada junto a comunidade, pois entendemos que foi e é a atuação efetiva das pessoas de nossas comunidades, o fator determinante de sucesso deste trabalho. É necessário além da orientação em saúde oferecer os meios para que as pessoas tenham condições de executar o trabalho orientado pelos profissionais de saúde, como no caso da dengue, distribuição para comunidades carentes de materiais para coleta de lixo, focos do mosquito da dengue, tipo sacos plásticos e luvas e como estimulo para as crianças orientações através da peça teatral e a troca de sacos cheios de lixo por chocolate/bombons. **O trabalho do enfermeiro quando bem realizado, organizado, planejado em grupo, tem trazido grandes mudanças para comunidades, famílias e pessoas ao qual ele assiste, bem como para a profissão Enfermagem, que vem tendo seu reconhecimento garantido junto ao SUS e na Estratégia Saúde da Família**. E como mostrarei na próxima experiência feita junto às escolas no ano de 2009 – "PSF nas Escolas no combate a Dengue" que foi um sucesso de mobilização e resultados.

Descritores:
Enfermeiro. Promoção da saúde. Equipe Saúde da Família.

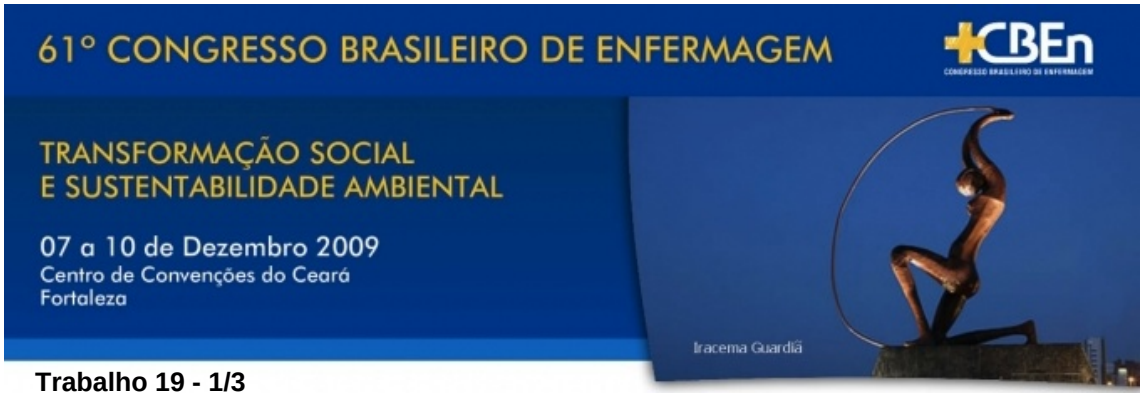


Trabalho 174 - 4/4

AUTORES

¹ Enfermeira, Supervisora do PSF Santa Luz, Área Nº 29, Fundação Municipal de Saúde de Teresina-Pi, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí-UFPI, Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas-FACIME/Universidade Estadual do Piauí-UESPI. Email: **memor10@hotmail.com.**

² Agentes Comunitários de Saúde - PSF Santa Luz, Área Nº 29, Fundação Municipal de Saúde de Teresina-Piauí.

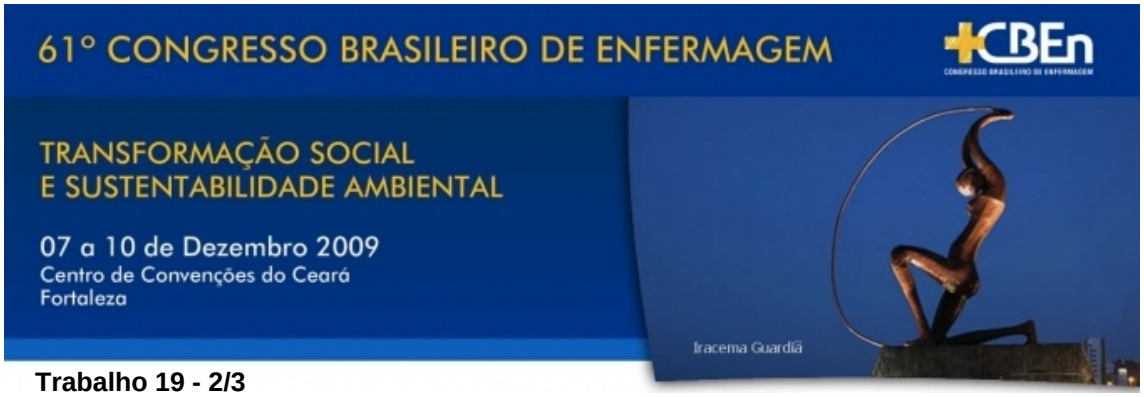


Trabalho 19 - 1/3

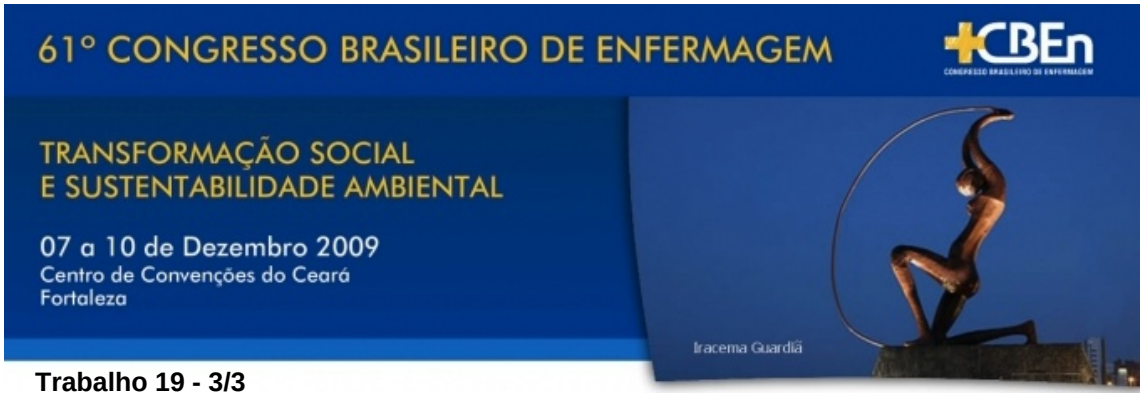
CONCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE: UM ESTUDO COM USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria Elidiana Araújo Gomes (Centro de Saúde Casemiro José de Lima Filho; mariaelidiana@uol.com.br)
José Maria Ximenes Guimarães (Universidade Estadual do Ceará- UECE)

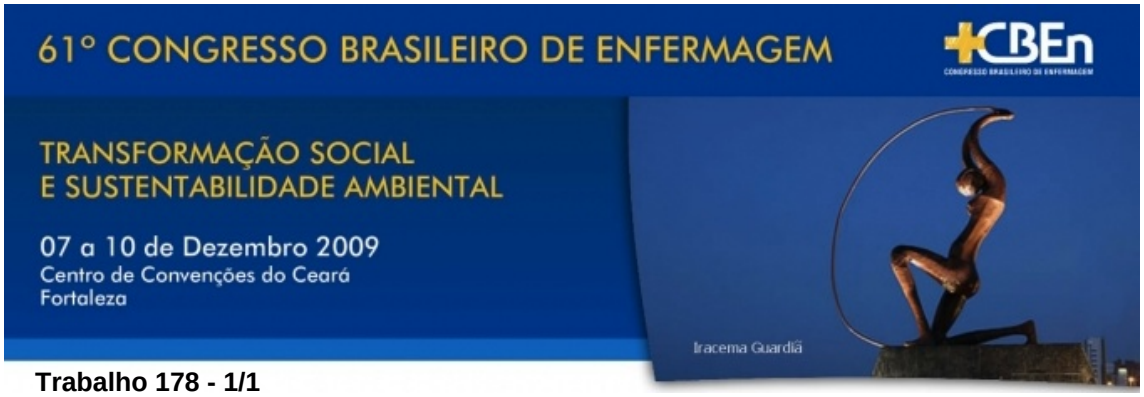
O conceito de promoção da saúde traz como discussão a importância da capacitação da comunidade para atuar nas melhorias das condições de vida e enfatiza a qualidade de vida como a satisfação das necessidades da mesma. Além disso, a saúde como qualidade de vida é uma proposta de caráter interdisciplinar e propõe o rompimento com o antigo modelo assistencial biomédico que enfatiza a cura e não a promoção. Nesse contexto, o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, e assumido como estratégia de organização da atenção primária brasileira. Traz como proposta a construção de medidas que visem à promoção, prevenção e reabilitação do individuo e comunidade. Nesta perspectiva, a equipe do saúde da família prioriza ações de proteção e promoção da saúde do individuo em todas as fases do seu ciclo vital de forma integral e contínua. Vale ressaltar que as equipes do saúde da Família propõem desenvolver um atendimento humanizado e um conhecimento mais profundo da comunidade adscrita. Além disso, o PSF reforça o senso de responsabilidade contínua e mútua entre os profissionais e os membros da comunidade e enfatiza a necessidade de ações interdisciplinar e intersetorial. Tais ações colaboram para operacionalização do processo de mudanças dos sistemas e serviços de saúde e consolidação do SUS. Dessa forma, podemos ressaltar que as equipes do PSF buscam desenvolver ações que interfiram, beneficamente, na qualidade de vida. Nessa conjuntura, a sexualidade é percebida como um dos elementos que interferem na qualidade de vida, pois a mesma está além do domínio biológico, integrando os aspectos psíquicos, emocionais e sociais do sujeito. Nessa perspectiva, a sexualidade está integralmente presente na vida das pessoas e passa a constituir um dos aspectos importantes das ações de promoção da saúde e uma melhoria da qualidade de vida de uma população. Na abordagem da saúde da mulher, percebemos que as políticas de atenção têm enfatizado o aspecto biológico e reprodutor do corpo feminino. Entretanto, ainda não percebemos que haja uma preocupação em valorizar as questões



afetivas, emocionais e sociais das pessoas atendidas, acolhendo suas diferenças e permitindo um contato sem necessariamente estar reduzido às ações programáticas de saúde. Como enfermeira e integrante de uma das equipes do município de Fortaleza, e cursando o mestrado, foi desenvolvido um estudo que objetivou a construção do conceito de sexualidade na visão das mulheres que eram atendidas na unidade de saúde da família. Para que isso fosse possível, criamos espaços na unidade de saúde que propiciassem a auto-análise do conceito de sexualidade apresentado pelas mesmas. Como metodologia, resolvemos utilizar o método da sociopoética, pois a mesma propõe a produção de dados a partir dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Neste método, são respeitadas as diferenças, apoiadas às trocas de experiências, e valorizados aspectos da criatividade, intuição e emoções, para que possamos construir novos saberes. Estes processos são denominados como "criação de confetos". Realizamos cinco oficinas e a sexta foi direcionada para que os participantes discutissem os dados produzidos. Na análise do material produzido, a eleição recaiu nas técnicas propostas pela Sociopoética: análise classificatória, transversal, surreal e filosófica. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, respeitou os aspectos éticos legais da Lei 196/96. Realizado no período de agosto de 2006 a janeiro de 2007, contou com a participação de um número variável entre 13 a 08 mulheres que participavam na unidade de saúde, de oficinas com técnicas artísticas e discussão sobre o tema. Dentre estas o conceito de sexualidade ligada ao companheiro, à relação sexual, o diálogo entre ambos e a aparência no convívio do casal foram inicialmente muito presentes. Com o decorrer dos encontros, o conceito de sexualidade começou a ser multiplicado, mostrando que a sexualidade também abrange o corpo, o simbólico, a afetividade, a descoberta individual, o prazer, a maternidade e até mesmo uma sexualidade animal. Estas passagens nos reportam ao fato de que o conceito de sexualidade foi ampliado, levado para uma dimensão mais complexa. Durante as oficinas de análise e contra-análise da pesquisa, o grupo referiu à importância de disponibilizar atividades na unidade de saúde que fossem direcionadas a escutá-las, pois estas ações serviam como terapias para as mesmas. Como resultados da oficina de contra-análise evidenciaram que a concepção de sexualidade produzida pelo grupo relacionava-se ao companheiro, a genitália masculina, a relação sexual e partes do corpo feminino duplicadas, que sugeriram ser expressão de sensibilidade e feminilidade. Temas como masturbação,



violência contra a mulher e sua forma de proteção judicial e física foram abordados. Foram referidos os valores sociais do homem e as conquistas da mulher contemporânea, e a importância de lembrar-se de si mesma. Aspectos da integração no grupo foram lembrados como forma de facilitar a comunicação e a importância da aparência física e os transtornos alimentares surgidos para manutenção de uma estrutura corporal perfeita. A imagem corporal foi alvo de muita discussão, pois tal imagem pode prejudicar a qualidade de vida do sujeito, bem como foi lembrado que ocultamos vários defeitos de conduta através de um corpo belo. Foi salientada a descoberta, pelo próprio grupo, de que elas também possuíam saberes. Assim sendo, percebemos a necessidade de questionarmos sobre a enfermagem inserida numa política de saúde pública que persisti em colocar a saúde em pacotes direcionados ao corpo biológico, desprezando o corpo psíquico, como também a criação de espaços na unidade para estes encontros possibilitarem um ambiente de integração entre os sujeitos envolvidos. Diante destas reflexões surgidas no grupo, foi nos proposta a continuação destas atividades grupais, pois seu efeito estava sendo considerado "terapêutico". Neste momento, percebemos o quanto é importante para nós, enfermeiros (as), nos sensibilizarmos para percebermos em quais aspectos, de nossa vida, estamos negando a possibilidade de surgirem novas possibilidades de condutas, seja no âmbito profissional como na vida diária, assim como nos questionamos sobre a possibilidade de refazermos o modelo de atendimento na saúde pública, que permanece inserindo os sujeitos em programas de Atenção Básica de Saúde. Resta-nos, ainda, e, prioritariamente, possibilitarmos que os espaços de escuta sensível, dos nossos desejos, angústias, repressões, criações, alegrias, vitórias e afetos possam ser criados e mantidos nos vários espaços sociais ocupados pela enfermagem. Dessa forma, trabalhando sobre nossos afetos, poderemos ofertar espaços físicos abertos para a comunidade atendida nas unidades de saúde. Percebemos também que tal pesquisa foi o passo inicial para continuarmos a desenvolver outras oficinas e trabalharmos temas escolhidos pelo grupo-pesquisador.



Trabalho 178 - 1/1

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO NO DOMICILIO: TECNOLOGIA EDUCATIVA COMO ESTRATÉGIA

Maria Noemi Lousada Gonçalves Gomes[1]

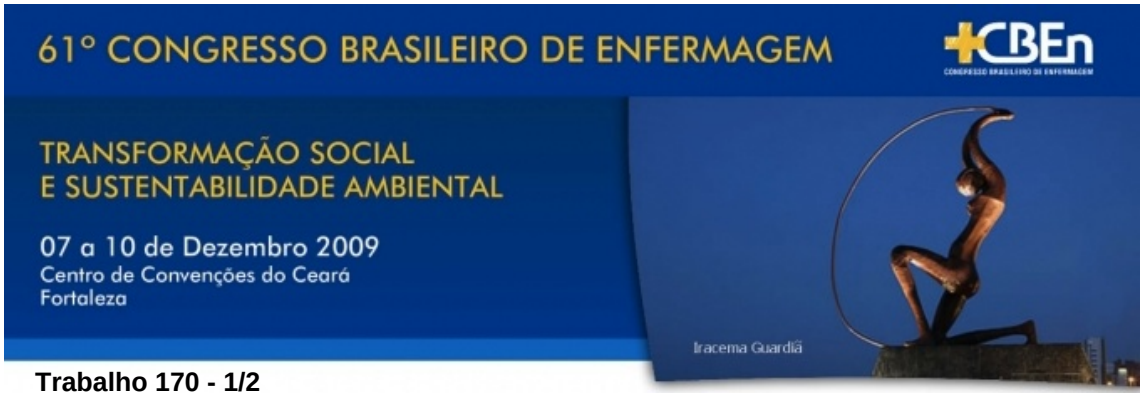
Antonia do Carmo Soares Campos [2]

Introdução: O nascimento é um momento de realização, e alegria plena para as mães, que passam nove meses na expectativa de conhecer seu bebê, tocá-lo e saber como será cuidar dele. Os recém-nascidos são seres indefesos que necessitam de atenção da equipe multiprofissional e da família, em especial da mãe, para um crescimento e desenvolvimento adequado e participativo. Objetivo: descrever a utilização de material educativo, como estratégia de enfermagem para orientação da mãe acerca dos primeiros cuidados do recém-nascido em domicilio. Metodologia: Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado na Unidade Básica de saúde da Família de Ibaretama-Ce com 25 gestantes na faixa etária de 14 a 34 anos. Os dados foram coletados de julho a setembro/2009 em dois momentos distintos. No primeiro realizamos uma oficina educativa, com o apoio de material educativo construído com apoio da literatura pertinente, teatro com bonecos e vídeos. No segundo momento, utilizamos a entrevista com questões norteadoras, contemplando o objetivo proposto. Resultados: a utilização do material educativo foi fundamental para a segurança, orientação materna e desenvolvimento de suas habilidades relacionadas ao cuidado com o recém-nascido em domicilio. Conclusão: Acreditamos que seja necessária uma parceria na implantação desse material didático-instrucional objetivando a melhoria na qualidade da assistência multiprofissional ao binômio mãe-filho no âmbito da unidade básica de saúde.

Palavras-chave: Recém-nascido. Tecnologia educativa. Cuidado de enfermagem.

1 Enfermeira. Graduada do curso de enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). noemilgg@yahoo.com.br

2" Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.Líder do Grupo de Pesquisa saúde e qualidade de Vida do Binômio mãe e filho-CNPq/UNIFOR.toniacampos@unifor.br



Trabalho 170 - 1/2

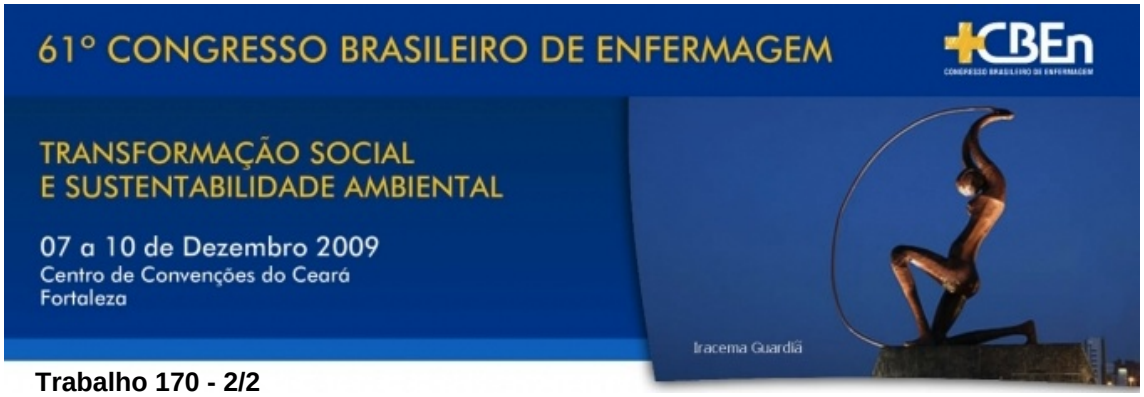
CURSO SÁBIA GESTAÇÃO – RELATO DE EXPERIENCIA

PIMENTA, R. V. F.; SANTOS, V. C. P.

Entre o momento em que se confirma a gravidez até o momento do nascimento muitas coisas acontecem. Em sua maioria são 280 dias de emoções, dúvidas, apreensões, expectativas, etc. Na gestação o corpo da mulher é palco diário de lentas e profundas mudanças. Ocorrem novas sensações, novas descobertas a respeito de si mesma. Saber de antemão o que se passa no interior de seu corpo, o que é ou não natural e o que fazer em cada situação lhe dá maior segurança, confiança em si e, conseqüentemente, maior sensação de tranqüilidade. A troca de experiências e conhecimentos entre a mulher, familiares e profissionais de saúde é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação, expressão e elaboração de sentimentos e medos, esclarecimento de dúvidas e enfrentamento de dificuldades interiores, preparando-os para a maternidade, paternidade e para a vida (Ávila, 1998; Brasil, 2006). Este projeto nasceu de um grande desejo de ter um momento separado destinado à orientação das mulheres gestantes e seu parceiro ou amigo/familiar pelo fato da consulta de pré-natal não ser suficiente para orientá-los frente todas as demandas de dúvidas e inseguranças desta fase da vida. Tem como objetivo: Promover discussões acerca dos aspectos físicos e psíquicos durante a gestação, parto e puerpério; Trabalhar a auto-estima; Proporcionar a troca de experiências entre as gestantes; Estimular a busca de novos saberes e da autonomia das gestantes para com o seu corpo; Incentivar a participação do esposo/companheiro ou familiar no período de gestação, parto e após o nascimento do bebê. Diante deste contexto são desenvolvidos encontros semanais com gestantes e seus parceiros (ou familiares), usuários da Unidade de Saúde Etelvina Carneiro, situado na regional norte do município de Belo Horizonte. São realizadas rodas de conversa semanais sobre temas escolhidos pelas integrantes de cada grupo. Estão entre os temas: mudanças psicológicas na gravidez e resgate da auto-estima; O corpo da mulher antes, durante e depois da gravidez; Pré-natal; Exercício na Gravidez; Alimentação; Promoção da saúde bucal para mãe e o bebê; Trabalho de parto e parto; Aleitamento materno;

*Enfermeira da família e enfermeira obstetra. Técnico Superior de Saúde – enfermeiro da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Enfermeiro Obstetra do Hospital Sofia Feldman e Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano Filho, Professor da Faculdade de Saúde e Ecologia Humana. profrefaseh@hotmail.com

**Assistente Social. Técnico superior de saúde – assistente social – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.



Puerpério; Cuidados com o recém-nascido; e Planejamento familiar. Além da roda de conversa, são assistidos e discutidos vídeos que contemplem o tema do dia, ensinados trabalhos manuais para o enxoval do bebê, fazemos passeios a ONGs que incentivam o parto normal e o aleitamento materno e visita ao hospital Sofia Feldman (maternidade de referência da unidade de Saúde). A hidroginástica semanal é outra atividade oferecida às gestantes do curso por meio da academia do bairro. Para a realização do curso conta-se com o apoio de uma rede de profissionais interdisciplinares como: enfermeiro obstetra, enfermeiro da família, assistente social, dentista, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, fonoaudiólogo, ginecologista, agentes comunitários de saúde e acadêmicos de enfermagem. A comunidade também se envolve através do apoio do supermercado e academia do bairro. Próprios moradores ajudaram no lanche, nas atividades físicas oferecidas e nas atividades manuais ensinadas às gestantes e no espaço cedido para a realização do curso. As avaliações são sempre muito positivas e as mulheres demonstram ao final dos encontros mais empoderadas e mais seguras quanto ao parto e cuidados com o recém-nascido. Os relatos pós parto ainda não coletados de forma científica chegam todos os dias e são muito gratificantes.

Descritores: Educação em Saúde; Cuidado Pré-Natal; Gravidez.

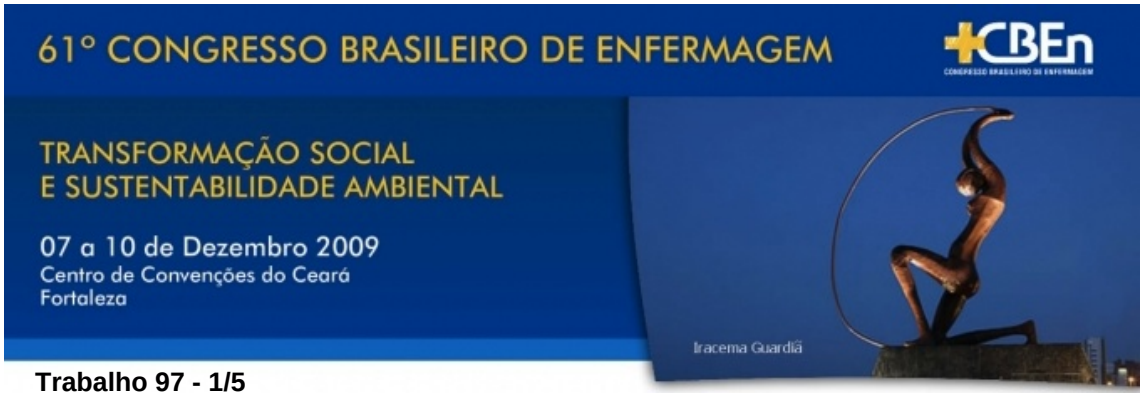
ÁVILA, A. **Socorro, Doutor! Atrás da barriga tem gente**!. São Paulo: Ateneu, 1998.

BRASIL. Ministerio de Saúde. **Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada**. Brasilia: MS, 2006.

PEREIRA, W. C. C. **Dinâmica de grupos populares**. 7. Ed. Petrópolis / RJ: Vozes, 1991.

*Enfermeira da família e enfermeira obstetra. Técnico Superior de Saúde – enfermeiro da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Enfermeiro Obstetra do Hospital Sofia Feldman e Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano Filho, Professor da Faculdade de Saúde e Ecologia Humana. profrefaseh@hotmail.com

**Assistente Social. Técnico superior de saúde – assistente social – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.



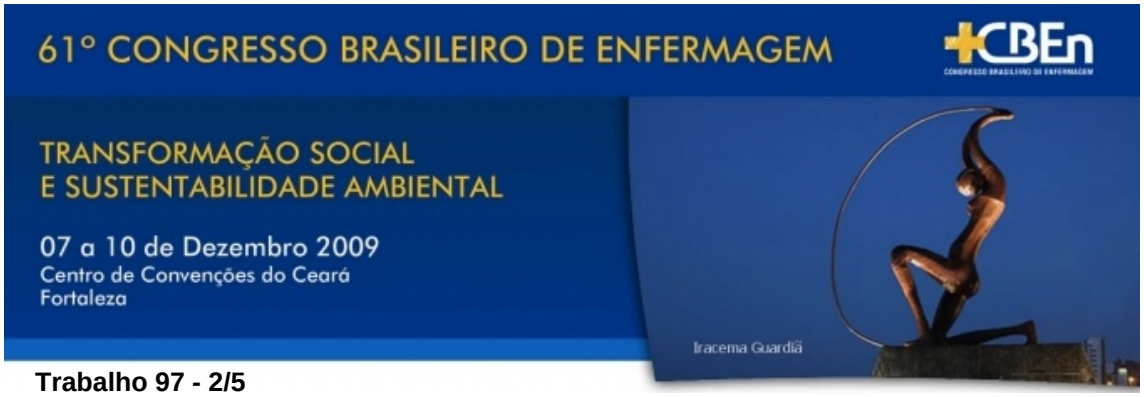
Trabalho 97 - 1/5

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: (RE)CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA OPERACIONALIZAR O GRUPO DE GESTANTES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (UBSF) DR. ILDONE CAVALCANTE FREITAS.

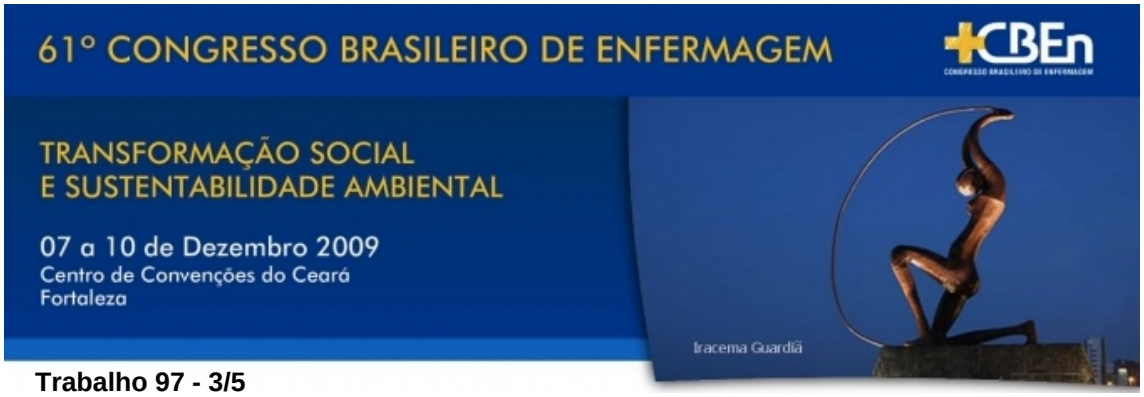
FEITOSA, Rúbia Mara Maia[1]
NÓBREGA, Líbne Lidianne da Rocha e[2]
MELO, Priscila Lima Ribeiro de[3]
SILVA, Danielle Gomes da Rocha e[4]
XAVIER, Maria Suely Mesquita[5]

A Educação Popular em Saúde constitui-se em um instrumento teórico, político e metodológico que visa à construção de um espaço integrador, particularmente, entre os trabalhadores da área da saúde e a comunidade, cujo objetivo é proporcionar a participação de sujeitos sociais, ativos e críticos. Assim, a mesma objetiva trabalhar o indivíduo e/ou os grupos sociais envolvidos, reconhecendo as suas particularidades e heterogeneidades para que estes possam identificar coletivamente os determinantes do processo saúde/doença e, posteriormente, atuarem sobre os problemas específicos de saúde. Ressalta-se que é um processo que valoriza os saberes e as práticas dos sujeitos sociais, muitas vezes desconsiderados devido a sua origem popular. Utiliza-se, também do diálogo para promover a construção da autonomia dos sujeitos, permitindo-os caracterizar os problemas de saúde a partir da realidade concreta e encaminhar as soluções parciais num processo contínuo de reflexão-ação-reflexão. Nessa perspectiva, os trabalhadores da área da saúde podem utilizar a Educação Popular em Saúde como ação estratégica na prevenção e promoção da saúde dos grupos sociais, na perspectiva de relacionar a saúde e as diversas condições de vida dos indivíduos, compartilhando as situações culturais, econômicas, psicológicas, sociais e ambientais que exercem forte impacto no processo saúde-doença. Assim, a aprendizagem passa a ser construída a partir dos conhecimentos prévios de cada sujeito que interagem cooperativamente no enfrentamento dos problemas concretos. Dentre a diversidade dos grupos sociais, as mulheres no período gestacional configuram-se como sendo um grupo social em que deve ser estimulado a construção de espaços para se trabalhar e efetivar a integralidade do cuidado. Fato que ocorre por meio da troca de

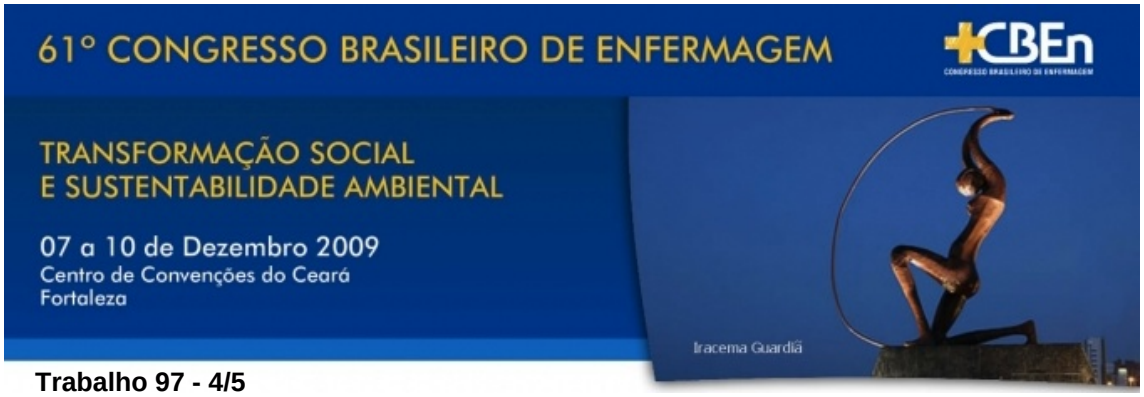
[1] Enfermeira. Graduada pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Técnica de Nível Superior III do Laboratório de Semiologia e Semiotécnica da Universidade Potiguar – UnP.
[2] Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN, Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN.
[3] Enfermeira. Graduada pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Enfermeira plantonista da Unidade de Terapia Intensiva da Maternidade Divino Amor, Natal/RN. cilinha.lima@hotmail.com
[4] Enfermeira. Graduada pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN
[5] Enfermeira. Graduada pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN



conhecimentos, experiências e vivências acerca do processo grávido-puerperal de cada mulher, permitindo que estas minimizem as dúvidas e anseios que permeiam-nas desde os primeiros meses de gestação até o nascimento da criança. A gestação é um período pela qual a mulher passa por profundas transformações psicofisiológicas, o que acaba por se tornar-se um momento complexo e único que exige das gestantes constantes adaptações a realidades, anteriormente não vivenciadas. É durante o processo de gestar que as mulheres passam a ter dúvidas acerca das mudanças que acontecem no seu corpo, criam-se e reproduzem-se mitos e tabus que permeiam o ciclo grávido-puerperal, interferindo nos cuidados direcionados a essa nova fase de sua vida. Consubstanciados por essas concepções sobre elaboração de estratégias que visem articular e estimular as reflexões pretendidas, foi planejada e operacionalizada por acadêmicas do 9º período do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró/RN, a formação do Grupo de Gestantes. Um espaço formalizador que permitisse estimular, compartilhar e orientar as gestantes acerca das principais mudanças que ocorrem com as mulheres durante a gestação, ampliando as informações que são fornecidas as mesmas durante as consultas do Pré-Natal. Dessa forma, o presente trabalho constitui em um relato de experiência que foi realizada durante a disciplina Estágio Curricular Supervisionado II, em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), localizada no município de Mossoró/RN. O Grupo de Gestantes teve como objetivo possibilitar as mulheres à discussão e reconstrução de novos saberes e práticas referentes aos cuidados, aos medos, angustias e tabus que se fazem presentes durante o ciclo grávido-puerperal. A referida UBSF, localizada no bairro Barrocas, é composta por três equipes do Programa Saúde da Família (PSF), todas as áreas apresentando um número considerável de gestantes cadastradas e acompanhadas pelo Pré-Natal, correspondendo aproximadamente a um total de 60 gestantes. Para o desenvolvimento da proposta, objetivando discutir e ampliar os conhecimentos das mulheres acerca dos principais cuidados que são indispensáveis durante o ciclo grávido-puerperal, foram elaborados encontros quinzenais com a finalidade de trocar experiências, socializar as dúvidas e dificuldades que surgem nas mulheres no decorrer do período gestacional. É oportuno ressaltar que, inicialmente, para a efetivação dos encontros foi necessário resgatar a participação das mulheres para a formação do grupo de gestantes, pois as ações educativas direcionadas a esse público-alvo estavam paralisadas há algum tempo. Por isso, fizeram-se necessárias reuniões com alguns trabalhadores que atuam na Unidade Básica, por exemplo, as enfermeiras e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na perspectiva de construir estratégias para estimular a adesão das mulheres para a formação do Grupo de Gestantes, a qual recebeu a denominação de “Gestante, Feliz”. Dessa forma, foram confeccionados panfletos para mobilizar a participação das mulheres e cartões de inscrições, estes entregues e preenchidos pelos ACS durante as visitas domiciliares, e por sua vez, pelas



enfermeiras e acadêmicas de enfermagem durante o desenvolvimento de suas atividades nas dependências da própria UBSF. No verso dos cartões de inscrições constavam as datas dos encontros, o local, os respectivos assuntos que seriam abordados em cada um deles e os profissionais de saúde envolvidos. Dessa forma, ocorreram cinco encontros, inicialmente quinzenais, na perspectiva de fortalecer a participação das mulheres. Posteriormente, os mesmos passariam a ser desenvolvidos mensalmente. Estes ocorreram durante os meses de junho e agosto de 2008, na Igreja Assembléia de Deus. Além de ser um espaço amplo, este configurava-se como sendo um local estratégico, pois se localizava em um ponto central para as três equipes do PSF. Os temas abordados foram referentes à importância do Pré-Natal, enfatizando acerca dos tipos de exames laboratoriais recomendados, discussão acerca dos principais alimentos que devem ser consumidos pelas mulheres durante o período gestacional, as fases do desenvolvimento fetal, os tipos de parto, planejamento familiar e aleitamento materno. Foram utilizados recursos metodológicos como, por exemplo, dinâmicas, vídeos, álbum seriado e bonecos mostruários para instigar a curiosidade e interesse das gestantes durante os debates. Inicialmente, para o desenvolvimento das atividades do grupo de gestantes um número pequeno de mulheres inseriu-se nas discussões. Assim, no primeiro encontro teve-se a adesão de apenas cinco gestantes, mas, posteriormente, à medida que iam sucedendo os demais encontros, o número de mulheres participantes do grupo aumentou, tendo um total de quinze gestantes. As dinâmicas e os momentos de reflexões ao iniciar os encontros, proporcionaram as mulheres um ambiente de descontração, permitindo que estas se interagissem mais, levantasse questionamentos, dúvidas e compartilhassem as suas experiências. Observou-se que, as gestantes tinham a preocupação de esclarecer, além dos cuidados inerentes ao período materno-infantil, acerca dos mitos e tabus que são construídos, particularmente, sobre o processo de parturição, alimentação e sobre a amamentação. Vale ressaltar, que os encontros configuravam-se como rodas de conversa, na qual todos os participantes envolvidos opinavam sobre os diversos assuntos, proporcionando a reflexão das concepções já construídas, porém, respeitando a diversidade de idéias e valores de cada sujeito. Além disso, as inserções das enfermeiras da unidade e dos ACS no grupo contribuíram significativamente para enriquecer e fortalecer os momentos de discussões, permitindo, juntamente com as gestantes identificar e construir coletivamente as soluções para as fragilidades e necessidades de saúde apresentada por elas. Dessa forma, percebeu-se que o trabalho em grupo, além de proporcionar aos indivíduos a participação no processo educativo em saúde, por meio de suas experiências e conhecimentos prévios, possibilita as gestantes se autoconhecerem e compreenderem melhor este período da vida. A avaliação das gestantes que participaram dos encontros foi satisfatória, descrevendo-os como sendo momento de aprendizagem diferencial, dinâmico e interessante. Dessa forma, reforça a argumentação de que unicamente as consultas

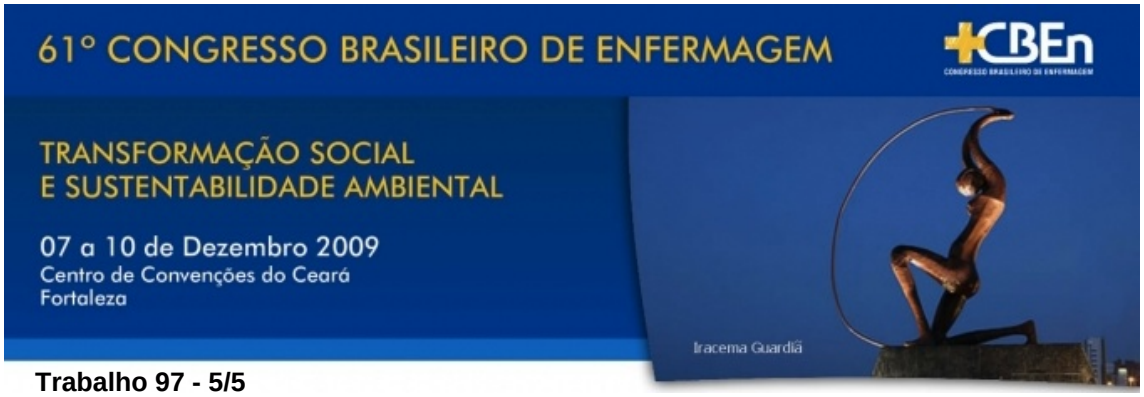


destinadas ao Pré-Natal tornam-se insuficientes para se trabalhar na perspectiva da prevenção e promoção da saúde das mulheres no período gestacional. A adesão e a continuidade pelos profissionais da UBSF, além da presença constante de acadêmicos de enfermagem no serviço, favorecerão a construção de novas estratégias para atender a complexidade das ações de educação saúde popular em saúde, contribuindo para ampliar a participação das mulheres no grupo de gestantes. A nossa vivência, enquanto acadêmicas, permitiram compreender a necessidade de realização de trabalho interdisciplinar, na perspectiva de favorecer a integralidade do cuidado, subsidiando reflexões e mudanças acerca das concepções e de como são realizadas os processos educativos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

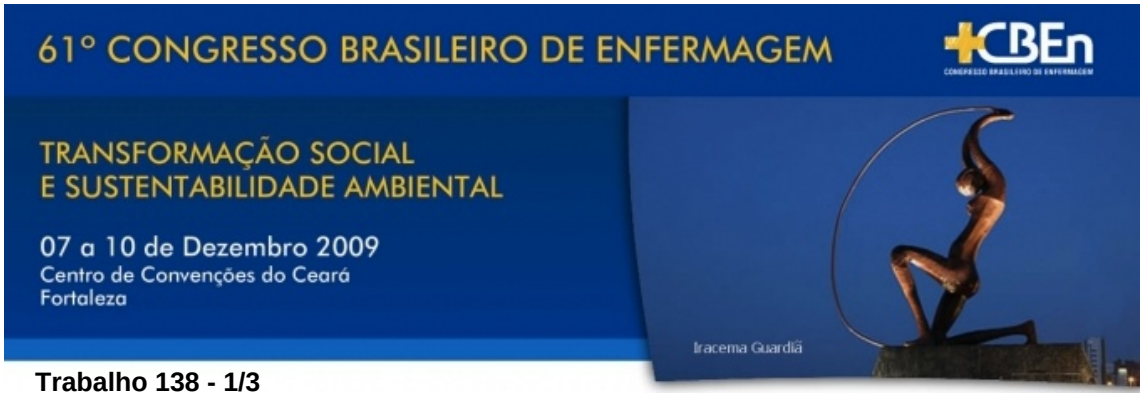
ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota et al. Grupo de gestantes e/ou casais grávidos: a Universidade interagindo com a comunidade. **EXTENSIO** – Revista eletrônica de extensão – Universidade Federal de Santa Catarina, n.1, p. 10, 2004. Disponível em: http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/viewFile/1449/4511. Acesso em: 15 agost. 2009.

PALAVRAS –CHAVE: Gestantes. Programa Saúde da Família. Enfermagem



http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf

http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/viewFile/1449/4511



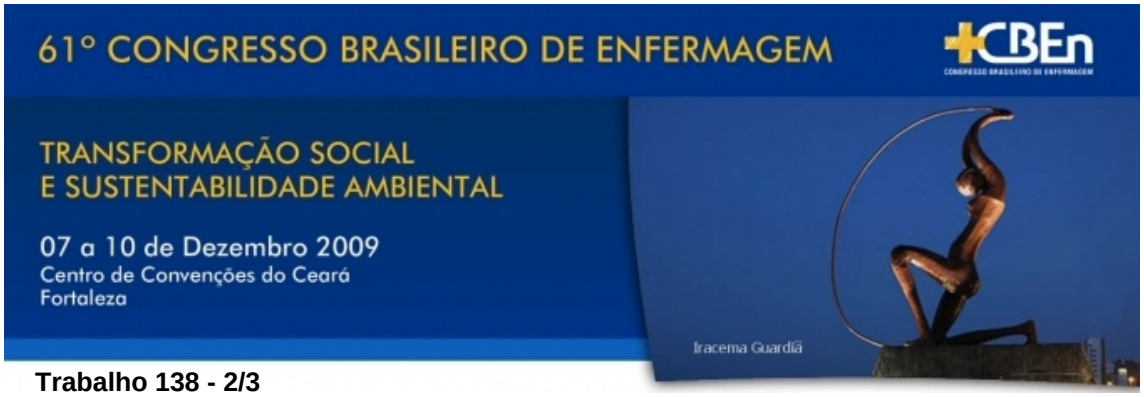
ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, COMUNIDADE E EDUCAÇÃO NO TRÂNSITO: PARCERIA PELA VIDA

Nancy Nay Leite de Araújo Loiola Batista[1]
Sandra Cecília de Souza Lima[2]
Andreza Thátila Assunção e Medeiros[3]

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os acidentes de trânsito configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população. De acordo com o documento sobre Redução de acidentes e violências do Ministério da Saúde, acidente é definido como um evento não intencional e, sobretudo evitável, causador de lesões físicas e emocionais. Iniciativas de vários países, a partir do final do século XX, têm classificado o trânsito entre os problemas passíveis de intervenção mediante práticas saudáveis. Em torno do trânsito, tem-se desenvolvido ações ligadas à prevenção de acidentes em diversos países, com o objetivo de chamar a atenção dos governos, das empresas e da sociedade civil para esse problema que ceifa tantas vidas e deixa milhões de pessoas incapacitadas. Os crimes de trânsito que culminam em acidentes quase sempre são vistos como fatalidades quando, na maioria das vezes, são frutos de omissões estruturais quanto à situação das estradas e vias públicas, às condições dos veículos, à fiscalização, às imperícias, imprudências e negligências dos usuários – motoristas ou pedestres. Todos os estudiosos da violência no trânsito, no caso brasileiro, reconhecem que os crimes no sistema viário, em sua quase totalidade, não responsabilizam os transgressores, tampouco comovem a opinião pública, como é o caso de outros tipos de delinquência[3] Atualmente, a maioria das respostas dadas aos problemas do trânsito tem focalizado – muito mais – a mudança de comportamento do que a importância da construção de um ambiente de tráfego de veículos e de pessoas seguro Saúde da Família é a estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde (MS) para organizar a Atenção Básica e tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, direcionando-as para uma maior proximidade com as famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população. Incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único da Saúde (SUS), universalização, descentralização, integralidade e controle social, mediante o cadastramento e vinculação dos usuários. A ESF visa a modificação dos paradigmas da prática das ações de saúde, com o abandono do modelo tradicional de assistência hospitalar e individual para uma ação direta coletiva dentro do ambiente físico e social da família. A equipe deve, na sua prática assistencial, utilizar o saber epidemiológico em situações de risco, assim como também o enfoque educativo, nas ações de promoção e prevenção à saúde. É importante buscar integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para que esses profissionais e a população acompanhada criem vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade e o desenvolvimento de parcerias e para que, assim, a estratégia Saúde da Família venha a ser um espaço de construção de cidadania. Nesse contexto, a ESF, especialmente os enfermeiros tem espaço para diferentes práticas dependendo da realidade que se trabalha, que são muitas nesse Brasil de tanta diversidade e diferenças regionais. E podem colaborar efetivamente na redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito pela sua proximidade com a população e possibilidade de desenvolver trabalhos educativos. O Centro de Saúde Poti Velho, fica localizado na Rua Cedro com a Avenida João Isidoro França, no bairro Poti Velho, Teresina-Pi. Situa-se na cabeceira da ponte Mariano Castelo Branco, que dá acesso aos bairros Santa Maria da Codipi, Monte Verde, Nova Teresina, Parque Wall Ferraz e Grande Pedra Mole, havendo um intenso fluxo de caminhões,

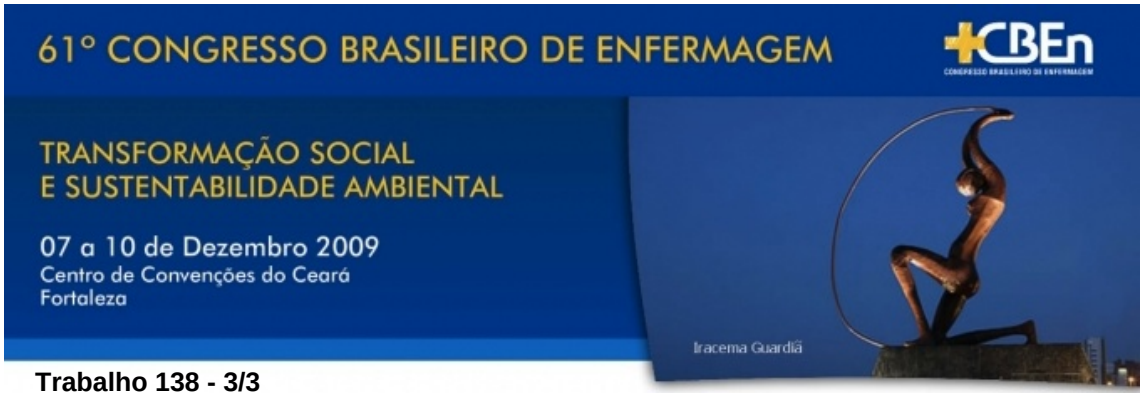
[1] Enfermeira da ESF, Mestre em Enfermagem, Professora da Faculdade Santo Agostinho e da FACE.
[2] Enfermeira da ESF, Especialista em Saúde da Criança, Professora da Faculdade FACE.
[3] Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí.



carros, motos, bicicletas, carroças e pedestres. No Centro de saúde trabalham 03 equipes da ESF, a de n.º 188, 189 e 237, que atendem respectivamente os bairros Poti Velho, Alto Alegre e Mafrense II. As enfermeiras das equipes do Centro de Saúde do Poti Velho e os ACS atentaram para o fato de que no início da semana eram procurados por familiares de jovens, que haviam sido vítimas de acidentes de trânsito no final de semana, para agendarem visitas da equipe ou solicitarem a presença da enfermeira e ou da auxiliar de enfermagem para a realização de curativos em pessoas que não podiam se deslocar até o posto. Como isso acontecia com certa frequência, quase todas as semanas, a equipe na sua reunião semanal, decidiu mobilizar a comunidade para um abaixo-assinado visando à colocação de sinais de trânsito na ponte e no cruzamento das avenidas de maior fluxo. **OBJETIVOS:** Descrever as ações realizadas pelos enfermeiros e demais integrantes da equipe para mobilizar a comunidade para questões relativas ao trânsito;Mostrar os resultados desta experiência vivenciada para outras equipes de saúde e avaliar os resultados obtidos com a mesma e servir como subsidio para aplicação prática em outras equipes. **METODOLOGIA:** A experiência foi desenvolvida em 9 passos: Mobilização da comunidade para os problemas de trânsito; Realização de um panelaço e bloqueio do trânsito no local com maior freqüência de acidentes; Formação de um grupo para educação em trânsito envolvendo enfermeiras, demais integrantes da equipe e o presidente da Associação dos moradores; Busca de parcerias; Participação dos integrantes do grupo para educação, na I Oficina de trabalho do projeto "Mobilização da População para o enfrentamento dos riscos de seus deslocamentos na cidade- Os acidentes de trânsito", promovido pelo VIGIDANTE, que aconteceu em duas etapas, uma envolvendo todas as regionais de Teresina e outra só com a regional centro-norte; Participação do grupo em outubro de 2008, no curso de Formação de facilitadores para o projeto "Mobilização da População para o enfrentamento dos riscos de seus deslocamentos na cidade- Os acidentes de trânsito"; Realização da manhã de saúde na Praça do Poti Velho, em novembro de 2008, com ênfase na prevenção de acidentes de trânsito para os ciclistas e transeuntes da praça e na educação em trânsito para as crianças da creche e Confecção de folders e distribuição de folders educativos. **RESULTADOS:** Maior engajamento do grupo com o desenvolvimento de ações de sensibilização para educação no trânsito, participação efetiva da comunidade nos eventos, instalação de sinais de trânsito, faixas de pedestres e sinalizado as vias de maior fluxo do bairro Poti Velho e com isso redução no número de acidentes. As dificuldades na realização da experiência foram: A grande magnitude dos problemas de trânsito e a pouca tradição de intervenção pelas autoridades de poder; a lentidão e a burocracia das instituições governamentais; dificuldades de reunião das diversas instituições envolvidas; baixa cobertura da mídia aos eventos educativos; dificuldades financeiras para confecção de folders, camisetas e a não liberação de recursos financeiros destinados a campanhas educativas, como a realizada no período do carnaval. As facilidades encontradas por todo o grupo foram à receptividade da comunidade; o envolvimento das equipes da Estratégia Saúde da Família que atuam no Centro de Saúde do Poti Velho; o engajamento da Associação dos moradores do bairro Poti Velho; o apoio e participação dos acadêmicos de enfermagem, medicina, pedagogos e psicopedagogos do COEPI e da diretoria do VIGIDANTE; **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência mostra que as atribuições de enfermagem na ESF vão além dos limites das Unidades Básicas de Saúde, possibilitam uma variedade de práticas muito grande, onde o profissional tem oportunidades de usar sua criatividade e cientificidade, na concretização de outras ações e outros papéis, permitindo a visualização pela sociedade de um profissional ético, cidadão, humanitário, comprometido com as necessidades das comunidades assistidas.

Palavras chave: Enfermagem. Saúde da Família. Educação.

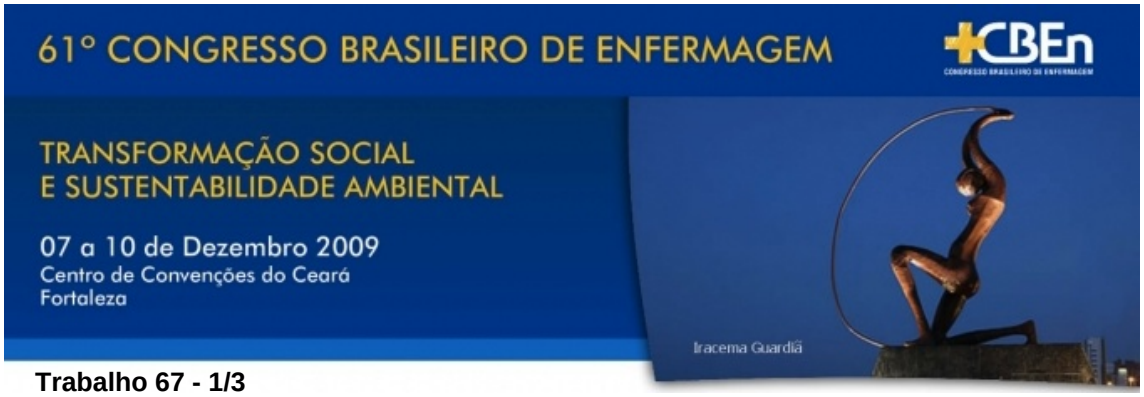
REFERÊNCIAS



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial.** Brasília, DF, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe mundial sobre prevenção dos traumatismos causados pelo trânsito**: resumo [monografia na Internet]. Genebra: OMS; 2004. [Acesso em 15 de maio de 2004]. Disponível em http://www.who.int.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M.C.S.; FRANCO, L.G. Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16, n. 1, p. 19-31, jan/ mar. 2007.

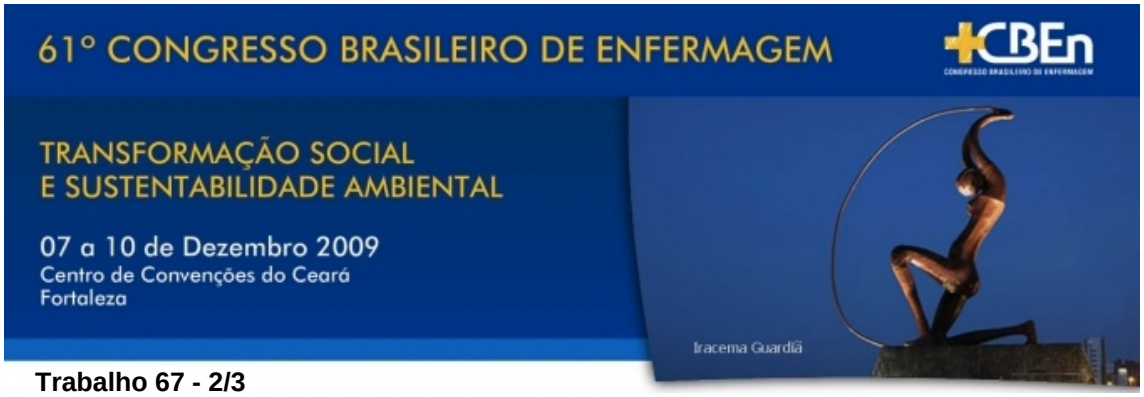


Trabalho 67 - 1/3

ESPAÇO PARA ADOLESCENTES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: CRIAÇÃO DE OFICINAS DE INCENTIVOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

MILHOMENS, Ester de Lima, EMANN, Jones Trajano Ceci

Introdução: A adolescência, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos. Já no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos. Na literatura especializada, muitos trabalhos apontam que os adolescentes passam por um período de vulnerabilidade no plano individual e social. Nesse contexto, ser adolescente é considerado fator de risco, sendo apontada pela literatura a associação desse período com a noção de crise, desordem e irresponsabilidade. Na maioria das vezes, os adolescentes estão envolvidos em gravidez não planejada e de risco, uso de drogas ilícitas, mortes frente à violência decorrente do ócio e altos riscos de contágios por doenças sexualmente transmissíveis (DST's), entre outros fatores de risco (GAMA; SZWARCWALD; LEAL, 2002). Pesquisa de Costa, Pinho e Martins (1995) também revelou que os adolescentes, principalmente as mais jovens, apresentaram pouco conhecimento e uso da contracepção, desinformação nas questões da sexualidade e altos índices de iniciação sexual precoce. Por conta dessas variáveis citadas, o número de adolescentes com DST/AIDS aumentou no Brasil. Segundo relatório da Coordenação Nacional de DST/AIDS de 2003, foram diagnosticados 9.762 novos casos de AIDS. Sendo jovens homens 457 (7,2%) entre a faixa etária de 13 a 24 anos, enquanto 388 (11,3%) entre jovens mulheres na mesma faixa etária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Estima-se, atualmente que cerca de 50% das novas infecções pelo HIV no mundo estão ocorrendo entre pessoas de 10 a 24 anos de idade. De acordo com a OMS, a cada minuto, cinco jovens se contaminam com o HIV, o que representa um total de 7 mil contágios diários e mais de 2,6 milhões ao ano. Em vista desses números, é preciso que as unidades de saúde mobilizem parcerias com os diferentes setores da comunidade e que promovam o acesso dos adolescentes aos serviços educativos e preventivos de saúde. Um problema apontado por Araújo e Calazans (2007) leva a crer que as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) foram feitas para as gestantes, para as crianças muito pequenas e para os portadores de doenças crônicas. Entretanto, a

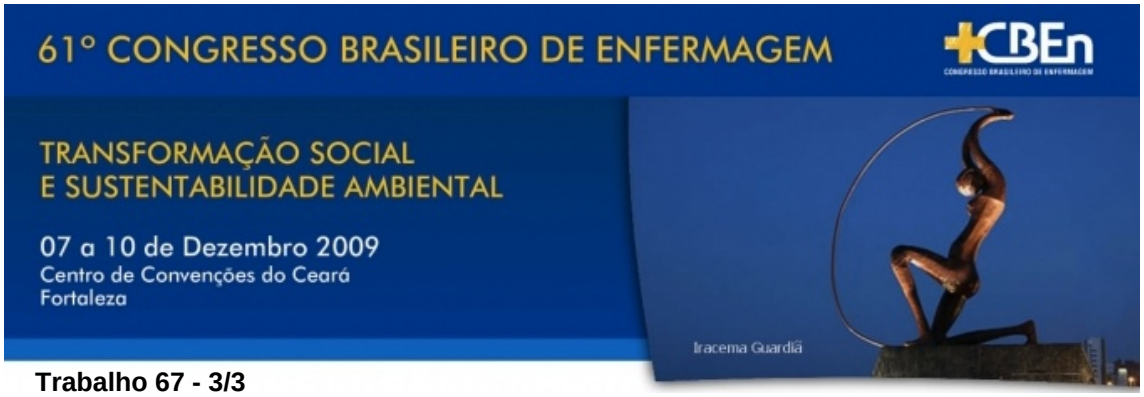


falta de espaço para os adolescentes nas UBS´s faz com que eles nem se aproximem à porta da unidade e buscam o serviço só em casos extremos como, por exemplo, quando estão grávidas ou com problemas agravantes. Através desses diversos grupos atendidos pelas UBS's no Programa Saúde da Família (PSF), os adolescentes deveriam ter atenção especial por parte das ações de políticas públicas do Ministério da Saúde que, infelizmente, são esquecidos por falta de espaço e acesso a profissionais qualificados nas unidades de saúde (ARAÚJO; CALAZANS, 2007). Para que as Unidades Básicas de Saúde consigam desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção que envolva os adolescentes, é preciso que as pessoas dessa faixa etária frequentem mais as unidades de saúde. Para que isso ocorra, as oficinas apresentam-se como instrumentos eficazes de prevenção e de promoção à saúde, podendo ser operacionalizadas, nos serviços de saúde, principalmente pelas equipes multidisciplinares (JEOLÁS; FERRARI, 2003).

Objetivo: O presente trabalho teve como objetivo criar oficinas de aprendizado para chamar a atenção dos adolescentes à Unidade de Saúde da Família (USF) e avaliar o impacto social na saúde preventiva.

Metodologia: O projeto foi baseado na metodologia de pesquisa-ação, que preconiza a partipação do pesquisado para uma efetiva intervenção na realidade. Houve um total de 25 encontros, destes 30% foram destinadas a palestras com temas variados (sexualidade, drogas, violência e espiritualidade) e nos 70% restantes foram realizadas oficinas de reciclagem com a parceria do Programa Ambientes Verdes Saudáveis (PAVS), às quais, utilizaram os seguintes materiais: garrafas pet, óleo de cozinha e jornal velho. Fizeram parte dessas oficinas, profissionais e acadêmicos da área da saúde e correlatos. Foram escolhidos para participar deste projeto, adolescentes de ambos o sexo, entre 10 a 19 anos de idade, moradores da área de cobertura da USF - Alto da Riviera.

Resultados: Pode-se observar que os adolescentes aplicavam conscientemente no seu cotidiano as práticas aprendidas nas oficinas, agregando renda familiar. Verificou-se também que houve um maior entrosamento entre os profissionais e os familiares desses participantes, com a criação de novas amizades, resultando em um trabalho participativo e eficaz Percebeu-se, ainda, uma alta rotatividade de adolescentes participantes que freqüentavam esporadicamente os encontros.



Dentre os 35 que iniciaram o projeto, 9 adolescentes tiveram assiduidade de 100% e estes mostram interesse em participar de novos projetos.

Conclusões: Conclui-se que as oficinas de incentivos do presente trabalho foram instrumentos eficazes de prevenção e de promoção à saúde, confirmando os dados da pesquisa de Jeolás e Ferrari (2003). Avaliando os relatórios de atendimentos, foi possível identificar um aumento significativo na demanda em consultas de rotina por parte dos adolescentes que participaram das oficinas de incentivos.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, T. W; CALAZANS G. *Prevenção das DST/AIDS em adolescentes e jovens*. São Paulo: Brochuras de referência para os profissionais de saúde da Secretaria de Saúde, 2007.

COSTA M. C. O.; PINHO J, F. C.; MARTINS S. J. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém - Pará. *Jornal de Pediatria*. Sociedade Brasileira de Pediatria. v. 71, n. 3, p. 151-157, 1995. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/95-71-03-151/port.pdf>. Acesso em 25 set. 2009.

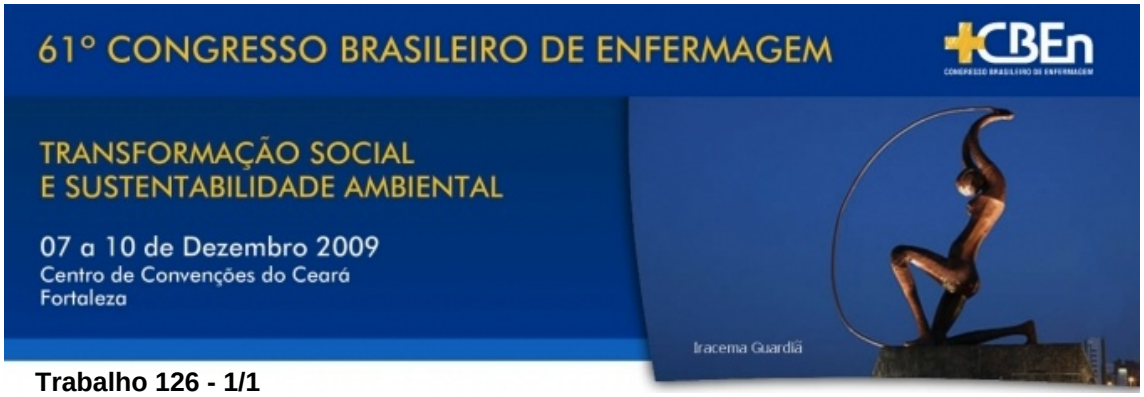
GAMA, S. G. N; SZWARCWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 153-161, janeiro/fevereiro, 2002. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em 25 set. 2009.

JEOLÁS, L. S.; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 611-620, 2003. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em 25 set. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial*: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2006. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em 25 set. 2009.

Ester de Lima Milhomens, Enfermeira, Bacharel em Enfermagem, Responsável pelo Setor de Adolescência da Unidade de Saúde da Família (USF), Unidade Básica de Saúde do Alto da Riviera – SP. Endereço eletrônico: esterlimamil@hotmail.com.

Jones Trajano Ceci Emann, Bacharel em Psicologia e acadêmico do 5º ano da habilitação em Formação de Psicólogo do Curso de Psicologia da Universidade de Santo Amaro (UNISA).



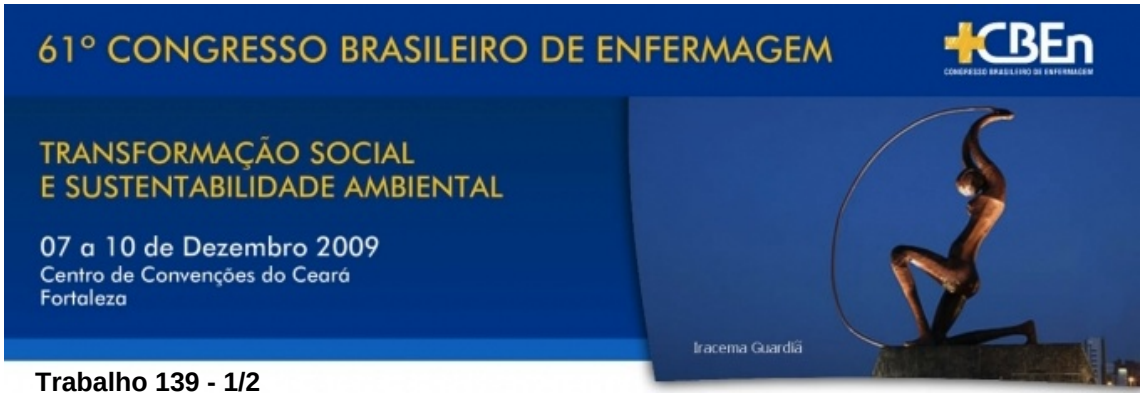
Trabalho 126 - 1/1

FATORES QUE DIFICULTAM O AUTO-CUIDADO NOS IDOSOS DIABÉTICOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA –PSF.

Souto, Ana Paula Brandão [1]
Laranjeira, Elton Souto [2]

O Diabetes Mellitus é um distúrbio considerado, por conta de sua alta morbimortalidade e grande incidência, um grave problema de saúde pública com repercussões sociais, econômicas e previdenciárias, sendo altamente prevalente com o avanço da idade. O aumento progressivo da expectativa de vida, juntamente com um aumento no número de idosos em relação ao restante da população gerou a necessidade de se desenvolver uma abordagem diagnóstica e terapêutica específica para a população senil. Objetivos: investigar os principais fatores associados que dificultam a realização do auto-cuidado pelos idosos diabéticos cadastrados no Programa de Saúde da Família em Bangüê –Pacajus – CE, identificar o perfil socioeconômico e cultural desses idosos portadores de diabetes. Procedimentos metodológicos: foi realizado um estudo exploratório e descritivo na unidade básica de saúde de Bangüê, no município de Pacajus - CE. A amostra foi composta por todos os pacientes idosos diabéticos cadastrados na unidade básica de saúde, totalizando 48 pacientes. Os dados foram coletados por meio de um formulário preenchido pelo pesquisador no momento da entrevista autorizada pelo idoso. Resultados: a população caracterizou-se por ser de maioria feminina (72,9%), com maior prevalência a partir da segunda metade da sexta década de vida até a primeira metade da sétima, sendo que 60,4% da população investigada são analfabetos e apenas 10,4% tinham atingido o nível médio de estudo. Observou-se que 89,6% da população afirmaram entender as orientações recebidas, e destes 58,3% dos pacientes seguem a dieta recomendada e apenas 22,9% praticam atividade física regularmente. Cerca de 45,8% encontram-se com sobrepeso/obesidade. Conclusão: podemos concluir que mesmo entendendo as orientações, grande parte da população não conseguia praticá-las devido: incompreensão da família; situação financeira; esquecimento e falta de tempo.

[1] Enfermeira Especialista em saúde da família,educação em saúde e infecção hospitalar do HUWC e PSF – Fortaleza. apaulabrandao@hotmail.com
[2] Médico Especialista em geriatria do PSF do Município do Eusébio eltsouto@hotmail.com

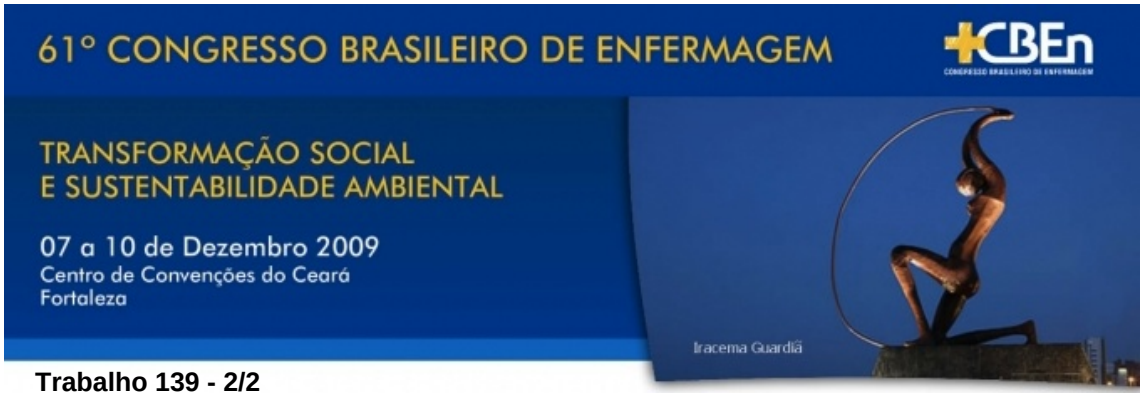


Trabalho 139 - 1/2

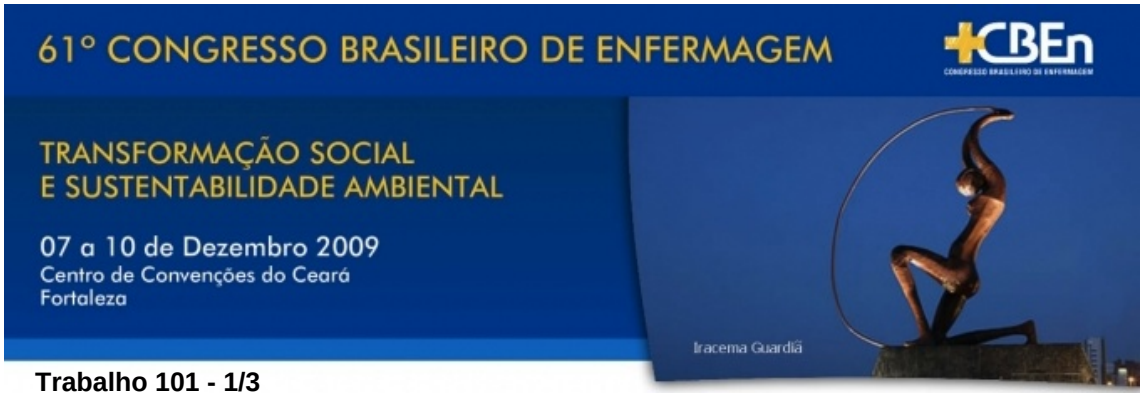
GRUPO DE CONTROLE DO TABAGISMO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

ARAÚJO, Michell Ângelo Marques (Secretaria Municipal de Saúde-SER II)
Contato: email micenf@yahoo.com.br tel. (85)32786585
SOUSA, Keylla Márcia Menezes de (Secretaria Municipal de Saúde-SER II)
ESMERALDO, Geordany Rose Oliveira Viana (Secretaria Municipal de Saúde-SER II)
BRAGA, Violante Augusta Batista (Universidade Federal do Ceará)

O tabagismo constitui um grave problema mundial, considerada pela Organização Mundial de Saúde uma doença epidêmica que traz conseqüências sociais dramáticas. O Ministério da Saúde do Brasil ciente e preocupado com essa situação lança o Programa Nacional de Controle do Tabagismo que visa descentralizar as ações de controle do tabagismo nos estados e municípios, sendo uma das formas para implementação a estratégia: Ajudando seu paciente a deixar de fumar. Trata-se de um programa de tratamento e acompanhamento das pessoas que desejam parar de fumar. O Centro de Saúde da Família Benedito Artur de Carvalho iniciou os primeiros atendimentos em 2006 seguindo esse programa a primeira unidade na rede básica do município de Fortaleza, neste respeito algumas indagações surgem: Como aconteceu o processo de implantação? Que fatores influenciam esse processo? Que resultados podem já podem ser vistos? Responder a tais perguntas faz parte do objetivo desse trabalho que é relatar a experiência de um dos grupos realizados nesse Centro de Saúde. Esse relato foi desenvolvido no CSF-BAC que é uma unidade de saúde da área de gerência da Secretaria Executiva Regional II da cidade de Fortaleza, composta por quatro equipes de saúde da família e algumas especialidades médicas como pediatria, ginecologia, clínica médica, pneumologia além do serviço de enfermagem, psicologia e odontologia. As atividades do grupo foram desenvolvidas por dois enfermeiros da estratégia de saúde da família. A formação do grupo se dá com a avaliação médica onde é identificado o grau de dependência e em seguida são encaminhados para o grupo. A abordagem cognitivo-comportamental é seguida durante todo o processo, onde é ressaltada a firme decisão de parar de fumar, apenas em alguns casos avaliados pelos coordenadores e médicos do programa são prescritos remédios que auxiliarão no processo. Compareceram no início do grupo vinte pessoas, apenas oito permanecem sendo que apenas uma não conseguiu deixar de fumar apenas reduziu o consumo. Percebemos que grande parte dos que procuram o grupo tem interesse exclusivamente na medicação, explicando o número de desistência, pela ênfase no processo grupal e não no uso da



medicação. Constatamos também que a abordagem cognitivo-comportamental mostra-se limitada para a complexidade do controle do tabagismo por isso foi introduzida nas sessões outras abordagens que contribuíram para o sucesso do grupo. Ao vivenciar essa experiência vemos a possibilidade séria de empreender a luta contra o tabagismo, que as pessoas precisam de apoio e suporte para vencer o vício, mais ainda ficou demonstrado à viabilidade desse tratamento e acompanhamento por equipes da saúde da família visto que não requer grandes custos, deixando um incentivo para que outras unidades de saúde implantem esse programa e favoreçam uma vida livre do tabagismo e de suas conseqüências funestas.



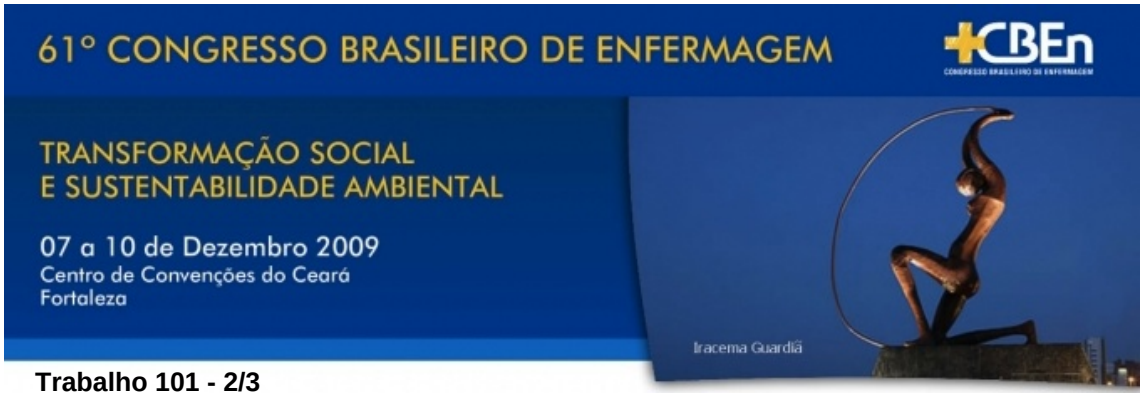
Trabalho 101 - 1/3

MULTIDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA COMO PROPOSTA DO PET – SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA ENFERMAGEM

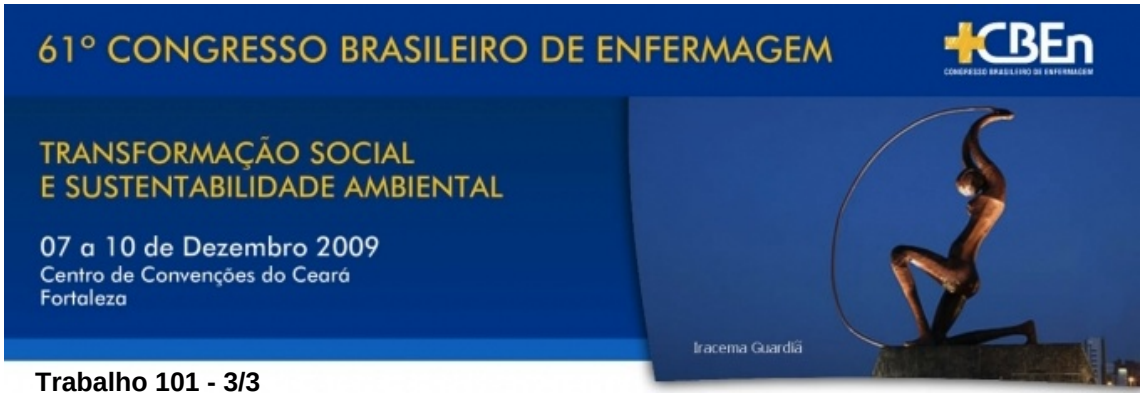
Maria Lívia Alexandre Facó Bezerra (Universidade de Fortaleza). Email: liviafaco@hotmail.com. Telefone: (85) 87917620

Deborah Gurgel Freire (Universidade de Fortaleza).

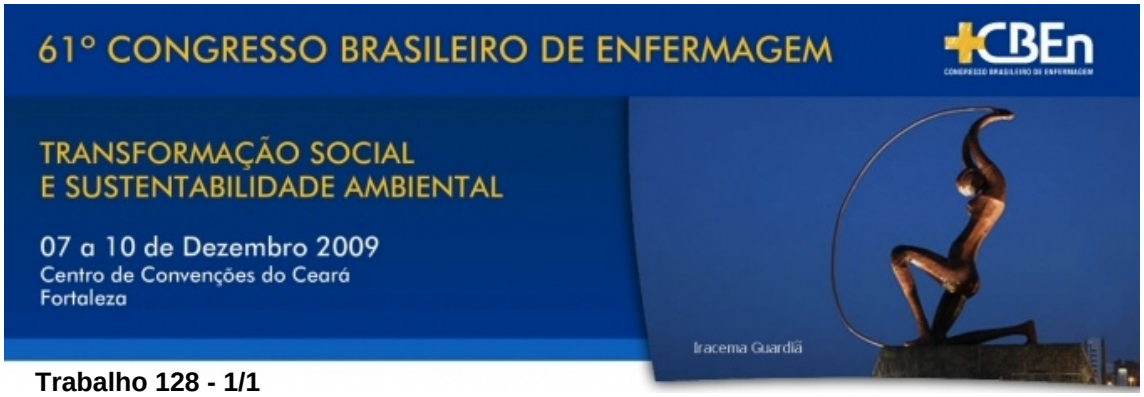
INTRODUÇÃO: O Programa de Educação do Trabalho pela Saúde - PET-Saúde é um programa dos Ministérios da Saúde e da Educação destinado a viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço, bem como a iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos profissionais e estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS. O campo de atuação do projeto são as unidades básicas de saúde. A atenção básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, entendendo-se como um grupo de pessoas que geralmente se une para alcançar um objetivo em comum. O trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. No sentido de humanizar o serviço, a multidisciplinaridade facilita este processo favorecendo a interação de diferentes ações e instancias, tornando o atendimento mais compromissado com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente. Daí parte a necessidade de uma atuação multidisciplinar entre médicos, enfermeiros, odontólogos, assistente sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e profissionais de educação física, variando de acordo com cada estado e universidade aprovada para fazer parte do Programa. OBJETIVO: abordar a multidisciplinaridade na atenção básica como uma proposta do PET-Saúde abordando a experiência da enfermagem. METODOLOGIA: traduz-se através de um relato de experiência em um grupo de nove estudantes de graduação da Universidade de Fortaleza, que faz parte do Programa de Educação do Trabalho pela Saúde - PET-Saúde, incluindo os cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição e odontologia inseridos em uma Unidade Básica de Saúde (USB), localizada em uma comunidade de Fortaleza-Ce. A experiência foi realizada no período de abril a agosto de 2009.



Foram realizadas atividades de educação em saúde com alguns grupos existentes na UBS inserida no PET-Saúde, incluindo grupos de gestantes, de hipertensos e diabéticos, grupos de adolescentes e oficinas com catadores de materiais recicláveis, atividades que antes possuíam apenas a participação da enfermagem. Foram realizadas com os integrantes dos grupos dinâmicas relacionadas a cada tema abordado, além de trocas de informações relevantes entre aqueles e os acadêmicos dos cursos mencionados acima. No grupo de gestantes foram realizadas atividades de alongamentos e exercícios relaxantes junto com os acadêmicos do curso de fisioterapia e discutidos temas como: pré-natal, aleitamento materno, saúde bucal da gestante e do bebê, imunização, cuidados com o recém-nascido, alimentação da mãe e da criança, planejamento familiar, DST, e ainda, sessão de arte. Com o grupo de diabéticos e hipertensos utilizamos dinâmicas com os seguintes objetivos: avaliar o que o grupo sabe a respeito do que pode e do que pode ser feito na diabetes e na hipertensão; discutir sobre a opinião de cada um do grupo no que diz respeito a viver a vida e os obstáculos encontrados; vivenciar um momento de descontração e reflexão. Foi também abordado a importância de atividades físicas, a manutenção de uma dieta saudável, buscando estratégias diferenciadas, opiniões dos participantes e através disso, foi criado um plano de intervenções, onde tornamos o atendimento dos pacientes portadores de mais dinâmico, completo e organizado. No grupo de adolescentes foram discutidos temas selecionados pelos próprios participantes, dentre eles assuntos como: sexualidade, drogas, inluenza A e doenças sexualmente transmissíveis. Na oficina com catadores de materiais recicláveis, foram utilizadas como método de trabalho estações educativas, onde abordamos temas como: higiene pessoal, doenças sexualmente transmissíveis, saúde bucal, diabetes, hipertensão e a importância da vacinação. Logo após foi realizado consulta médica, atendimento odontológico, consulta de enfermagem e vacinação. RESULTADOS: as ações de saúde que foram realizadas em equipe promoveram a formação de redes de relações e romperam visões individualistas, além de permitirem o estabelecimento do respeito, vínculo entre profissionais e uma abordagem resolutiva. Esse vínculo permitiu que os profissionais das diversas áreas que participaram dos grupos criassem intervenções diferenciadas das que eram propostas, por terem conhecimentos mais aprofundados a cerca dos temas abordados. Os alunos de medicina, nutrição, fisioterapia e odontologia participaram de forma ativa com suas idéias e experiências que seus cursos oferecem, contribuindo com os alunos de enfermagem que estavam responsáveis pelos grupos. Dentro dessa perspectiva o Programa PET-Saúde busca a comprovação e eficácia deste trabalho e a estimulação da troca de saberes entre as profissões no nível da Atenção Básica, em destaque para enfermagem. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A multidisciplinaridade mostra-se benéfica, pois permite criar idéias que serão discutidas por diferentes visões, levando a crer que essa modalidade é útil para a atual condição de saúde no país. Ela é capaz de



gerar organização social e um desempenho profissional mais adequado. É necessário fundamentar a atuação de diferentes áreas através de experiências nos diversos espaços de ensino e trabalho. Articular estes distintos aspectos não é um empreendimento rápido e de um único grupo profissional; requer esforço contínuo para que em todos os espaços possíveis possamos construir a idéia de uma equipe multiprofissional. Integrar conhecimentos disponíveis nos espaços de trabalho, nos espaços de formação, nos espaços de produção de conhecimento, especialmente nos espaços de construção de cidadania. Os extensionistas do PET-SAÚDE vêm de forma integrada buscando estratégias para intervir de maneira multidisciplinar, realizando consultas multiprofissionais e educações em saúde sobre temas relevantes para a população. A enfermagem ganhou muito com essa experiência, pois proporcionou para todos os grupos informações que muitas vezes são esquecidas ou não são passadas de forma mais aprofundada, além de trazer atividades que são realizadas por outros profissionais, obtendo uma maior interação com a equipe e garantindo uma satisfação da população envolvida. O trabalho multidisciplinar permitiu ao profissional de enfermagem uma maior facilidade em agir no campo da educação em saúde, tendo em vista inúmeras atividades realizadas neste período com ajuda de outras profissões da saúde. Por isso é importante que essas ações sejam realizadas continuamente, como um processo em construção.

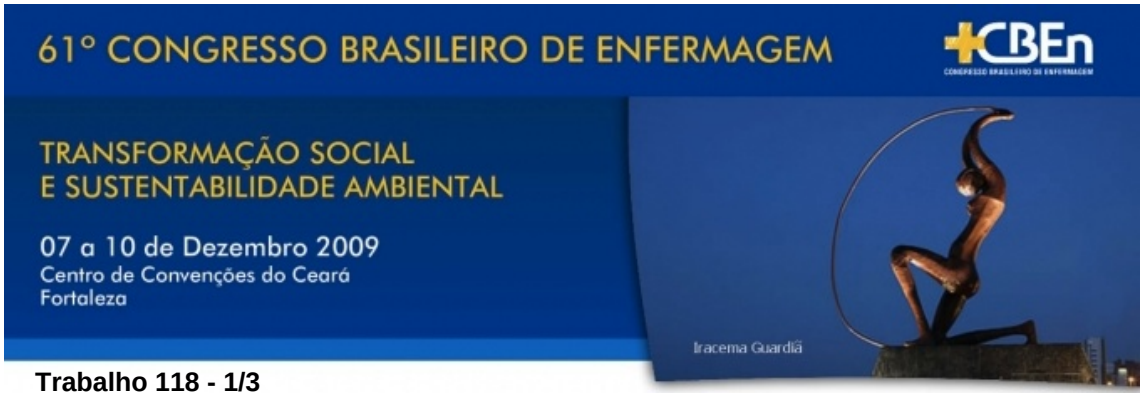


Trabalho 128 - 1/1

O BRINCAR COMO PROCESSO EDUCACIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Carliuza Luna Fernandes (ESF, Prefeitura Municipal do Rio Grande)
Valdecir Zavareze da Costa (UNIPAMPA, valdecircosta@unipampa.edu.br, Tel: 81358912)
Susana Gonçalves Lima (ESF, Prefeitura Municipal do Rio Grande)
Gerson Donizete de Araújo (ESF, Prefeitura Municipal do Rio Grande)
Michelle Paiva Mendonça (ESF, Prefeitura Municipal do Rio Grande)

Ser cidadão nos garante um conjunto de direitos e possibilidades de participar ativamente da vida, por tanto, quem não tem este direito garantido se encontra marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisão, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social. Assim, como poderemos ver o indivíduo em sua integralidade e não lhe mostrar ou demonstrar as diferentes formas de ver a vida, ou melhor, a sua vida. Desta forma, uma UBSF do extremo sul do RS objetivou proporcionar as crianças de 6 a 10 anos de idade de sua área de abrangência, a criação de um time de futebol que contemplasse amplos os sexos, além de servir de pólo para o resgate de brincadeiras tradicionais e de utilizar o lúdico para a estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor e social dos participantes. Este trabalho vem sendo desenvolvido desde junho de 2009, por livre adesão, e conta com a participação multidisciplinar dos profissionais desta unidade e com o apoio de uma escola municipal onde estudam a maioria dos integrantes do grupo. Nossos encontros são semanais num campo da comunidade, intercalando atividades didáticas temáticas e o futebol. Nesta abordagem é possível observarmos que as crianças se mostram um público muito importante para a problematização e inferência quanto à saúde da população e mais precisamente dos seus familiares e dos residentes no seu peridomicílio. Sendo um grupo que está em constante transformação e possui grande poder de influência no adulto o qual procura o ensinamento através do exemplo, questionando seus atos quanto se vê em conflito com as colocações realizadas pelas crianças que os rodeiam.



Trabalho 118 - 1/3

O DIA DA BELEZA E SAÚDE DA MULHER: UMA ESTRATÉGIA PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PSF

Amanda Santos Tavares [1]
Ricardo José Oliveira Mouta[2]
Andréa Araújo Viana[3]
Jane Blanco Teixeira[4]

Introdução: A estratégia saúde da família reconhece a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como a criação de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde e a comunidade, considerando a atenção básica como um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde. A partir da observação contínua e humanizada dos profissionais de saúde que desenvolvem suas atividades na unidade da estratégia saúde da família da localidade Rocha Leão no município de Rio das Ostras (pertencente a Baixada Litorânea do Estado do Rio de Janeiro), foi desenvolvido um planejamento estratégico situacional, onde os problemas locais de maior complexidade foram analisados, e observou-se que, muitos destes problemas envolviam a Saúde da Mulher, tais como o alto índice de utilização de medicações ansiolíticas, antidepressivas e tentativas de suicídio. A partir do exposto traçamos como objetivo deste trabalho relatar como foi a experiência de elaboração e desenvolvimento do Primeiro Dia da Saúde e Beleza da Mulher em uma unidade da estratégia saúde da família pertencente a uma comunidade rural chamada Rocha Leão no município de Rio das Ostras - RJ.

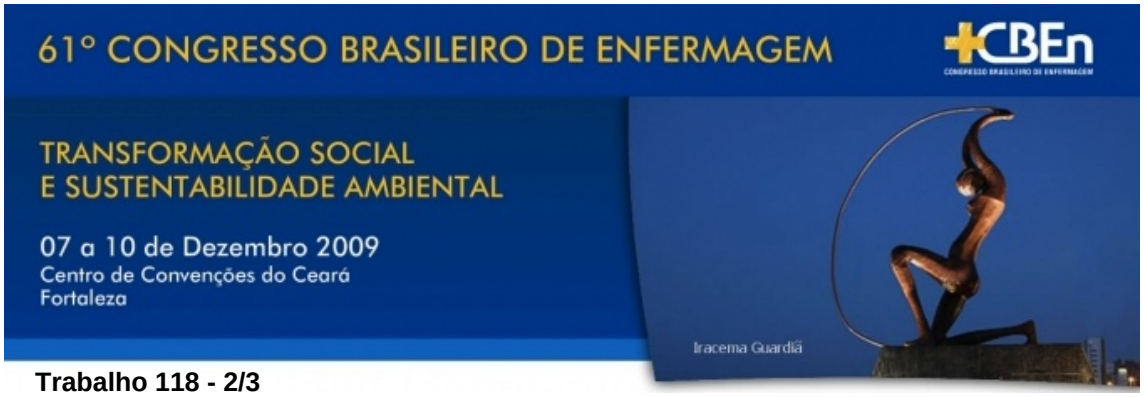
Metodologia: Para tentar reverter o quadro das mulheres da localidade estudada, utilizamos como metodologia a estratégia de educação em saúde, englobando cinco atividades: 1- estimulativa, que busca atrair o individuo para participar do processo educativo; 2- exercitativa, condição para aquisição e formação de hábitos, assim como para assimilação, construção e reconstrução de experiências; 3- orientadora, que enfoca os aspectos de liberdade, autoridade,

[1] Enfermeira do PSF de Rocha Leão – Município de Rio das Ostras/RJ. Especialista em Promoção de Saúde com Ênfase em Programa Saúde da Família.
e-mail: amandinhatavares_24@hotmail.com

[2] Enfermeiro Obstetra; Mestre em Enfermagem. Professor Substituto da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Coordenador Municipal da Estratégia Saúde da Família do Município de Rio das Ostras – RJ.
e-mail: ricardomouta@hotmail.com

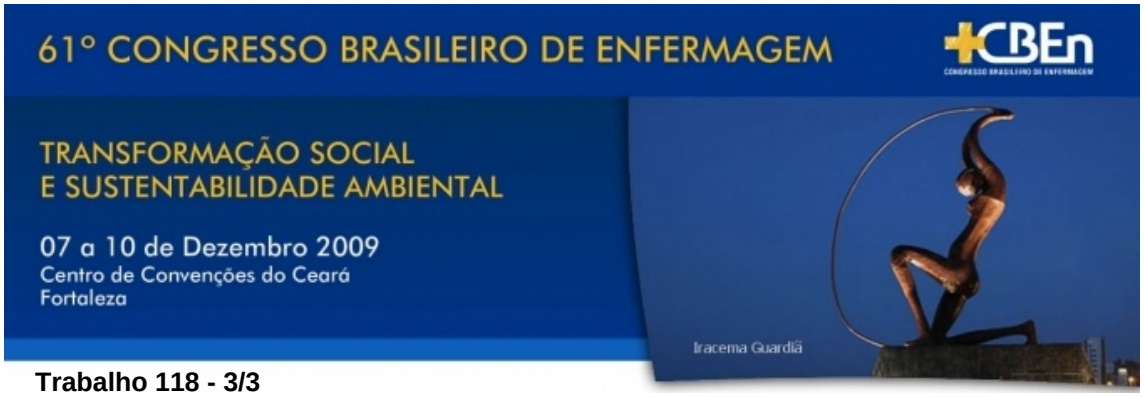
[3] Enfermeira Sanitarista. Coordenadora do Programa Saúde da Mulher do Município de Rio das Ostras/RJ.
e-mail:viana@ostras.net

[4] Médica do PSF de Rocha Leão – Município de Rio das Ostras/RJ. Especialista em Medicina Comunitária.
e-mail: jb.teixeira@yahoo.com.br



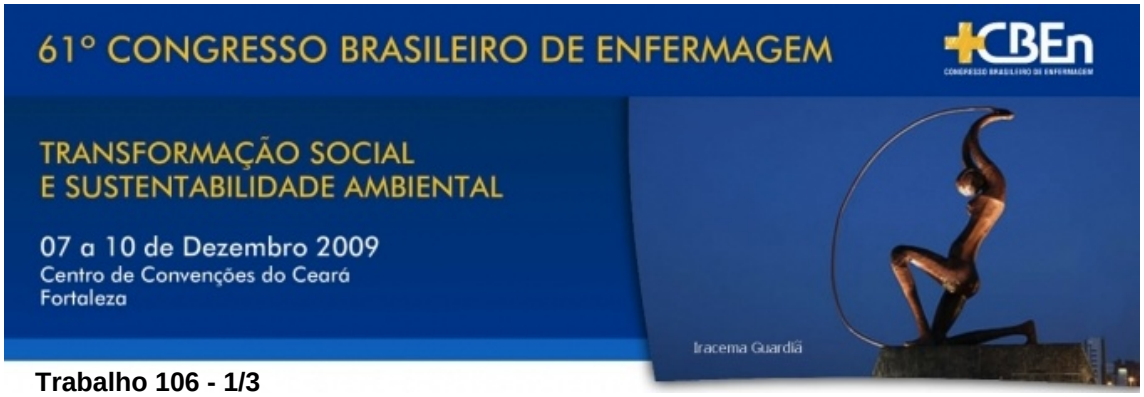
autonomia e independência; 4- didática, que se responsabiliza pela transmissão e veiculação dos conhecimentos; 5- terapêutica, que permite retificar os eventuais descaminhos do processo educativo. Com isso iniciamos as atividades da seguinte forma: a equipe da unidade de saúde da família, começou a desenvolver a Promoção da Saúde através de atividades integradas e intersetoriais, visando assim uma atenção humanizada, que contemplasse as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde. Então foi idealizado o "Dia da Beleza e Saúde da Mulher". No desenvolver deste evento, além da confraternização da equipe de saúde com o público alvo, aumentando assim o vínculo profissional - usuário, houve apresentação dos trabalhos realizados em oficinas terapêuticas e oficinas educativas a fim de fortalecer os laços sociais, como o grupo da terceira idade, palestras com temas pertinentes a saúde da mulher (sexualidade, gênero, câncer de mama e de colo uterino, DST/AIDS, planejamento familiar, violência doméstica, menopausa, saúde bucal, etc.), sempre enfatizando a educação em saúde e a participação das usuárias. As oficinas terapêuticas são consideradas meios de tratamento que favorecem as expressões, criatividade, o desenvolvimento motor e intelectual, permitindo assim que as usuárias sintam-se criadoras, participativas e produtivas. Nessas oficinas a comunicação é uma das formas que os profissionais de saúde utilizam para prestar assistência e cuidados aos participantes visando uma elevação da auto-estima e, conseqüentemente, uma melhoria da qualidade de vida. Muitos autores acreditam que a comunicação, além de ser uma habilidade do ser humano, é uma necessidade vital, tal como, respirar, alimentar-se e até mesmo sobreviver.

Resultados: Nas oficinas estimulamos a participação das mulheres e enfatizamos a educação em saúde, pois se constitui um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde, além de tratar de um recurso por meio do qual o conhecimento cientifico produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença, além de oferecer subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde. Com o desenvolvimento dessa oficina terapêutica percebemos que neste cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para cuidar de si, da família e do seu entorno. Nesse mesmo encontro foi organizado no jardim da unidade de saúde um Centro de Estética Feminino com profissionais da própria comunidade que, em trabalho solidário, desenvolveram tratamentos estéticos, estimulando-as a alcançar o bem-estar pessoal, através da ampliação do conceito de auto-estima, pois níveis baixos de auto-estima podem conduzir a



patologias diversas, comprometendo a qualidade de vida, além de interferir nos níveis de satisfação com a vida; fomentar e divulgar o trabalho de algumas profissionais autônomas da comunidade, que já desempenham seu trabalho com a estética, propiciando assim, estímulo à geração de renda na comunidade. O estimulo para a geração de renda dessas mulheres tem um impacto diretamente na qualidade de vida das suas famílias, pois seus ganhos beneficiam a melhoria das condições das suas residências e da vida de seus familiares.Tivemos como facilitador a parceria dos usuários da unidade, comerciantes locais, bem como da coordenação do programa saúde da mulher e da estratégia saúde da família do município de Rio das Ostras - RJ.

Conclusão: É importante que esse tipo de ação educativa em saúde contemple os princípios e diretrizes do sistema único de saúde (SUS), principalmente no eixo que trata do direito à saúde e a capacidade de escolha do usuário e que é na estratégia saúde da família que promoção à saúde é um dos instrumentos para capacitar os indivíduos quanto ao controle sobre os determinantes da saúde, desenvolvendo uma consciência crítica, estimulando sua participação nas ações de saúde. Cabe ao profissional enfermeiro promover as praticas das ações em saúde, visando ampliar o controle que os indivíduos têm sobre suas vidas, através de participação de grupos, visando transformações da realidade social e política na comunidade e para prática em educação em saúde atinja seus objetivos se faz necessário à troca de conhecimentos entre usuários e os profissionais de saúde. Esperamos que com o sucesso desta atividade em nosso município, estimular gestores municipais e profissionais de saúde da estratégia saúde da família, principalmente os da enfermagem, a desenvolverem a promoção da saúde feminina, dando ênfase na educação em saúde, pois ela contribui para a adesão das usuárias ao serviço de saúde, levando o reconhecimento dos problemas específicos das mulheres, além de estimular a auto-estima e a geração de renda. Essas ações de prevenção são significantes para redução da morbimortalidade deste grupo específico.



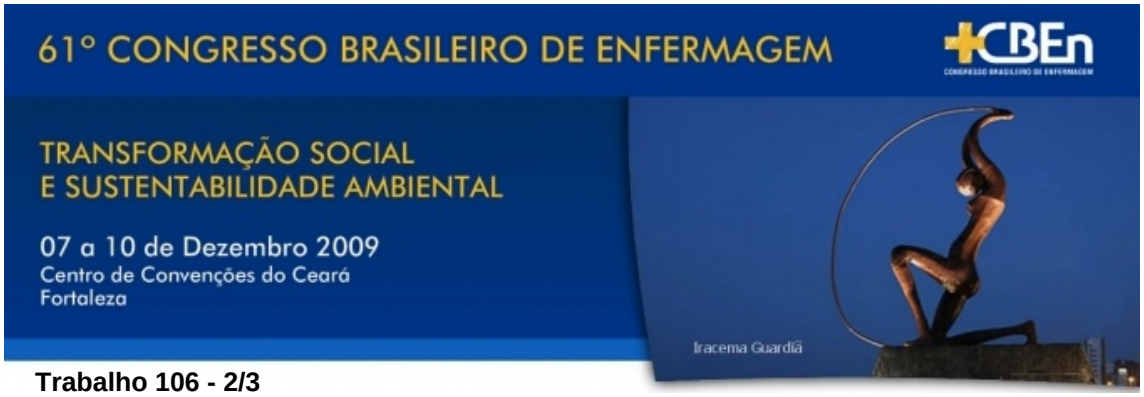
O ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PROMOTOR DE MOBILIZAÇÃO NA COMUNIDADE

Erineide Melo Albuquerque de Barros[1] (UNIFOR) erimelobarros@hotmail.com
Erineide Melo Albuquerque de Barros
Lizard Monte Batista[2] (UNIFOR)
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior[3](UNIFOR)
Rosalice Araújo de Sousa [4](UNIFOR)
Liskélvia Bezerra Costa Lobo[5] (UNIFOR)

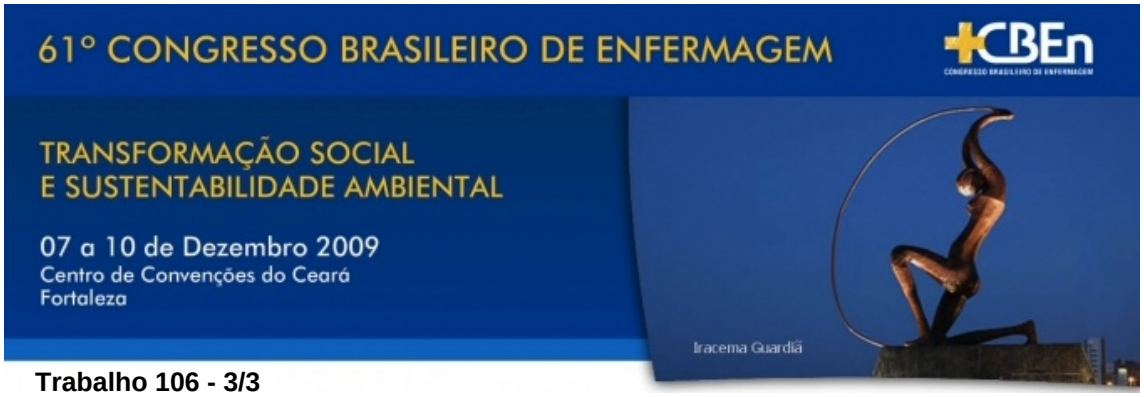
Resumo

O impacto das ações de imunização do Programa de Saúde de Saúde da Família (PSF) em nível nacional revelam-se promissoras de acordo com os indicadores propostos pelo Ministério da Saúde. Neste contexto, foi realizado no município de Macapá – Amapá, uma experiência de trabalho exitosa, desenvolvida pela Estratégia Saúde da Família (Equipe 065) objetivando: estimular o empoderamento da população sobre sua saúde, bem como a vacinação contra a rubéola (em homens e mulheres de 20 a 39 anos, exceto gestantes, na Campanha de Vacinação realizada em 30 de Agosto do ano de 2008), propiciar a participação da população adscrita no planejamento e execução de ações em saúde e efetivar o trabalho em equipe. A ação se desenvolveu na área correspondente da equipe de saúde da família em questão e teve seu início a partir da preocupação da enfermeira da equipe acerca da reduzida demanda para vacinação e quanto a necessidade de discutir estratégias de ação junto aos profissionais e a comunidade. Desta maneira, foi a partir de rodas de conversa e discussões do problema na tentativa de se formular ações resolutivas junto com a comunidade, através dos grupos de idosos e gestantes, de reuniões com professores/diretores de escolas, líderes comunitários, representantes religiosos, comerciantes, entre outros, que se concretizou a estratégia de ação realizada. As questões que nortearam as rodas de conversas e discussões foram as seguintes: O que podemos fazer para aumentar a procura pela vacinação contra a rubéola? Que estratégia iremos realizar? Quais os

[1] Enfermeira. Aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.. Email: erimelobarros@hotmail.com.
[2] Fonoaudióloga. Aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR.
[3] Enfermeiro. Aluno do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Membro efetivo do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Acidentes e Violência - NEPAV
[4] Enfermeira. Aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR.
[5] Fisioterapeuta. Aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR.

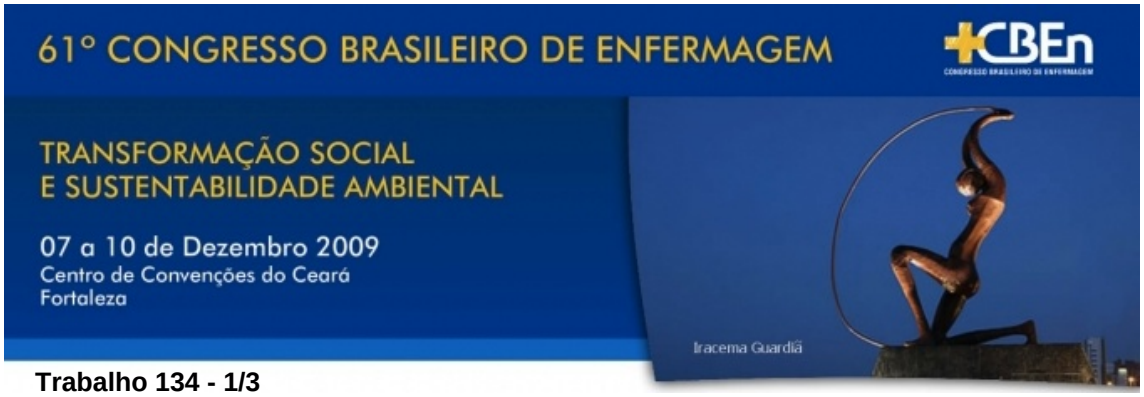


recursos serão necessários, e como consegui-los? Para a primeira questão pontuou-se em unanimidade a importância de convidar a população a participar da campanha de vacinação contra a rubéola e explicar os fatores de risco da doença. A segunda questão gerou muitas dúvidas, como deveria ser lançado esse convite, percebeu-se que haveria a necessidade de ser algo que chamasse a atenção de todos, foi levantado a hipótese de se usar um carro de som, sendo assim, logo surgiram outras idéias, como realização de uma caminhada no bairro, de utilizar-se um apito como forma de alertar a população, entre outras que foram fundamentais para o planejamento da ação. Porém a terceira e última questão acerca de quais recursos iríamos precisar e como os conseguiríamos foi a que mais surpreendeu os integrantes da equipe Saúde da Família, pois houve várias mobilizações, inúmeras pessoas disponibilizaram-se a contribuir com a ação. A ação aconteceu em 29 de agosto de 2008, sendo realizada uma caminhada com todos os profissionais da equipe, diretores de escolas, líderes comunitários, representantes religiosos, membros da Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde (Que se encontravam no município em questão) e a população em geral, onde todos realizaram um apitasso como forma de convidar e alertar a população quanto a importância de participarem da Campanha de Vacinação para proteção contra a rubéola. O percurso foi embalado por uma melodia/canção gravada por uma Agente Comunitária de Saúde, uma técnica de enfermagem e a enfermeira da equipe em questão (composição da enfermeira da equipe que teve como Letra: Vamos já se vacinar, ouça o recado que vamos te dar (BIS), para acabar com novos casos de rubéola agora, va já se vacinar (BIS), Vamos já se vacina, para se proteger da rubéola (BIS), É necessário, é necessário, é necessário agora, va já se vacinar (BIS)) tanto o carro de som como a gravação da música, os apitos, os balões, os cartazes, a organização do trânsito, foram garantidos mediante parcerias desenvolvidas com a comunidade, a equipe de PSF e a Prefeitura municipal. (O dono da Eletromotos, comerciante do bairro, fez questão de dar sua contribuição realizando o percurso planejado pela equipe com o carro som de sua loja; A gravação da música também só foi possível mediante parceria com um estúdio que pertencia a um parente de uma Agente Comunitária de Saúde da equipe; Diretores/professores de escolas municipais do bairro confeccionaram e apresentaram cartazes durante a caminhada; os apitos e balões foram garantidos através de recursos dos profissionais da equipe e o trânsito foi organizado pela Polícia Militar e DETRAN- Departamento de Trânsito). Ressaltamos que a Prefeitura Municipal de Saúde do referido município, através da Secretaria Municipal de Saúde e o setor de comunicação, disponibilizou respectivamente, uma faixa contendo informações sobre a campanha de vacinação em questão e a filmagem do evento. Diante das explanações acima, percebe-se como a atuação da enfermeira na estratégia Saúde da Família 065 foi fundamental para o alcance dos objetivos propostos. A



partir de sua percepção quanto a importância de refletir acerca de problemas inerentes a saúde da população e discutir estratégias de ações não somente junto a equipe de saúde, mas sobretudo junto a comunidade, propiciou a participação comunitária, como também a efetivação de um trabalho em equipe e estimulou o empoderamento da população sobre a sua saúde a vacinação contra a rubéola, agindo desta forma, como promotor de mobilizações comunitárias e facilitador das ações na atenção básica. Considerando a efetividade da ação, o número de pessoas vacinadas superou as expectativas, comprovando assim, que a participação da comunidade no planejamento e execução de ações em saúde possibilitam maior adesão e eficácia da prevenção de doenças, promoção da saúde e desenvolvimento de parcerias, potencializando ações intersetoriais.

Descritores: Promoção da Saúde; Estratégia Saúde da Família; Participação comunitária.

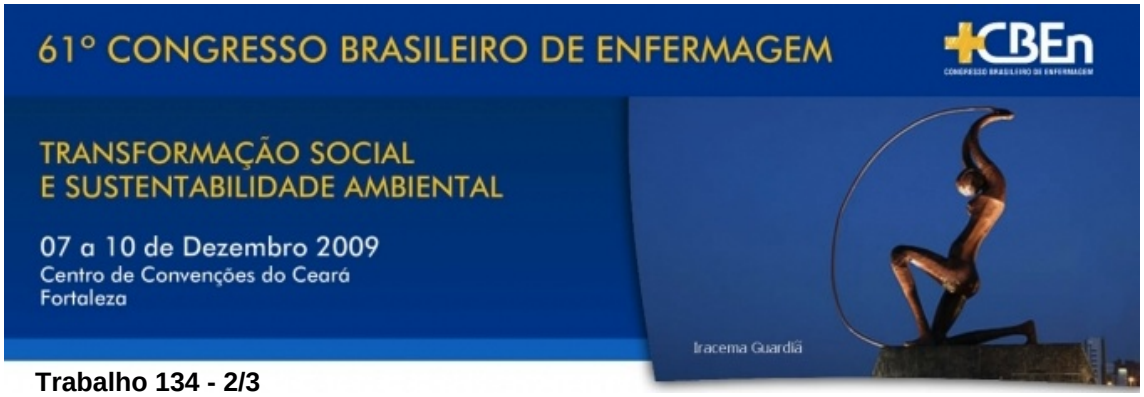


O ENFERMEIRO PROPICIANDO A VIVÊNCIA DA PROMOÇÃO A SAÚDE POR ADOLESCENTES.

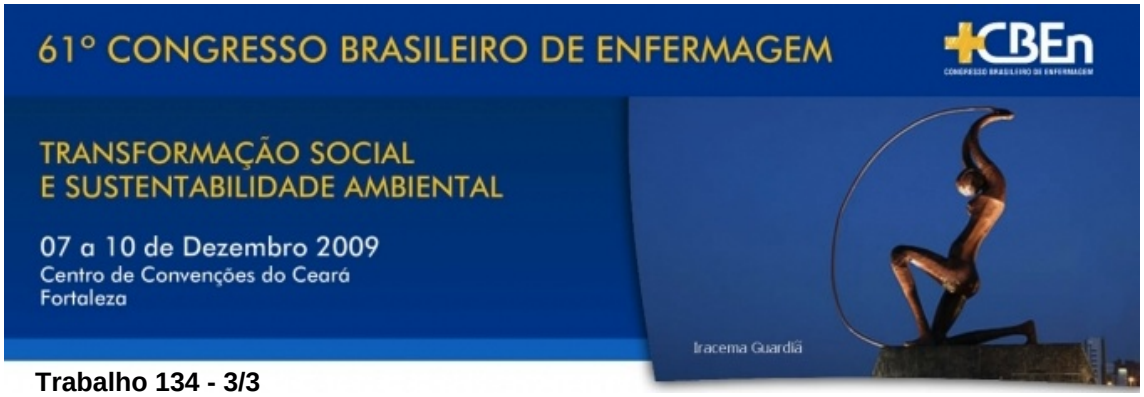
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior (Prefeitura Municipal de Uruoca-CE/UNIFOR) E-mail:junioruruoca@hotmail.com Telefone: (88) 9955-4727*; Erineide Melo Albuquerque de Barros (UNIFOR) **; Rosalice Araújo de Sousa (UNIFOR) **; Luiza Jane Eyre de Sousa Vieira (UNIFOR)***

RESUMO

As possibilidades geradas pela Estratégia de Saúde da Família para a apropriação do Sistema Único de Saúde pela comunidade são muito variadas e tem otimizado o trabalho dos vários atores envolvidos neste processo. Isso é facilitado pelo envolvimento dos profissionais da equipe, especialmente pelo enfermeiro, com as pessoas da comunidade adscrita, promovendo o protagonismo social, tendo como estrutura de integração a unidade básica de saúde. Algumas fases do ciclo vital humano se encontram com maior suscetibilidade ao desenvolvimento de distúrbios no processo saúde-doença, sendo que a adolescência pode ser encarada como o principal período para o desencadeamento deste fato devido, principalmente, ao comportamento distinto geralmente encontrado nos indivíduos que estão nesse grupo. Paulatinamente, os enfermeiros estão desenvolvendo, por meio de situações vivenciadas no cotidiano, seus espaços nas equipes de saúde, tornando possível um melhor atendimento aos adolescentes que nesses equipamentos procuram auxílio e atendimento para minimizar suas angústias e medos. O atendimento coletivo, realizado por meio de grupos, é uma possibilidade que deve ser vivenciada por estes profissionais, pois fornece instrumentos facilitadores do bom desenvolvimento do processo de acompanhamento desses jovens. Partindo dessa premissa, várias vertentes foram sendo priorizadas no cuidado ao adolescente, enfocando aspectos que permeiam a adoção de comportamentos tidos como saudáveis, priorizando planos de ação que visem à promoção da saúde desta tão importante parcela populacional. Salienta-se a Política Nacional de Promoção da Saúde que enfatiza o trabalho com adolescentes na busca de minimização de riscos que acarretarão distúrbios no processo saúde-doença da população, bem como se mostra como alternativa viável para o aprimoramento de tecnologias de atenção que transformem o indivíduo em sujeito de seu próprio cuidado. Neste contexto, vimos relatar uma



experiência ocorrida no município de Uruoca-Ceará-Brasil, construído por enfermeiros integrantes da Estratégia Saúde da Família e um grupo de adolescentes que discutiu os conceitos de Promoção da Saúde e a partir deste momento, objetivou vivenciar as práticas inerentes a este processo. Procurou-se uma área na qual os jovens poderiam ajudar os profissionais da unidade de saúde e a escolhida para atuação foi a saúde da mulher, especificamente durante o processo de gravidez, visto que ocorria resistência das usuárias na realização da consulta odontológica e pequena participação da família durante as consultas e procedimentos ligados ao atendimento das gestantes. Aliou-se a isso também, a importância da temática expressa por sua inserção como prioridade a ser trabalhada após a construção e implementação das metas do Pacto pela Vida, divisão do Pacto pela Saúde que busca otimizar as ações e indicadores, dentre eles os voltados para a minoração da mortalidade materna e infantil. É muito grande o quantitativo de demandas da atenção básica em saúde, mas dentre elas o cuidado pré-natal se destaca pela responsabilidade com o binômio mãe-filho, que envolve também a família durante a gravidez. Então, organizou-se coletivamente um cronograma para o desenvolvimento de atividades que buscassem impacto nos indicadores da própria comunidade de inserção do grupo de adolescentes, com ênfase para a construção de peça teatral na qual os eles foram roteiristas, cenógrafos, diretores e atores, cabendo aos enfermeiros da equipe de saúde assessoria para assuntos técnicos e a organização de locais para as apresentações, sendo escolhidos centros comunitários da área. As atividades envolviam promoção da saúde durante o pré-natal, discutindo as dificuldades mais comuns encontradas, principais alterações fisiológicas da mulher, higiene e saúde bucal, importância para sua realização, bem como as conseqüências de ações familiares para que o cuidado fosse vivenciado de forma positiva por todos. A preparação inicial durou dois meses, para a formatação do texto da peça, ensaios e busca de parceiros na própria comunidade para realizar investimentos necessários para a aquisição de materiais utilizados nas apresentações. O poder público disponibilizou lanches para os grupos, bem como *kits* de materiais de higiene pessoal a ser distribuídos entre as grávidas, buscando assim, impulsionar as práticas saudáveis que eram discutidas também com os jovens. Eles incluíam sabonetes, escova de dentes, creme e fio dental, e a entrega ocorria conforme a participação efetiva das gestantes durante as apresentações teatrais. Foram várias sessões envolvendo o assunto escolhido, com a participação de grávidas e seus familiares, oriundos da comunidade. Em determinados momentos os expectadores se tornavam sujeitos da ação, sendo convidados a integrar a equipe de atores, vivenciando situações do cotidiano e aprimorando a percepção acerca da importância de atitudes potencializadoras para sua saúde durante o pré-natal. As trocas de experiências eram estimuladas, facilitando o diálogo entre equipe de saúde e a comunidade, intensificando o papel do enfermeiro como

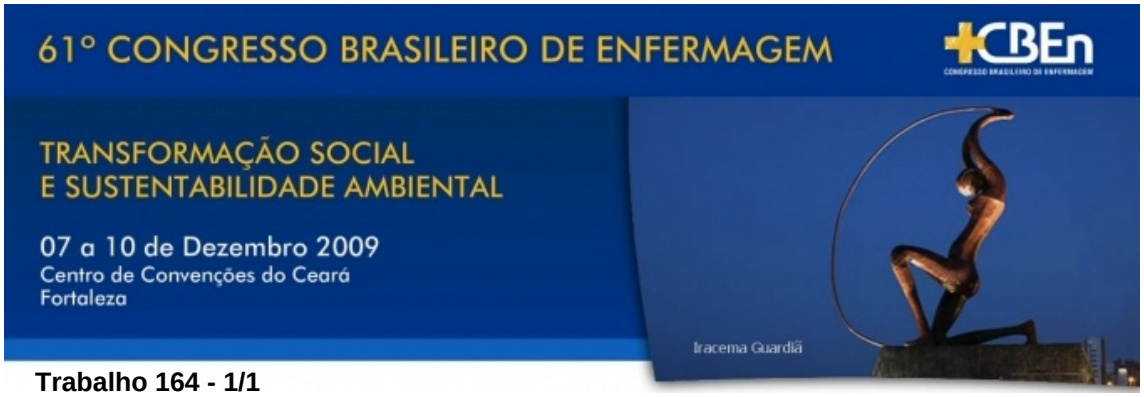


agente promotor de situações positivas para a comunidade. Pôde-se perceber grande envolvimento dos adolescentes no planejamento e implementação das atividades, bem como maior entendimento sobre a promoção da saúde e participação social comunitária como meio construtor de novos conhecimentos e gerador de vivências exitosas para melhora da saúde de todos. Essa prática contribuiu para melhorar as perspectivas dos jovens acerca de seu futuro, por meio da experimentação de suas potencialidades, bem como agregou importância a suas ações desenvolvidas na própria comunidade. Deve-se salientar que a participação familiar durante as consultas do pré-natal foi otimizada, com a presença de maior número de familiares envolvidos no processo de cuidado e ocorreu aumento da freqüência das gestantes nos atendimentos aprazados pela equipe de saúde responsável. Constatou-se também mudança no comportamento das gestantes durante o processo de pré-natal, por meio de aumento na quantidade de questionamentos direcionados aos profissionais de saúde e integração entre elas nos dias de consulta, na sala de espera, pois descobriram que vivenciavam situações análogas durante o processo de gestar. Pôde-se perceber o importante papel do enfermeiro integrante de equipe da Estratégia Saúde da Família para a promoção da saúde da população adscrita na área de abrangência. Essa experiência denotou que é possível o envolvimento dos profissionais com grupos muitas vezes marginalizados na comunidade como os adolescentes, tornando-os modificadores de sua realidade, por meio de vivências que os façam atentar para seu imenso potencial criativo e indutor de práticas saudáveis na comunidade. Também ocorreu o envolvimento das gestantes e seus familiares, otimizando a atenção pré-natal desenvolvida pela equipe. Acreditamos que a Enfermagem, sendo produtora de conhecimento para aplicação prática, tem o desafio de avançar na construção de saberes voltados para a promoção à saúde da população.

* Enfermeiro do município de Uruoca – CE. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

** Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

**Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora da Graduação em Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.



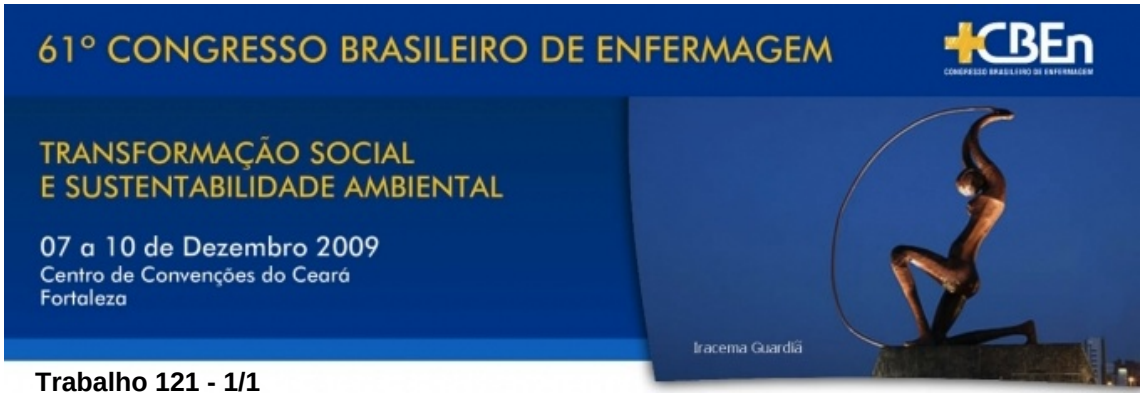
Trabalho 164 - 1/1

O OLHAR DE UM GRUPO DE IDOSOS DO BAIRRO DOM EXPEDITO EM SOBRAL/CE SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Francisca Emanuelle Sales Eugênio[1]
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas[2]
Izabelle Mont`Alverne Napoleão Albuquerque[3]

O Envelhecimento é uma fase da vida de todo e qualquer ser vivo, a qual é reconhecida como o processo natural de mudança relacionada ao tempo. Nessa perspectiva realizamos uma pesquisa do tipo exploratório descritivo com abordagem qualitativa com os objetivos de desvelar a percepção de auto-estima e autoconceito durante o processo de envelhecimento de um grupo de idosos do Bairro Dom Expedito em Sobral-CE; conhecer o significado da terceira idade para os idosos; investigar os pontos positivos e negativos vivenciados no processo de envelhecimento; identificar o papel do idoso para a família e que papel o idoso desempenha na família; desvelar as expectativas de vida do idoso. A pesquisa de campo foi realizada no período de abril a maio de 2007 com dez idosos do grupo, utilizando-se como instrumento de coleta de dados uma entrevista semi-estruturada. Seguimos as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, aditando os princípios da beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, representando os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, assegurando a confidencialidade e privacidade das participantes. Os resultados evidenciaram que com relação à representação da velhice para o idoso, percebemos a alegria e satisfação de ser pessoas saudáveis mesmo que alguns relatem a velhice como uma fase de coisas ruins e sofrimento. Quanto aos sentimentos sobre ser idoso, constatamos que a maioria dos idosos relata se sentirem muito bem e saudáveis, sentem-se felizes e que, atualmente, vivem outra vida. Quanto à percepção da vida na Terceira Idade, observamos na grande maioria que os idosos relataram que suas vidas atualmente estão boa, maravilhosa, vivem com mais tranqüilidade e mais conforto do que quando eram jovens. Quanto às dificuldades vivenciadas na velhice destacamos a falta de alimento básico, incapacidade de desenvolver suas habilidades diárias, como também, pela dificuldade financeira. Quanto a (In)satisfação em ser idoso percebemos que os idosos acham bom e são conformados em ser idoso, pois relatam ter mais conforto do que quando era jovem. Quanto ao olhar da família sobre o idoso, analisamos que os idosos são vistos como pessoas felizes, saudáveis e renovados para o convívio social. Quanto às expectativas dos idosos na Terceira Idade verificamos a aposentadoria, o desejo de ter uma estabilidade quando chegar o final de sua vida, o desejo de ser nova, viver tranqüila, ter saúde e paz para se próprio e para toda sua família. Quanto às concepções sobre Velhice Saudável percebemos a necessidade de ter alimento, remédios, um lar para morar, um momento de descontração e diversão, e principalmente saúde e paz. Verificamos que pelos resultados é preciso voltar à atenção para a qualidade de vida oferecida aos idosos na desafiante fase do envelhecimento, sendo que podemos contribuir com as práticas de bem-estar físico, mental e social destas pessoas.

[1] Enfermeira da Atenção Primária - Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral-CE. Enfermeira da Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE. Especializanda em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).
[2] Enfermeira. Mestre em Enfermagem Clínica pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).
[3] Enfermeira. Doutoranda em Promoção da Saúde pela UFC. Mestre em Enfermagem Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

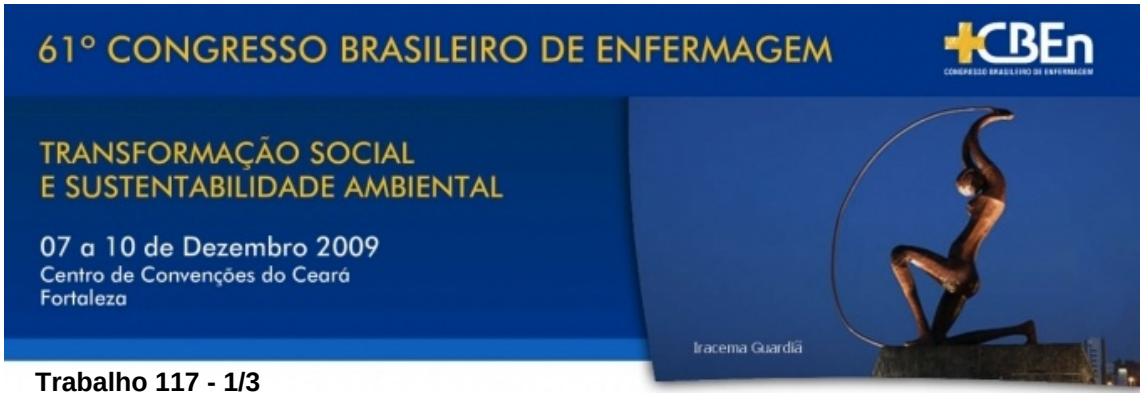


Trabalho 121 - 1/1

O ROMPIMENTO DE BARREIRAS NA ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) ATRAVÉS DE PRÁTICAS EDUCATIVAS

Carliuza Luna Fernandes (ESF, Prefeitura Municipal do Rio Grande)
Valdecir Zavareze da Costa (UNIPAMPA, valdecircosta@unipampa.edu.br, Tel: 81358912)
Susana Gonçalves Lima (ESF, Prefeitura Municipal do Rio Grande)
Mara Cristina Soares Sampaio (ESF, Prefeitura Municipal do Rio Grande)
Michelle Paiva Mendonça (ESF, Prefeitura Municipal do Rio Grande)

A atuação profissional muitas vezes utiliza a educação como simples meio de informação, potencializando relações de poderes, salientando saberes tecnológicos aos saberes comunitários. Como o que procuramos é a promoção da saúde necessitamos que os indivíduos participem de escolhas e decisões referentes ao seu estado individual ou coletivo, para tanto, ele precisa estar envolvido neste processo, não apenas ser o centralizador de dados sem a devida compreensão e entendimento destes. Assim, objetivamos articular os saberes do grupo de artesanato (Mãos Unidas) para a criação de materiais educativos a serem utilizados em outras atividades lúdicas educacionais. A partir desta proposta o grupo Mãos Unidas de uma UBSF do extremo sul do RS, composto principalmente por mulheres, criou fantoches e materiais auxiliares aos profissionais da ESF. A partir desta participação realizamos as abordagens solicitadas e neste caso se trata da saúde bucal, onde criamos dentes de garrafas PETs, protetores de escovas, porta-escovas e cenário para crianças menores de 1 até 5 anos de idade de uma pré-escola local. Após a abordagem realizamos a anamnese bucal dos mesmos e observamos que das 41 crianças avaliadas 24 já apresentavam algum foco de cárie. Com a intervenção vimos o quanto é importante o envolvimento da comunidade em ações para a própria comunidade, pois referem um aumento na auto-estima e na satisfação em estar fazendo algo para o próximo. Quanto á prática ambos os grupos aprenderam muito, pois foram explorados vários assuntos durante a construção dos brinquedos de materiais reciclados e na intervenção da exposição, foi possível priorizarmos o atendimento odontológico.



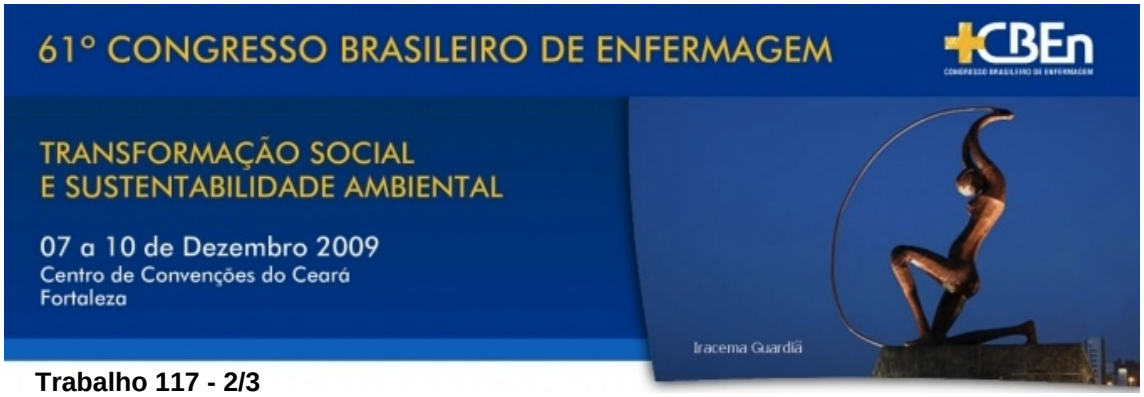
Trabalho 117 - 1/3

PROCESSO GRUPAL E O CUIDADO DO ENFERMEIRO: relato de experiência de estratégia para promoção da saúde dos Agentes Comunitários de Saúde no bairro do Padre Palhano, Sobral /CE.

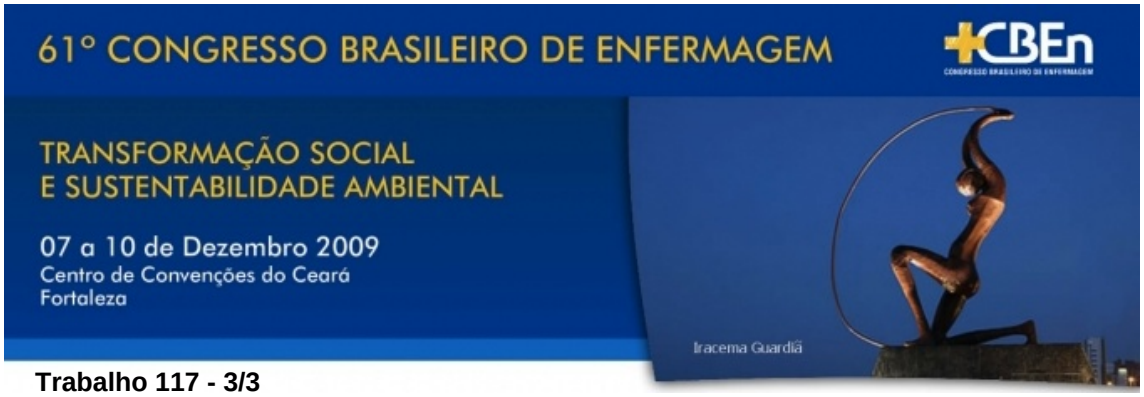
Keyla Maria Carvalho Martins[(1)]
Maria Adelane Monteiro da Silva[(2)]
João Sérgio Araújo Soares[(3)]
Andréia Carvalho Araújo Moreira[(4)]

[(1)]Enfermeira. Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família - EFSFVS
[(2)]Enfermeira. Doutora em Enfermagem-UFC. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família - EFSFVS
[(31)]Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho-UECE. Preceptor de enfermagem da Residência Multiprofissional em Saúde da Família - EFSFVS
[(4)]Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública – UFC. Preceptora de enfermagem da EFSFVS

INTRODUÇÃO: A implantação da primeira experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Brasil ocorreu em 1987, como uma estratégia de saúde pública, no Estado do Ceará. Apenas em 2002 foi criada e regularizada a profissão do Agente Comunitário de Saúde (ACS), através da Lei Federal Nº. 10.507 do Ministério da Saúde (MENDES, 2002). O ACS tornou-se um forte elo entre a comunidade e o sistema de atenção primária à Saúde. Desde então, surgiu a necessidade de se realizar um acompanhamento sistemático, capacitação e supervisão das atividades desenvolvidas pelos ACS. A partir desse contexto, houve a inserção do enfermeiro no programa, a fim de desenvolver tais ações, tendo a sua efetivação na atenção primária por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) implantado no Brasil em 1994 (MENDES, 2002). Portanto, o enfermeiro deve se sentir co-responsável pelo resultado das ações desenvolvidas na comunidade, cuidando do ACS numa perspectiva que transcenda a mera relação profissional, numa dimensão holística, devendo ser implementadas ações que contribuam para sua qualidade de vida. Sendo o ACS um profissional que atua no sentido da promoção da saúde, realizando o acompanhamento de famílias através de visitas domiciliares e exercendo um papel de responsabilidade social; está susceptível a situações de estresse, a uma exaustão física no trabalho, a riscos ocupacionais e a doenças infecciosas. Nesse sentido, foi construída uma proposta para realização de atividade laboral com os ACS, que teve início em setembro de 2008. A partir dessa proposta, surgiu a necessidade da enfermagem promover um acompanhamento sistemático dos ACS, através da formação de um grupo que visa o cuidado com o cuidador. **OBJETIVOS:** Descrever o processo de formação e condução e avaliação do grupo de ACS do Centro de Saúde da Família (CSF) do bairro Padre Palhano do município de



Sobral/CE. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, tendo como referencial teórico o processo grupal desenvolvido por enfermeiros defendido por Loomis (1979), que a qual propõe o trabalho em grupo a partir de quatro variáveis interdependentes: objetivos, estrutura, processo e resultados do grupo. O local de desenvolvimento do estudo se deu no Centro de Saúde da Família (CSF) do Bairro do Padre Palhano. Os sujeitos do estudo foram os ACS que participaram do grupo no período de setembro de 2008 a março de 2009. Nesse período, ocorreram em média 25 sessões de grupo. O processo terapêutico do grupo se deu através de encontros semanais realizados na quarta-feira, no horário de 7:00 às 8:30h durante a jornada de trabalho dos ACS, com a participação voluntária dos mesmos. Como fundamentação para a condução dos encontros, tomou-se como referencia o método da roda (CAMPOS, 2000). A abordagem dos encontros se fez através de diálogos e na pedagogia da problematização, tendo como facilitador o profissional enfermeiro residente da Estratégia Saúde da Família com a colaboração de outras categorias da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. **RESULTADOS:** Numa roda de conversa, após a realização de uma atividade laboral, houve a verbalização de situações vivenciadas pelo ACS no trabalho, identificadas como geradoras de estresse e cansaço físico. A partir desse levantamento, surgiu idéia de se criar um grupo dos ACS, numa abordagem terapêutica, de educação em saúde e de promoção do auto-cuidado. O planejamento do grupo dos ACS teve início como estratégia de trabalho do enfermeiro. Cada participante foi previamente convidada a fazer parte do grupo, ao mesmo tempo em que se procurou validar suas necessidades e estabelecer os objetivos do grupo. De acordo com Loomis (1979), o grupo pode ser categorizado de acordo com seu objetivo, dessa forma, o grupo dos ACS buscou mudanças de comportamento em prol de um estilo de vida mais saudável. Durante os primeiros encontros, os participantes se voltaram para as decisões acerca da estrutura do grupo e contribuiram com as propostas firmadas no contrato de trabalho. Na fase de intervenção, o grupo se manteve participativo, bastante reflexivo sobre sua prática. Discussões relacionadas à saúde ocupacional, hábitos saudáveis e relações interpessoais no ambiente de trabalho emergiram no grupo. Houve compartilhamento de experiências, vivências de atividades físicas, momentos de lazer e descontração. Apesar de se tratar de um grupo de caráter permanente, optou-se por realizar a etapa do processo de avaliação do grupo, de forma que fosse possível perceber suas limitações e potencialidades, fatores importantes para nortear sua condução e também entendendo que a avaliação deve-se constituir um processo contínuo. Portanto, na fase de avaliação, buscou-se através da percepção dos participantes e levantar os resultados do grupo (LOOMIS, 1979). Maior aprendizado sobre promoção de saúde, a redução do estresse diário, maior integração entre residentes e ACS, e o aumento de vínculo entre o enfermeiro e os ACS foram ressaltados pelos



integrantes como os principais resultados do grupo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É importante considerar como cuidado e como prática de enfermagem o processo grupal. Esse grupo veio ressaltar a valorização da categoria dos ACS que é essencial para a Estratégia Saúde da Família e para a efetivação do trabalho do enfermeiro. Torna-se necessário cuidar da saúde desses trabalhadores numa visão interdisciplinar, numa perspectiva terapêutica e educativa. A abordagem grupal escolhida tem se mostrado uma excelente estratégia no desenvolvimento do processo de enfermagem e bastante eficaz na promoção de uma melhor qualidade de vida. Acreditamos que esse grupo seja apenas o início de uma grande idéia, onde outros CSF possam aderir e que o enfermeiro possa despertar e estar preparado para atuar em grupos. Para tanto, ressaltamos a necessidade das práticas de educação em saúde sejam ressignificadas como processos e estratégias para a promoção da saúde no contexto do SUS.

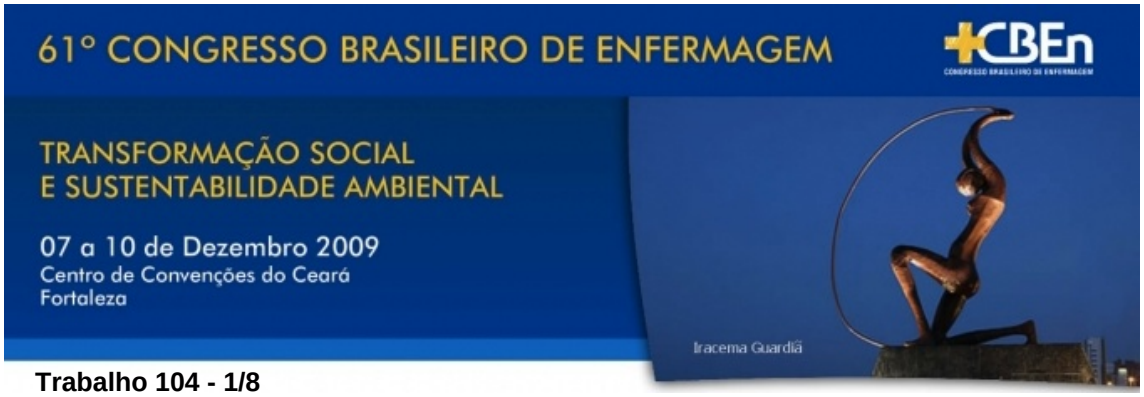
PALAVRAS-CHAVE: Agentes Comunitários de Saúde, Processo Grupal, Promoção da Saúde, Enfermagem, Estratégia Saúde da Família.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, G.W. de S. **Um Método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

LOOMIS, ME. **Groups process for nurses**. Saint Louis: Mosby; 1979.

MENDES, E.V. **A evolução histórica da atenção primária à saúde no Brasil**. In: Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza (CE): Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. p. 23-29.



PROMOVENDO A SAÚDE ATRAVÉS DA OFICINA DE ARTE EM UM GRUPO DE TERCEIRA IDADE

Autor(es): ProfªEnfªGiselle Saiter Garrocho Nonato
Alunas: Claúdia Aparecida Fim
Dapnhe Coelho da Silva

1. INTRODUÇÃO

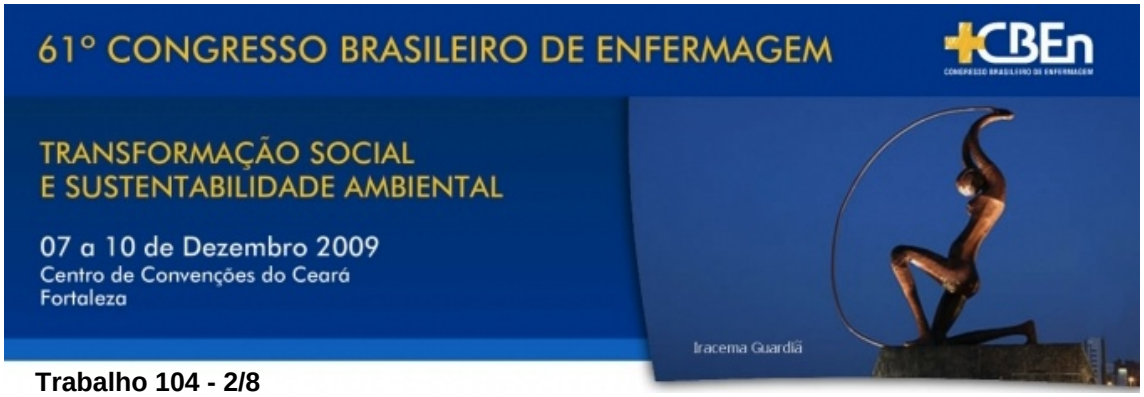
O envelhecimento humano é um processo universal, progressivo e gradual. Trata-se de uma experiência diversificada entre os indivíduos, para a qual concorre uma multiplicidade de fatores de ordem biológica, social, ambiental psicológica e cultural.

Entretanto, criar projetos que garantam a dignidade do ser humano, viabilizando níveis satisfatórios de autonomia e independência durante esta fase da vida em que as perdas fisiológicas, sociais, psicológicas se acentuam gerando incapacidades e dependências significam promover a saúde do idoso. Face esta situação, verifica-se a importância de oferecer aos idosos alternativas que atendam as diferentes condições biopsicossociais dos mesmos, valorizando a promoção da saúde, a prevenção de outros agravos e de incapacidades que possam acometer esta população.

Moura & Camargos (2005, p. 02) pondera que na velhice estrema é importante que as pessoas não percam o interesse pelas alegrias da vida. É igualmente essencial que prossigam desenvolvendo tarefas físicas, intelectuais e culturais e que a sociedade continue a se beneficiar com sua eficiência.

Nesta perspectiva, e frente à problemática emergencial principalmente quando nos deparamos com uma sociedade que tem demonstrado o despreparo para lhe dar com o idoso e a extrema indiferença no convívio com esse ator seja no setor saúde, na família, na comunidade é que nos sensibilizamos para uma atuação mais efetiva nas questões gerontológicas, despertando-nos o interesse de conhecer melhor o trabalho interdisciplinar que é desenvolvido pelo grupo “Arte e Vida” com os idosos que residem num bairro do Município de Vitória-ES e freqüentam a Unidade de Saúde da Família localizada no próprio bairro, onde além da valorização dos diversos saberes e práticas de cada ser idoso são possíveis o enfermeiro intervir de forma participativa e construtiva com uma abordagem integral e resolutiva nas mudanças da prática diária com ações simples que proporcione uma maior efetividade das ações biopsicossociais deste idoso.

2-OBJETIVO



Identificar o significado e descrever o que mudou na vida dos idosos após sua inserção no grupo Arte e Vida.

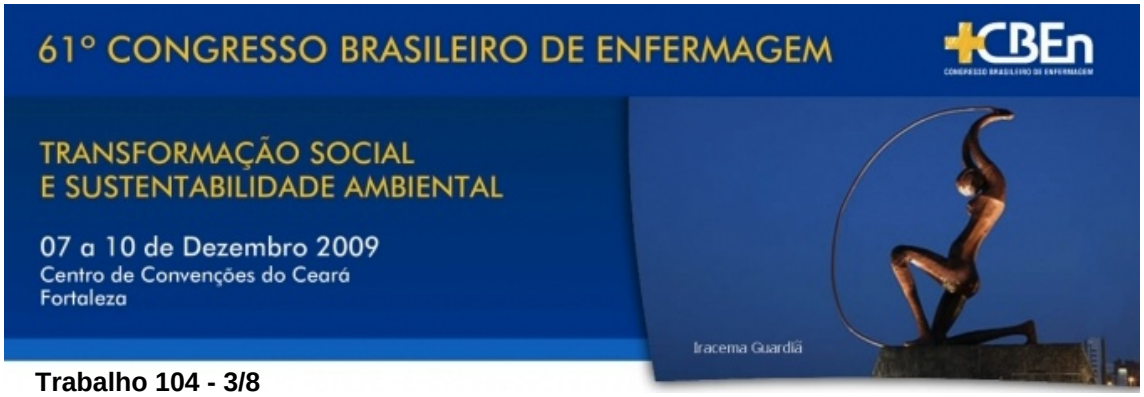
3- CAMINHO METODOLÓGICO

O local de estudo foi uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Vitória – Espírito Santo, localizada em um dos bairros mais populosos do município, com cerca de 40.632 habitantes e com a terceira maior população idosa, 2.530 habitantes acima dos 60 anos, onde atuam cinco equipes de saúde da família. A seleção dos participantes foi aleatória, com uma amostra de dezessete idosos do sexo feminino, obedecendo aos seguintes critérios: ser idoso e estar freqüentando a oficina "Arte e Vida" há pelo menos 30 dias (entende-se que este período é o mínimo necessário para adaptação dos idosos nos diversos trabalhos oferecidos, possibilitando sua participação).

Trata-se de um estudo qualitativo, onde o instrumento da coleta de dados foi um roteiro de entrevistas com questões abertas onde foram abordados dados de identificação, com quem reside, conhecimento e opiniões sobre a oficina de arte e as mudanças biopsicossociais ocorridas em suas vidas após integrarem-se ao grupo. As entrevistas foram coletadas durante as oficinas e transcritas na íntegra possibilitando que a análise retratasse a realidade. A análise dos dados foi realizada mediante as falas do sujeito, identificados com nomes de pedras preciosas: Esmeralda, Brilhante, Diamante Negro, Ágata, Selenita, Jade, Cítrico, Turquesa, Rubi, Topázio Azul, Ônix, Dolomita, Quartzo, Cianeto Azul, Ametista, Safira, Turmalina. Para iniciarmos a pesquisa os participantes da mesma assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com a resolução 196/96 do CONEP. Após autorização da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação do projeto pelo comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG).

4- Um pouco da oficina de arte "Arte é Vida"

A estratégia de Saúde da Família da USFORC, situada no bairro Jardim da Penha, desde 2000, vem desenvolvendo ações de educação em saúde, tendo como destaque as atividades voltadas para a promoção de saúde dos idosos, estimulando-os à participação em grupos sociais como forma de inserção social, melhoria da auto-estima e no despertar da cidadania. Dentre as atividades de educação em saúde e em comemoração ao Dia do Idoso em 27 de setembro de 2002, foi planejado um evento com oficinas de artesanato, canto, poesias, por duas enfermeiras das equipes de saúde e por duas Agentes Comunitárias.



O evento deste dia teve como objetivo não apenas comemorar mais uma data, mas a finalidade maior foi de proporcionar integração entre os idosos da própria comunidade que por morarem só ou em prédios ficavam isolados no dia a dia e também promover o vínculo dos mesmos com o serviço de saúde e as equipes da ESF. O nome da oficina se deu através de um processo democrático onde os idosos por votação definiram o que mais se identificasse com aquele momento em que eles vivenciavam naquela tardes, **"Arte e Vida",** pois através da arte as mesmas se sentiam estimuladas e encorajadas ao auto-cuidado, melhoraram sua auto-estima, conheceram novas pessoas e se inseriram em grupo onde não apenas ganharam conhecimento ou resgatam habilidades e dons, mas momentos de alegria e prazer que deram mais vida aos seus dias.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os sujeitos entrevistados, verificou-se que a amostra se destacou mais por indivíduos do sexo feminino (100%), com idade de participação na oficina de 02 a 04 (52,9%), viúvas (41,1%) e que residem com seus filhos e cônjuges (35,2%).

Quando questionamos sobre como eram suas vidas antes de participarem da oficina de arte, os relatos foram:

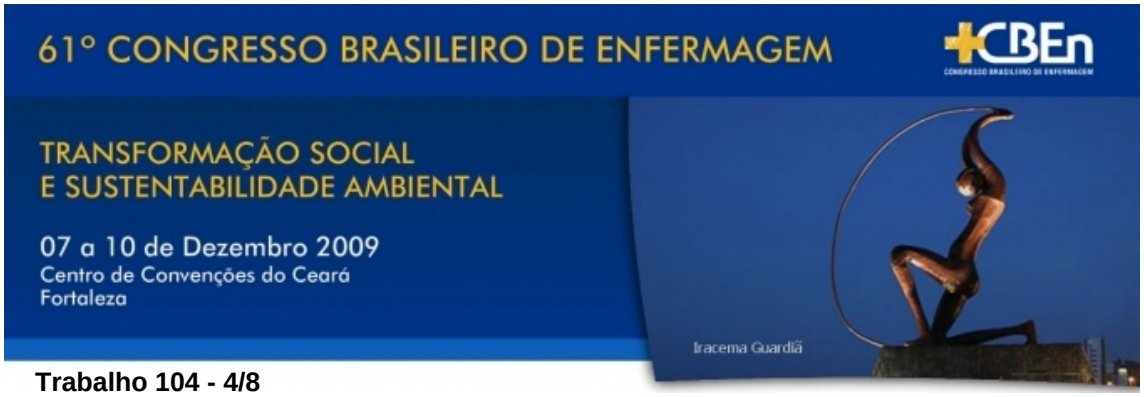
"Vivia um pouco deprimida, ficava em casa triste, saia para o shopping, caminhava pelas ruas sem destino. Tudo era muito vazio sem destino..." (Cítrico).

"Era monótona! Ficava em casa fazendo trabalhos manuais sozinha, agora faço meus trabalhos com mais amor, por estar no meio de outras pessoas" (Ônix).

Segundo Garcia et al., (2006) "Os grupos representam tanto um espaço de educação em saúde, como também estimulo a organização social, pois facilitam o exercício da cidadania, gerando assim alternativas para que as pessoas retornem seus papeis sociais e /ou atividades que possam ocupar seu tempo livre e o relacionamento social".

Em relação ao que elas esperam de um grupo de pessoas da mesma idade, observamos que a maioria almeja maior integração e relacionamento interpessoal, com trocas de conhecimento e afeto como podemos verificar nos relatos que seguem:

"Boa convivência, um bom relacionamento e que possam transmitir troca de conhecimento" (Topázio Azul).



"Que sejam sempre animados, que não fiquem deprimidos e transmitam alegria a todos" (Brilhante).

"Aprender com elas e, encarar essa nova etapa da vida (... pensativa) É difícil!" (Quartzo).

Para Teixeira (2002, p. 59) "as pessoas não se integrarão em um grupo se ele não trouxer a satisfação de certas necessidades fundamentais que são: necessidade de inclusão, necessidade de controle e necessidade de afeição".

Quando questionamos como descrevem a condição de ser idoso hoje no Brasil, é possível constatar nos depoimentos dos participantes, que apesar do avanço das políticas públicas voltadas para a pessoa idosa às mesmas não se sentem contempladas com a situação atual, conforme relatos:

"Mais respeito e dignidade, pois o que fazem pelos idosos é muito pouco!" (Brilhante).

"Esta existindo uma maior preocupação dos governantes pra com os idosos, mais tem que mudar muito ainda. Tem que haver mais respeito!" (Ágata).

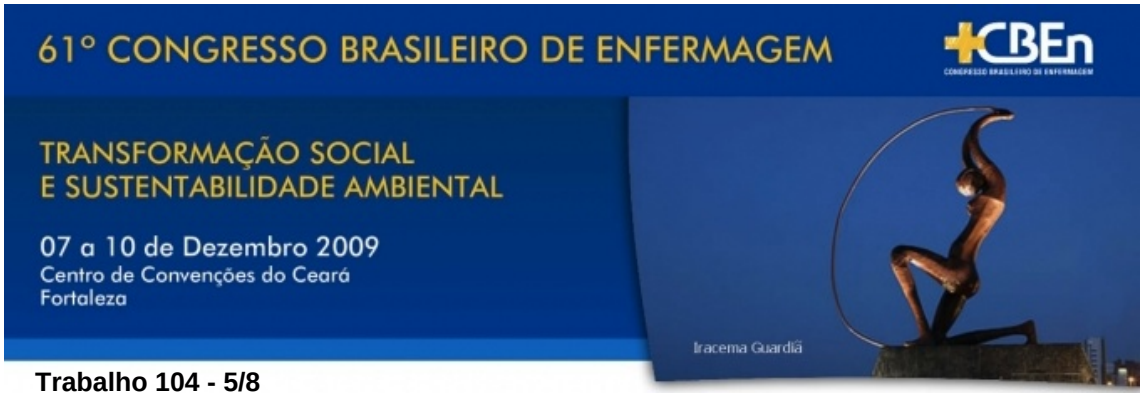
"As condições são muito tristes, pois os idosos possuem pouco acesso à saúde, moradia. Nunca tem vez!" (Cianeto).

Na visão de Caldas e Saldanha (2004) a Política Nacional do idoso (PNI), representa, sem dúvida, um avanço significativo para o movimento gerontológico, pois conseguiu levar a questão da velhice para a agenda pública, porém, as necessidades de uma população em envelhecimento, devem vir abordadas com políticas sociais amplas e perspectivas relevantes de curso de vida, com intervenções voltadas para o coletivo e não somente para o individual.

Quanto às modificações que o envelhecimento trouxe para suas vidas no contexto familiar, social, econômico e afetivo, os dados analisados destacam uma maior aproximação familiar, com perdas de status sócio-econômico ocasionando uma maior carência afetiva. Alguns depoimentos expressam estes sentimentos:

"Eu tenho mais atenção da minha família e, eles percebem a minha idade e procura me ajudar; já no social percebo mudanças, pois fica mais difícil se relacionar; mas na parte afetiva sinto muita carência das pessoas... Na parte econômica pra mim não mudou muita coisa não!" (Jade).

"Tenho boa interação, pois consegui criar uma família unida; vida afetiva só tem por parte da família, pois não tenho uma vida social grande, mas



vivo feliz! Estou bem, dependo dos meus filhos, pois eles que fazem a minha vontade" (Cítrico).

Conforme a Portaria nº. 2.528 de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, referem que "... saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social".

Ao questionarmos sobre a importância que os mesmos atribuem ao trabalho desenvolvido pela oficina, podemos perceber que a mesma tem contribuído para tornar suas vidas mais significativas, pois proporciona melhora em seu estado de saúde. É possível constatar, que estes momentos são elementos necessários para a reconstrução de suas trajetórias de vida e para a melhoria de sua saúde conforme depoimentos:

"Ajuda a gente a viver no dia-a-dia, trabalho com mais alegria... Se não fosse isso aqui eu já teria explodido! Isso aqui trás muita calma, distração é tranqüilidade" (Brilhante).

"Tenho uma doença, que é o Mal de Parkinson e, quando estou aqui percebo que meus tremores causados pela doença diminuem" (Ametista).

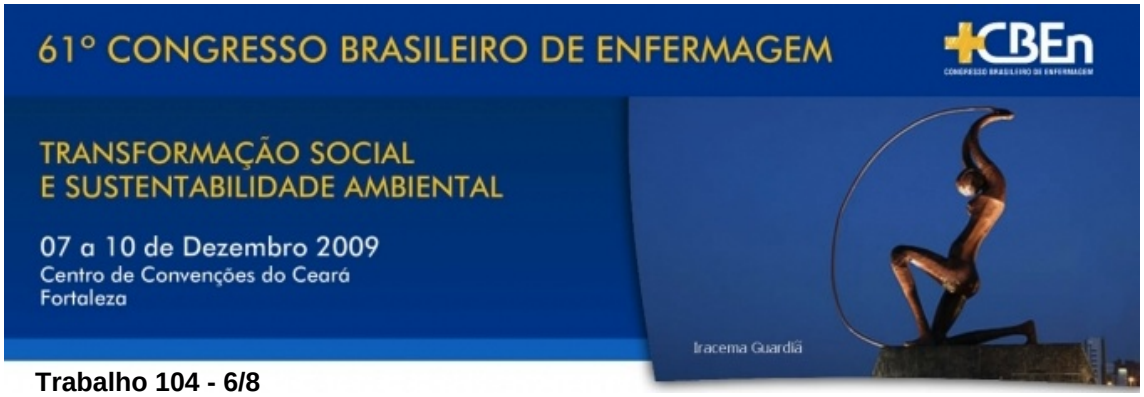
"Muito importante para a socialização! Às vezes as pessoas chegam aqui tão deprimidas e carentes é com poucos dias participando do grupo, ficam irreconhecíveis pela integração que o grupo oferece" (Safira).

Tourinho (2000) afirma que a saúde de cada indivíduo, a sociedade e cultura estão completamente vinculadas ao meio ambiente. Assim, a saúde abrange e depende do sistema ecológico completo, desde o corpo, a mente e o espírito com suas interações no indivíduo até os contextos mais amplos das relações do indivíduo com a sociedade, a cultura e o meio ambiente. [...]

Ao indagamos sobre que transformações a oficina de arte trouxe para suas vidas, podemos observar o grande significado que se faz à oficina, através da demonstração de uma plena satisfação, que se torna visível pelas falas das depoentes:

"Fico contando os dias para chegar à quinta-feira, para assim poder rever os meus amigos, isso aqui é muita alegria, me sinto jovem outra vez no meio deles!" (Esmeralda).

"Isso tem um significado muito grande na minha vida... Tornou-me uma pessoa sem doenças, se eu não tivesse aqui estaria em casa doente e triste" (Diamante Negro).



Segundo Teixeira (2002, p. 22) "a segurança propiciada por um ambiente acolhedor, assim como a autonomia permitida por um ambiente estimulador são ambas, necessárias ao bem-estar do idoso".

Visando assegurar melhor qualidade de vida para os idosos do século XXI, surgiu à preocupação em saber que significado a oficina tem para eles, percebemos então que é prazeroso estar naquele ambiente agradável, alegre, transformador e que aumenta a integralidade e ciclo de amizade dos mesmos, como podemos observar nos depoimentos:

"Transformação... Isso é voltar a viver e conseguir um sentido novo para vida é construir algo que me faz sentir útil!" (Dolomita).

"Uma integração social aumenta o ciclo de amizade e existe uma troca de valores e respeito um com o outro, isso nos faz bem!" (Quartzo).

"Aprendizado... Ouvir o outro e comparar sua vida com a minha, pois precisamos é disso mesmo, de lugar como esse que nos proporciona felicidade" (Ônix).

Garcia et al. (2006, p. 176) enfatizam que "grupos facilitam autodeterminação e independência, sendo uma rede de apoio que mobiliza as pessoas a uma autonomia, auto-estima, busca de sentido para a vida, diminuindo a vulnerabilidade, criando vínculos e possibilitando o incentivo para a inclusão social".

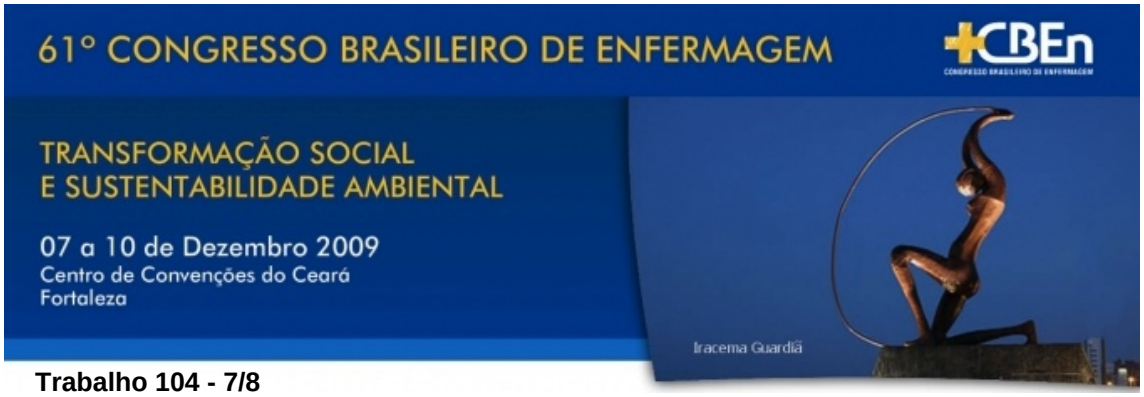
No tocante, finalizamos nossa pesquisa com o conjugado questionamento sobre as mudanças que a oficina proporciona para a saúde dos depoentes.

Observamos que de fato as mesmas percebem mudanças na saúde e associa essas mudanças ao fato que o ambiente grupal lhes proporcionar equilíbrio emocional, físico e psíquico, expressos em suas falas:

"Sim. Tenho pressão alta, quando estou aqui eu peço pra verificar quando chego e ela esta alta, mas quando eu vou embora ao fim da oficina verifica outra vez é se percebe que ela esta ótima" (Diamante Negro).

"Sim. Eu comecei a vir, pois estava com depressão e quando comecei a participar deste grupo eu não fiquei mais deprimida. Minha vida e minha saúde mudaram!" (Quartzo).

"Sim, mudou muito. Deus mais cores para a minha vida, pois vivia deprimida, estava opaca sem brilho, então veio o significado de um arco-íris cheio de cores. Maravilhoso!" (Cianeto Azul).



Assis (2005) refere que, "O envelhecimento é processo normal, inevitável, porém dinâmico e não uma doença. As condições crônicas e incapacitantes que freqüentemente acompanham o envelhecimento podem ser prevenidas ou retardadas, não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais - Brasil, 1996".

6-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos que é de suma importância que a sociedade e o poder público passem a ver as pessoas idosas como uma das prioridades e que sejam fomentados e ampliados os programas que visem à melhoria da qualidade de vida e o bem-estar psicológico desta população, auxiliando assim o idoso na promoção de um envelhecimento saudável.

Ficou evidente a importância desta modalidade grupal e as mudanças proporcionadas aos idosos pela oficina. A promoção de saúde através de praticas saudáveis faz com que a população participe de políticas publicas com questões que envolvem a prevenção e o controle de doenças e através da arte, se insiram no contexto da vida cotidiana.

Este estudo demonstrou que as atividades grupais pode ser um veiculo importante de ação dos profissionais de saúde para promover o bem-estar da população idosa e uma ferramenta importante nas intervenções do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

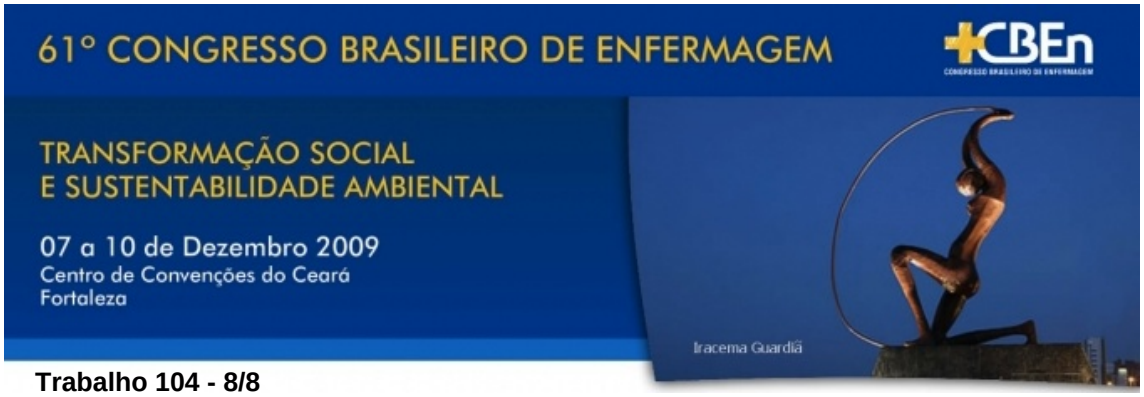
(1) CAMARGOS, Anadias Trajano; MOURA, Luciana Fonseca de; **Atividades educativas como meio de socialização de idosos institucionalizados**. [Projeto de Extensão]. Belo Horizonte - MG: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais 15 (UFMG); 2005. Disponível em: http://www.ufmg.br/proex/arquivos/. Acessado em: 01/04/2007.

(2) _____; **Organização Pan – Americana da Saúde – Opas – OMS**.

(3) Presidência da República (PR), **Portaria nº. 2.528 de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília (DF). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa. pdf. Acessado em: 17/10/2007.

(4) **Carta de Ottawa**. PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE; Ottawa – Canadá, novembro de 1986. Disponível em: http://www.opas.org.br/promocao/up. Acessado em: 01/04/2007.

(5) TEIXEIRA, Mirna Barros. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados a Promoção de Saúde**. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, escola Nacional de Saúde Publica; 2002. 144 f.



(6) MUNARI, D. B; RODRIGUES, A. R. T. **Enfermagem e Grupos**. Goiânia-GO, AB, 2007.

(7) Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica; **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica - n.°19** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF); 2006.

(8) GARCIA, M. A. A., et. al.; **Atenção à Saúde em Grupos Sob a Perspectiva dos Idosos**. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, 2006 março-abril; 14(2): p. 175-82.

(9) Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.

(10) CALDAS, Célia Pereira e SALDANHA, Assuero Luiz; **Saúde do Idoso a Arte de. Cuidar**. 2ª edição, Editora Interciência – Rio de Janeiro, 2004.

(11) ASSIS, Mônica de; **Envelhecimento Ativo da Promoção da saúde para as ações educativas com idosos**. Revista de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora – MG, 2005.



Q

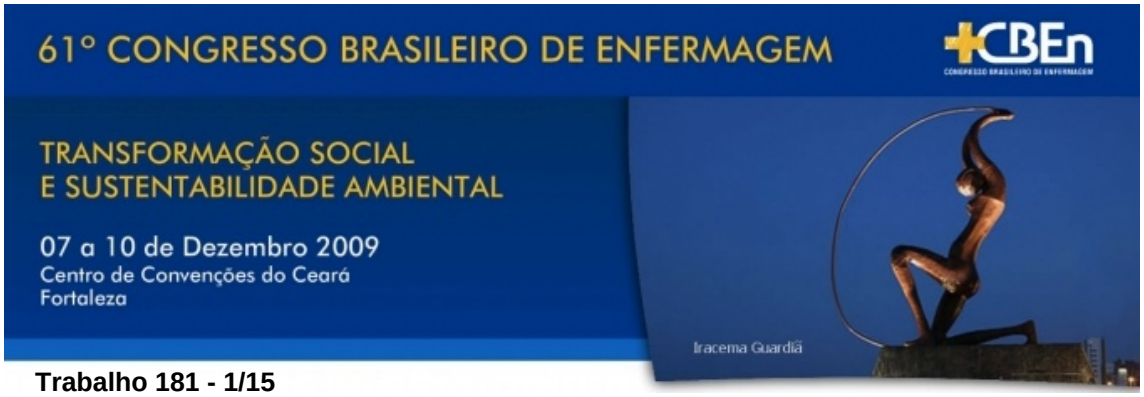
Trabalho 69 - 1/2

Autoras:Tania Maria Vieira da Silva (Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda e-mail lilivsilva@oi.com.br(24) 33498103) **Andresa Cristina Farias Silva** (Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda e-mail andresa@portalvr.com (24)33429038)

A voz é um dos melhores dons de Deus ao homem. Ela nos da a capacidade de comunicar vocalmente os nossos pensamentos e emoções. Um dos importantes argumentos a favor do cristianismo – que o homem é portador da imagem de Deus e não resultado de mero acaso da evolução – é que somente ao homem foi dada a capacidade de se comunicar com a voz, através de uma linguagem organizada. Além disso, podemos ressaltar as nossas expressões verbais e emocionais através dos sons musicais que possuem altura, duração e harmonia, pois podemos CANTAR! Por ser a música a arte que expressa os sentimentos através dos sons, ela esta sempre presente em toda parte, em todos os momentos, em toda vida e em todos os tempos. Vem acompanhando a história do homem e de sua evolução, sendo social e culturalmente construída ao longo dos anos, revelando desta forma o homem, seu meio, seus costumes e seus valores, sendo esta a arte que expressa os sentimentos através dos sons. Há muito tempo, vem sendo utilizada como um recurso para tornar efetivas mudanças sociais e culturais, como instrumento de modificação da realidade. Benezom (1993) relata que a música, por ser uma linguagem universal, proporciona oportunidades de desenvolvimento de formas de comunicação verbal e não-verbal, gerando assim um veículo de proporções ilimitadas nos processos de comunicação,estando presente em todos os momentos. Este trabalho foi desenvolvido a partir de uma ação educativa. Como contexto das práticas educativas, considera-se que estas tanto podem ser formais e desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços, com realização das palestras e distribuição de cartilhas e folhetos, como também podem ser informais, desenvolvida nas ações de saúde cotidianas. Entretanto, dada a relevância da comunicação dialógica, valoriza-se o espaço das relações interpessoais estabelecidas nos serviços de saúde como contextos de práticas educativas. Nesse sentido, L'Abbate (1994) e Smeke &Oliveira (2001) concordam quanto à compreensão de que todo profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial a sua prática seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia. A partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença. Este compromisso e vinculação com os usuários possibilita o fortalecimento da confiança nos serviços. Por esta circunstância, o modelo dialógico tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto serem ocasionados não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado.A ação educativa em saúde é um processo que objetiva a melhoria das condições de saúde da população. Segundo Pereira (2001), educar não é informar, educar é pensar com seus pensamentos e dos outros como mudar a trajetória da vida. A partir desses princípios surgiu a necessidade de implantar o grupo de hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde da Família São Lucas. O grupo realiza reuniões mensais, onde são abordados vários assuntos que vão de encontro com suas dificuldades e curiosidades sobre suas patologias. Com desejo dos usuários e da equipe de fazer uma festa de confraternização no final do ano de 2004, para encerrar as atividades desenvolvidas pelo grupo, surgiu a idéia de montar um coral cuja a proposta era apenas ensaiar algumas músicas natalinas para serem apresentadas nesse evento. A proposta foi apresentada e aceita com entusiasmo e satisfação. A descoberta de uma atividade prazerosa e partilhada por pessoas de diferentes realidades mais com o mesmo desejo, vencer o desafio de aprender a cantar e se apresentar para um público de pessoas comuns, deu-lhes novo ânimo para superar seus limites de forma que os problemas de saúde que



e
quanto àquela atividade tinha sido benéfica a ponto de modificar seu estado de saúde e decidiram permanecer com os ensaios as quintas- feiras às 14 horas,nascendo então, o Coral Cantando para a Vida. O coral se apresenta em diversos eventos da Secretaria de Saúde e outros, cantando repertórios variados. A metodologia nesta experiência foi simples, natural e espontânea, como ocorre em toda produção artística, quando a espontaneidade favorece o surgimento do complexo som-ser humano-som, estabelecendo contato dos conteúdos internos dos atores com suas realidades. Durante os três meses de preparação o fato mais importante e de relevante consideração foi a manutenção da naturalidade e da espontaneidade, sem que contudo o grupo perdesse o senso de equipe, de união, de harmonia e de integração. Eles se auto ajudavam, tomavam decisões de forma organizada, estimulavam uns aos outros quando apresentavam dificuldades entre risos e brincadeiras tornando um ambiente emocional saudável, descontraído e formando um conjunto harmônico e integrado. Como resultado da presente experiência é possível destacar essencialmente os comentários feitos dos próprios componentes: “Este coral não pode acabar”.“Eu não sabia que sabia cantar.”.“Estou melhor de saúde e a minha pressão está mais controlada. Estou vivendo mais animada, com coragem e mais alegre.” “Agora tenho mais relacionamento com as pessoas e faço mais amigos.”.“Meu marido falou que depois que entrei para o coral eu fiquei mais bonita.” “Eu não estou tomando mais remédio para dormir”. Desta maneira, como enfermeiras, com o olhar voltado para a promoção da saúde ao longo das nossas atividades, temos procurado ampliar nossa prática, fazendo com que nela sejam englobados vários conceitos citados nesse trabalho. Com isso, pudemos experiênciar ao longo desses 5anos, uma nova maneira de fazer saúde, num processo que nos traz muita alegria pelo fato de vermos hoje, indivíduos mais comprometidos com a saúde, diminuição do absenteísmo nas consultas, quase não há falta aos ensaios, e quando acontece, o próprio grupo se encarrega de cobrar uma justificativa e estimula o faltoso a não faltar mais e também a não desistir de cantar no coral que é raro acontecer. Hoje temos um grupo mais seguro de seus conceitos e efetivamente mais parceiros no cuidado e manutenção de sua saúde. Neste sentido, a enfermagem está na vanguarda do movimento holístico da saúde, pois é o profissional apto a transmitir educação e aconselhamento necessários avaliando a dinâmica de vida dos usuários, tornado-os parceiros no processo saúde-doença-cuidado.



Trabalho 181 - 1/15

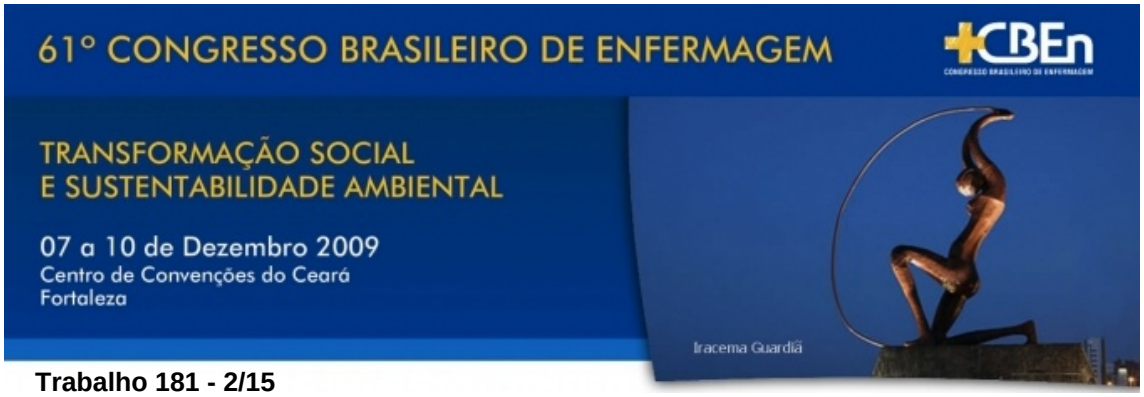
REFLEXOLOGIA PODAL: UM TOQUE ESPECIAL

[1]**LIMA, Thayana Regina Viana Vargas**

[2]VIEIRA, Vitória Siraldo

RESUMO: A proposição da proposta educativa foi fundamentada no reconhecimento de que há necessidade da aquisição de propor o relaxamento para os pés, como: saúde para os pés, pois em nosso dia-a-dia estressante, tumultuado mal olhamos para as nossas unhas dos pés e mão, em pesquisa chegamos a conclusão que o tema seria “Reflexologia Podal”, uma técnica que consiste na aplicação de uma pressão em determinados pontos reflexos dos pés. Os pés necessitam de cuidados tanto quanto nosso corpo, e esta técnica da medicina chinesa pode curar, prevenir e evitar doenças. Tudo porque os pés são espelhos da alma. Dentro da nossa pesquisa descobrimos o benefício que a reflexologia pode trazer para enfermagem, como objetivo da regularização das funções fisiológicas gerais: melhora do retorno venoso, melhora das dores, dormências, formigamentos, e sintomas próprios do pé diabético. Tendo excelente indicação como atividade preventiva e terapêutica do pé diabético, desde que a glicemia esteja controlada. Indicada para doentes acamados visando a regularização das funções fisiológicas, e pelo seu fácil aprendizado pode ser praticada por familiares dos pacientes. OBJETIVOS: Geral - Esclarecer a comunidade a importância e o cuidado dos pés. Específicos - Definir a reflexologia podal; Apresentar a proposta da reflexologia podal e explicar as manobras desenvolvidas nos pés; e Demonstrar que cada ponto reflete em um órgão. METODOLOGIA: Os sujeitos previstos nesta proposta foram selecionados através de uma comunidade onde não tivesse um conhecimento sobre o assunto abordado, entrando em contato com a diretoria do Colégio Campos Sales, localizado em Campo Grande – RJ, apresentando nosso projeto, onde a mesma foi aceito pela coordenação. A proposta teve início em abril de 2007 na disciplina Educação em Enfermagem sob orientação do Profº Ms. André Nascimento. Nós participamos do curso de massoterapia relaxante básico na Faculdade Integrada

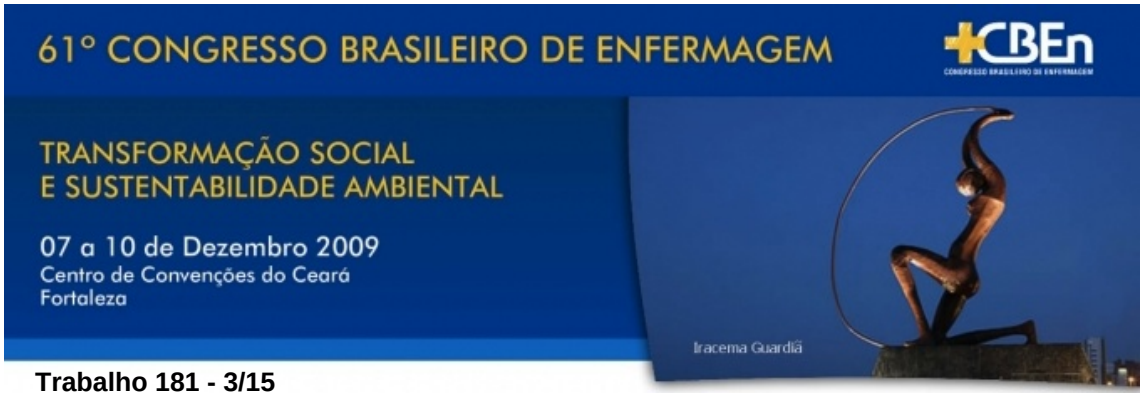
(1)Graduanda do 8ºperíodo do Curso de Graduação em Enfermagem na Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: thayanareginaster@gmail.com
(2) Graduanda do 8ºperíodo do Curso de Graduação em Enfermagem na Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). Rio de Janeiro, RJ



Simonsen – RJ e sob orientação prática de massagem relaxante na Faculdade Bezerra de Araújo – RJ, pelo Profº Ms André Nascimento, nosso coordenador. RESULTADOS: A atividade desenvolvida fez com que o público percebesse a ação da reflexologia no seu corpo por entenderem que a reflexologia podal promove relaxamento e bem-estar. CONCLUSÃO: A proposta educativa nos demonstrou o quanto necessitamos ter um auto-cuidado com os pés. A prática do nosso trabalho foi o ponto auge da proposta, pois demonstrou a beneficência da reflexologia no seu corpo, promovendo relaxamento dos músculos e a melhora da circulação, dando um toque especial aos seus pés.

Palavras chaves: Reflexologia. Reflexologia podal. Manobras de Massagem Reflexológica.

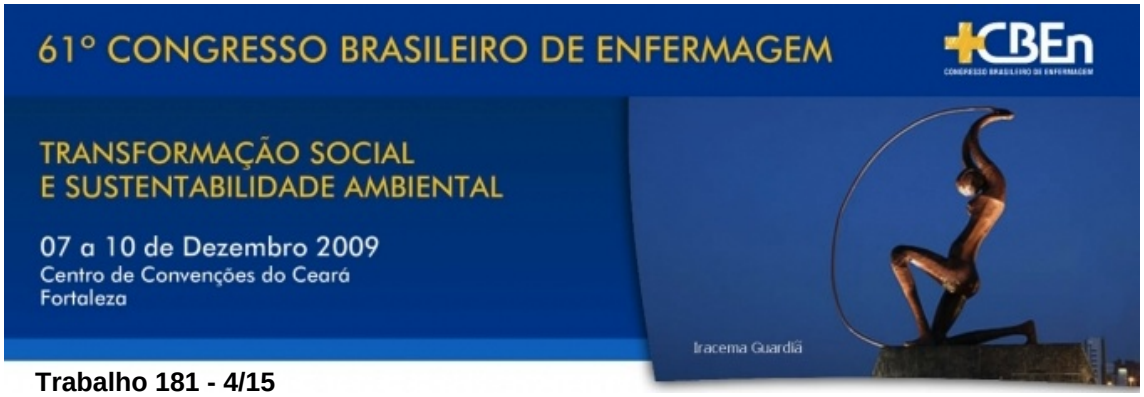
ABSTRACT: The proposal of the educational proposal was based on the recognition that there is need for the proposed acquisition of relaxation for the feet, such as health for the feet, because in our day-to-day stressful, troubled, ill look at our nails foot and hand, in research we have realized that the theme would be "Reflexology", a technique involving the application of pressure on certain reflex points on the feet. The feet need care as much as our bodies, and this technique of Chinese medicine can cure, prevent and avoid diseases. All because the feet are mirrors of the soul. Within our research we discovered the benefits that reflexology can bring to nursing as a goal of settling the general physiological functions: it improves venous return, improvement of pain, numbness, tingling, and characteristic symptoms of diabetic foot. Having excellent indication as preventive and therapeutic activity of the diabetic foot, since the blood is controlled. Recommended for bedridden patients seeking the adjustment of physiological functions, and its easy to learn can be practiced by patients' relatives. OBJECTIVES: General - Clarify the community the importance and care of the feet. Specific - Define the foot reflexology, present the proposal of foot reflexology and explain the maneuvers carried out in the feet, and demonstrate that each point reflects an organ. METHODS: The subjects provided in this proposal were selected through a community where no one had knowledge about the subject matter, by contacting the Board of the College of Campos Sales, located in Campo



Grande - RJ, presenting our project, where it was accepted for coordination. The proposal was initiated in April 2007 in the discipline of Nursing Education under the guidance of Master Teacher André Nascimento. We participate in the course of relaxing massage therapy education at the School Integrated Simonsen - RJ and supervised practice of relaxing massage at the School Bezerra de Araújo - RJ, by Master Teacher Andre Nascimento, our coordinator. RESULTS: The activity performed has made the public realize the action of reflexology in your body, believing that reflexology promotes relaxation and well-being. CONCLUSION: The educational program has shown us how much we need to have a self-foot care. The practice of our work was the pinnacle of the proposal because it showed the kindness of reflexology in your body, promoting muscle relaxation and improved circulation, adding a special touch to your feet.

Key words: Reflexology. Reflexology foot. Maneuvers Massage Reflexology.

RESUMEN: La propuesta de la propuesta educativa se basa en el reconocimiento de que hay necesidad de que la propuesta de adquisición de relajación para los pies, como la salud de los pies, porque en nuestro día a día estresante, problemas, malos vistazo a nuestras uñas pies y manos, en la investigación nos hemos dado cuenta de que el tema sería "reflexología", una técnica que implica la aplicación de presión sobre ciertos puntos reflejos en los pies. Los pies necesitan cuidados tanto como nuestros cuerpos, y esta técnica de medicina china puede curar, prevenir y evitar enfermedades. Todo porque los pies son espejos del alma. En nuestra investigación hemos descubierto los beneficios que la reflexología puede aportar a la enfermería como un objetivo de solucionar las funciones fisiológicas generales: mejora el retorno venoso, mejora del dolor, entumecimiento, hormigueo y síntomas característicos de pie diabético. Habiendo indicación excelente como la actividad de prevención y tratamiento del pie diabético, ya que se controla la sangre. Recomendada para pacientes postrados en cama buscando el ajuste de las funciones fisiológicas, y su fácil de aprender puede ser practicado por los familiares de los pacientes. OBJETIVOS: General - Aclarar la comunidad la importancia y el cuidado de los pies. Específicos - Definir la reflexología podal, presentar la propuesta de la reflexología podal y explicar las



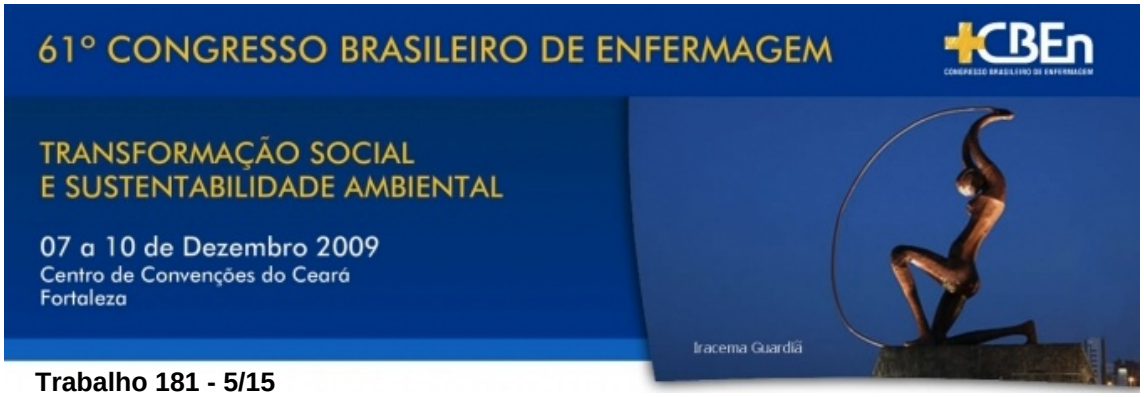
maniobras llevadas a cabo en los pies, y demostrar que cada punto refleja un órgano. MÉTODOS: Los temas previstos en esta propuesta fueron seleccionados a través de una comunidad en la que nadie tenía conocimiento sobre el tema, poniéndose en contacto con la Junta Directiva del Colegio de Campos Sales, ubicada en Campo Grande - RJ, presentando nuestro proyecto, donde se aceptó para la coordinación. La propuesta se inició en abril de 2007 en la disciplina de Enfermería de la Educación bajo la dirección de la Profesor Maestro André Nascimento. Nosotros participamos en el curso de la terapia de masaje relajante de educación en la Escuela Integrada Simonsen - RJ y la práctica supervisada de un relajante masaje en la Escuela de Bezerra Araújo - RJ, por la Profesor Maestro André Nascimento, nuestra coordinadora. RESULTADOS: La actividad realizada ha hecho que la población comprenda la acción de la reflexología en tu cuerpo, la creencia de que la reflexología promueve la relajación y el bienestar. CONCLUSIÓN: El programa educativo nos ha demostrado lo mucho que necesitamos para tener un auto-cuidado de los pies. La práctica de nuestro trabajo fue el pináculo de la propuesta, ya que mostró las bondades de la reflexología en su cuerpo, promoviendo la relajación muscular y mejora de la circulación, añadiendo un toque especial a tu pies.

Palabras clave: Reflexología. Reflexología pie. Maniobras de masaje de reflexología.

INTRODUÇÃO

Tanto a terapia por zona (até o momento, o alicerce do estudo da reflexologia) como a terapia dos meridianos baseiam-se na premissa de que canais ou trilhas de energia cruzam todo o corpo, ligando os órgãos e as diferentes partes do corpo. Acredita-se que a eficácia da reflexologia seja conseqüência da estimulação e revitalização desses fluxos de energia (Dougans & Ellis, 1998).

Dougans & Ellis (1998) afirma que a energia é a base de toda a vida e um fator de vital importância para a cura. Entretanto, o interesse primordial é a energia interna do corpo.



Nos sistema médicos tradicionais do Oriente – em especial o sistema chinês de cura e o sistema indiano ayurvédico – há muito tempo se aceita a idéia de que a saúde baseia-se num fluxo de energia sutil e permeia o universo e o mundo físico material não passa de uma grosseira manifestação dessas energias. No Ocidente, porém, tem sido difícil aceitar esse conceito com base “apenas” em milhares de anos de aplicação bem-sucedida dos métodos de cura orientais. Aprisionados dentro dos limites da medicina convencional, os ocidentais têm uma obsessão pela “prova científica” – uma obsessão que, durante muito tempo, prejudicou de modo insidioso muitas técnicas curativas. Entretanto, o Ocidente acabou tornando-se mais consciente e essas técnicas estão agora sendo exploradas e utilizadas (Dougans & Ellis, 1998).

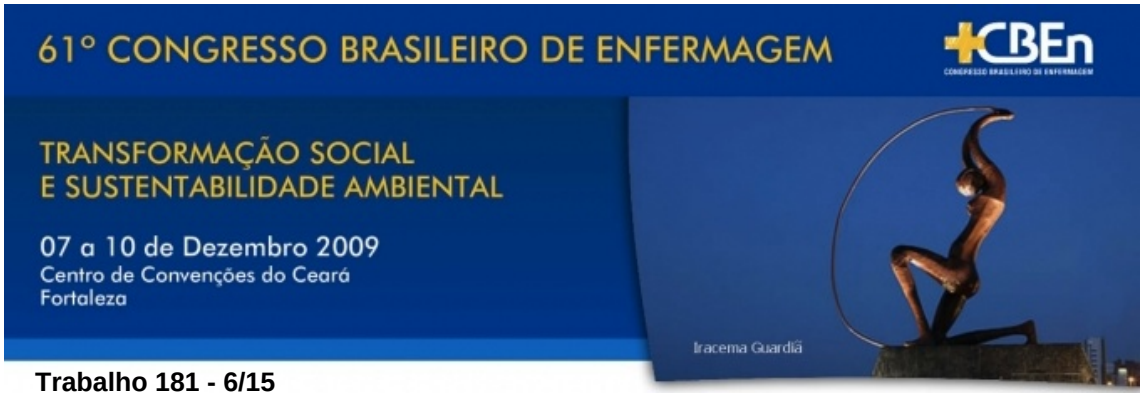
FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

Baseando-se na literatura de Dougans & Ellis (1998), os pés têm uma história ilustre e interessante. As pessoas muitas vezes vêem os próprios pés como uma parte estranha de sua anatomia, raramente atentando para a importância dessas extremidades. Os antropólogos, porém, consideram o pé como a característica física humana decisiva. Quando o primeiro antropóide ficou em posição ereta, há cerca de cinco milhões de anos, uma cadeia de eventos foi iniciada. Essas medidas adaptativas são consideradas altamente importantes na história da evolução.

O pé é uma obra-prima de mecânica de precisão que perdeu parte de sua popularidade ao longo dos anos. Com o crescente interesse pelas práticas holísticas, porém, veio a percepção de que os pés desempenham um papel fundamental na saúde e no bem-estar (Dougans & Ellis, 1998).

AS ORIGENS DA REFLEXOLOGIA

As origens da reflexologia remontam à Antiguidade, quando as terapias de pressão eram reconhecidas como uma forma de medicina preventiva e terapêutica. Embora não se saiba ao certo quando e como isso começou, as evidências indicam que a massagem terapêutica nos pés tem sido praticada por diversas culturas ao longo da história (Dougans & Ellis, 1998).



Dougans & Ellis (1998) relatam que de acordo com uma teoria de aceitação, a reflexologia nasceu na China há 5.000 anos. Muitos respeitados reflexologistas manifestaram sua crença nessa teoria, muito embora as evidências concretas sejam ambíguas. Todavia, as culturas egípcia e babilônia desenvolveram-se antes da chinesa, e o Egito contribuiu com uma valiosa evidência histórica.

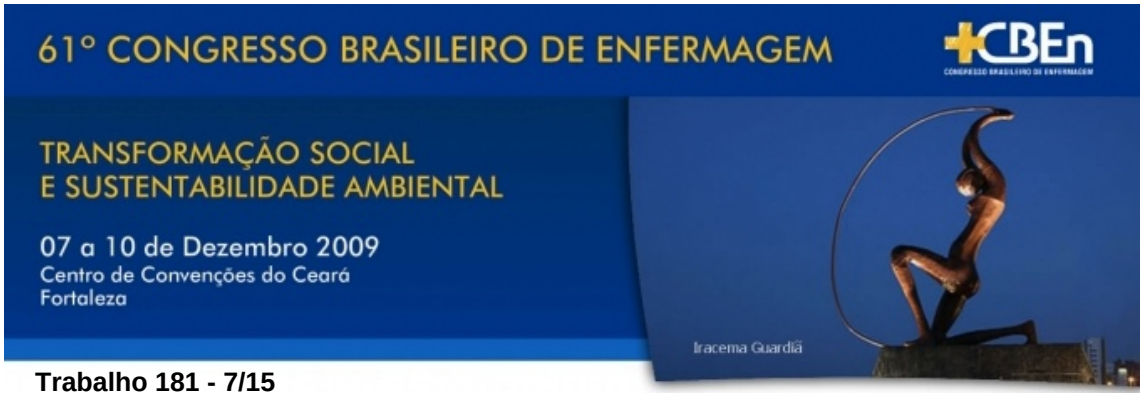
Esse conhecimento da reflexoterapia aplicada aos pés poderia ter sido perdido nas névoas da antiguidade não fosse pelas pesquisas de médicos do final do século XIX e início do século XX. Pessoas curiosas com o conceito de reflexoterapia estimularam um ressurgimento do interesse pelo estudo dos reflexos. O estudo e o desenvolvimento da reflexoterapia pelos pioneiros europeus e empreendedores americanos estabeleceram os fundamentos da reflexologia, tal como a conhecemos hoje (Dougans & Ellis, 1998).

REFLEXOLOGIA PODAL

Reflexologia podal, ou mais conhecido como, massagem no pé com finalidades terapêuticas, consiste na aplicação de uma pressão específica nos chamados pontos reflexos do corpo. Esses pontos localizados nos pés, possuem ligações com os nossos órgãos vitais e por esse motivo quando massageados, resultam em curas e prevenções de doenças que estão relacionadas a eles (Secretária Municipal de Saúde, 2009).

A reflexoterapia não cura as doenças, entretanto estimula a energia vital em pontos específicos ajudando que o organismo se auto recupere. A massagem provoca reações no organismo, e essas reações manifestam nas doenças. A pressão exercida no ponto correto do pé relaxa o corpo, descontrai músculos, descontraem vasos sanguíneos, melhora a circulação estimula a produção de endorfina e serotonina, que são uma espécie de analgésico que o próprio corpo produz contra sensações de dor (Secretária Municipal de Saúde, 2009).

A Reflexologia é um tratamento suave, que pode proporcionar muitos benefícios. Podendo-se concentrar numa área, doença ou desconforto em particular ou pode tomar a forma de uma massagem relaxante a para ajudar todo



o corpo a libertar-se de toxinas, stress, cansaço, e angustia (Secretaria Municipal de Saúde, 2009).

Os reflexologistas não praticam medicina, ou seja, nunca diagnosticam uma doença, nunca tratam um problema específico nem prescrevem ou ajustam a dosagem de medicamentos. Eles não tratam doenças específicas, embora a reflexologia ajude a eliminar problemas causados por doenças específicas. Ao trazer o corpo de volta a um estado de equilíbrio o tratamento reflexológico pode combater diversas doenças. Reflexos sensíveis à dor indicam quais partes do corpo “fora de equilíbrio”, e não a distúrbios específicos. É importante ter consciência disso, porque qualquer tentativa de fazer diagnósticos ou prescrever medicamentos pode muito bem trazer problemas judiciais (Dougans & Ellis, 1998).

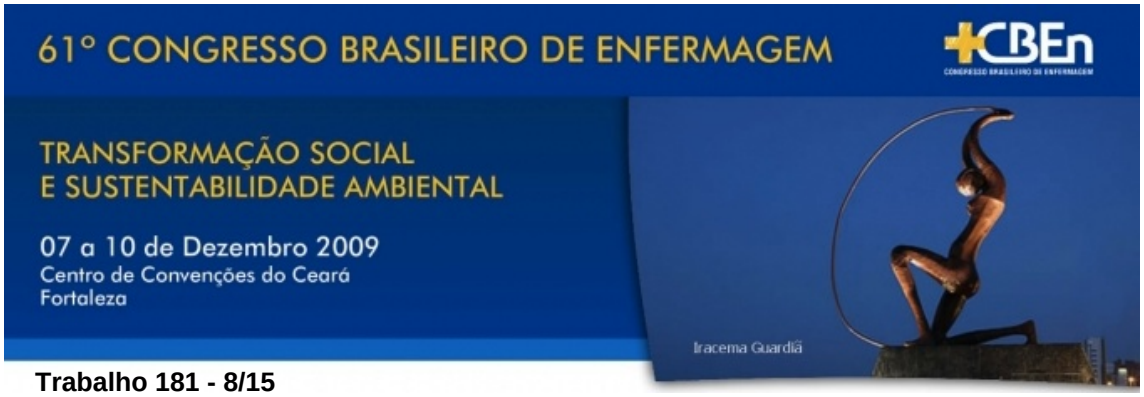
PREPARAÇÃO PARA UM TRATAMENTO REFLEXOLÓGICO

Um tratamento reflexológico deve ser uma experiência extremamente prazerosa, e muitas pessoas podem sentir-se um tanto apreensivas antes de fazer o primeiro tratamento com a reflexologia e, portanto, cabe a você a responsabilidade de certificar-se de que a pessoa sinta-se bem-vinda e à vontade. Como o relaxamento é de fundamental importância no processo de cura, o ambiente deve estar tão tranqüilo e organizado quanto possível. Depois que a sessão tiver começado, todas as distrações deverão ser evitadas, como a entrada e saída de pessoas ou barulho de telefones tocando não ajudará a obter o efeito desejado! (Dougans & Ellis, 1998).

TRATAMENTO REFLEXOLÓGICO

Segundo base literária de Dougans & Ellis (1998) o tratamento prossegue da seguinte forma:

Deve-se iniciar realizando a higiene dos pés com um chumaço de algodão embebido na solução. Certifica-se de que os pés estejam completamente secos antes de iniciar o tratamento. O primeiro contato físico é um suave movimento de alisar, antes de fazer um exame geral dos pés. Cada pessoa é um indivíduo,



assim como seus pés. Os pés revelam uma variedade de características peculiares a essa pessoas em particular.

O tratamento deve sempre ser suave, porém firme. A pressão deve ser suficientemente firme para ativar o potencial de cura do corpo mas nunca deve ser desconfortável para a pessoa. À medida que o tratamento progride, a sensibilidade deve diminuir, indicando que foi restaurado o equilíbrio numa área problemática. O tratamento nunca deve ser doloroso nem causar qualquer desconforto ao paciente, onde deve-se ajustar a pressão exercida nos pés (Dougans & Ellis, 1998).

MODO PADRÃO DE SEGURAR O PÉ

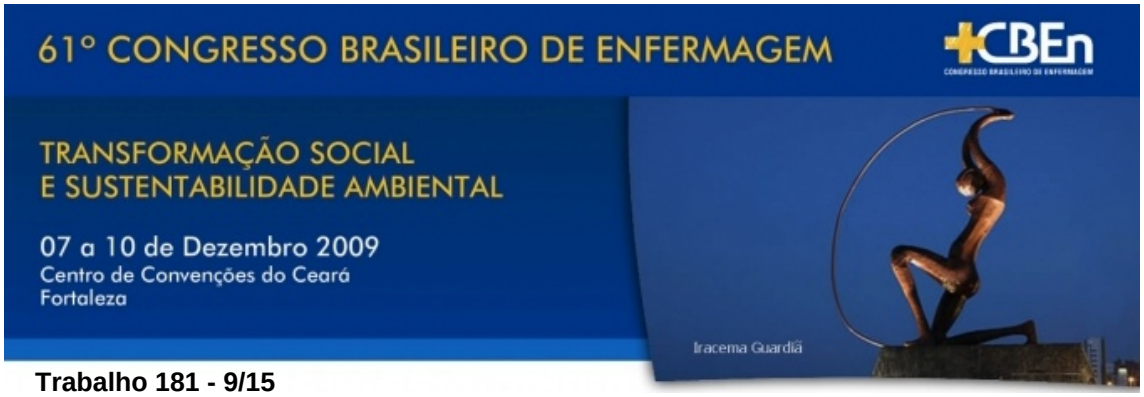
A mão de apoio deve sempre permanecer perto da mão de trabalho. Qualquer que seja sua maneira de segurar e independente do reflexo que estiver trabalhando, mantenha sempre o pé ligeiramente curvado na sua direção – e nunca com um aperto excessivamente firme e os artelhos curvados para trás (figura 1).

TÉCNICAS DE PRESSÃO

Dougans & Ellis (1998) descreve essa técnica com a mais importante a ser dominada, pois é usada para se aplicar pressão à maioria dos reflexos durante o tratamento. Ela é combinada com as técnicas para os dedos.

Os reflexos dos brônquios e do pulmão estão situados na parte superior da planta de ambos os pés, estendendo-se desde a região abaixo do segundo artelho até pouco além do quarto artelho. Como o coração é o único órgão encontrado no lado esquerdo do corpo, o reflexo do coração é encontrado apenas no pé esquerdo. Os movimentos são da esquerda para a direita, da direita para a esquerda ou para cima e para baixo até que toda a área tenha sido coberta. O final da parte superior da planta dos pés representa o reflexo do diafragma. O reflexo do coração encontra-se na área do reflexo do pulmão, no pé esquerdo, logo acima da linha do diafragma (figura 2) (Dougans & Ellis, 1998).

Segundo Dougans & Ellis (1998) a tireóide, paratiróide e pescoço estão situados em ambos os pés, na parte superior da planta, abaixo do grande artelho.



Esta área reflexa é coberta com um movimento circular – em torno da base da parte superior da planta do pé e, em seguida, subindo até a base do grande artelho, o reflexo do pescoço (figura 3).

O diafragma separa a cavidade torácica da cavidade abdominal. O reflexo correspondente a ele faz a separação entre o arco e a parte superior da planta do pé. Com a mão de apoio na pegada de suporte padrão, deve segurar os artelhos, “erguendo-os” ligeiramente e puxando o pé na sua direção. Isso faz empurrar o pé para o polegar. Repetindo duas vezes esse procedimento em ambos os pés para que relaxe o diafragma (figura 4) (Dougans & Ellis, 1998).

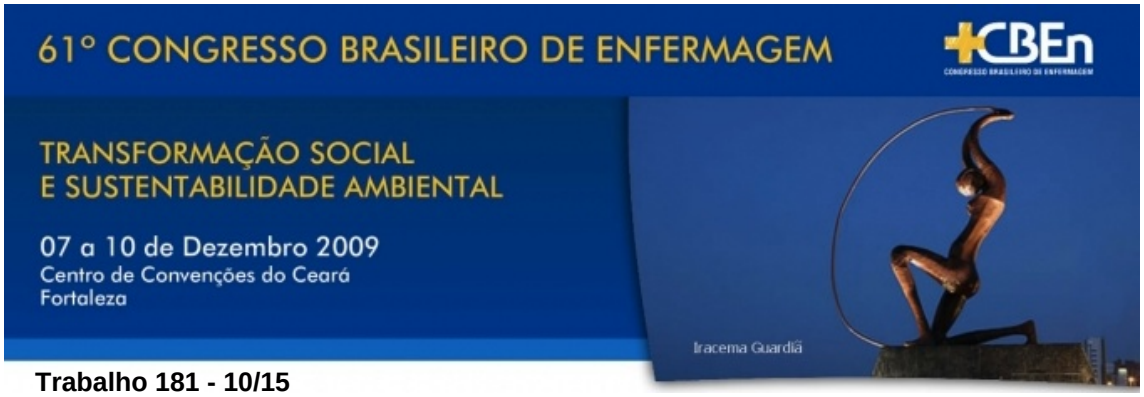
Segundo Dougans & Ellis (1998), todos os reflexos relacionados ao sistema digestivo estão localizados no arco do pé. Esta área muitas vezes é sensível à pressão. São os seguintes os reflexos existentes nesta região:

Acima da cintura: pé direito – fígado, vesícula biliar, estômago, pâncreas, duodeno, rim, glândula supra-renal. Pé esquerdo – estômago, pâncreas, duodeno, baço, rim, glândula supra-renal.

Abaixo da cintura: pé direito – apêndice, válvula ileocecal, cólon ascendente, cólon transverso, intestino delgado, rim, ureter, bexiga. Pé esquerdo – cólon transverso, cólon descendente, curvatura sigmóide, reto, ânus, intestino delgado, rim, glândulas supra-renais, ureter, bexiga.

Dougans & Ellis (1998) descreve que como esta é uma área com órgãos próximos e sobrepostos uns aos outros, pode realizar movimentos da esquerda para a direita, da direita para a esquerda até que toda a área tenha sido coberta (figura 5).

A espinha representa a linha média do corpo, o reflexo é encontrado na mesma área em ambos os pés. A área reflexa de cada pé corresponde a metade da espinha. Formando uma concha com a mão de trabalho para dar mais apoio. Deve-se começar na ponta do calcanhar e trabalhar com movimentos de cima para baixo, começando dos artelhos e direcionando para o calcanhar (figura 6) (Dougans & Ellis, 1998).



Os reflexos para os seios e a circulação acham-se localizados no dorso dos pés, considera-se como estágio de redução do ritmo do tratamento. A melhor maneira de trabalhar esses reflexos é usando os quatro dedos simultaneamente, iniciando o movimento de cima para baixo, dos artelhos para o dorso do pé. Este deve ser um movimento vagaroso, suave e relaxante, passando com simplicidade e harmonia para o próximo. Aplicando uma pressão extra nos pontos especiais de circulação, nas membranas entre o segundo e o terceiro artelho (figura 7) (Dougans & Ellis, 1998).

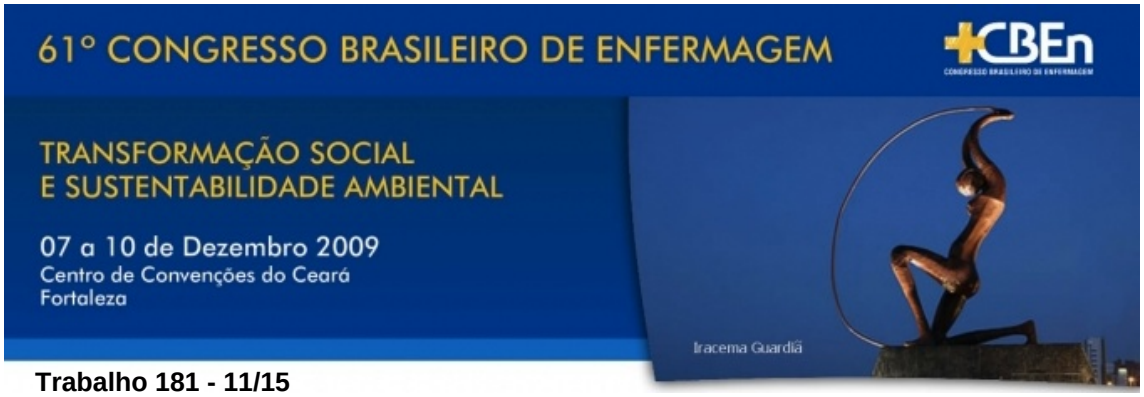
O meridiano dos rins estende-se pela parte de trás do calcanhar, ao longo do tendão de Aquiles. Deslizam-se os dedos pela área situada atrás do tendão de Aquiles e depois se aplica a Técnica do Beliscão. A pressão dessa região vai contribuir para eliminar quaisquer congestões nas porções inferiores desses meridianos e, portanto, nos órgãos relacionados a eles (figura 8) (Dougans & Ellis, 1998).

O plexo solar é chamado de “painel de controle” nervoso do corpo, e é a principal área de armazenamento de stress. A aplicação de massagem nesta área vai induzir o corpo ao relaxamento e pode ser usada em qualquer fase do tratamento. A técnica a ser utilizada é uma compressão no ponto que se localiza no ápice do arco que se estende ao longo da base da parte superior da planta dos pés (figura 9) (Dougans & Ellis, 1998).

Depois do tratamento, o receptor deve sentar-se calmamente e relaxar durante alguns minutos.

RESULTADOS

Algumas pessoas ficaram acanhadas em relação aos seus pés, e muitas ficarão embaraçadas com o seu estado, mas conseguimos dissipar as inseguranças. A atividade prática foi muito proveitoso na compreensão do bem-estar do indivíduo e de trazer reflexão dos aspectos dos cuidados com os pés. Identificamos os locais de desequilíbrios e proporcionar melhoria do estado geral de saúde e de bem-estar.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que a proposta educativa demonstrou o quanto necessitamos ter um auto-cuidado com os pés. Os pés representam o corpo e contêm inúmeras informações a respeito do estado da saúde do indivíduo. Eles são de fundamental importância para se determinar os locais onde ocorrem desequilíbrios e desempenham um papel vital na melhoria do estado geral de saúde e de bem-estar.

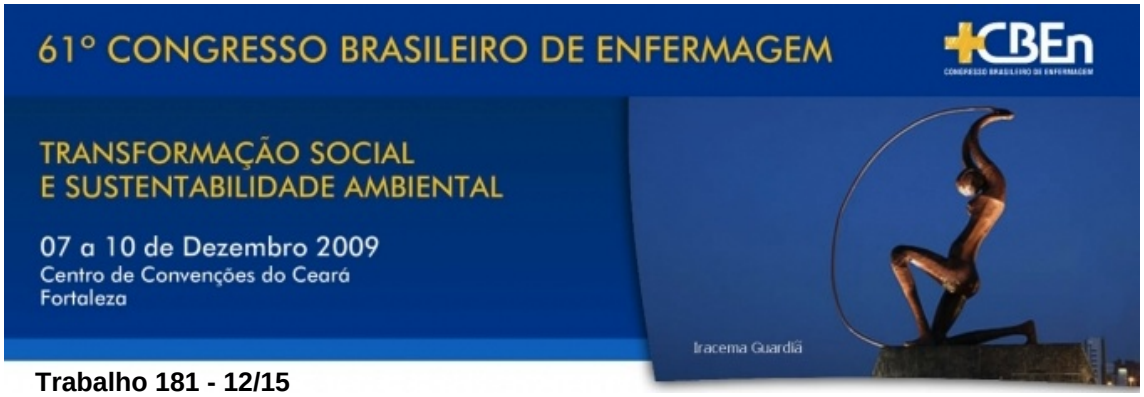
A prática do nosso trabalho foi o ponto auge da proposta, ao qual fez com que o público percebesse a ação da reflexologia no seu corpo por entenderem que a reflexologia podal promove relaxamento dos músculos e a melhora da circulação, dando um toque especial aos seus pés.

REFERÊNCIAS

DOUGANS, Inge & ELLIS, Suzanne. **Um guia passo a passo para a aplicação da reflexologia**. 6ª ed. São Paulo: Cultrix, 1998.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. **Programa de Acupuntura e terapias afins.** Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/**.** Acessado: 15. Outubro.2009

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. **Medicina Chinesa, tradicional ou complementar porém sempre atual. Disponível em:** http://www.saude.rio.rj.gov.br/**.** Acessado: 15. Outubro.2009


61° CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
CBEn
TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL
07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza
Iracema Guardiã

ANEXOS



Figura 1. DOUGANS & ELLIS. Um guia passo a passo para a aplicação da reflexologia, 1998: 125.

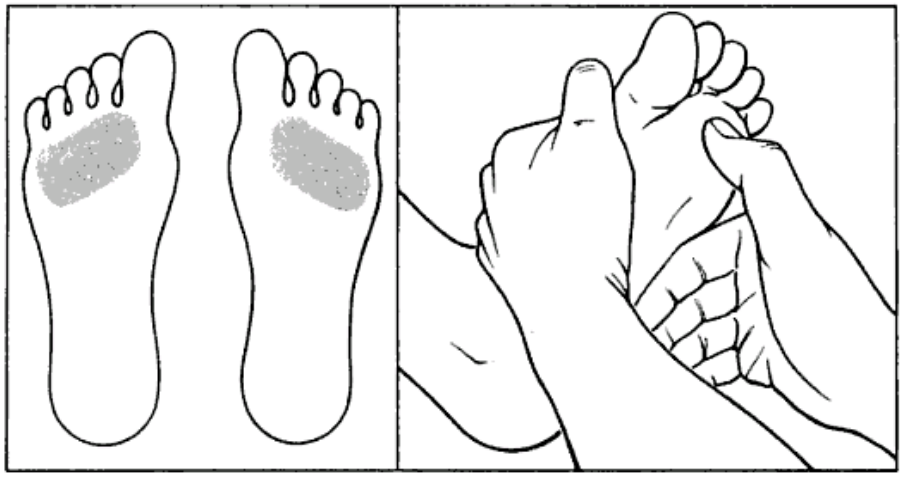


Figura 2. DOUGANS & ELLIS. Um guia passo a passo para a aplicação da reflexologia, 1998: 144.

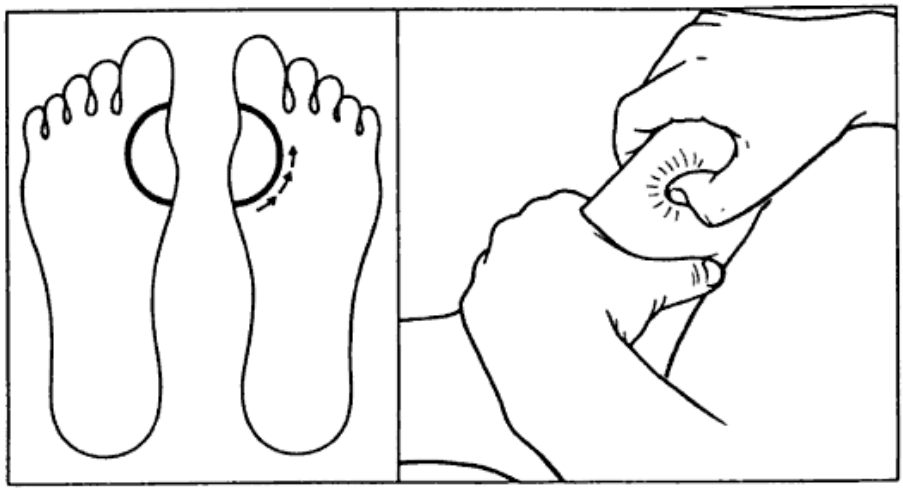


Figura 3. DOUGANS & ELLIS. Um guia passo a passo para a aplicação da reflexologia, 1998: 145.

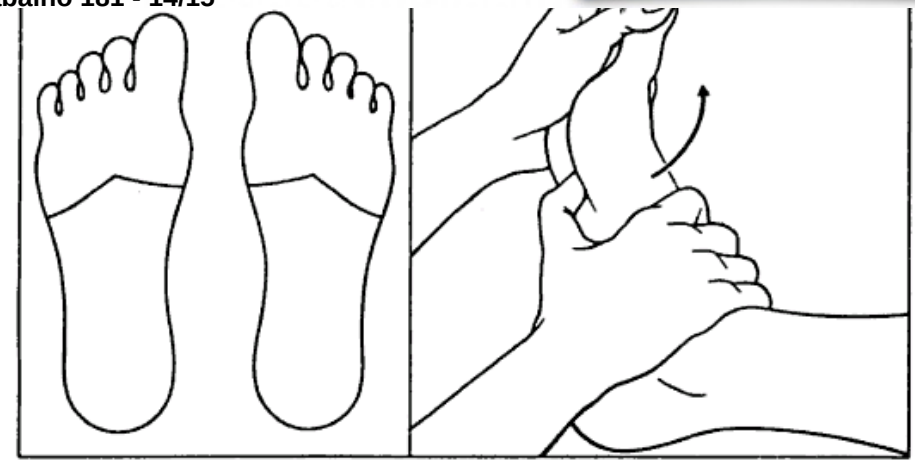


Figura 4. DOUGANS & ELLIS. Um guia passo a passo para a aplicação da reflexologia, 1998: 145.

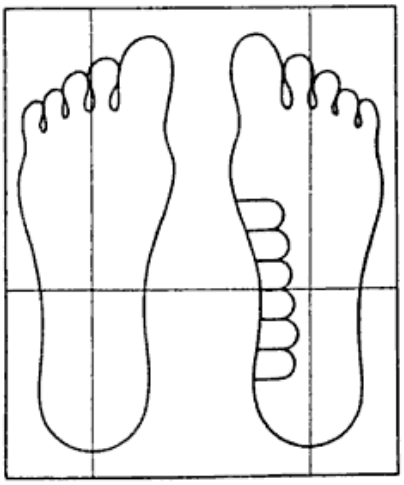


Figura 5. DOUGANS & ELLIS. Um guia passo a passo para a aplicação da reflexologia, 1998: 146.

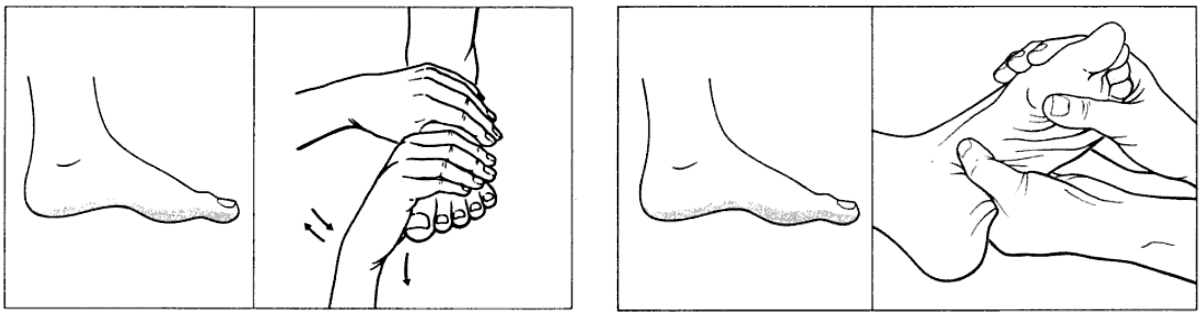


Figura 6. DOUGANS & ELLIS. Um guia passo a passo para a aplicação da reflexologia, 1998: 154.

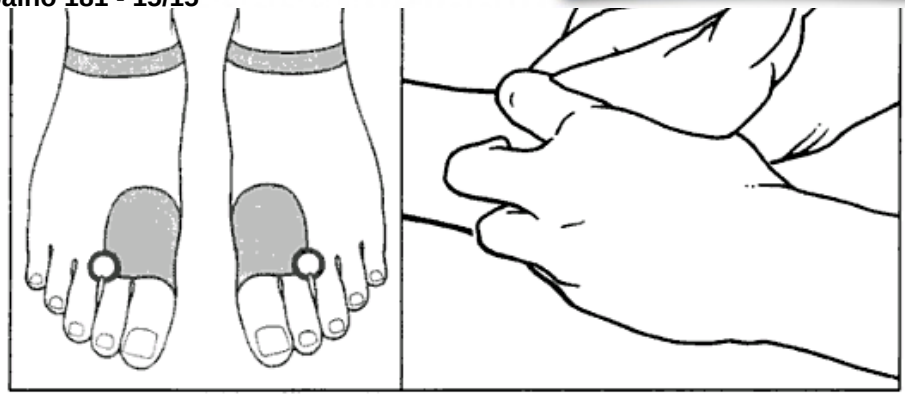


Figura 7. DOUGANS & ELLIS. Um guia passo a passo para a aplicação da reflexologia, 1998: 156.

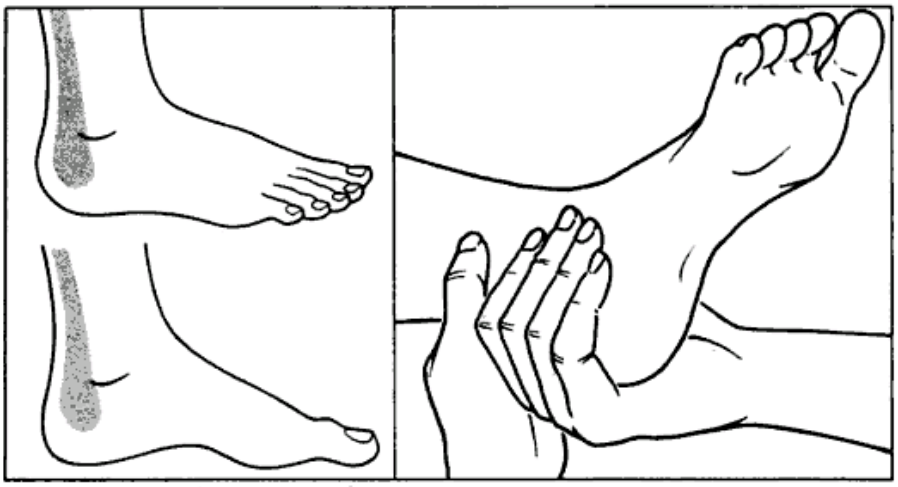


Figura 8. DOUGANS & ELLIS. Um guia passo a passo para a aplicação da reflexologia, 1998: 156.

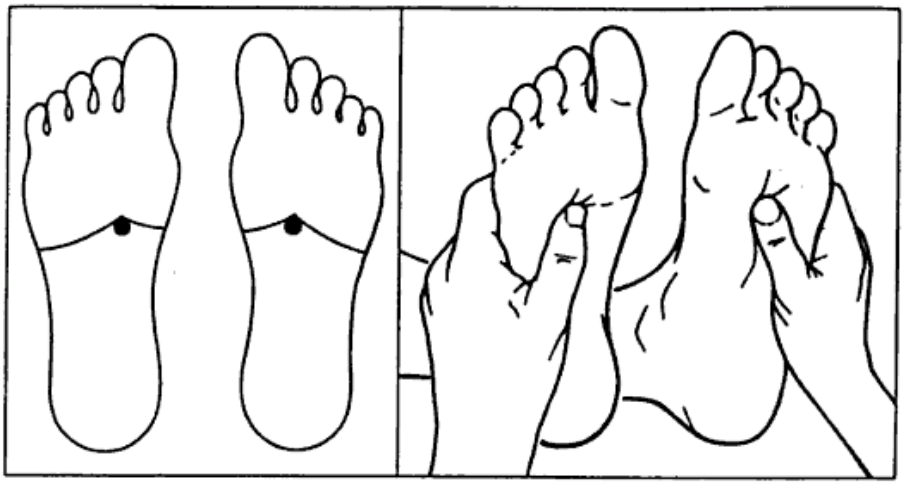
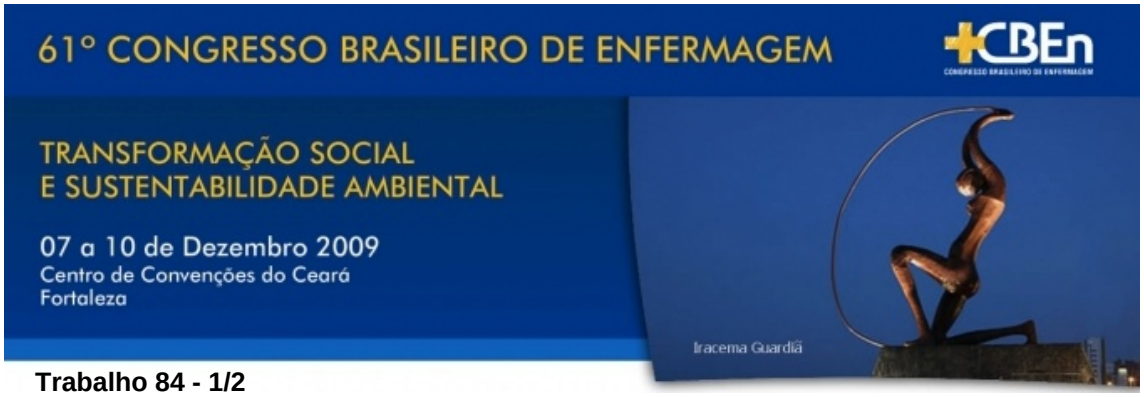


Figura 9. DOUGANS & ELLIS. Um guia passo a passo para a aplicação da reflexologia, 1998: 157.

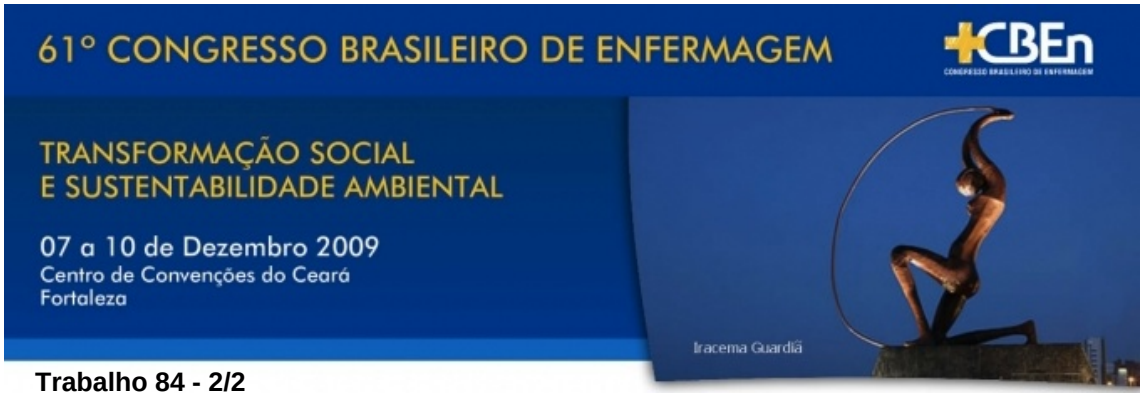


Trabalho 84 - 1/2

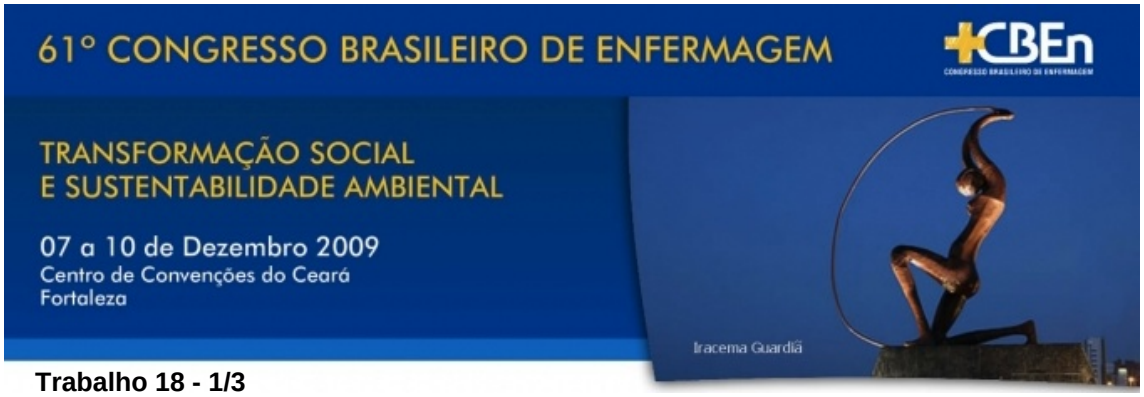
SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL: ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM DO CENTRO DE SAÚDE TIROL/BELO HORIZONTE NA EDUCAÇÃO AMBIENTAL E PROMOÇÃO DA CIDADANIA

Denise Vianna Amador (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/C.S. Tirol)
Email: deniseviannaamador@hotmail.com
Kênia Lara Silva (Universidade Federal de Minas Gerais/ Escola de Enfermagem)
Eliane Natalice Rezende de Oliveira (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/C.S. Tirol)
Helenice Aparecida Hugo Lana (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/C.S. Tirol)

A necessidade de se pensar a sustentabilidade ambiental para a transformação social associado às demandas advindas do impacto da destruição ambiental no cotidiano das Unidades locais de saúde, convocam trabalhadores, gestores e a comunidade a repensarem sua relação com o ambiente. Neste sentido, a saúde ambiental é um componente da promoção da saúde entendida como o campo de atuação da saúde pública que se ocupa das formas de vida, das substâncias e das condições em torno do ser humano, que podem exercer alguma influência sobre a sua saúde e o seu bem-estar. Entre as linhas de atuação da saúde ambiental tem-se a educação ambiental que mantém interface com a educação em saúde. O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência da equipe do Centro de Saúde Tirol/Belo Horizonte na mobilização de esforços intra e intersetoriais para a implementação de ações de educação ambiental. O Centro de Saúde abriga seis equipes de Saúde da Família responsáveis por uma população estimada de 25.000 habitantes residentes numa área urbana contendo bairros, vilas e áreas de ocupação irregular do território, alguns destes sem saneamento básico. Em algumas áreas, a população destina o lixo nas bordas da ferrovia, dos córregos que irrigam a região ou em lotes vagos. Esta situação aumenta a incidência de agravos tais como verminoses, dengue, leptospirose e risco de acidentes com animais peçonhentos. O fato do Centro de Saúde estar localizado em uma área de confluência de nascentes e de ocorrência de enchentes e inundações ampliou a necessidade de se discutir com a população e os trabalhadores a responsabilidade social no enfrentamento dos problemas ambientais. A iniciativa da educação ambiental partiu da identificação destes problemas pela gerência e enfermeira de uma das equipes de Saúde da Família. O reconhecimento da problemática encontrou na parceria com estagiários do Curso de Ciências Biológicas de uma Universidade privada a articulação necessária para a organização inicial das linhas de ação de um projeto que englobasse de forma geral todos os aspectos ambientais presentes no território. A proposta contempla cinco sub-projetos: 1) (Im)Plantação de horta comunitárias e domiciliares: incentivo à agricultura urbana e familiar; 2) Incentivo à criação do Parque Ecológico; 3)



Desenvolvimento do Curso de Educação Ambiental; 4) Eventos de educação ambiental como o Abraço ao Córrego; 5) Conformação do Núcleo de Educação Ambiental. Cada um dos sub-projetos está sustentado em metodologias participativas e de problematização, envolvendo os profissionais de saúde, a comunidade e parceiros de outras instituições na conjugação de esforços que potencializem os recursos existentes. Uma característica comum a todos os projetos é a intersetorialidade na concepção e execução das ações. Os resultados dos projetos têm demonstrado as potencialidades do setor saúde, especialmente da Unidade local, na mobilização de agentes que se tornam multiplicadores no processo de conscientização ambiental. A implicação dos atores envolvidos nos diversos projetos, com seus diferentes modos de saber-fazer é outro aspecto que deve ser considerado como facilitador no desenvolvimento da proposta uma vez que representa a conjugação de esforços institucionais e da sociedade civil no reforço da ação comunitária para o enfrentamento dos problemas locais, premissa da promoção da saúde. Neste sentido, os projetos têm buscado se pautar em relações democráticas que favorecem a expressão da solidariedade e de respeito às diferenças. O Curso de Educação Ambiental, desenvolvido em parceria com uma Universidade pública, tem demonstrado que é necessário adequar métodos e horários quando de fato se quer atingir a população. Também no espaço do Curso, trabalhadores, estagiários da Unidade, gestores locais e distritais, representantes de organizações comunitárias e a comunidade em geral vivenciam a horizontalização de relações quando juntos discutem, aprendem e ensinam sobre formas e modos de lidar com o ambiente. Destaca-se que o crescimento da consciência ambiental expande e fortalece a promoção da cidadania ao possibilitar a participação da comunidade nos processos decisórios. Essa situação pode ser exemplificada na aprovação da obra do Parque Ecológico da região no orçamento participativo do município. Conclui-se que, apesar dos desafios inerentes ao campo da sustentabilidade ambiental – complexo e multideterminado -, o investimento em educação ambiental tem implicações sobre o fazer da Enfermagem ao mobilizar nos profissionais o exercício de suas habilidades para a formação e exercício da cidadania no que se refere a uma nova forma de encarar a relação do homem com a natureza, baseada numa nova ética, que pressupõe outros valores morais e uma forma diferente de ver o mundo e os homens. Sobretudo, implica para a Enfermagem o reconhecimento e a expressão de um fazer que busca, ao trabalhar o ambiente, reconhecer que a degradação ambiental é conseqüência de um processo de determinação social e, portanto, no seu enfrentamento há que se investir em transformação social.



Trabalho 18 - 1/3

"PROJETO NASCER – CURSO PARA GESTAÇÃO" – RELATO DE EXPERIÊNCIA

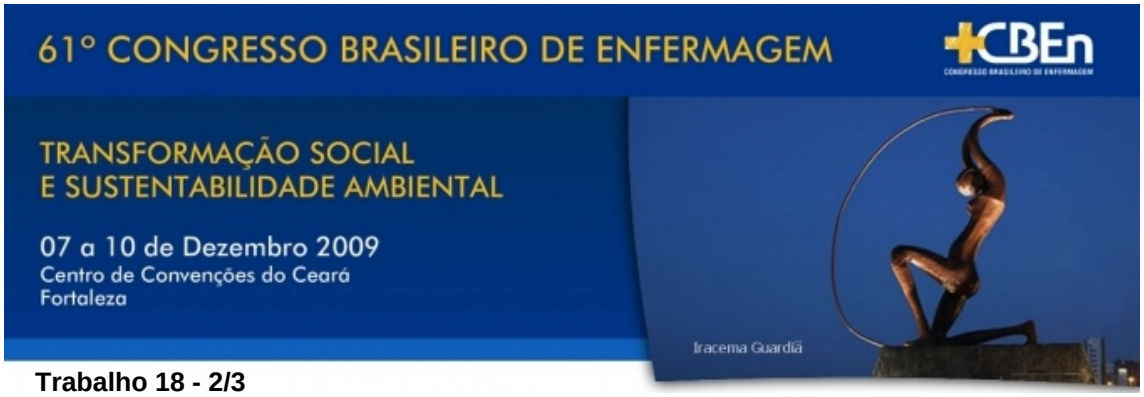
BARELLI, Carla Simone Girotto de Almeida Pina (Equipe de Saúde da Família Vitória Régia – SMS de Cáceres/MT), DURVAL, Mara Cristina (Equipe de Agentes Comunitários de Saúde – SMS de Cáceres/MT), CARVALHO, Rodrigo Cezar Oliveira (Hospital Regional de Cáceres/MT).

BARELLI, Carla Simone Girotto de Almeida Pina

INTRODUÇÃO: Pode-se dizer que uma das competências da Equipe de Saúde da Família (ESF) é a de acolher a gestante e a família desde o primeiro contato na unidade de saúde ou na própria comunidade. A Estratégia de Saúde da Família prioriza, dentre suas diretrizes, o trabalho em área adstrita, com vistas a proporcionar o conhecimento das condições de vida, trabalho e saúde da comunidade, pelos profissionais da equipe levando ao desenvolvimento do vínculo com a mesma. Neste contexto, a estratégia leva à detecção precoce da gravidez e o início da gestação nas ações voltadas ao pré-natal, garantindo a melhor qualidade da assistência à mulher. Com início dos trabalhos em 2005, pôde ser observado pelos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) um número grande de gestantes e que as mesmas não iniciavam o pré-natal no primeiro trimestre, e também a existência de crianças que estavam sendo desmamadas precocemente, parcos conhecimentos das mulheres sobre os cuidados com o bebê, as mudanças ocorridas em seu corpo durante a gestação e puerpério. Em decorrência disto surgiu à necessidade de se iniciar o curso para a gestação, que contribuirá para a garantia da qualidade de vida da gestante e do futuro bebê, usuários da ESF Vitória Régia de Cáceres/MT.

OBJETIVO GERAL: Oferecer informações quanto às mudanças e dúvidas que os pais grávidos têm no período da gestação e também quanto aos cuidados básicos que devem ter com o bebê após o seu nascimento.

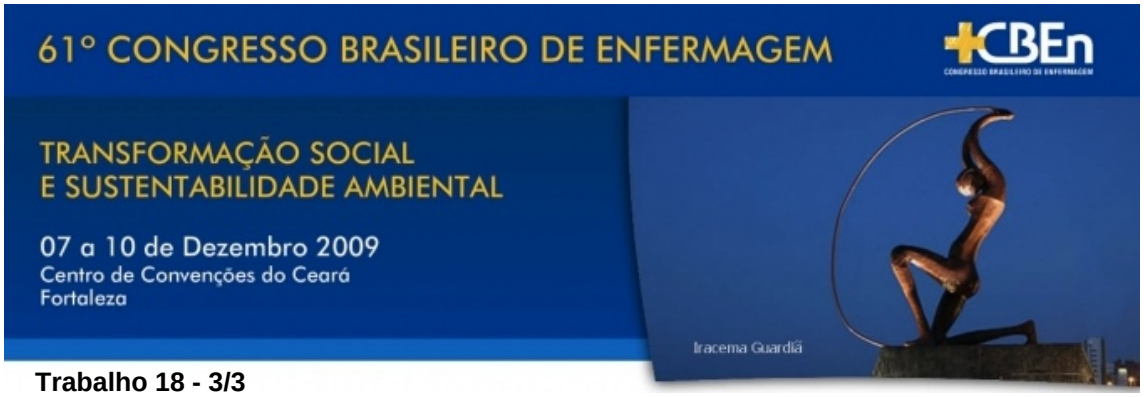
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: - Orientar a população-alvo, pai, mãe e avós; - Orientar as gestantes sobre educação sexual (aparelho reprodutor masculino e feminino, ciclo menstrual e fecundação); - Orientar as gestantes sobre as mudanças do corpo e medidas a serem tomadas (modificações orgânicas; queixas mais comum; cuidados com as mamas); - Orientar as gestantes quanto à importância da realização do pré-natal (exames; cartão da gestante; consultas; SIS pré-natal); -Explicar sobre a importância do esquema vacinal durante e após gestação (dupla adulto e tríplice viral); -Explicar o motivo do uso de alguns medicamentos durante a gestação (anemia, desnutrição, sífilis, etc); - Orientar quanto a alimentação adequada durante o período gestacional; -Conscientizar e orientar sobre a importância da



amamentação exclusiva até os 6 meses; - Explicar sobre os sinais e sintomas que antecedem o parto, períodos clínicos (tipos de parto; anestesia; puerpério); - Orientar sobre as modificações orgânicas e queixas mais comuns no resguardo; - Orientar as gestantes quanto a saúde bucal e encaminhar as que houverem necessidade; - Conscientizar o homem a entender a mulher no período gestacional, se o mesmo não puder participar de alguns módulos do curso, será feito através de visita domiciliar; - Orientar sobre sexo durante a gestação, quando evitar; - Orientar sobre os tipos de transportes que não podem ser utilizados pela gestante após a 32ª semana; - Conscientizar e orientar quanto os seus direitos enquanto cidadã; - Orientar a gestante sobre a importância do teste do pezinho, da orelhinha e vacinas do recém-nascido; - Ensinar os cuidados básicos com o RN (banho, cuidados com o coto umbilical, troca de fraldas); - Orientar a gestante quanto a saúde bucal do bebê; - Conscientizar e orientar sobre os métodos contraceptivos que podem ser utilizados no puerpério e amamentação; - Encaminhar a gestante para a confecção do cartão SUS na Secretaria Municipal de Saúde, e orientar a importância do mesmo; - Entregar no encerramento do curso a cesta confeccionada por elas com os produtos de higiene da gestante e do bebê, oferecidos pela Ação Social e comércio local; - Entregar o certificado de conclusão de curso para todas as gestantes, constando a carga horária;

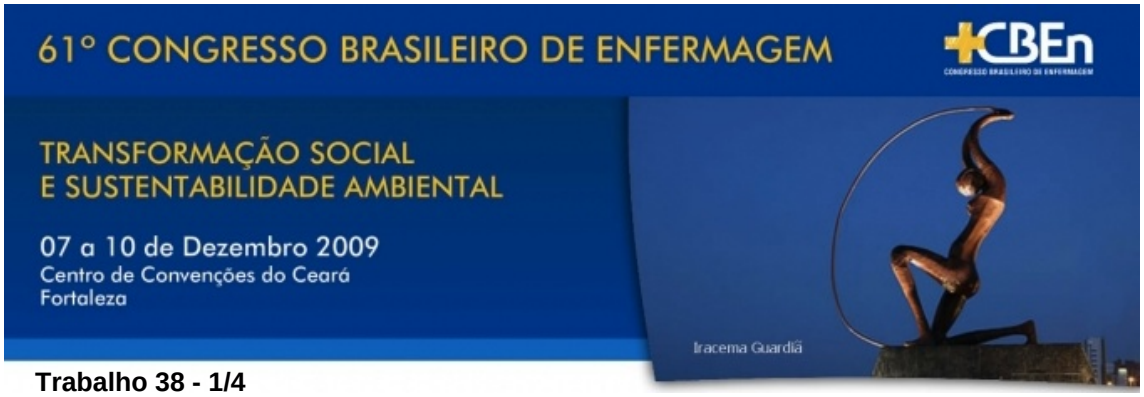
METODOLOGIA: O curso é realizado na Unidade, pelo Enfermeiro e conta com o apoio da equipe e de outros profissionais voluntários, tais como: nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, odontopediatra, dentista, médico ginecologista. É divulgado pelos Agentes Comunitários de Saúde e durante as consultas de Pré-natal, com o enfermeiro e com o médico. É modular; acontecendo uma vez na semana, com duração de três meses, trabalhando-se temas relevantes a saúde da mulher e do recém-nato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Após o início do Curso para gestação os resultados observados ao longo do tempo foram: o número de gestantes que procuram a unidade para início do pré-natal aumentou no que diz respeito à primeira consulta no primeiro trimestre de gestação, saem do pré-natal com mais de sete consultas, a grande maioria sai com dois cartões de gestante, imunizadas contra o tétano, a maioria das participantes elegem o parto natural vaginal como opção e chegam ao parto com maior preparo e tranqüilidade. Em relação ao recém nascido, houve aumento na adesão da puericultura, nas vacinas de rotina, aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida por todas as mulheres que participam do curso. O que chamou atenção foi o fato da procura pelo serviço por mulheres de outros bairros não pertencentes à área de abrangência da equipe.



CONSIDERAÇÕES FINAIS: A Enfermagem tem como atribuições, realizar ações que levem à promoção, prevenção e recuperação da saúde em todas as fases do ciclo de vida. Sabe-se ainda, que é obrigação da Equipe, detectar precocemente a gestante e incentivá-la ao comparecimento ao pré-natal e ao curso para gestação, pois faz com que as mesmas conheçam as práticas de prevenção e de promoção à saúde, através das ações realizadas pela ESF. Observa-se também, a participação ativa da família durante o pré-natal, o aumento do vínculo com toda a equipe, principalmente com o enfermeiro que fica intimamente ligado a esta gestante. Melhorando a qualidade da assistência e fazendo com que a família sinta-se mais protegida e tranqüila na difícil tarefa que é conceber uma criança. O trabalho da enfermagem não implica somente o acompanhamento durante o pré-natal e no curso para a gestação, a mulher participa também do grupo de apoio ao aleitamento materno, uma ação inovadora oferecido pela equipe, a enfermagem junto com os agentes comunitários de saúde participa junto da mulher e sua família durante todo o processo de amamentação; apoiando a mesma em todas as suas angústias, frustrações, vitórias. Elas participam suas experiências com outras mulheres e com a troca dessas experiências conseguem superar todas as dificuldades encontradas no ato de amamentar. É evidente o sucesso do curso oferecido pelo serviço, pois fica clara a qualidade de atenção e a busca ativa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na comunidade. Assim, facilita e influencia a mulher nas tomadas de decisões, fazendo com que as mesmas decidam por aquilo que lhes tragam mais benefícios. Esse é um caminho importante para a construção da cidadania da mulher.

Endereço para correspondência:
Rua 6,quadra 3, casa 29, Monte Verde.
Cáceres – Mato Grosso CEP: 78200-000
carlabarelli@terra.com.br
65 3223 6982



Trabalho 38 - 1/4

"PROJETO PÃO E ROSAS – ESTABILIDADE ECONÔMICA E MELHOR QUALIDADE DE VIDA"

BARELLI, Carla Simone Girotto de Almeida Pina (Equipe de Saúde da Família Vitória Régia – SMS de Cáceres/MT)

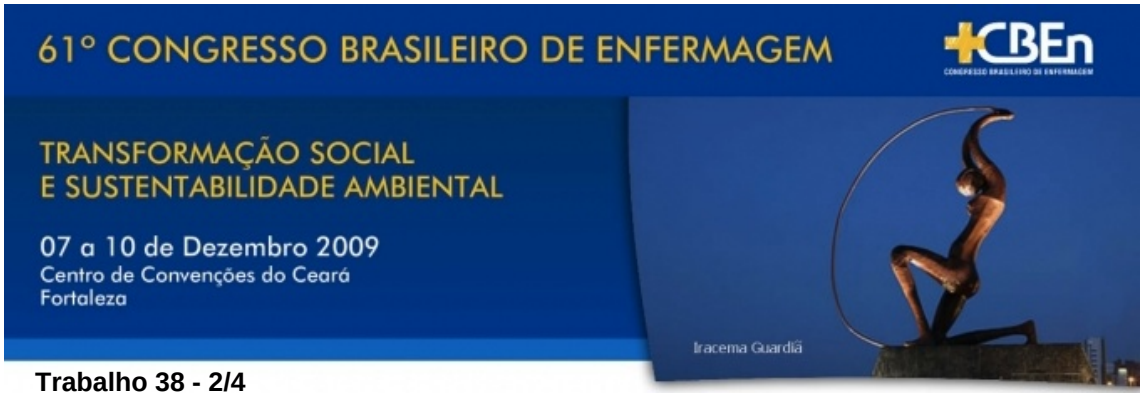
BARELLI, Carla Simone Girotto de Almeida Pina

MOURA, Célia Aparecida (Agente Comunitária de Saúde – Equipe de Saúde da Família Vitória Régia)

FARIAS, Dinalva de Souza (Agente Comunitária de Saúde – Equipe de Saúde da Família Vitória Régia)

SANTANA, Adélia (Agente Comunitária de Saúde – Equipe de Saúde da Família Vitória Régia)

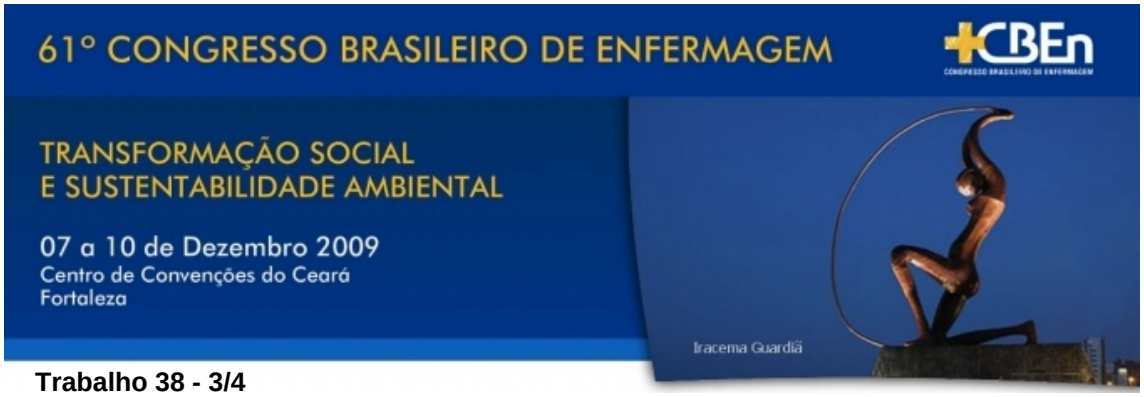
INTRODUÇÃO: O dia 8 de março é, desde 1975, comemorado pelas Nações Unidas como dia internacional da mulher. Neste dia, do ano de 1857, as operárias têxteis de uma fábrica de Nova Yorque entraram em greve ocupando a fábrica, para reivindicarem a redução de um horário de mais de 16 horas por dia para 10 horas. Estas operárias, que recebiam menos de um terço do salário dos homens, foram fechadas na fábrica onde, entretanto, se declarara um incêndio, e cerca de 130 mulheres morreram queimadas. Em 1903, profissionais liberais norte-americanas criaram a Women's Trade Union League. Esta associação tinha como principal objetivo ajudar todas as trabalhadoras a exigirem melhores condições de trabalho. Em 1908, mais de 14 mil mulheres marcharam nas ruas de Nova Yorque: reivindicaram o mesmo que as operárias no ano de 1857, bem como o direito de voto. Caminhavam com o slogan "Pão e Rosas", em que o pão simbolizava a estabilidade econômica e as rosas uma melhor qualidade de vida. Em 1910, numa Conferência Internacional de Mulheres realizada na Dinamarca, foi decidido, em homenagem àquelas mulheres, comemorar o oito de março como "Dia Internacional da Mulher". A Estratégia de Saúde da Família através da Equipe Vitória Régia preparou uma semana especial em março/2006, para comemorar o "Dia Internacional da Mulher". A idéia foi promover atividades de saúde, cidadania, beleza, lazer e educação. A ESF Vitória Régia visando à melhoria da qualidade de vida teve a iniciativa de expandir o Projeto Pão e Rosas, oportunizando a todas as mulheres dos bairros de abrangência da ESF, o acesso a vários tipos de trabalhos manuais, organizando um grupo de mulheres. Onde as mesmas participam de palestras educativas com temas relacionados à saúde da mulher e desenvolvem trabalhos manuais com a ajuda de voluntárias da própria comunidade. Gestos voluntários não são novos. Doa-se tempo, trabalho e talento em favor dos outros, desde que o homem existe. Novidade, pelo menos no Brasil, é considerá-los uma participação responsável e solidária dos cidadãos em iniciativas de combate à exclusão social e melhoria da qualidade de vida. É bem verdade que o tema sempre esteve presente na tradição brasileira, mas historicamente circunscrito ao ambiente



religioso, motivado pelos valores da caridade, compaixão e amor ao próximo. Vivemos hoje um novo momento: o alargamento deste círculo com a inclusão de todos aqueles para quem o voluntariado é, sobretudo, expressão de participação cidadã. Movido por uma ética da solidariedade, voluntário é quem doa tempo, trabalho e talento para causas de interesse social e comunitário. Neste sentido, a ação voluntária não substitui o Estado nem se choca com o trabalho remunerado. Exprime isto sim, a capacidade da sociedade de assumir responsabilidades e agir por si mesma. Os temas e formas de ação também se ampliam. Voluntariado não é só o trabalho assistencial de apoio aos grupos mais vulneráveis da população. Inclui as múltiplas iniciativas dos cidadãos nas áreas da cultura, defesa de direitos, meio ambiente, esporte e lazer. Trabalho voluntário hoje é uma via de mão dupla: não só generosidade e doação, mas também abertura para novas experiências, oportunidade de aprendizado, prazer de se sentir útil, criação de novos vínculos de pertencimento, afirmação do sentido comunitário. Este novo voluntariado é uma realidade ainda pouco visível. Dar e ver a riqueza e a diversidade das experiências de trabalho voluntário promovido tanto por organizações como por indivíduos é o novo desafio lançado à nossa sociedade. E a Equipe de Saúde da Família Vitória Régia vive isso constantemente, participando com seus usuários a alegria de desenvolver projetos em parceria sempre com a comunidade.

OBJETIVO GERAL: Buscar o bem estar físico, social e mental, promovendo, mantendo e restabelecendo a saúde da mulher, como um ser integral.

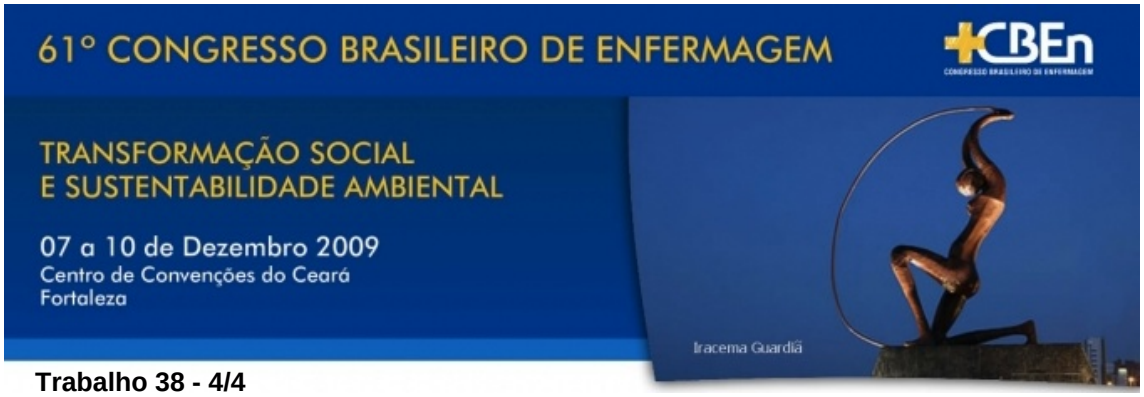
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: – Promover integração das mulheres da comunidade através da ginástica laboral, caminhada e dos encontros semanais; – Desenvolver atividades físicas, intelectuais e recreativas; – Despertar a necessidade básica de lazer, na vida da mulher, para melhoria da qualidade de vida; – Estimular mudanças de hábitos prejudiciais à saúde; – Estimular o desenvolvimento de novas amizades; – Orientar as mulheres quanto à importância da realização do auto-exame das mamas e do exame preventivo de câncer de colo do útero; – Orientar as mulheres quanto à saúde bucal; – Orientar as mulheres em relação aos direitos e deveres enquanto cidadã; – Orientar as mulheres quanto à alimentação saudável, com aproveitamento de todos os alimentos disponíveis no ambiente domiciliar; – Orientar as mulheres quanto à importância do papel da mulher na sociedade; – Orientar as mulheres sobre como irá se desenvolver o Projeto Pão e Rosas; – Formar o grupo de mulheres que irão servir de orientadoras voluntárias nos trabalhos manuais; – Formar o grupo de mulheres que irá participar no desenvolvimento dos trabalhos.



METODOLOGIA: As atividades acontecem no espaço da Pastoral da Criança, com o trabalho de Educação em Saúde, desenvolvido por profissionais de várias áreas, os encontros acontecem todas às terças-feiras à tarde com palestras sobre saúde, direitos e deveres, alimentação saudável, entre outros. Os cursos de artesanato são ofertados de acordo com a demanda, tais como: biscuit, crochê em barbante, artesanato em jornal, Fuxico, Pintura em tecido, Meia de seda, Bordado em chinelo, Crochê, Vagonite, etc. A maioria dos cursos são conduzidos por voluntárias da comunidade e monitoras contratadas pela Ação Social Municipal, os recursos necessários são doados pelo comércio local e pela Ação Social Municipal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Entre as participantes observamos um avanço quanto à melhora da auto-estima feminina, diminuição significativa no número de consultas médicas e de enfermagem, aumento no número de coleta do Preventivo. Algumas mulheres que não eram alfabetizadas retornaram a escola de educação para adultos, melhorando assim seus conhecimentos enquanto cidadã, mulher, mãe e dona de casa. Hoje, ajudam na renda familiar, produzindo e vendendo, chinelos, potes decorados de biscuit, vasos de flores de meia de seda, e ainda exportam suas peças para outros estados brasileiros. Atualmente a Ação Social tem no seu quadro de monitores, mulheres que participaram dos cursos oferecidos pela ESF Vitória Régia, e que começaram como voluntárias ensinando o pouco que sabiam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONSIDERAMOS QUE O NOSSO SISTEMA DE SAÚDE ESTEVE TRADICIONALMENTE MAIS VOLTADO PARA AS AÇÕES CURATIVAS DO QUE PARA AS PREVENTIVAS, E ISSO ACONTECE, ENTRE OUTRAS RAZÕES, PORQUE O MODELO MÉDICO ADOTADO EM NOSSA SOCIEDADE FRAGMENTA OS INDIVÍDUOS COMO SE ELES NÃO FOSSEM ÚNICOS, SINGULARES E INDIVISÍVEIS. SITUAÇÕES QUE ANTES ERAM VIVENCIADAS FORA DE HOSPITAIS E SEM REMÉDIOS PASSARAM HOJE A DEPENDER DE INTERVENÇÕES MÉDICAS, COMO CIRURGIAS E REMÉDIOS, E ESSAS CADA VEZ MAIS ESPECIALIZADAS. MAS A PRÁTICA DESSE MODELO TEM DADO DEMONSTRAÇÕES DE QUE NÃO É CAPAZ, NA REALIDADE, DE RESOLVER A MAIORIA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E, EM PARTICULAR DAS MULHERES. POR ESSA RAZÃO É IMPORTANTE QUE AS MULHERES CONHEÇAM AS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E DE PROMOÇÃO DE SUA SAÚDE, ATRAVÉS DAS AÇÕES REALIZADAS PELA ESF, PARA QUE POSSAM TOMAR DECISÕES E INFLUENCIAR AS TOMADAS DE DECISÕES QUE LHES SEJAM MAIS BENÉFICAS. A ENFERMAGEM TEM COMO



ATRIBUIÇÕES, REALIZAR AÇÕES QUE LEVEM À PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE EM TODAS AS FASES DO CICLO DE VIDA. E FOI ATRAVÉS DESSA AFIRMATIVA QUE A ENFERMAGEM SE DESTACOU NESSA AÇÃO, PROPONDO ESTE PROJETO JUNTO À COMUNIDADE O VÍNCULO COM A FAMÍLIA SE SOLIDIFICOU, A CONFIANÇA DAS MULHERES NA EQUIPE SE CONCRETIZOU, TANTO QUE APARECEM NOS RESULTADOS. A ORGANIZAÇÃO DOS GRUPOS DE TRABALHO FOI O PILAR PARA FORTALECER A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DA MULHER NA SOCIEDADE E A CONTRIBUIÇÃO QUE ELA PODE DAR NA RENDA FAMILIAR, SENDO ESTE UM CAMINHO IMPORTANTE PARA A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA FEMININA.

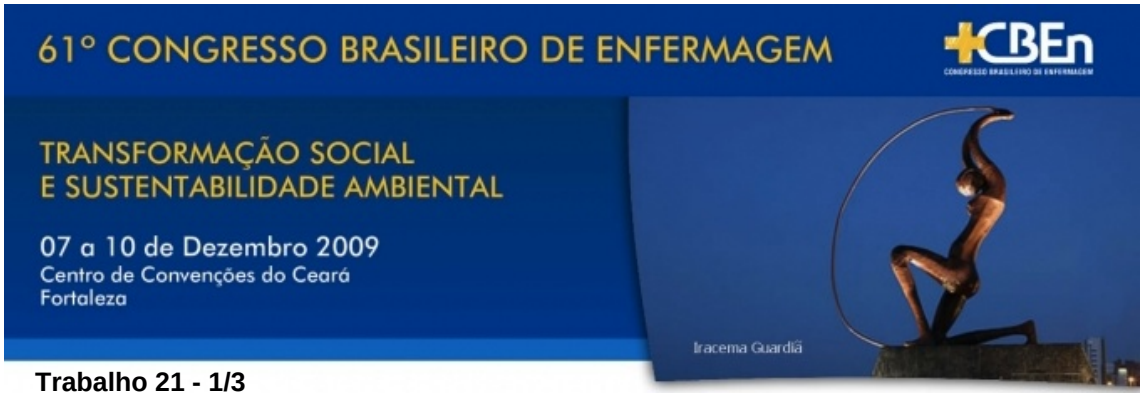
Endereço para correspondência:

Rua 6,quadra 3, casa 29, Monte Verde.

Cáceres – Mato Grosso CEP: 78200-000

carlabarelli@terra.com.br

65 3223 6982



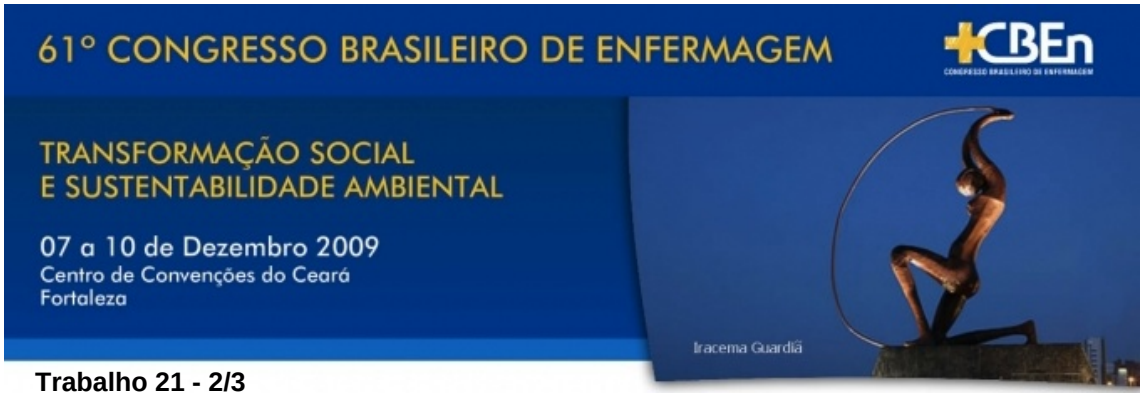
Trabalho 21 - 1/3

A SAÚDE DA FAMÍLIA E O ATENDIMENTO DE CLIENTES COM PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS AO ÁLCOOL E TABACO: UM OLHAR SOBRE A PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMEIROS

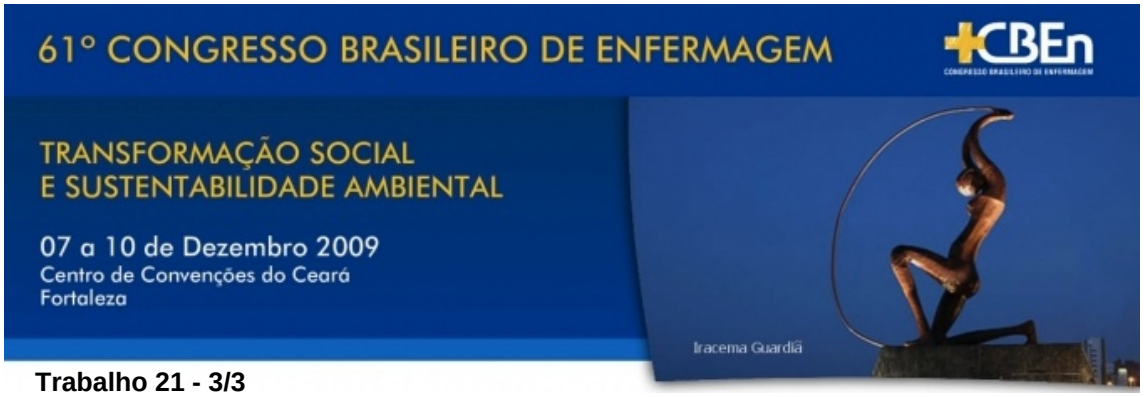
Raquel Juliana de Oliveira Soares (Universidade Estácio de Sá) – raquel.jos@superig.com.br

Elisabete Pimenta Araújo Paz (Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro)

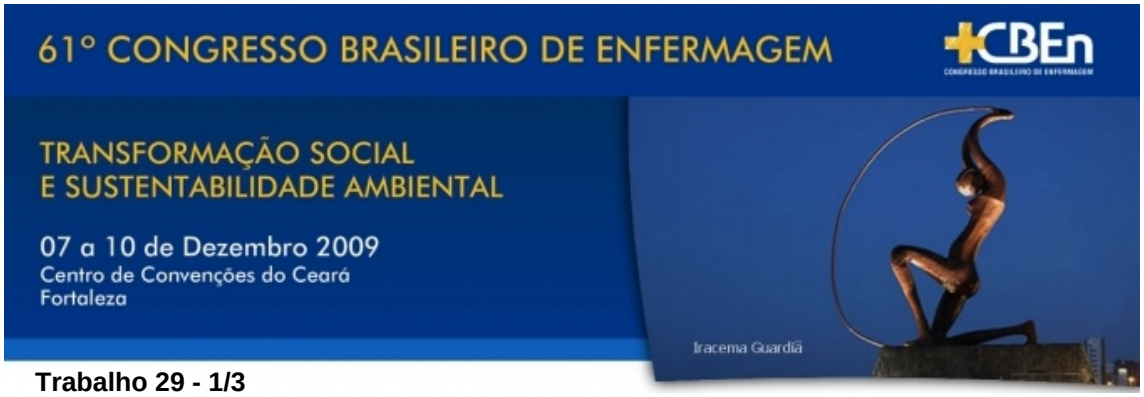
Este estudo refere-se à prática assistencial de enfermeiros do Programa Saúde da Família do município de Nova Iguaçu, em relação aos clientes alcoolistas e/ou tabagistas. Existem muitas substâncias consumidas pela sociedade e que devido a sua aceitação, não são consideradas na opinião de um número significativo de pessoas como Drogas, pois para a maioria das pessoas, drogas são apenas as substâncias que tem seu uso proibido pelo Ministério da Saúde. O uso abusivo das drogas é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como doença e grave problema de Saúde Pública. O enfermeiro que atua na Saúde Pública, mais especificamente no Programa Saúde da Família (PSF), tem o perfil necessário para atuar juntamente com a clientela alcoolista e tabagista, pois este enfermeiro devidamente esclarecido pode contribuir bastante na comunidade onde esteja inserido, divulgando informações sobre os efeitos prejudiciais do álcool etílico e do cigarro, encaminhando os usuários para serviços de reabilitação especializados, quando necessário. Considerando que na atenção primária, as unidades de saúde de família são portas de entrada do sistema único de saúde e os profissionais desta equipe devem considerar as condições de vida dos usuários como elemento determinante no processo saúde-doença, e sendo o enfermeiro o profissional que interage mais diretamente com a população no que se refere à prevenção de agravos e promoção de saúde, é que surgiu o interesse por conhecer como o enfermeiro da equipe de Saúde da Família, atua junto aos indivíduos que apresentam problemas de saúde relacionados ao álcool e tabaco. Portanto, os objetivos traçado para este estudo foram: identificar quais os modos de atuação do enfermeiro de PSF junto a clientes alcoolistas e/ou tabagistas e discutir as facilidades e dificuldades dos enfermeiros de PSF junto a clientes alcoolistas e/ou



tabagistas. O estudo foi realizado em 4 (quatro) Unidades do Programa Saúde da Família pertencentes ao Município de Nova Iguaçu/RJ e foi delineado a partir de uma abordagem qualitativa. Participaram do estudo nove enfermeiros sendo dois do sexo masculino e sete do sexo feminino que atuam na equipes de PSF. Para obtenção dos dados foi realizada uma entrevista com os referidos enfermeiros (as) e previamente foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a resolução 196 de 01 de outubro de 1996 do Comitê Nacional de Ética, garantindo sigilo e anonimato quanto a sua participação voluntária neste estudo. A coleta de dados foi obtida através de entrevista semi-estruturada, onde o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador. As informações obtidas nas entrevistas foram submetidas à análise temática, aproximando os achados em categorias. Após a realização das entrevistas, foi realizado a leitura das mesmas por várias vezes tentando apreender o sentido das falas dos enfermeiros no que se referiu ao atendimento dos clientes com problemas de uso e ou abuso de álcool e tabaco nas atividades desenvolvidas em unidades de Saúde da Família. Em relação ao perfil do grupo no que se refere ao tempo de graduação, este é caracterizado por pouco tempo de formação profissional. Sete dos nove profissionais possuem menos de cinco anos de graduação em enfermagem sendo que o mais novo em tempo de formado possui dezoito meses e o graduado mais antigo possui dezessete anos. Quanto à continuação da formação após a graduação encontrou-se cinco enfermeiros com curso de especialização, sendo que apenas 01 tem especialização na área de Saúde da Família. Foi realizado a aproximação por similitudes das respostas agrupando-as em unidades:O trabalho com pessoas com problemas de consumo de álcool e tabaco; As facilidades do atendimento e As dificuldades do atendimento. O alcoolismo e o tabagismo são problemas que perpassam a dimensão individual, se estendendo à família e à comunidade também e este estudo buscou conhecer como os profissionais que estão na ponta dos serviços assistenciais lidam com estas questões junto à clientela. Partimos da preocupação que com a estratégia de atenção à saúde da população, a Saúde da Família, os problemas ligados a dependência de álcool e tabaco se tornaram mais visíveis, pois o enfermeiro se colocava mais perto dos clientes, já que a assistência ocorre não somente nos espaços das unidades, mas também dos domicílios nas comunidades. Conhecer o cotidiano assistencial foi a intenção que moveu a realização desta investigação. No decorrer deste estudo, foi percebido que existe uma preocupação com o



cliente alcoolista e/ou tabagista, mesmo que de forma tímida ou incipiente porém, a falta de recursos para o atendimento a estes clientes, acaba dificultando uma abordagem efetiva, onde se possa ver a resolutividade das ações implementadas. Na prática assistencial as dificuldades encontradas pelos enfermeiros revelaram que a atenção dispensada está centrada na falta de apoio tanto no que toca a preparação sobre como lidar com estes problemas quanto o que fazer para dar o encaminhamento adequado se o cliente submete-se ao tratamento de saúde que veio buscar no serviço de saúde da família. As facilidades do atendimento estão centradas na participação dos agentes comunitários que encaminham os clientes para consulta, na participação da família e na própria receptividade dos clientes quando recebem orientação nas consultas. Para um melhor atendimento os próprios enfermeiros entrevistados, apontaram medidas que julgam necessárias como maior atenção do governo, informação sobre o assunto e cursos específicos e treinamento sobre cada problema (alcoolismo e tabagismo) material educativo para palestras e a inclusão de outros profissionais na equipe. Espaço físico adequado nas unidades também foi um aspecto apontado como necessário à realização de práticas educativas. A partir daí, conclui-se que o enfermeiro tem potencial para mudar a problemática desta assistência específica, pois de certo modo enfrentam com o conhecimento que possuem, os desafios do atendimento a estes clientes.

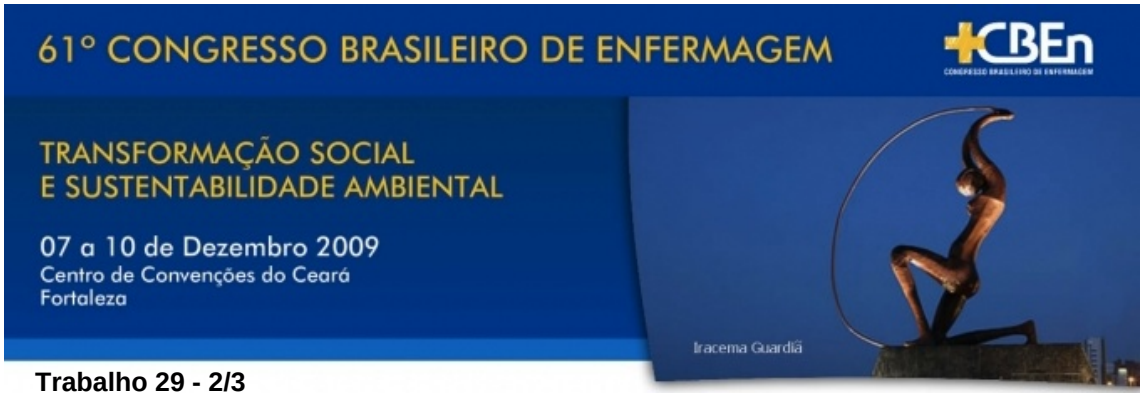


Trabalho 29 - 1/3

ABSENTEISMO RELACIONADO À DOENCAS EM AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE: NOVO OLHAR DO ENFERMEIRO

Kami, Maria Terumi Maruyama (SMS – Curitiba)
Barreto, Claudine Esmaniotto(SMS-Curitiba)
Faoro,Nilza Teresinha(SMS-Curitiba)
Martins,Soriane Kieski(SMS-Curitiba)
mkami@sms.curitiba.pr.gov.br

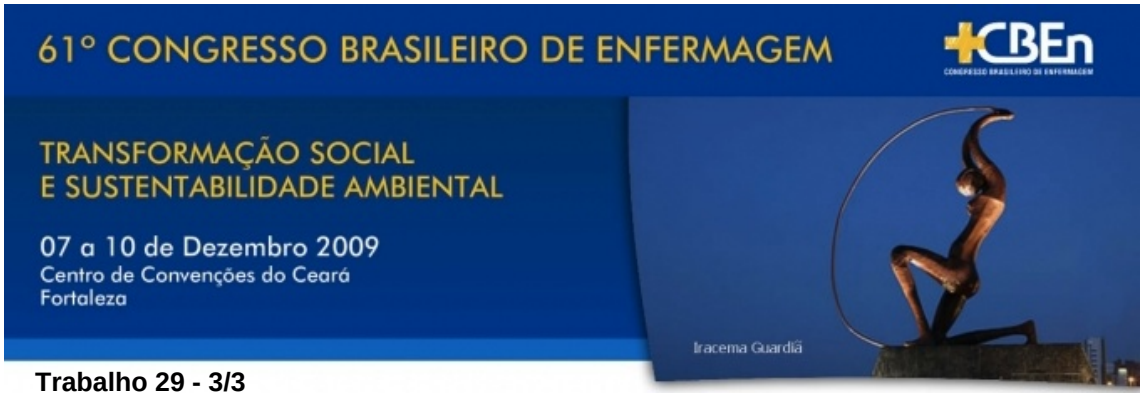
Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído a partir da Constituição de 1988, tem ao longo dos anos passado por inúmeras transformações, regulamentadas por leis, normas e diretrizes operacionais. O enfermeiro tem contribuído sobremaneira para o processo de construção de políticas sociais e públicas voltada para o fortalecimento do SUS. Neste contexto, surgem estratégias para reverter indicadores epidemiológicos e sociais, sendo que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) tem um papel fundamental para fortalecimento da atenção primária em saúde. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é considerado um elo entre a equipe e a comunidade, fazendo a ponte entre o saber científico e o saber popular, trabalham na promoção da saúde como direito e cidadania, na humanização do atendimento, na prevenção de doenças com a identificação dos fatores de risco e na participação popular. O ACS é responsável por cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas e com jornada de trabalho de 40 horas semanais[1]. Neste processo o ACS tem uma dinâmica laboral particular de viver e trabalhar na mesma comunidade, podendo gerar pressões e sobrecarga adicionais. Desta forma, o absenteísmo deste profissional torna-se frequente reforçando a necessidade de um maior acompanhamento do enfermeiro junto ao ACS, supervisionando suas atividades e identificando as causas das faltas ao trabalho. **Objetivos:** Analisar o absenteísmo relacionado à doença junto aos Agentes Comunitários de Saúde de Curitiba e classificar as principais doenças relacionadas nas licenças médicas por grupos da CID - Classificação Internacional de Doenças[2]. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de natureza retrospectiva, documental e de caráter descritiva sobre absenteísmo relacionado à doença entre Agentes Comunitários de Saúde de Curitiba. A coleta de dados realizada foi manual utilizando os dados registrados pelo setor de Recursos Humanos no período de janeiro a dezembro de 2008, seguindo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde[3]. Nas licenças médicas analisadas estavam especificados os diagnósticos das doenças que motivaram o afastamento, expressos na CID, classificação esta que garante ao profissional o direito ao sigilo e permite que os documentos sejam analisados com a devida confidencialidade. A rede de Atenção Primária do município conta com 108 Unidades Básicas de



Saúde, sendo 53 Unidades com a Estratégia Saúde da Família. A população alvo deste estudo é constituída por 1.125 ACS. **Resultados:** Os participantes da pesquisa apresentaram média de idade de 43 anos, sendo 96% do sexo feminino. O estudo revelou que 14% do total de ACS afastaram-se por motivo de doença, das 159 licenças médicas houve um absenteísmo maior entre o sexo feminino (151 licenças – 95%). Ao analisar as doenças mais frequentes, segundo agrupamento da CID, que justificavam o absenteísmo de 159 funcionários, foram encontrados 205 registros da CID, o que nos leva a concluir o afastamento de um mesmo funcionário por mais de uma CID. As principais doenças relacionadas nas licenças médicas por grupos da CID foram: 22% doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, 20% transtornos mentais e comportamentais, 13% e lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, 10% de doenças do aparelho circulatório e 35% entre os demais grupos. Estudos[4] confirmam os dados encontrados, uma vez que apontam as doenças do sistema osteomuscular como uma das principais causas de afastamento do trabalhador ao serviço. Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), anteriormente conhecidos como lesões por esforços repetitivos (LER) são fenômenos mundiais, que trazem repercussões negativas para os trabalhadores, empresas e sociedade[5]. Os transtornos mentais e comportamentais representaram a segunda maior causa de absenteísmo entre os ACS. A dinâmica laboral deste profissional tem características particulares, pois esses trabalhadores vivenciam a realidade do bairro onde moram e trabalham cujo acesso dos clientes/vizinhos ocorre fora do horário de trabalho e em qualquer local da comunidade. As doenças relacionadas a lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas, inclui fraturas, traumas, luxações e entorses, representando a terceira maior causa de absenteísmo. Este fato pode estar relacionado à dinâmica de trabalho dos ACS, que tem em sua rotina de trabalho visitas domiciliares em locais de difícil acesso, ruas com buracos, escadas mal dimensionadas, aclives e declives entre outros que podem representar potenciais causas de acidentes por causas externas. **Conclusão:** Concluímos que o número de absenteísmo-doença entre os ACS apresenta-se elevados, estes dados poderão subsidiar a direção na definição de estratégias organizacionais e individuais de intervenção, bem como implementar a atuação do enfermeiro visando à promoção da saúde, prevenção de doenças, minimizando danos a sua saúde e contribuindo para a qualidade de vida no trabalho, com repercussão na qualidade dos serviços prestados a população.

REFERÊNCIAS

1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.



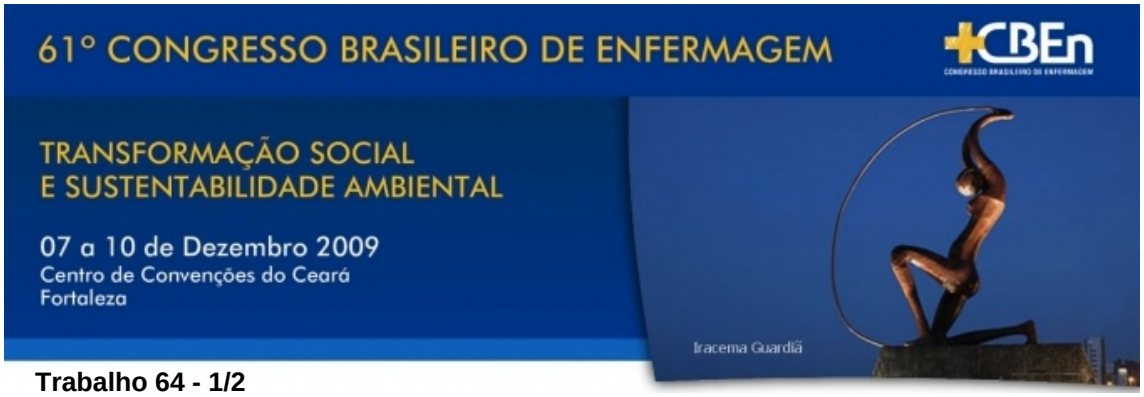
2 CID . **Classificação Internacional de doenças**. Disponível em http://www.saude.sc.gov.br/cgi/sim/dydescr2.htm. Acesso em 05/05/2009.

3 **Resolução 196/96.** Disponível em: http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm. Acesso em 05/05/2009.

4 COSTA, F.M; VIEIRA, M.A.; SENA, R.R. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília 2009 jan-fev; 62(I): 38-448.

5 ROSA, D. P.; FERREIRA, D. B.; BACHION, M. M. **-** Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: situação na construção civil em Goiânia. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (*online*), Goiânia, v.2, n.1, jan/jun. 2000. Disponível: http://www.fen.ufg.br/revista

Palavras chave: enfermeiro, absenteísmo, doença, recursos humanos em saúde.



Trabalho 64 - 1/2

BUSCA ATIVA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM MARACANAÚ-CE

Tânia Maria Vasconcelos de Morais [1]
Rita Maria de Oliveira Forte[2]
Sheila Cyrino Câmara[3]
Maria Célia Freitas[4]

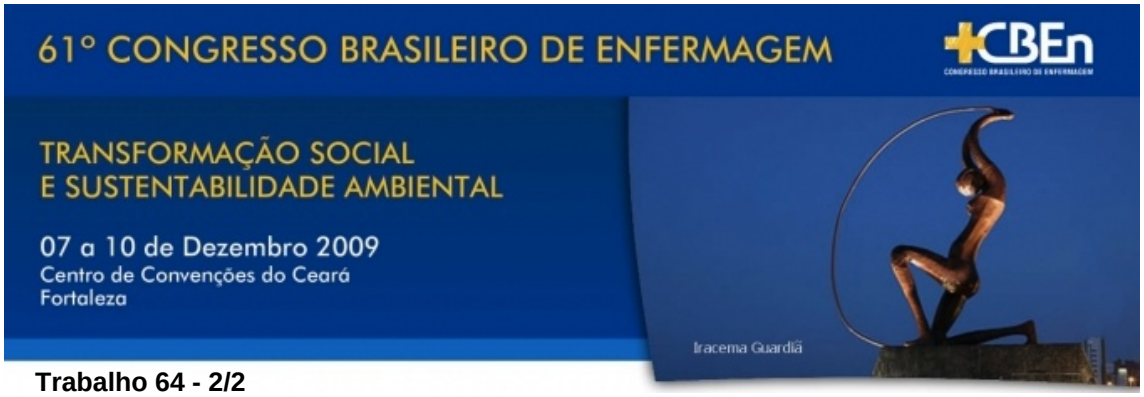
INTRODUÇÃO: A tuberculose, como problema de saúde pública, requer esforços coletivos e individuais para modificar seus padrões endêmicos, envolvendo ações de baixa complexidade que podem ser desenvolvidas por todos os serviços de saúde, independente do seu porte, como também, vontade social de mudanças para redução de novas infecções e do número de doentes e de mortes.O Brasil ocupa a 22ª posição mundial ,com a taxa de 50/100mil habitantes.O Ceará ocupa o 3ª lugar a nível nacional (61,23/100mil).Uma das principais estratégias do programa de controle da tuberculose é a busca ativa de sintomáticos respiratórios(pessoas com tosse e expectoração por três semanas ou mais) na comunidade, ampliando a identificação precoce de novos casos,onde se faz necessário a vigilância constante na demanda dos serviços de saúde, incorporada à rotina de atividade dos profissionais da atenção básica. **OBJETIVO:** o estudo teve como objetivo utilizar a busca ativa dos sintomáticos respiratórios como estratégia de identificação de casos novos de tuberculose em Unidade Básica de Saúde da Família do município de Maracanaú-CE. **METODOLOGIA:** pesquisa do tipo documental, no período de 2007 e 2008. A coleta de dados foi baseada anos informações contidas no Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios da UBSF do bairro Cágado, Maracanaú-CE. Obedeceu aos preceitos éticos, obteve-se a aprovação da Secretaria Municipal da Saúde. A população da área estudada nos referidos anos foi 5716 e 5631 habitantes respectivamente; A amostra de SR encontrados na área foi de 34 e 56 pessoas para cada ano respectivamente. **ANÁLISE DOS RESULTADOS:** Os casos novos de TB encontrados foram quatro em 2007 e seis em 2008. Verificamos que em 2007 foram identificados 59,64% dos SR da área, enquanto em 2008, 100% dos SR esperados para a população. Em relação aos casos novos de TB,eram esperados 2 doentes,mas foram diagnósticos 4 novos pacientes.Para 2008,esperava-se 4 e diagnosticou-se 6 pacientes. A maioria dos SR foi do sexo feminino em 2007, porém em 2008 foi 50% para cada. Quanto aos casos novos de TB encontrados, prevaleceu o sexo feminino em 2007 e o sexo masculino em 2008. Foram encontrados SR em quase todas as faixas etária em ambos os anos. Em relação às baciloscopias de escarro, 56% dos SR realizaram duas amostras do exame em 2007 e no ano de 2008,79% dos SR fizeram dois exames. **CONCLUSÃO:** O estudo demonstrou que a busca ativa de SR é de fundamental importância para detecção precoce de casos novos de TB e a baciloscopia direta do escarro é um método barato e seguro para o rápido diagnóstico dos casos bacilíferos.

1 Enfermeira do Programa Saúde da Família. de São Gonçalo do Amarante. Especialista em Educação Profissional na área em saúde – Enfermagem. Enfermeira da Maternidade Assis Chateaubriand

2 Enfermeira do Programa Saúde da Família de Maracanaú- CE. Especialista em Saúde Publica.

[3] Enfermeira. Gerente da área de Vigilância à Saúde IV - Município de Maracanaú-CE. . Especialista em Saúde Pública

4. Enfermeira Professora Dra. da Universidade Estadual do Curso de Graduação em Enfermagem. Enfermeira do Instituto Dr. José Frota.



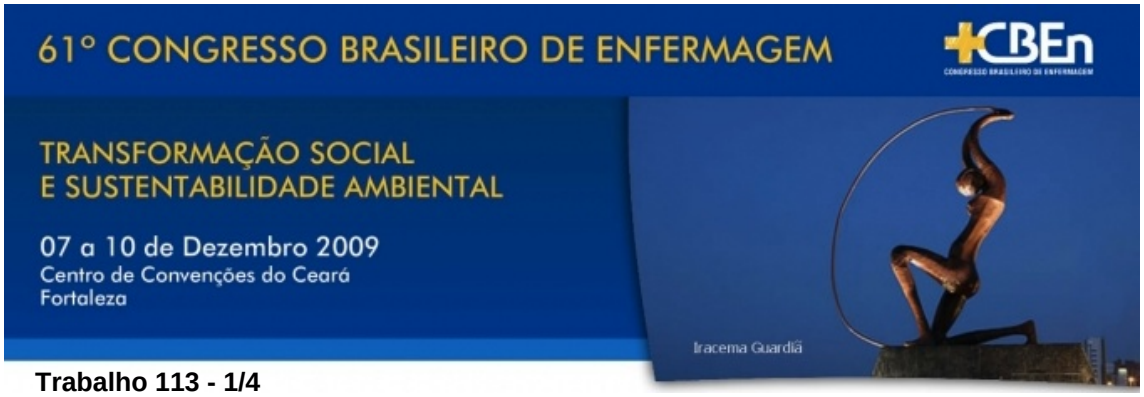
Trabalho 64 - 2/2

Os dados de 2008 demonstram que houve melhor empenho dos profissionais pois a vigilância foi maior e encontrou-se 100 % de SR esperados para o período , sendo diagnosticados além do número de casos novos de TB esperados.

BIBLIOGRAFIA: PROCÓPIO, M. J. **Controle da Tuberculose**: uma proposta de integração ensino-serviço/Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação à Distancia. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008. Brasil. Tuberculose-guia de vigilância epidemiológico-elaborada pelo Comitê Técnico Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para Co-infecção HIV/ Tuberculose - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002. Brasil. **Vigilância em Saúde**: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2.ed.rev..-Brasília:Ministério da Saúde,2008.200p.:il.-(Série A.Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n.21)

.

DESCRITORES: Tuberculose; vigilância epidemiológica; incidência.



ERGONOMIA PARA A SAÚDE DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PEIXOTO, DIANA CLÁUDIA TEIXEIRA[1]

COELHO, MÁRCIA OLIVEIRA[2]

PIMENTEL, YÊRÊCÊ ATHAYDE[3]

ANJOS, SAIWORI DE JESUS SILVA BEZERRA DOS[4]

INTRODUÇÃO:A equipe de enfermagem como os diversos trabalhadores estão expostos a condições de trabalho que propiciam a ocorrência e/ou agravamento de quadros relacionados às doenças ocupacionais. Reconhecer os riscos da atividade laborativa favorece a redução dos mesmos. Assim, prevenir é eliminar as causas do problema, através da investigação. Neste sentido, a ergonomia é uma ciência que investiga aspectos do trabalho que possam causar desconforto aos trabalhadores e propor modificações nas condições de trabalho para torná-los confortáveis e saudáveis. Para tanto se faz necessário o uso de equipamentos apropriados, pois nenhum trabalho é exatamente igual a outro, cada situação de trabalho, ou local de trabalho, possui características diferenciadas que devem ser vista em relação às condições trabalho, saúde e bem estar dos trabalhadores. OBJETIVO: **a**nalisar o conhecimento já produzido sobre a ergonomia como estratégia para favorecer a saúde do trabalhador.METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência com profissionais de um Centro de Saúde da Família de Fortaleza e que tem como

1

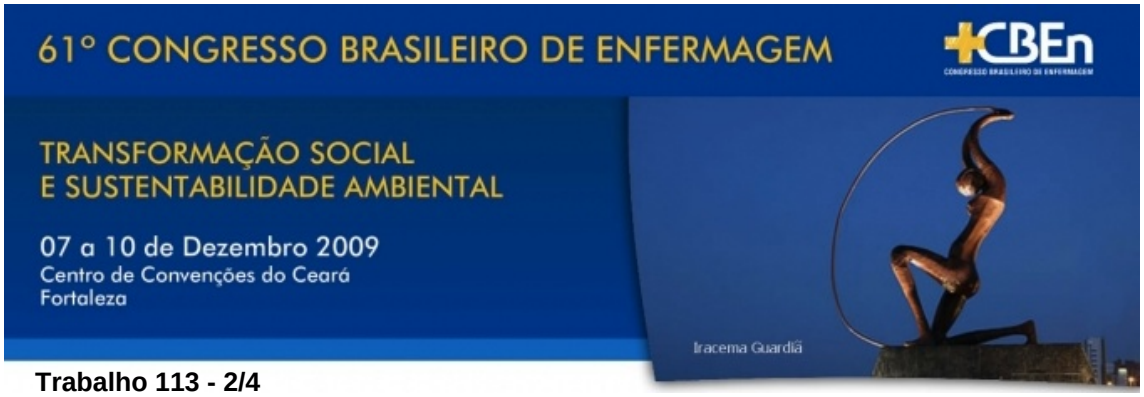
2

¨ Enfermeira. Especialista em Estratégia Saúde da Família pela UFC. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE. Email: dctpeixoto@ibest.com.br.

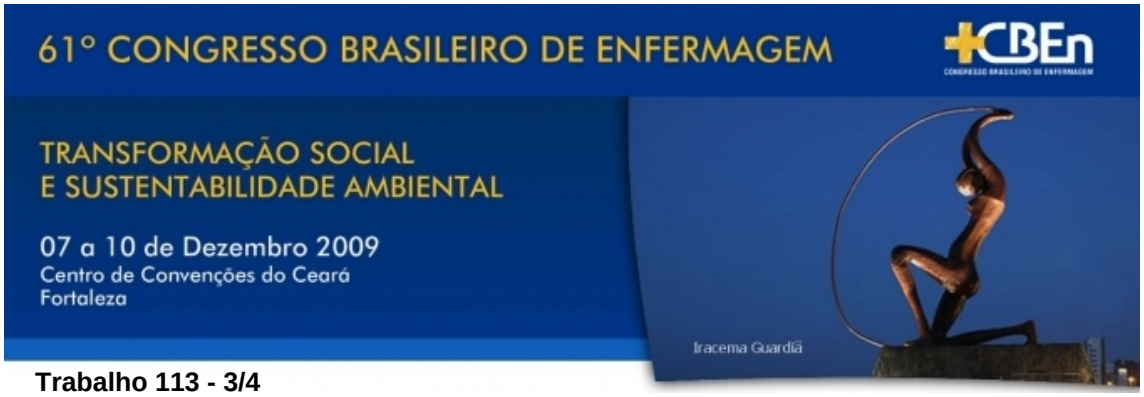
[2] Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE.

[3] Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Americana. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE.

[4] Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE.



base teórica produções do assunto realizadas nos anos de 1995 a 2008, publicadas na base dados da Biblioteca Central da Universidade Estadual do Ceará em livros, monografias e dissertações. As produções foram coletadas sobre o tema no nos anos de 1995 a 2008, devido a esse período ser o de disponibilidade de produções no banco de dados da Universidade Estadual do Ceará. Foram selecionados 22 trabalhos, destes, oito são provenientes de livros, duas monografias, 12 dissertações. Os descritores utilizados foram: Saúde do Trabalhador; Atenção Primária à Saúde; Engenharia Humana, que tem por sinônimo: Ergonomia. RESULTADOS:Notadamente, há um grande interesse pela temática. Os resultados apontam que, a ergonomia visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. Quanto ao mobiliário dos postos de trabalho, as bancadas, mesas, escrivaninhas e os painéis devem proporcionar ao trabalhador condições de boa postura, visualização e operação. Os assentos utilizados nos postos de trabalho devem atender aos seguintes requisitos mínimos de conforto: altura ajustável à estatura do trabalhador; borda frontal arredondada; encosto com forma levemente arredondada ao corpo para proteção da região lombar. Todos os equipamentos que compõem um posto de trabalho devem estar adequados às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado. Dentre os vários problemas que podem ocorrer em decorrência de atividades em posições inadequadas, há o cansaço e a fadiga resultante do alto custo calórico das atividades. Pode também ser verificado o desgaste dos discos vertebrais que são responsáveis por hérnia, lombalgia, cifose e escoliose, e ainda no aparelho locomotor, ocasionando miosites, bursites, artroses dentre outros tipos de doenças viscerais, de órgãos genitais, do sistema circulatório e pressão arterial.(TAKEDA,2002). Do grego, ergon (trabalho) e nomos (lei, regra), ergonomia significa lei do trabalho. O termo foi usado pela primeira vez na Grã-Bretanha em 1857, por Wojeiech Jastrzebowski (1799-1882), professor, engenheiro e naturalista polonês, em artigo sobre trabalho humano e meio ambiente. Sua intenção foi reunir, numa só palavra, o conjunto multidisciplinar de pesquisas e medidas sobre engenharia humana aplicadas nas fábricas inglesas e destinadas a proteger o homem no trabalho. No trabalho de enfermagem, são importantes a atividade postural, muscular dinâmica, perceptivas (visuais, táteis, auditivas), de equilíbrio, de regulação (variações dos modos operatórios) e cognitiva. Esta última compreende a atividade mental exercida para receber e tratar informações, calcular, estabelecer trajetórias, antecipar, formular hipóteses, aprender. Que o trabalho seja mental ou intelectual lembra-nos Langlet, o homem desenvolve uma atividade cognitiva importante que lhe permite administrar eventualidades, solucionar problemas e organizar sua ação. Em caso de dupla tarefa, de estresse, de baixa vigilância, de fadiga visual ou física, esta atividade é perturbada, gerando

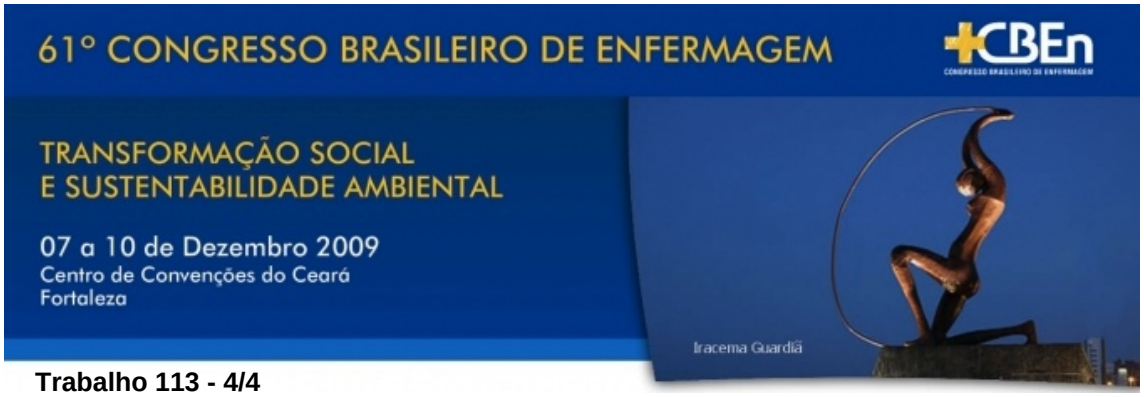


erros e respostas inadequadas, favorecendo a negligência para exposição a riscos (BULHÕES,1998). Nos locais de trabalho onde são executadas atividades que exijam solicitação intelectual e atenção constante, são recomendadas as seguintes condições de conforto: níveis de ruído não superior a 85 dB; índice de temperatura efetiva entre 20ºC (vinte) e 23ºC (vinte e três graus centígrados); velocidade do ar não superior a 0,75 m/s; umidade relativa do ar não inferior a 40% (quarenta por cento) (REIS,2008).E ainda a ginástica laboral como atividade física que deve ser realiza na empresa antes, durante e depois das atividades. Esta atividade visa à promoção da saúde, a melhoria do condicionamento físico para a realização do trabalho, o preparo psicossosial dos seus participantes, contribui para a melhoria do relacionamento interpessoal e promove a redução de acidentes e o absenteísmo(CARVALHO,2001). CONSIDERAÇÕES FINAIS:A ginástica laboral como atividade para a promoção do bem estar e saúde traduz-se como investimento e valorização do ser. Conclui-se ainda ,que os achados publicados são factíveis, de fácil aplicação e garantem uma conduta segura e com saúde, na prática profissional. Mas também, deve-se manter uma atitude ativa frente às possibilidades de prevenção, buscando uma possibilidade de ação de vigilância para que se evitem novos casos de doenças ocupacionais, associadas à falta de ergonomia nos serviços de saúde. Constatou-se que muitos dos trabalhadores sequer sabem sobre Ergonomia, o que se traduz na necessidade da abordagem desse assunto de forma continuada para garantir a promoção da saúde do trabalhador de enfermagem.

DESCRITORES: Saúde do Trabalhador; Atenção Primária à Saúde; Ergonomia.

BIBLIOGRAFIA

REIS, Roberto Salvador. Segurança e Medicina do Trabalho: normas regulamentadoras. 4ª Ed. rev. e ampl. São Caetano do Sul – SP: Yêndis Editora, 2008.

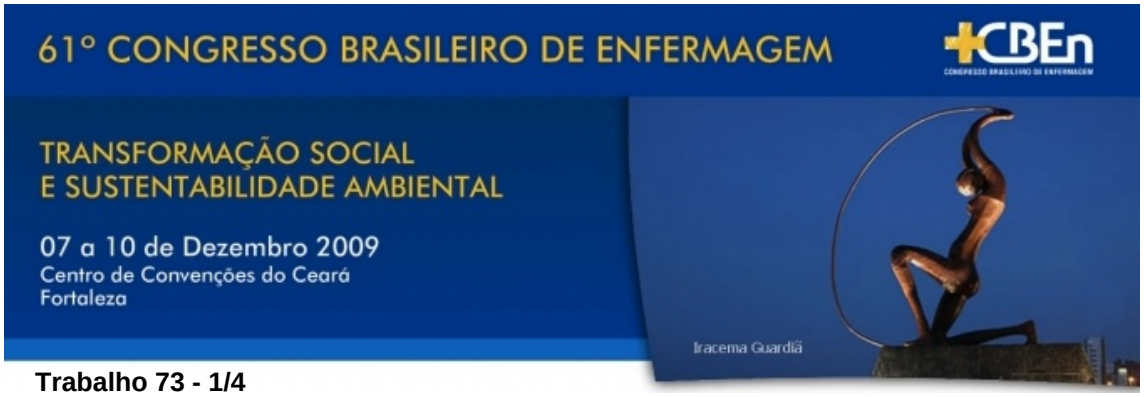


BULHÕES, Ivone. Riscos do Trabalho de Enfermagem. 2ª Ed. Rio de Janeiro, 1998.

MAURO, M. L. C. C; FARIAS, S. N. P; ZEITOUNE, R. C. G. Riscos no Trabalho e Agravos à Saúde do Trabalhador de Enfermagem de Saúde Pública. Editora da EEAN / UFRJ. Rio de Janeiro, 2005.

PIZA, F. T. Informações Básicas Sobre Saúde e Segurança no Trabalho. São Paulo. CIPA, 1997.

BARCELOS, Mary Ângela. Mapeamento de Riscos Ambientais. In: VIEIRA, Sebastião Ivone. Medicina Básica do Trabalho. Gêneses, 4º vol. Curitiba, 1995.



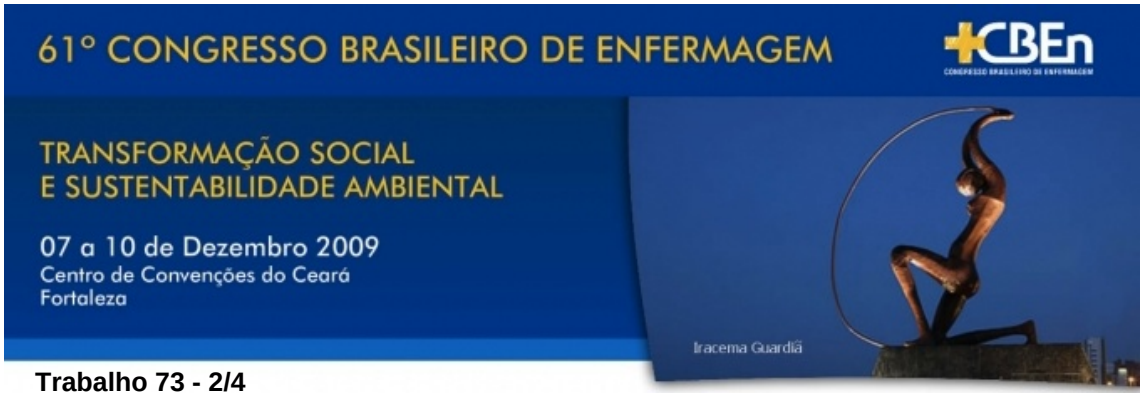
Trabalho 73 - 1/4

REFLETINDO SOBRE OS RISCOS OCUPACIONAIS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Chistiane Alves Rocha [1]
Terezinha Almeida Queiroz[2]
Ana Claudia Camurça de Fontes Dodt[3]
Cícero Mavinier da Cruz Paulino[4]

INTRODUÇÃO**:** Durante muitos anos, a saúde do trabalhador esteve voltada para atender aos acidentes de trabalho. O trabalhador parece que exercia um papel passivo, via o problema, mas, estava limitado a fornecer informações e realizar atendimento médico com especialistas que analisavam os riscos ocorridos no trabalho. Para os técnicos, a prevenção se restringia à segurança direcionada ao uso dos equipamentos de proteção individual que nem sempre garantia o fornecimento do material e nem o treinamento adequado para o uso dos mesmos. Nas últimas décadas, observou-se uma mudança no enfoque da saúde do trabalhador direcionando ações que possibilitam as práticas e os conteúdos que são desenvolvidos no cotidiano do trabalho do enfermeiro que busca esta especialidade. Assim, podemos perceber claramente uma profundidade verticalizada de conteúdos onde são enfatizados os aspectos preventivos, a possibilidade de controle e eliminação de riscos na fonte e não, apenas, após a ocorrência de acidentes e doenças passíveis de serem evitados. No Brasil, essas mudanças ficaram mais evidentes a partir de 1988 com a Constituição Brasileira, garantido a saúde como um direito de todos os cidadãos e como dever do Estado. Em 1990, foi regulamentada a Lei Federal de número 8080/90 que normatiza os direitos adquiridos e tem grande significado para a saúde de um modo geral. No seu artigo 6º, parágrafo 3º, é regulamentado os dispositivos constitucionais sobre saúde do trabalhador, definindo como um conjunto de atividades que se destina através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, visando a recuperação e a reabilitação de sua

1. Enfermeira Especialista em Educação Profissional na Área de Enfermagem, Enfermeira Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Fortaleza. Ceará chrisrocha10@yahoo.com.br
2.Enfermeira e Professora da Universidade Estadual do Ceará/UECE. Mestre em Enfermagem Clínico-Cirúrgica pela Universidade Federal do Ceará/UFC; Coordenadora do Internato de Enfermagem da área hospitalar; Vice-Coordenadora do Grupo de Pesquisa Saúde, Educação e Sociedade – GRUPESS/UECE e Membro da Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem/ABEn-Ceará.
3. Enfermeira Especialista em Educação Profissional na Área de Enfermagem, Enfermeira do PSF de Fortaleza, Enfermeira Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Fortaleza. Ceará
4. Acadêmico de Enfermagem do 7º semestre da Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE.



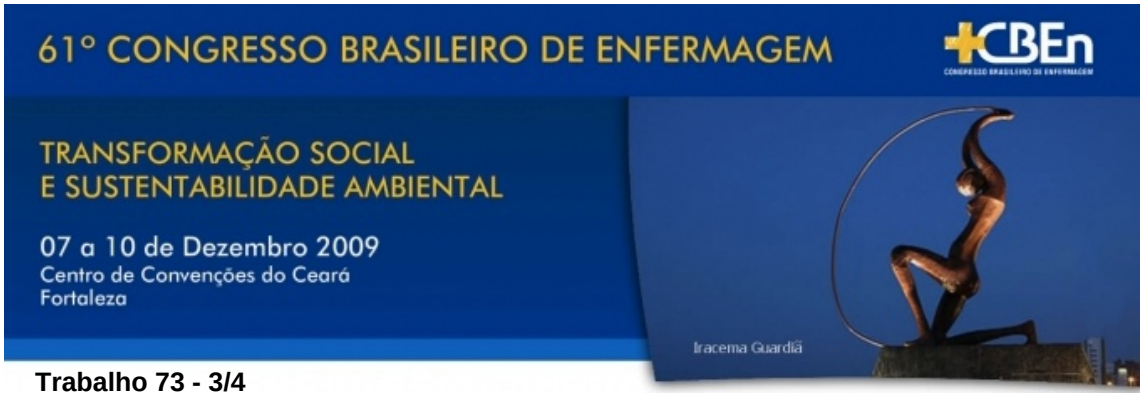
saúde quando submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Nas unidades de saúde da família são diversos os riscos ocupacionais a que estão submetidos os trabalhadores da área da saúde; entre eles encontram-se os riscos biológicos, os físicos, os químicos, os psicossociais e os ergonômicos. As ações voltadas para a saúde do trabalhador, ainda são muito tímidas, e quando existir devem necessariamente incorporar a vivência, o conhecimento e a participação deles, já que realizam o trabalho cotidiano e sofrem seus efeitos, possuindo portanto, um papel fundamental na identificação, eliminação e controle dos riscos. Este estudo tem como eixo norteador a prática pedagógica de Paulo Freire: Pedagogia da Autonomia onde formar é muito mais que formar o ser humano em suas destrezas atentando para a necessidade de formação ética dos educadores, conscientizando-os sobre a importância de estimular os educando a uma reflexão crítica da realidade em que está inserido. **OBJETIVOS:** Conhecer a percepção dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família sobre os riscos ocupacionais no ambiente de trabalho; identificar os riscos ocupacionais a que os profissionais estão expostos; sensibilizar os profissionais sobre a importância dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) e seu uso adequado e definir as condutas recomendadas em caso de exposição à material biológico. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado em uma Unidade de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. Participaram do estudo 25 profissionais de saúde de diversas categorias: 01 enfermeira, 01 odontológo, 04 auxiliares de enfermagem, 03 agentes comunitários de saúde, 03 técnicos de higiene bucal, 03 agentes administrativos, 01 vigilante, 03 auxiliares de farmácia, 05 atendentes de médico e 01 funcionário de serviço geral. Os dados foram coletados em março de 2009, por meio de entrevistas aplicadas durante a realização de uma oficina com o tema: *Promovendo a saúde do trabalhador no seu ambiente de trabalho*. A análise dos depoimentos foi feita com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin. Também consideramos na análise as observações e registros dos comentários

1. Enfermeira Especialista em Educação Profissional na Área de Enfermagem, Enfermeira Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Fortaleza. Ceará chrisrocha10@yahoo.com.br

2.Enfermeira e Professora da Universidade Estadual do Ceará/UECE. Mestre em Enfermagem Clínico-Cirúrgica pela Universidade Federal do Ceará/UFC; Coordenadora do Internato de Enfermagem da área hospitalar; Vice-Coordenadora do Grupo de Pesquisa Saúde, Educação e Sociedade – GRUPESS/UECE e Membro da Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem/ABEn-Ceará.

3. Enfermeira Especialista em Educação Profissional na Área de Enfermagem, Enfermeira do PSF de Fortaleza, Enfermeira Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Fortaleza. Ceará

4. Acadêmico de Enfermagem do 7º semestre da Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE.



dos participantes. A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, a qual sob a óptica do individuo incorpora quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, beneficência, não-maleficencia e justiça. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e o tratamento das informações. Após o convite e aceitando participarem da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Os profissionais possuíam conhecimento sobre a saúde dos trabalhadores e sua legislação; sabiam que estão expostos aos riscos ocupacionais, mas não sabiam identificá-los; conheciam os Equipamentos de Proteção Individual (EPI'S), mas não tinham acesso a todos e seu uso não era constante e nem feito de maneira adequada; não conheciam os procedimentos recomendados, na legislação em vigor, e em caso de exposição à material biológico não sabiam a quem recorrer. **CONCLUSÃO**: A saúde do trabalhador é uma temática muito nova para os profissionais de saúde, porém muito importante no seu cotidiano. O uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual deve ser estimulado, bem como mantido os insumos necessários pelos gestores do programa. A conduta em casos de acidente com material biológico deve ser implementada de forma satisfatória garantindo uma assistência de qualidade ao trabalhador. Assim, torna-se de fundamental importância continuar a debater este tema de forma sistemática, pois acreditamos que somente pelo conhecimento seremos capazes de promover mudanças de comportamento, fornecendo cada vez mais a promoção da saúde do trabalhador. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**: BRASIL. Ministério da Saúde – Caderno de atenção Básica nº. 5. Brasília, 2002. Ministério da Saúde - Normas Técnicas para Prevenção da Transmissão do HIV nos Serviços de Saúde. Brasília, 1989. Ministério da Saúde - Manual de condutas em exposição ocupacional a material biológico. Brasília, 2000.

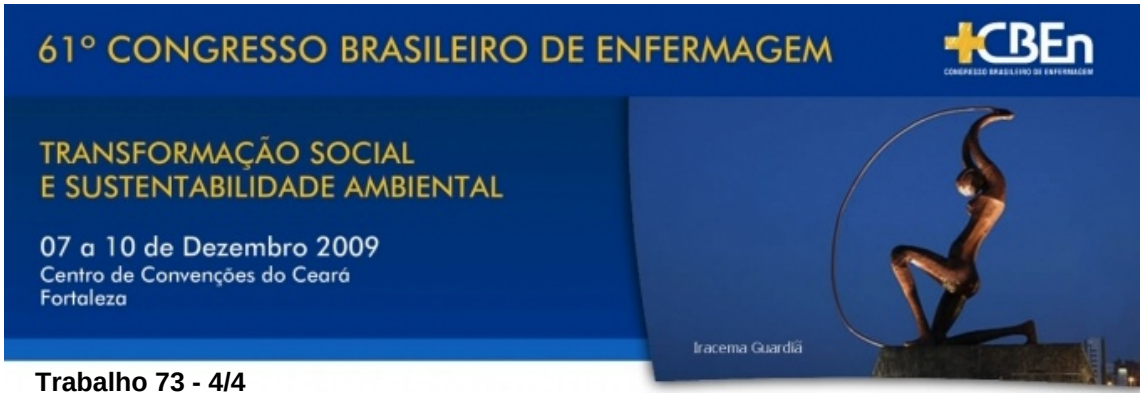
DESCRITORES: Saúde do trabalhador, Riscos ocupacionais, Ambiente de trabalho.

1. Enfermeira Especialista em Educação Profissional na Área de Enfermagem, Enfermeira Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Fortaleza. Ceará chrisrocha10@yahoo.com.br

2.Enfermeira e Professora da Universidade Estadual do Ceará/UECE. Mestre em Enfermagem Clínico-Cirúrgica pela Universidade Federal do Ceará/UFC; Coordenadora do Internato de Enfermagem da área hospitalar; Vice-Coordenadora do Grupo de Pesquisa Saúde, Educação e Sociedade – GRUPESS/UECE e Membro da Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem/ABEn-Ceará.

3. Enfermeira Especialista em Educação Profissional na Área de Enfermagem, Enfermeira do PSF de Fortaleza, Enfermeira Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Fortaleza. Ceará

4. Acadêmico de Enfermagem do 7º semestre da Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE.



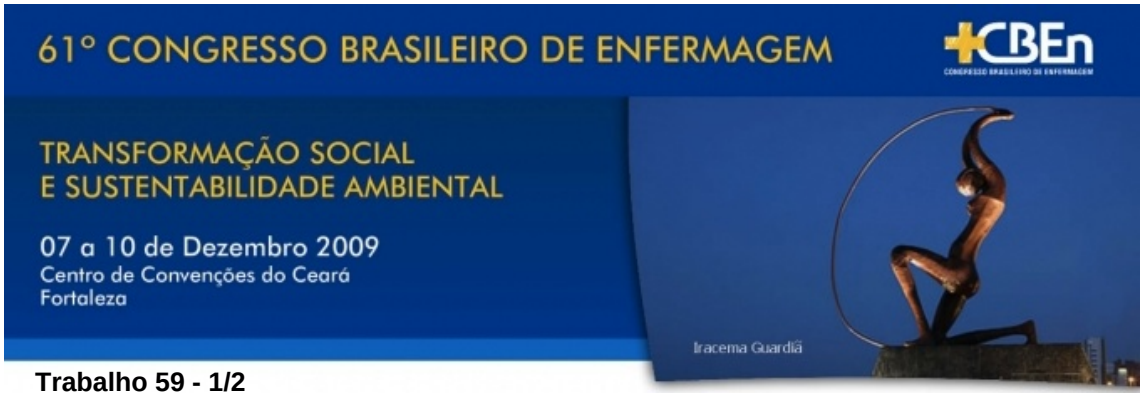
Trabalho 73 - 4/4

1. Enfermeira Especialista em Educação Profissional na Área de Enfermagem, Enfermeira Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Fortaleza. Ceará **chrisrocha10@yahoo.com.br**

2.Enfermeira e Professora da Universidade Estadual do Ceará/UECE. Mestre em Enfermagem Clínico-Cirúrgica pela Universidade Federal do Ceará/UFC; Coordenadora do Internato de Enfermagem da área hospitalar; Vice-Coordenadora do Grupo de Pesquisa Saúde, Educação e Sociedade – GRUPESS/UECE e Membro da Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem/ABEn-Ceará.

3. Enfermeira Especialista em Educação Profissional na Área de Enfermagem, Enfermeira do PSF de Fortaleza, Enfermeira Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Fortaleza. Ceará

4. Acadêmico de Enfermagem do 7º semestre da Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE.

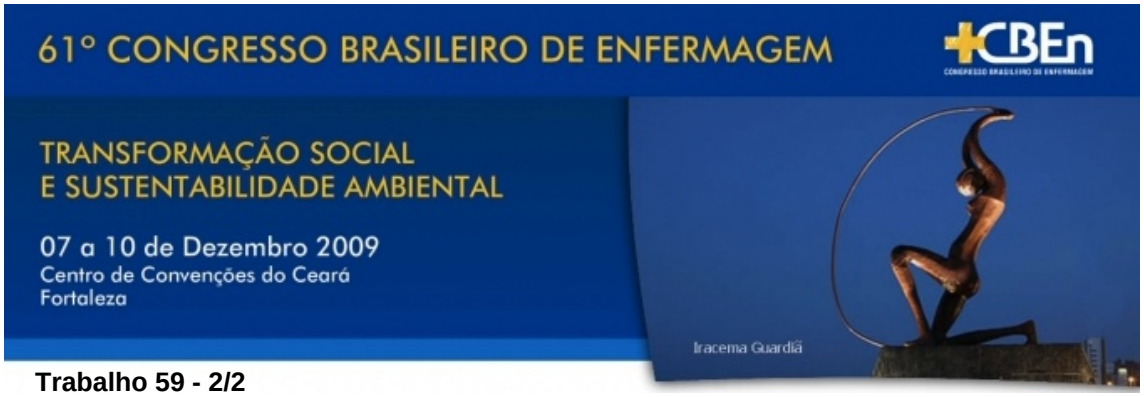


Trabalho 59 - 1/2

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - CE

MORAES, Gerídice Lorna Andrade de [1]
ARAÚJO, Flávia Vasconcelos [2],
SOARES ,Arethusa Morais de Gouveia [3]
GOMES, Ana Lúcia Araújo[4]

INTRODUÇÂO: No Brasil, a tuberculose é um problema de saúde pública que, juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, alberga 80% dos casos mundiais da doença. O Brasil passou da 16ª para a 18ª posição no ranking dos 22 países com maior estimativa de incidência de tuberculose no mundo. A tuberculose (TB) ainda é uma doença associada com superpopulação, má nutrição e más condições de moradia, ocorrendo primariamente em países em desenvolvimento. Entretanto, enquanto houver indivíduos com TB ativa, a Mycobacterium tuberculosis continuará no mundo, já que, devido a sua natureza aerógena, a transmissão de TB encontra poucas barreiras que inibem sua ampla disseminação dentro da comunidade.[3] A tuberculose está diretamente relacionada com o meio ambiente, já que o meio ambiente refere-se a uma combinação homogênea dos fatores físico-químicos, biológicos e sociais No ano de 2007 foi verificado que o Nordeste foi a segunda região que mais se concentrou casos de TB, verificada a incidência de 20.591 casos, ficando atrás penas pela região Sudeste com 32821 casos. Enquanto no Ceará, exemplifica-se uma diminuição muito lenta entre os anos de 1995-2007, com 4501 e 3407. **OBJETIVOS**: Realizar busca ativa de sintomático respiratório na área de abrangência do CSF Francisco Domingos da Silva na SER I;Implantar um grupo de pacientes com Tuberculose, bacilífero negativo; Elaborar um protocolo de atendimento dos pacientes portadores de tuberculose. **METODOLOGIA: 1ª ETAPA:** seleção das ruas de maior incidência dos casos já acompanhados, visita casa a casa para identificar os possíveis sintomáticos respiratórios, foram visitados 178 domicílios sendo identificados 17 sintomáticos respiratórios tendo estes orientação para coleta da bacilóscopia de escarro e referenciados para unidade com resultado de exames, destes 6 foram positivos. **2ª ETAPA**: Elaboração do protocolo interdisciplinar de atendimento a paciente com TB incluindo desde a história de vida, doença atual, genograma, caracterização dos fatores de risco e vulnerabilidade, avaliação da saúde bucal, exame físico, solicitação de exames, descrição dos exames complementares,diagnóstico, condução terapêutica, retornos mensais utilizando o instrumento de atendimento subseqüente. 3º ETAPA: a partir das consultas, os pacientes em tratamento com baciloscopia negativa foram convidados a participar de reuniões semanais onde é realizado a estratégia do DOT's. Segundo a estratégia do DOT's, os profissionais de saúde supervisionam a ingestão da medicação prescrita. Essa estratégia é a maior garantia de negativação rápida dos pacientes cortando o elo do contágio, de impedir o aparecimento da resistência dos bacilos às drogas antituberculosas, de reduzir ao mínimo a incidência de novos casos e de elevar os índices de cura entre 85% a 90%. As reuniões ocorreram no período da manhã em lugar estratégico no centro de saúde, havendo práticas de educação em saúde, rodas de conversa, enfocando aspectos da doença e importância da adesão ao tratamento.: Ao final de cada mês, há entrega do certificado por cura a cada paciente, estimulando a adesão ao tratamento, valorização pessoal e desmistificação da doença, favorecendo a diminuição do preconceito em seu ambiente individual e comunitário. **4º ETAPA** Contato com o

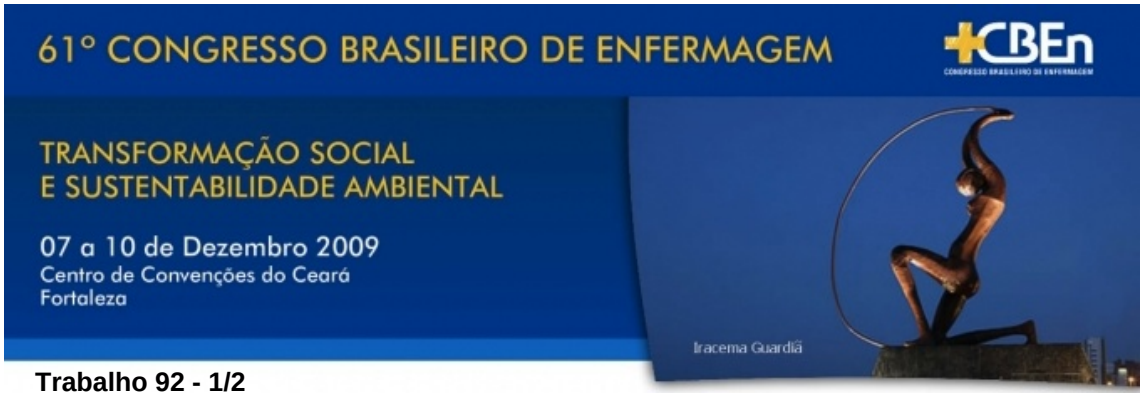


Trabalho 59 - 2/2

Centro de Assistência Psicossocial**(CAPS)** solicitando parceria para o acompanhamento dos pacientes portadores de TB e drogadictos **RESULTADOS:** a consulta interdisciplinar favoreceu aos profissionais a otimização do tempo, da assistência de qualidade, abordando de forma integral e holística a saúde do paciente. Pelas estratégias educativas contempladas no grupo, podemos perceber a aceitação e efetivação das atividades pelo retorno dos pacientes as reuniões subseqüentes, elevado índice de cura pela implantação da estratégia do DOT's e entrega de certificado com estímulo aos demais paciente à adesão do tratamento. **CONCLUSÃO:** A buscativa de casos novos e o tratamento supervisionado são eficazes por impedir a resistência do Mycobacterium tuberculosis às drogas antituberculosas e a sua propagação evitando o aparecimento de novos casos da doença. Através de uma assistência interdisciplinar, sistematizada e normatizada obtivemos melhores resultados no controle, adesão ao tratamento de pacientes com TB no centro de saúde de Fortaleza-CE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- BRASIL, Ministério da Saúde. In: Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília: DF. 2º Ed , 2008. 196 p.p. 134 a 174. *(Caderno de Atenção Básica)*.
2- MENDES, J.M., et al. Diversidade molecular de cepas de Mycobacterium tuberculosis em uma região de favela da cidade do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Ed. 12. V.34. 2008.
3- CAMPINAS, L. L. S. L. et al. Manual de Orientação para coletas de escarro e outros materiais para Baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da Tuberculose. Centro de Vigilância Epidemiológica, p. 1-3, 2002.
4-
5-



Trabalho 92 - 1/2

VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA CASOS NOTIFICADOS E TRATADOS DE TUBERCULOSE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

FURTADO, Denise Ferreira Figueiredo [1] (FACESA- Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires/ enfermagem@senaaires.com)

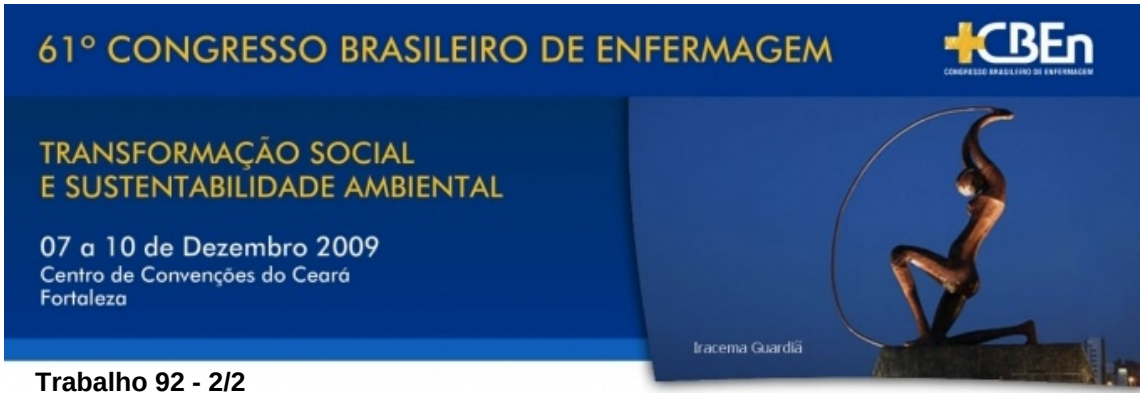
SANTOS, Walquiria Lene [2] (Prefeitura Municipal de Guapó – GO / FACESA- Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires/ walquirialane@hotmail.com)

TEIXEIRA, ArianeVaz [3](FACESA- Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires/ enfermagem@senaaires.com)

BRAGA, Isla Maria de Oliveira [4] (FACESA- Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires/ enfermagem@senaaires.com)

RODRIGUES, Angélica Sousa [5](FACESA- Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires/ enfermagem@senaaires.com)

Introdução: A tuberculose é uma das enfermidades mais antigas do mundo. Estando em estado de emergência decretado pela Organização Mundial de Saúde, como enfermidade reemergente, desde 1993. O Programa Nacional de Combate a Tuberculose tem como propósito de promover o controle da tuberculose no Brasil buscando a interrupção da transmissão da doença e a diminuição dos riscos de adoecer e morrer por ela, garantindo seu tratamento até o final contando com a contribuição da Estratégia de Saúde da Família. Objetivos: Realizar levantamento dos casos notificados de tuberculose bem como quantificar os sintomáticos respiratórios no município de Guapó- Goiás. **Metodologia** : Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado por meio do levantamento das fichas de notificação de tuberculose, verificadas em arquivo na secretaria Municipal de saúde, arquivadas no núcleo de vigilância epidemiológica e no Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN), no período de janeiro de 2006 a abril de 2009. **Resultados/ Discussões** verificou –se uma amostra constituída apenas de dois casos de tuberculose notificados e tratados e um total de 208 indivíduos sintomáticos respiratórios. Quanto ao resultado do tratamento, os pacientes submetidos à estratégia do tratamento supervisionado e de forma auto – administrativa obtiveram percentuais de cura e de sucesso do tratamento. Partindo-se desse pressuposto fica comprovado que a Estratégia de Saúde da Família de Guapó, reorganizou a estratégia básica e descentralização dos serviços de saúde no município, já que este entre janeiro de 2006 à dezembro de 2008 apresentou apenas 2 casos de tuberculose e o ministério da saúde priva uma porcentagem mínima de contaminação que irá variar de 10 a 15 pessoas por paciente infectado. Decidiu-se então investigar os casos sintomáticos respiratórios que no mesmo período correspondeu a 208 casos,



sendo todos eles descartados após resultados negativos após realização de baciloscopia . Os resultados apontaram que o município apresentou a taxa de tuberculose de 1 caso para cada 104 sintomáticos respiratórios. A estratégia de saúde da família por meio do programa de combate a tuberculose (PCT) visa estender o combate à tuberculose a toda a rede de serviços de saúde garantindo o acesso ao diagnóstico e tratamento. Essa integração é fundamental para o alcance das metas atuais, que são: localizar no mínimo 70% dos casos estimados anualmente e curar no mínimo 85% destes. **Conclusão/ Recomendações:** O município mesmo com resultados satisfatórios deve continuar com a investigação e desenvolver educação em saúde, desmistificando a patologia, buscando sintomáticos respiratórios e verificando possíveis casos de pacientes que procuram atendimento em outros municípios visando o não preconceito por parte da comunidade.

Descritores: Tuberculose; promoção de saúde; saúde pública.

Bibliografia:

1-SCATENA, Lúcia Marina et al. **Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do** 0034-8910.

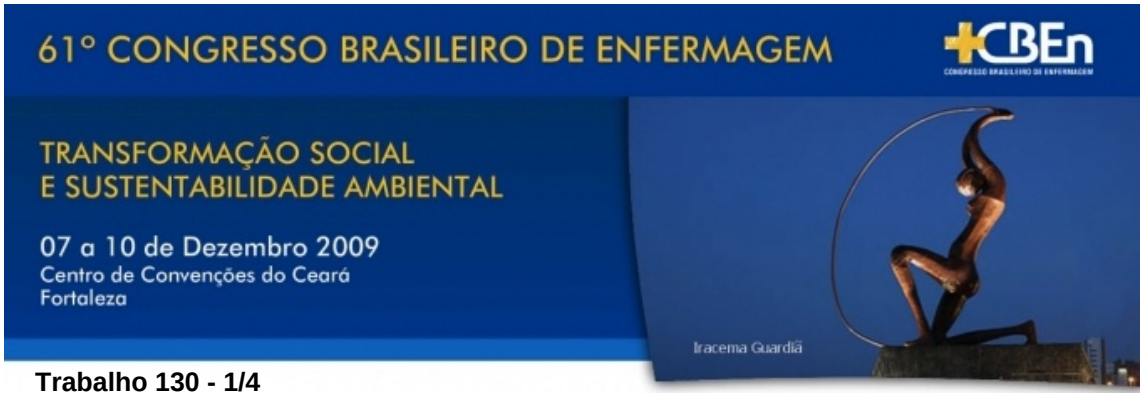
2- Bertazone, Érika do Carmo, Gir, Elucir and Hayashida, Miyeko **Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Jun 2005, vol.13, n.3, p.374-381. ISSN 0104-1169

3- Reiners, Annelita Almeida Oliveira et al. **Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde**. Ciênc. Saúde coletiva, Dez 2008, vol.13, suppl.2, p.2299-2306.

4- Ruffino-Netto **A. Brasil: doenças emergentes ou reemergentes?** Medicina, Ribeirão Preto 30:405, 1997

5- Ministério da Saúde. **Manual de Administração/ Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Boletim de Pneumologia Sanitária vol.13, p. 7-56, 1996.

.

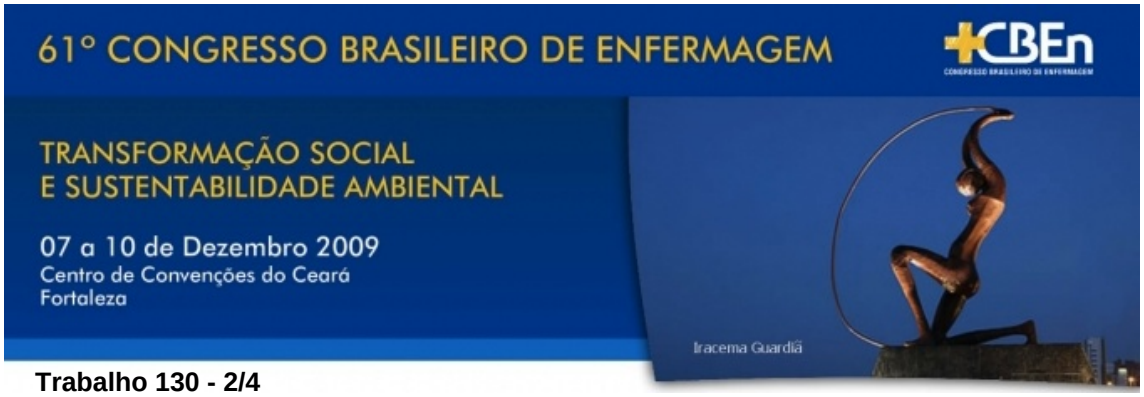


Trabalho 130 - 1/4

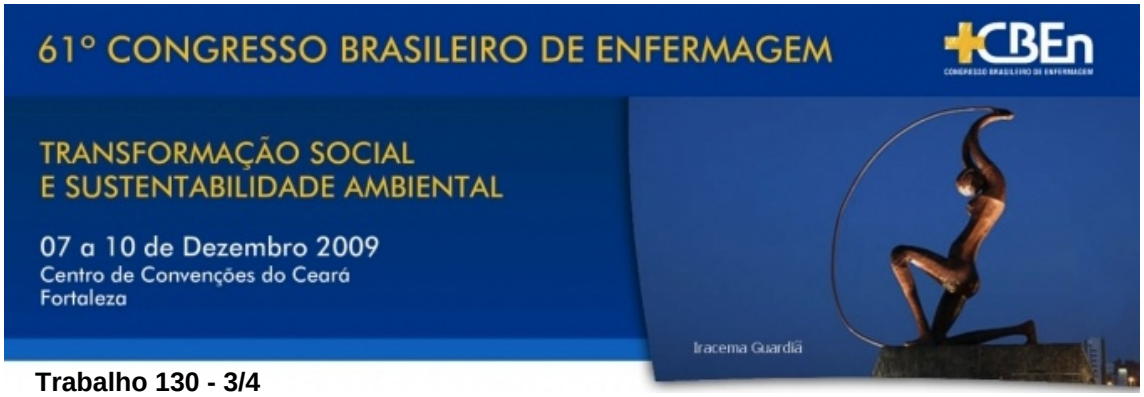
A CADERNETA DO IDOSO COMO INDICADOR PARA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PSF

Claudia Carvalho Respeita Motta (SMS – PSF Petrópolis – RJ**)**; Cristina Gonçalves Hansel (Faculdade Arthur Sá Earp Neto); Maria Izabel Jerônimo (Faculdade Arthur Sá Earp Neto); Helga Brick Soares (Faculdade Arthur Sá Earp Neto); Lívia de Oliveira Teixeira (Faculdade Arthur Sá Earp Neto). claucaludinha@uol.com.br Tel: (24) 2231-3473 e (24) 9965-4025.

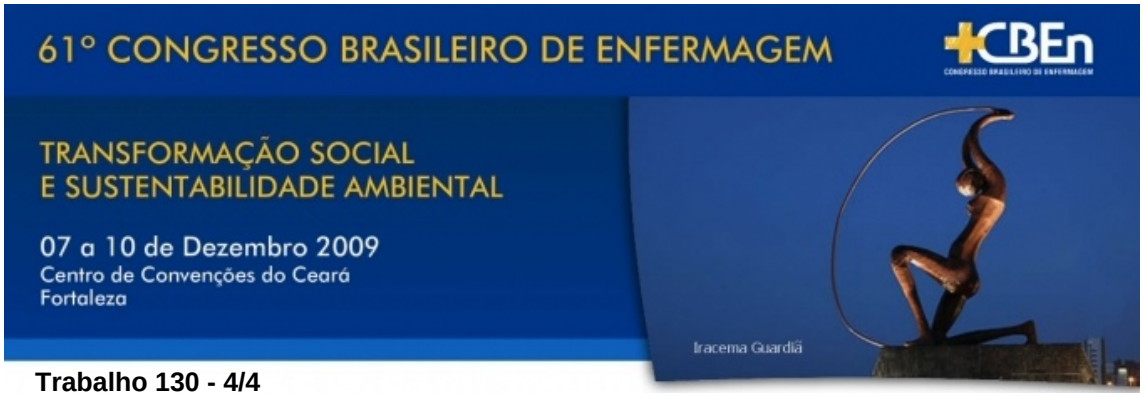
Vivemos um acelerado crescimento em número da população de 60 e mais anos de vida, ocorrido nas últimas quatro décadas e com isso a modificação do perfil epidemiológico da população brasileira. Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o período de 1975 a 2025 será a era do envelhecimento, a população de idosos no País crescerá 16 vezes, colocando o Brasil em termos absolutos como a sexta população de idosos do mundo, ou seja, mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Pereira, et al. (2005, p. 292-293) afirmam que na pessoa idosa, é comum que múltiplas patologias estejam associadas a um mesmo caso, o que vem aumentar a gravidade e as possibilidades de complicação. Isso exige, além de uma equipe interdisciplinar, uma alta qualificação e a necessidade de disponibilizar todo o complexo aparato hospitalar e ambulatorial para suprir as necessidades de internações, exames, medicamentos, encaminhamentos, entre outros. As conseqüências são custos impraticáveis e uma assistência comprometida. O idoso padece e pode ter agravos em seu estado geral devido à solidão; além de outros problemas típicos como: insuficiência cerebral, instabilidade postural, quedas, imobilidade, incontinência. Portanto, o envelhecimento traz necessidades de auxílio para a preservação das capacidades funcionais fundamentais e para manutenção das atividades diárias, conforme enfatizam Pereira, et al. (2005, p. 294). Objetivos: descrever o perfil de saúde através da análise de



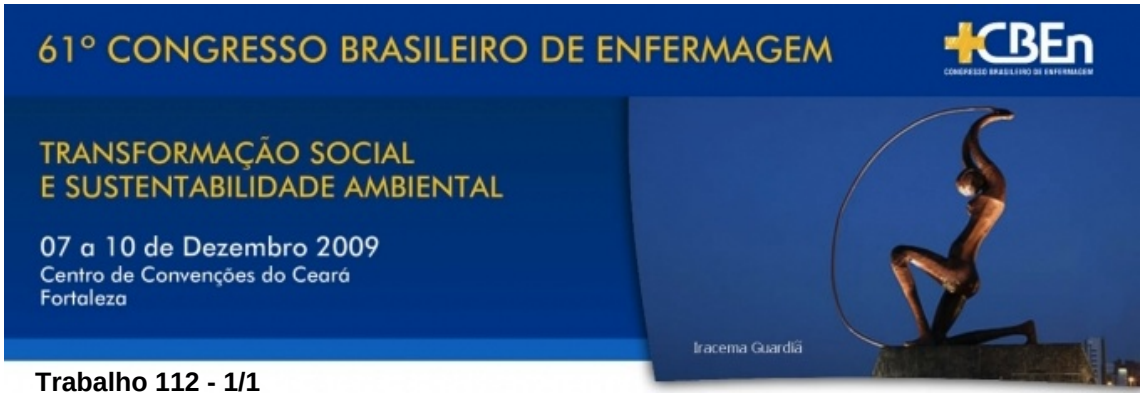
cadernetas de saúde da pessoa idosa; analisar a relevância da caderneta para informações em saúde da pessoa idosa. A pesquisa é quantitativa e o estudo descritivo. Foi realizada no mês de agosto de 2008. Foram analisadas 35 cadernetas de pessoas idosas de uma área de Estratégia de Saúde da Família, situada em Petrópolis, RJ. A população estudada estava na faixa etária entre 61 e 101 anos. Com relação ao gênero: 28% (n = 10) masculino; 72% (n = 25) masculino. Do estado civil: 58% (n = 12) das mulheres são viúvas, 29% (n = 06) são casadas e 13% (n = 02) são solteiras; 60% (n = 06) dos homens são casados, 20% (n = 02) são viúvos e 20% (n = 02) são separados. Comparando os dados encontrados com a literatura estudada, confirmamos que as mulheres vivem mais que os homens. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as mulheres brasileiras têm expectativa de vida de 75 anos, e os homens, de 68 anos, segundo o relatório de Estatística Sanitária Mundial 2007. O Estado do Rio de Janeiro lidera a lista de diferencial de mortalidade por sexo. Em 1980, os homens fluminenses viviam 7,8 anos a menos. Em 2004, as mulheres fluminenses viviam 9 anos a mais do que os homens (IBGE). Dos resultados e discussão, identificamos que as mais freqüentes morbidades referidas foram a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus*. Sabemos que a prevalência de doenças na pessoa idosa está relacionada às complicações que surgem com o aumento da expectativa de vida. Doenças do sistema circulatório, do aparelho respiratório, do sistema nervoso e neoplasias estão dentre as mais freqüentes. Há também um destaque para as causas externas, principalmente acidentes. Devido a este perfil epidemiológico, os idosos tendem a necessitar de maior atenção por parte dos profissionais de saúde, familiares, e/ou cuidadores. A atenção à saúde do idoso requer além da abordagem assistencial e de reabilitação, um enfoque para ações preventivas e de promoção de saúde. Para tal, é preciso que haja um aprofundamento para conhecer de



forma mais abrangente as necessidades de cuidado à pessoa idosa hospitalizada, bem como de avaliar a possibilidade de uma integração em rede com os outros serviços de saúde. O cuidado para ser integral, além de suprir as necessidades biopsicossociais, precisa transversalizar os espaços dos serviços de saúde disponíveis, através da conexão entre os serviços. Já é passado o tempo de criar mecanismos de mudanças de paradigmas que valorizem os idosos, em seu contexto social e busque melhorias na qualidade do atendimento em saúde em seus vários níveis de atenção, por que nossa população está envelhecendo a cada dia, e com isso mudando o perfil demográfico e de necessidades em geral. Os idosos que não exercem atividade laboral, possuem recursos financeiros mínimos para subsistência através de aposentadoria ou pensão. Segundo Shiratori et al (2006, p.302-303), a perda do *status* profissional, resultante da aposentadoria, pode ocasionar isolamento social, problemas econômicos, insegurança e sensação de inutilidade. As pessoas idosas que ainda exercem atividade laboral são os mais jovens, até 70 anos. Todos os idosos maiores de 75 anos, e que apresentam comorbidades e/ou déficits em atividades básicas de vida diária, apresentaram familiares como seus responsáveis e cuidadores. As atividades básicas de vida diária são tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si, tais como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter continências urinária e fecal. A dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. Não é apenas a incapacidade que cria a dependência, mas sim o somatório da incapacidade com a necessidade. Por outro lado, a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados. Segundo o Ministério da Saúde (2006), cuidador é a pessoa, da família ou não,



que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menor grau). Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como o auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, entre outros. Concluímos que a caderneta de saúde da pessoa idosa possibilita, conforme preconiza o Ministério da Saúde, conhecimento acerca da saúde da pessoa idosa. Estas informações podem auxiliar os profissionais de saúde sobre as ações necessárias para que as pessoas idosas tenham um envelhecimento ativo e saudável, e assim acompanhar a evolução de sua saúde. Destacamos a importância dos profissionais de saúde, diante das modificações demográficas e das necessidades de cuidados das pessoas idosas, pensar, em equipes interdisciplinares, modelos específicos de assistência para a clientela idosa. A enfermagem gerontológica se faz necessária e atual para a promoção, prevenção, assistência e reabilitação das pessoas idosas. Os profissionais de saúde, especialmente os de enfermagem, devem atuar de forma efetiva junto ao idoso e sua família. O cuidado surge como palavra chave para suprir as necessidades dos idosos, valorizando a autonomia, independência funcional e a comunicação. Ressaltamos a necessidade de treinamentos / capacitações para profissionais de saúde em gerontologia para dar conta da demanda crescente advinda do envelhecimento populacional.



Trabalho 112 - 1/1

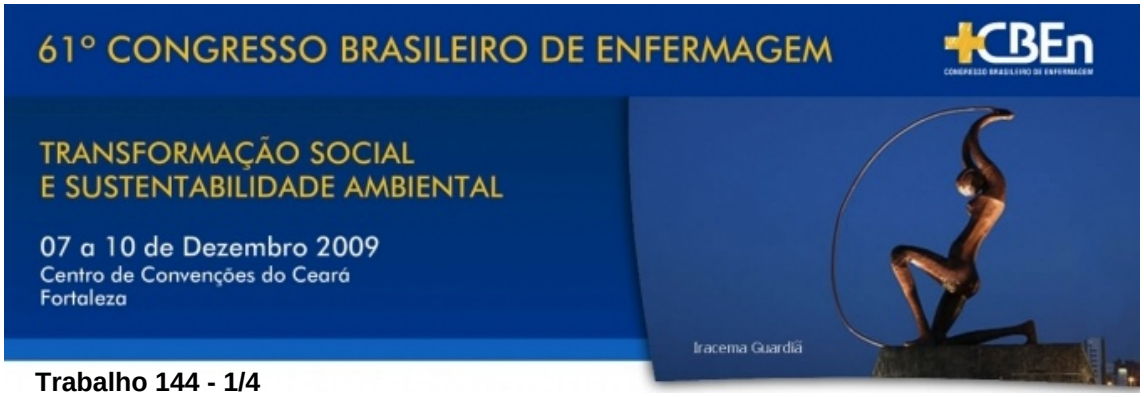
RESUMO

A pesquisa objetivou conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o trabalho em equipe na estratégia saúde da família. Levantar as facilidades e dificuldades dos enfermeiros em relação ao trabalho em equipe. O estudo é do tipo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, e os dados foram colhidos através de entrevistas semi-estruturadas, realizadas com 13 enfermeiras do município de Sorocaba, no mês de agosto de 2009. A análise das entrevistas foi feita a partir da proposta de análise de conteúdo.

Das enfermeiras, 76,9% estão na faixa etária de 20 a 30 anos; 69,2% são casadas; 53,8% tem entre 3 e 5 anos de formação; 23,1% tem especialização em PSF e 46,2% tem especialização em outras áreas; 53,8% trabalham na ESF de 3 a 5 anos; e 23,1% tem experiência em saúde coletiva.

Á percepção dos enfermeiros sobre trabalho em equipe na ESF revelou que o trabalho em equipe apresentou-se quase que restrito ao componente multiprofissional. E com isso foi possível perceber, que a proposta de um trabalho interdisciplinar está presente mais na filosofia do PSF que no fazer cotidiano das equipes. O discurso dos profissionais das ESF, mostrou também como uma das principais dificuldades das USF as condições de trabalho, tanto materiais quanto estruturais, que não condizem com as necessidades da população, nem com os ideais do SUS, comprometendo assim tanto a qualidade da assistência como a motivação dos profissionais que trabalham no ESF.

Entendemos que a discussão dos conceitos de interdisciplinaridade dentro da realidade do ESF é de fundamental importância para provocar mudanças no perfil dos diversos profissionais envolvidos com a estratégia, pois o trabalho em equipe implica um trabalho coletivo, no qual cada profissional coloque seus conhecimentos, sentimentos e expectativas em função de um objetivo partilhado. Não podemos deixar de destacar a importância de buscar políticas publicas que invistam na melhorias das condições de trabalho para que se alcance uma melhor qualidade na assistência a comunidade.



Trabalho 144 - 1/4

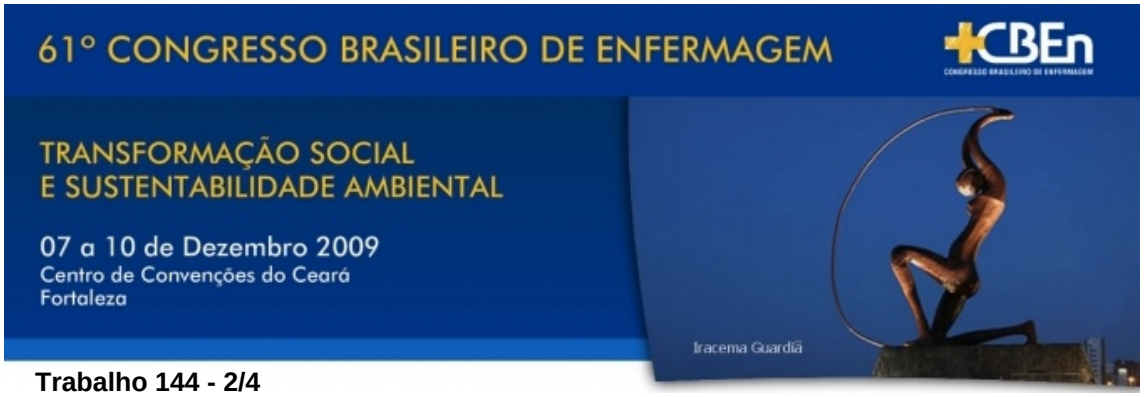
A RESILIÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Diene Monique Carlos (Prefeitura Municipal de Campinas-SP – Centro de Saúde Rosália – Telefone: (19) 32823111; E-mail: diene.carlos@usp.br)

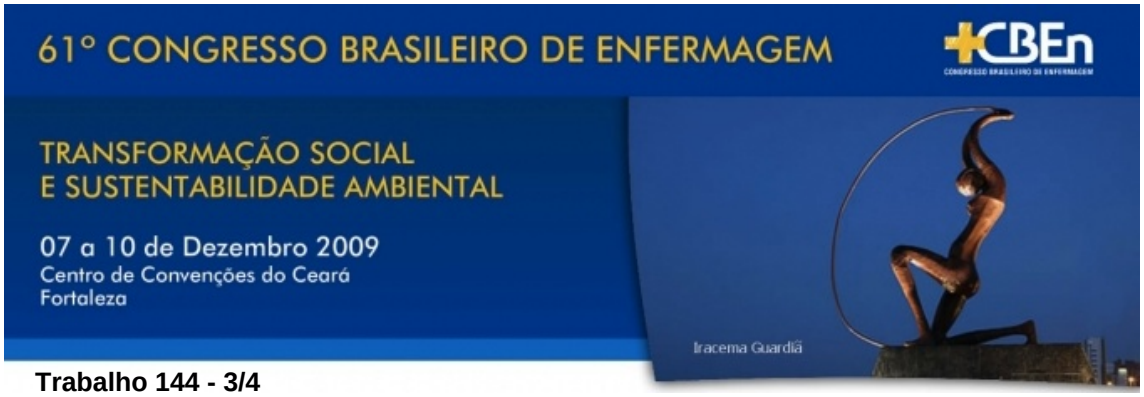
"Assim como outros países considerados em desenvolvimento, o Brasil sofre de problemas cruciais nas áreas de saúde, educação, moradia, trabalho, distribuição de renda acrescidos da violência social. Mas são milhões de pessoas que enfrentam essas dificuldades a cada dia e que lançam de todos os recursos possíveis ao seu alcance para superá-las. Essa capacidade criativa enorme tem caracterizado a auto-imagem do brasileiro, além da solidariedade e bom humor. Portanto, não é demais dizer que existe em nossa cultura um forte potencial de superação que se recria no cotidiano e que faz com que muitas pessoas sonhem e alcancem seus objetivos na vida, apesar das extremas dificuldades com que se deparam."

(ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006)

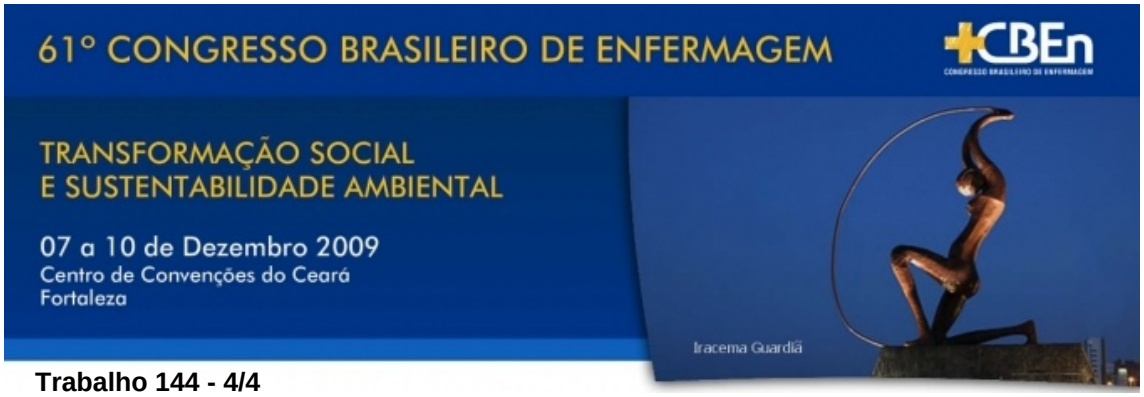
A resiliência em populações envolvidas em situação de risco pessoal e social tem sido alvo de estudos nas últimas décadas. A complexidade que envolve o contexto ecológico da vida nestas situações, proporciona aos indivíduos o desenvolvimento de diversas influências, ora positivas, ora negativas. Essa perspectiva admite que, em um mesmo contexto ecológico evolutivo, diferentes caminhos de desenvolvimento podem ser percorridos, tornando-os vulneráveis ou resilientes. A noção de resiliência foi trazida pelas ciências exatas, principalmente a física e engenharia, e definida como a energia máxima de deformação que um material é capaz de sofrer sem ter alterações permanentes. Nas últimas três décadas, o conceito passou a ser estudado com maior critério pela Psiquiatria e Psicologia, sendo entendido inicialmente como a capacidade de resistir às adversidades; força necessária para que a saúde mental se estabeleça durante a vida; capacidade de adaptação bem sucedida a um ambiente desajustado. Desta forma, percebemos que o foco sempre esteve em características estritamente individuais, privilegiando-se estudos de traços e disposições pessoais que confeririam uma maior capacidade de êxito frente aos problemas. Com o desenvolvimento de estudos, e sua construção ainda sendo efetivada, a noção de resiliência nos últimos anos complexificou-se, e passou a ser abordada nos trabalhos mais recentes como um processo dinâmico que envolve a interação entre processos sociais e intrapsíquicos de risco e proteção, estando ancorada em dois pólos: o da adversidade e o da proteção. A concepção equivocada de



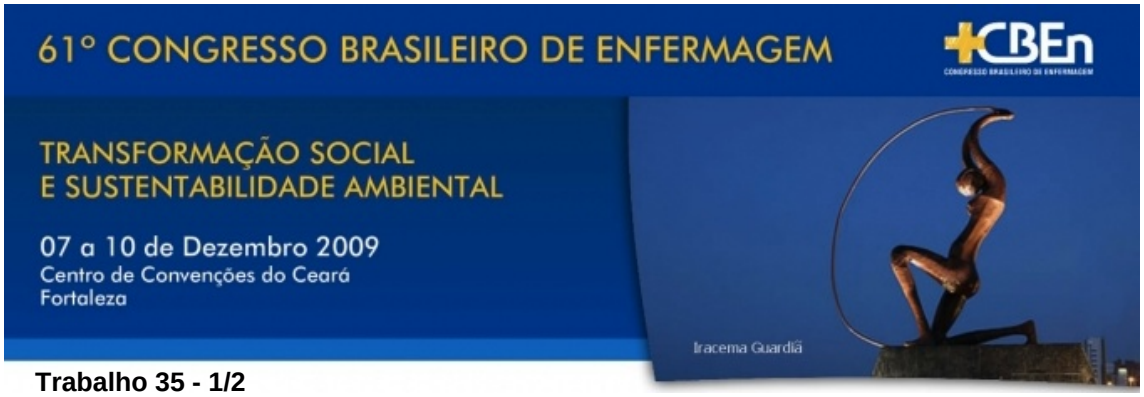
que para ser resiliente uma pessoa deveria absorver um evento estressor e voltar à forma anterior fica esquecida; diante de uma adversidade, um indivíduo resiliente aprende, cresce, se desenvolve e amadurece. Assim, modifica-se o enfoque da resiliência no caráter individual para o foco no contexto de desenvolvimento, considerando as pessoas com as quais o indivíduo interage, os vínculos criados no meio familiar e social e as influências sofridas. Por este aspecto, torna-se necessário uma análise mais criteriosa quanto ao contexto ecológico, de forma a identificar como as pessoas percebem e enfrentam as adversidades decorrentes das relações proximais, bem como a consideração do tempo e do meio em que estão inseridas. Apesar de toda a dificuldade na construção de um conceito que determine a resiliência, e a cautela necessária para que este conceito não a limite, o que deduzimos de todas as teorias é o caráter construtivo da resiliência, que não nasce com o sujeito nem é uma aquisição exclusiva de fora para dentro, mas sim um processo interativo entre a pessoa e seu meio, o qual capacita e fortalece o individuo para lidar positivamente com a adversidade. Quando aspectos individuais e sociais agem proativamente, atuam como fatores de proteção, podendo ser tanto recursos familiares ou sociais como características individuais. Consideramos que falar de resiliência implica, necessariamente, falar de produção de saúde em contextos adversos. A promoção da saúde parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, estando associada a um conjunto de valores que inclui: qualidade de vida, saúde, solidariedade, eqüidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, entre outros. Apresenta como elementos essenciais a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde. Por outro lado, resiliência é um conceito que prioriza o potencial dos seres humanos para produzir saúde, em vez de se ocupar apenas dos transtornos e disfunções, como acontece quando o modelo de assistência é biomédico-hospitalocêntrico. Representa, pois, uma possibilidade de ampliar a compreensão do processo saúde-doença, articulando as relações entre os contextos sociais, culturais, políticos, econômicos, já que é considerada como um fenômeno que se constrói não somente a partir das características pessoais do sujeito, mas, também, do ambiente e das relações que neles e entre eles se desenrolam. Este estudo teve como objetivo descrever a experiência da aplicação do conceito de resiliência na assistência à saúde de uma família, acompanhada por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Campinas – SP. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, descritivo e exploratório; foram garantidos os princípios contidos na Resolução 196/96 proposta pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, relacionados à Pesquisa com Seres Humanos. A família é composta por quatro membros – José, sexo masculino, de 44 anos, etilista crônico há cinco anos, sem sucesso nos tratamentos realizados; Luíza, sexo feminino, de 41 anos, separada de José há 10 anos, porém vivem na mesma



residência, com hipótese diagnóstica de transtorno delirante e psicose; Carol, de 16 anos, sexo feminino, filha de José e Luíza; Orlando, de 14 anos, sexo masculino, também filho de José e Luíza. O caso desta família é trazido pelo Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), localizado na região onde está a unidade de saúde em questão, sendo discutido entre os psicólogos do CRAS, a enfermeira e a agente comunitária da equipe de saúde. Os psicólogos do CRAS atendem Carol devido sua inserção em um Programa de Capacitação para Jovens do município, e esta se mostra bastante angustiada com as situações conflituosas vividas em casa, principalmente pelo etilismo do pai e "as loucuras" da mãe. A agente comunitária de saúde visita a casa da família para compreender a dinâmica familiar; percebe um ótimo vínculo entre José e os filhos, e como este exerce a função de pedreiro, está melhorando as condições de moradia; ele demonstra preocupação com os filhos e com o futuro, expressando desejo de interromper o etilismo. Discutimos então a situação com o médico psiquiatra da unidade, sendo agendada uma consulta para José; após a consulta médica, e tendo como hipótese diagnóstica depressão e dpressão alcoólica, é iniciado tratamento medicamentoso proposto. Posteriormente são realizadas visitas domiciliares semanais, e retorno para José semanalmente com a enfermeira para continuidade da assistência. Ele responde bem ao tratamento e se mantém em abstinência alcoólica; é detectado Sífilis nos exames laboratoriais, e este realiza o tratamento conforme protocolo. Relata estar indo à igreja e receber muito apoio pelo CRAS. Após discussão do caso em reunião da equipe de saúde da unidade, juntamente com os profissionais do CRAS, e embasados no conceito de resiliência, elaboramos um projeto terapêutico para a família, buscando fortalecimento dos pontos positivos e de fatores de proteção – promover ações que melhorem os vínculos entre os familiares e os profissionais de saúde; visitas domiciliares semanais; agendamento de consultas de ginecologia e psiquiatria para Luiza, com fins de continuar o tratamento e estreitar os laços; oferecer apoio e estímulo a José, buscando continuidade do tratamento; inserção de Orlando em projeto para adolescentes; nova avaliação psicológica para Carol. Percebemos que desta forma, a equipe multiprofissional de saúde da família pode se tornar fator de proteção, e se apresentar como uma rede de apoio. A estratégia de utilizar o conceito de resiliência na promoção da saúde da família identifica aspectos positivos e sadios do núcleo familiar, e permite cultivar o potencial existente na pessoa e no ambiente em que ela vive, mesmo naqueles "fadados ao fracasso". Existem várias famílias que se mostram hábeis na tomada de decisões e superação de desafios. A promoção da resiliência e, por conseguinte, da saúde necessita ser caracterizada como um amplo conjunto de estratégias que se articulam através de ações intersetoriais e interdisciplinares, possibilitando compatibilizar políticas públicas saudáveis, ampliar medidas protetoras e construir ambientes favoráveis à saúde. Seu potencial sinaliza possíveis caminhos para trabalhar com problemas graves que cada vez mais



se intensificam em conseqüência das condições sociais, econômicas, políticas que assolam o mundo todo e repercutem sobre o desenvolvimento dos indivíduos. O conceito também se mostra totalmente apropriado para a área da enfermagem, apontando que o papel do enfermeiro, como elemento da equipe de saúde, implica em uma postura mais ativa e acolhedora, apropriando-se de novos conhecimentos e práticas, instrumentalizando-os na transformação da atenção à saúde da população.

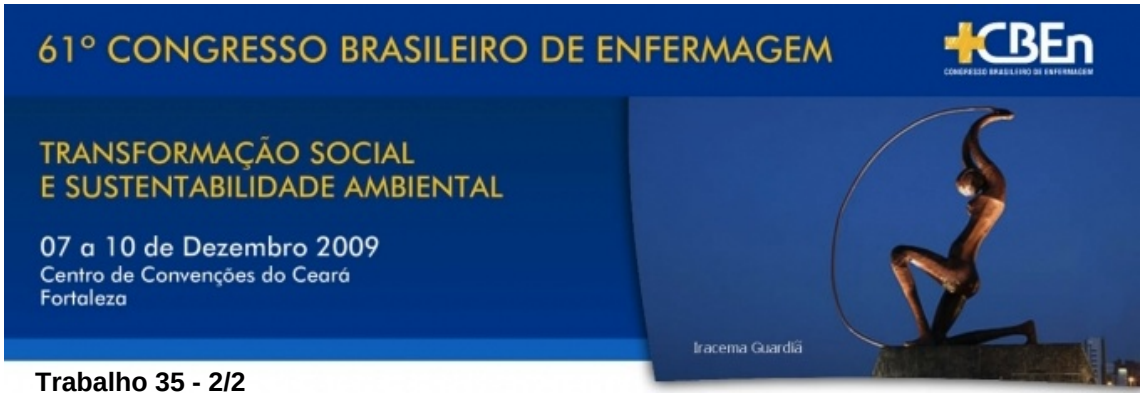


Trabalho 35 - 1/2

A TERRITORIALIZAÇÃO ENQUANTO ESTRATÉGIA NORTEADORA DAS AÇÕES DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Kelly Maciel Silva (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC; (kellymacielsilva@yahoo.com.br) (48) 32572056
Juliana Balbinot Reis Girondi (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC; Hospital Universitário HU/UFSC)
Elizimara Ferreira Siqueira (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC)
Janelice de Azevedo Neves Bastiani (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC)
Silvia Maria de Azevedo dos Santos (Pós Graduação Enfermagem UFSC)

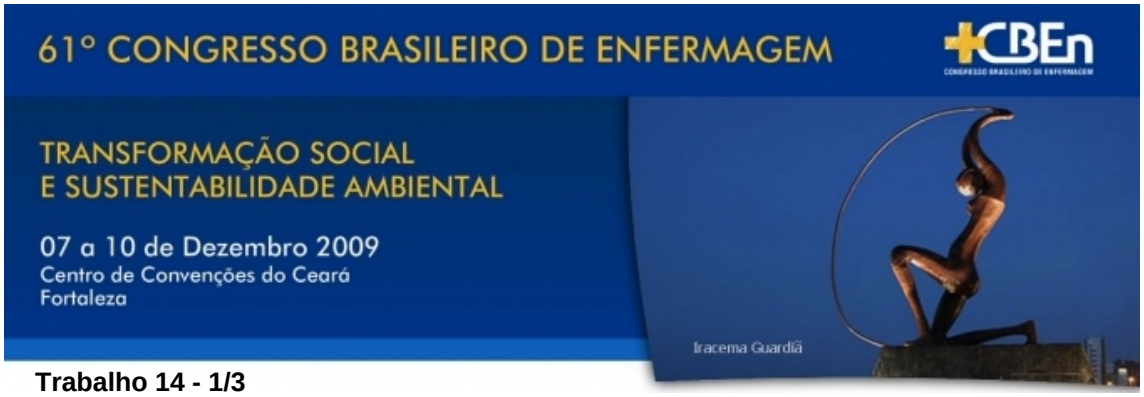
INTRODUÇÃO: No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 80, desencadeou inúmeras ações, dentre elas, a estruturação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na década de 90 e consequentemente a formulação da Estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). No município de Florianópolis o PACS teve início no ano de 1994 e a ESF em 1996, consolidando a parceria entre a esfera federal e municipal no novo modelo de atenção à saúde. Todas estas estratégias são desenvolvidas num cenário, o qual constitui um território, onde vive uma determinada comunidade. Segundo Mendes (1993), o território é um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política. O território nunca está acabado, e sim, em constante construção e reconstrução. É a concepção de território- processo, que além de um território-solo é um território econômico, político, cultural e epidemiológico, configurando uma realidade de saúde sempre em movimento, nunca pronto. Desta forma, sendo o território um elemento fundamental no planejamento e na operacionalização das ações desenvolvidas pelas equipes de ESF, a definição dos limites geográficos e a promoção da acessibilidade devem ser discutidos com a própria comunidade/usuários. Este estudo apresenta o relato do processo de territorialização, tendo como estratégia utilizada o mapeamento das áreas de abrangência e influência de um centro de saúde localizado em Florianópolis-SC, no final do segundo semestre de 2007. Florianópolis, no âmbito da saúde, comfigura-se em cinco Distritos Sanitários, cada qual com um território sob sua responsabilidade. O modelo até então utilizado para definição de território leva em conta os setores censitários segundo o IBGE, não considerando a participação da equipe de saúde da família e da comunidade. Tal unidade localiza-se na periferia do município citado contando atualmente com 05 equipes do Programa de Saúde da Família, tendo uma população 15.000 habitantes. A escolha deste centro de saúde fundamentou-se na necessidade de redefinição do território, haja visto o número de famílias por área de abrangência e influência, proximidade/acessibilidade à unidade de referência e por ser uma área de interesse social.. **OBJETIVOS:** Investigar a acessibilidade aos serviços de saúde e levantar dados epidemiológicos na área de abrangência a fim de propor mudanças na territorialização de um Centro de Saúde, localizado em Florianópolis/SC. **METODOLOGIA:** Pesquisa exploratória descritiva, de caráter quantitativo, por meio de instrumento semi – estruturado para coleta de dados junto aos usuários/famílias. Através da aplicação deste instrumento, investigou-se a acessibilidade da população ao centro de saúde e aos serviços de saúde oferecidos pelo mesmo. Os dados foram analisados pelas equipes de saúde da família em parceria com a Residência em Saúde da família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e o Distrito Sanitário. Após, os dados foram discutidos, possibilitando a reflexão sobre os novos rumos para territorialização. **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:** Constatou-se a importância de se trabalhar em parceria com a comunidade e com as equipes de saúde da família, pois além do estabelecimento de vínculos, cria-se uma co-responsabilidade entre essas parcerias. É imprescindível o conhecimento do território da área de abrangência pela unidade local de saúde levantando o perfil das famílias adscrita nesse espaço produzindo indicadores de saúde que nortearam o trabalho das Equipes do Programa da Família (ESF). Aprendemos a identificar/visualizar cada área a partir do olhar do usuário/família do SUS,



partindo de uma territorialização horizontal, onde cada usuário/família seria participante ativo do processo, levando em conta suas especificidades, necessidades e acessibilidade ao serviço. Além disso, deve-se salientar a importância de, no processo de territorialização, ser levado em conta, além do aspecto quantitativo (dados epidemiológicos), outros critérios tais como: áreas de interesse social (onde a comunidade, na sua maioria, é usuária do SUS), verificação de alta densidade demográfica, elevado número de marcadores de atenção básica, a acessibilidade, dentre outros. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O presente trabalho constitui-se numa ferramenta importante para o processo de territorialização, respeitando todos os sujeitos envolvidos, tornando a participação popular um termômetro capaz de aferir acessibilidade dos usuários ao serviço, assim como a avaliar o serviço prestado através da dinâmica de escuta qualificada. Dessa forma, a organização, formulação de atendimentos, organização e avaliação dos serviços prestados, designa ao usuário/família o atendimento das suas necessidades levando em conta as determinações geográficas (territorialização) epidemiológicas e sociais (cadastramento). Para o Enfermeiro constitui-se um desafio pela necessidade de fazer da Territorialização um instrumento de ações assertivas e resolutiva. A busca por estratégias resolutivas passa necessariamente pela atuação do enfermeiro, que necessita usar o seu conhecimento e autonomia profissional junto à comunidade onde a resolutividade não deve ser entendida apenas na perspectiva da doença, mas também no sentido de promoção de saúde.

REFERÊNCIAS:

SMEKE, E.L.M.; SALUM, G.A. Capacitação em saúde da família na territorialização. Disponível em http://www.puc-campinas.edu.br. Acessado em 02/05/08.
FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: Contradições e novos desafios. Disponível http://www.datasus.gov.br. Acessado em 02/05/08.
MENDES, E. V. *DISTRITO SANITÁRIO: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*, 1993.



Trabalho 14 - 1/3

ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA GESTÃO PARTICIPATIVA: EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE SAUDE DA FAMILIA

ESMERALDO, Geordany Rose de Oliveira Viana (SMS/SER II) [1]

OLIVEIRA, Lucia Conde de (UECE)

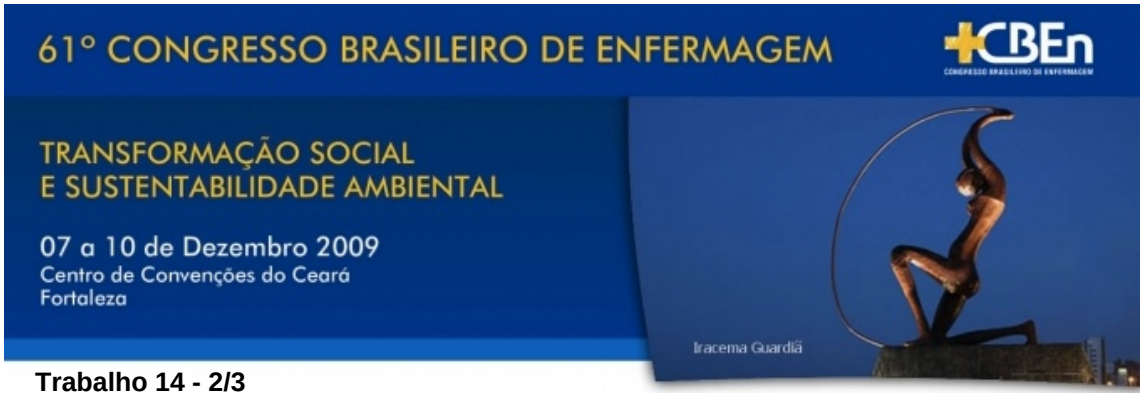
ESMERALDO FILHO, Carlos Eduardo (UECE/FANOR)

SOUSA, Keylla Márcia Menezes de (SMS/SER II)

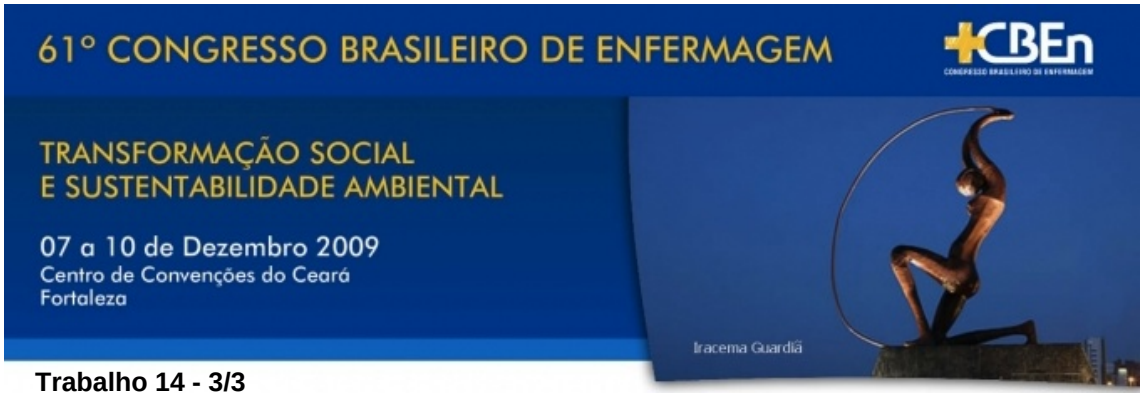
ARAUJO, Michell Ângelo Marques (SMS/SER II)

A atenção básica no município de Fortaleza, até o ano de 2006, não tinha como eixo estruturante a Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que a cobertura da ESF atingia apenas 15% da população. O cenário caracterizava-se, portanto, por hospitais superlotados, absorvendo necessidades de saúde que poderiam ser resolvidos na atenção básica, culminando na desorganização do serviço. Nas unidades de saúde, os atendimentos eram ainda centrados na queixa, com ênfase em ações curativas, individuais, em detrimento de intervenções no âmbito da saúde coletiva, de promoção da saúde da família e da comunidade. Em meados de 2006, a cobertura da ESF aumentou para 43,44%, após a contratação de 850 novos profissionais mediante concurso público. O fato de ter aumentado o número de profissionais através da implantação das equipes não dava nenhuma garantia de mudanças nas relações ocorridas no processo de trabalho e nas questões que permeiam a humanização dos serviços. A dinâmica das unidades, de certa forma, ainda continuavam impondo barreiras, como: fichas de atendimento por ordem de chegada, cartazes informando número de consultas ofertadas no dia, grades, filas e triagem. Esses obstáculos estruturais e funcionais limitavam o acesso do usuário, ferindo o principio da universalidade. A partir desse cenário, a SMS de Fortaleza-CE decidiu implantar, em 2006, o acolhimento, um dos eixos estruturantes da Política Nacional de Humanização, como dispositivo de mudança no processo de trabalho em saúde, proposta então pelo Ministério da Saúde (MS) e Política Nacional de Humanização (PNH). O objetivo deste trabalho é analisar a trajetória de implantação do acolhimento num Centro de Saúde da Família (CSF) do município de Fortaleza-CE, pensado como estratégia de fortalecimento da gestão participativa no âmbito do SUS. A metodologia incluiu, inicialmente, a realização de um curso, em

[1] Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza-CE. E-mail:geordanyrose@yahoo.com.br

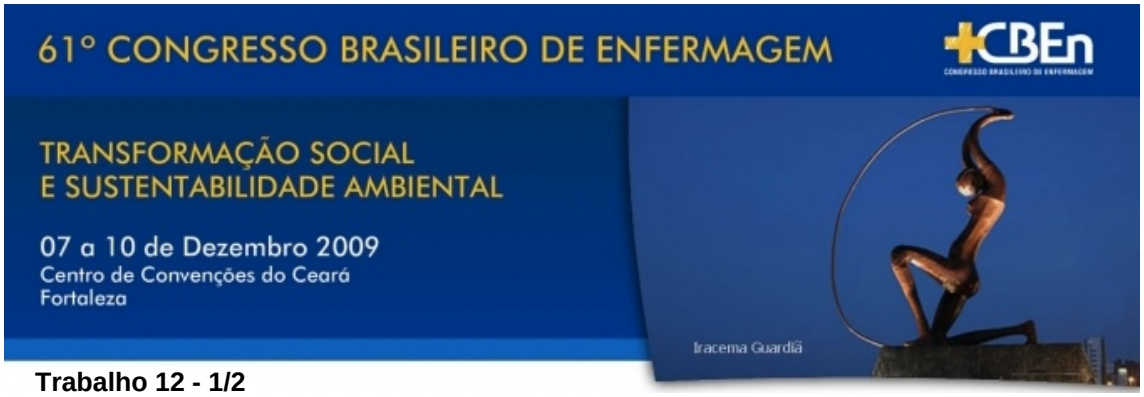


2005, denominado FORTALEZA HUMANIZA SUS, onde cerca de 5000 servidores foram treinados, com uma carga horária de 20h. Num segundo momento, foram formados 150 facilitadores, em três turmas de 50 pessoas e com carga horária de 40h. Os módulos da formação abordaram os seguintes temas: Política e Gestão em Saúde, Educação Permanente em Saúde, Política de Humanização em Saúde, Acolhimento e Metodologia para o curso de Humanização, a ser trabalhado nas unidades de saúde. Essa segunda etapa foi realizada em janeiro e fevereiro de 2006 nos diversos níveis de atenção e nível central da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, visando discutir a Política Nacional Humanização – PNH - e a Política Municipal de Humanização – PMH - com grupos de trabalhadores, e implementar mudanças nos processos de trabalho. Na terceira fase, o processo de transformação se deu no próprio trabalho através de uma metodologia participativa, problematizadora, reflexiva, dialógica utilizando recursos de dinâmicas, dramatizações, vivências e leituras de texto. A implantação do acolhimento propriamente dita iniciou em alguns CSFs, como projeto piloto, que somente depois foi expandido para as outras unidades. O treinamento das equipes ocorreu de forma paralela à implementação do acolhimento nas unidades. As primeiras discussões foram realizadas pela equipe dirigente do nível central da SMS e da SER-II. A partir daí, iniciou-se um processo de sensibilização dos profissionais, mediante a realização de oficinas e capacitação dos facilitadores. Neste contexto, varias questões foram levantadas, entre as quais, o acolhimento e o relacionamento trabalhador-usuário. Objetivamente, foram levantados três eixos: acolhimento e ambiência, gestão compartilhada da clínica e saúde do trabalhador. A avaliação no acolhimento é realizada com classificação de risco (social e sanitário). Na atenção básica, trabalha-se mais com a vulnerabilidade e na atenção secundária e terciária com o risco iminente de vida. Essa reorientação do risco supera a lógica da ordem de chegada e prioriza os casos de acordo com sua complexidade, gravidade e o grau de necessidade, seja ele individual, familiar e social. Ademais, a estratégia de acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade destacou-se como de alta relevância, uma vez que os conceitos de vínculo e território necessitavam ser postos em prática, apontados como pressupostos teóricos do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF). Fazia-se necessária a atenção da clientela e território adscritos às equipes de Saúde da Família, visando à qualificação do atendimento e fortalecimento do vínculo. Observamos, como resultados: aproximação entre gestão e assistência; iniciativas de ações nos serviços com perfil humanizador; motivação dos trabalhadores em participar dos cursos referente a humanização; indícios de um maior compromisso e participação dos trabalhadores; incorporação da idéia da humanização no imaginário dos trabalhadores da saúde, mesmo os que não realizaram o curso de humanização; indícios de sentimento de valorização e importância no processo de construção do SUS; o envolvimento de todos os trabalhadores, desde o vigia



ao médico da unidade; atendimento mais humanizado a partir da contextualização da queixa, ultrapassando a simples triagem; atendimento individualizado e com privacidade; a organização do serviço; a não imposição de local, horário e limite de fichas; o compartilhamento de informações a respeito do funcionamento da dinâmica da unidade; e, por fim, a promoção da educação em saúde. Acreditamos, entretanto, que a estratégia de acolhimento em Fortaleza ainda é muito incipiente. Dessa forma, as considerações feitas nesse trabalho são em parte reflexões para que se possa permanecer em constante transformação das práticas de saúde. Podemos, sim, perceber uma mudança na relação profissional e usuário, que passa a ser mais democrática e horizontal. Mas é claro que, diante da forte tradição autoritária e medicalizada da cultura brasileira, ainda existe um caráter vertical e tecnicista na relação profissional e usuário. Nem todas as unidades de saúde aderiram igualmente à estratégia. Ainda há muita resistência a essas mudanças no processo de trabalho e de atendimento em saúde. O processo de acolhimento tal como pensamos não é, obviamente, o único meio de democratização e de fomento à gestão participativa. Mas é uma estratégia que deve se vincular às várias outras, tais como a reorientação das práticas de saúde voltadas à promoção da saúde, a intersetorialidade nas políticas públicas e o efetivo funcionamento dos conselhos de saúde, como forma de potencializar a gestão democrática e participativa em saúde. Pensar e fazer acolhimento no âmbito da enfermagem permite expressar não só o cuidado voltado para usuário, cerne de nossa profissão, mas também de fortalecer o trabalho interdisciplinar, o vínculo com a comunidade e o grau de resolubilidade.

DESCRITORES: SAÚDE DA FAMÍLIA, ACOLHIMENTO, GESTÃO PARTICIPATIVA



Trabalho 12 - 1/2

A ANÁLISE DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

ESMERALDO, Geordany Rose de Oliveira Viana (SMS/SER II)[1]

OLIVEIRA, Lucia Conde de (UECE)

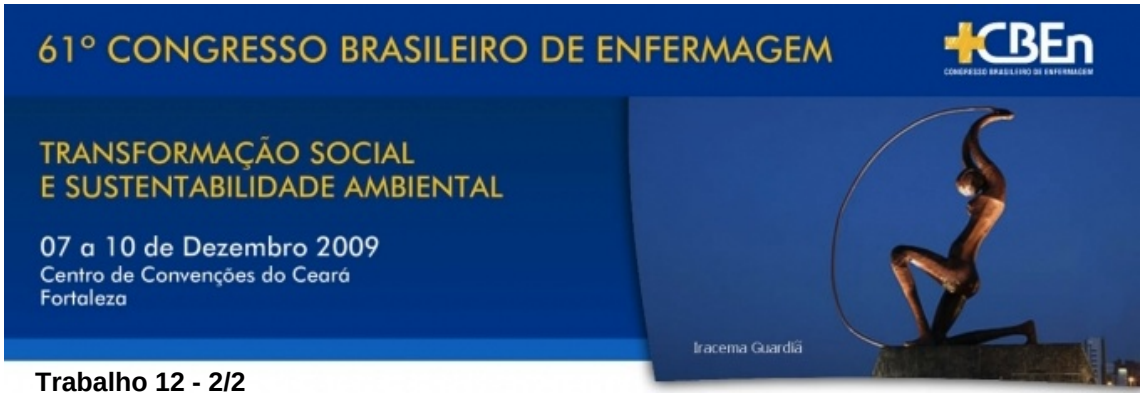
ESMERALDO FILHO, Carlos Eduardo(UECE/FANOR)

SOUSA, Keylla Márcia Menezes de (SMS/SERII)

ARAUJO, Michell Ângelo Marques de (SMS/SER II)

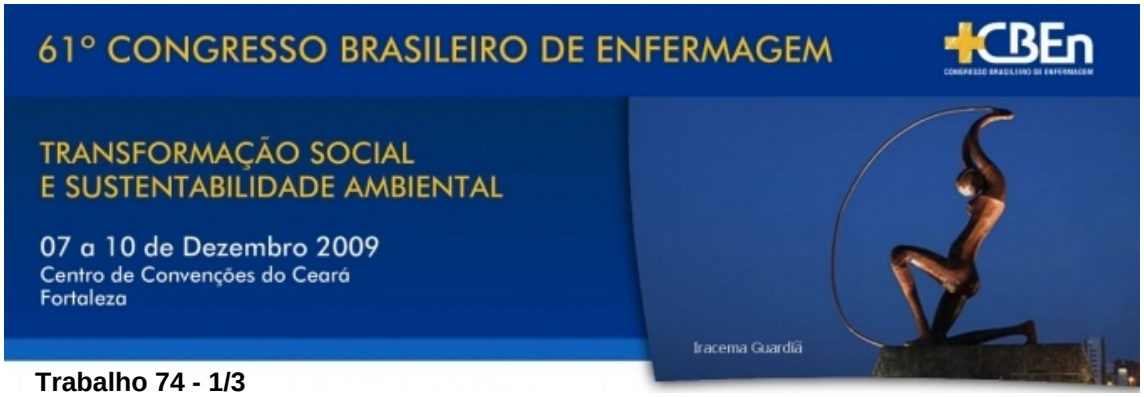
A discussão da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Fortaleza data de 1997, mas apenas em 1999 foram formadas as primeiras equipes. Essa cobertura chegou a 15% em 2000, porém permaneceu estanque até meados de 2006, quando o poder público municipal optou pela reorientação do modelo dominante de atenção à saúde em Fortaleza e realizou concurso público, onde foram convocados 850 novos profissionais, entre eles, 300 médicos, 300 enfermeiros e 250 dentistas, para formarem novas equipes de saúde da família, ampliando a cobertura de 15% para 50%. Apesar do aumento significativo do número de profissionais nas unidades para atender a população, o investimento em recursos humanos e materiais, por si só, não resolveria o problema da alta demanda por assistência. Diante da grande demanda, as unidades continuavam impondo barreiras de acesso, ainda que de forma não intencional, como forma de racionar a oferta, tais como: fichas de atendimento por ordem de chegada, cartazes informando número de consultas ofertadas no dia, filas e triagem. A reorientação do modelo de atenção tem como centro a mudança das práticas, fundamentalmente, a relação entre equipe de saúde e usuários. A partir desse cenário, a SMS de Fortaleza-CE tomou a decisão política de adotar a Política Nacional de Humanização (PNH) proposta pelo Ministério da Saúde (MS), destacando como estratégia central desta implantação o acolhimento, como dispositivo de mudança no processo de trabalho em saúde, em todas as unidades municipais de saúde. O acolhimento constitui uma estratégia de como operar o processo de trabalho em saúde que traz um novo significado na relação profissional-usuário, o qual é considerado em toda a sua subjetividade. Com a inserção do acolhimento no modelo de atenção à saúde, o processo de trabalho em saúde e a porta de entrada da unidade devem ser modificados, para facilitar o acesso do usuário.Nesta trajetória de implantação do acolhimento, alguns questionamentos emergem. Como é realizado o acolhimento nesta unidade? Que mudanças ocorreram no atendimento dos usuários desse serviço de saúde? O que pensam esses usuários sobre o acolhimento implantado? Diante deste contexto, traçamos como objetivo geral analisar a estratégia de acolhimento desenvolvida em um centro de saúde da família sob a perspectiva do usuário. Trata-se de uma pesquisa analítica e exploratória de abordagem qualitativa, realizada no Centro de Saúde Benedito Artur de Carvalho, situado na Secretaria Executiva Regional II, no Município de Fortaleza-Ceará. O CSF-BAC conta hoje com 04 equipes de Saúde da Família, 02 funcionando no período manhã e tarde e 02 no período tarde e noite, conta ainda com especialistas (Gineco-Obstetra, Pediatra e Clínico Geral), psicóloga, nutricionista, profissionais com carga horária de 20h (nível superior e médio). O estudo ocorreu no período de junho a agosto de 2007, tendo como sujeitos vinte usuários desse Centro. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, aplicado após o usuário ser atendido na unidade. Depois do processamento manual dos dados, foi utilizado o método de análise de conteúdo, de Bardin. Algumas categorias foram criadas com

[1] Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza-CE. E-mail:geordanyrose@yahoo.com.br



base nas unidades temáticas: acolhimento – algo desconhecido? cuidado, atenção e carinho – sinônimos de acolhimento; acolhimento - espaço de escuta; acolhimento - gerando mudanças no serviço; acolhimento - um caminho a percorrer. Embora seja uma proposta nova e com pouco tempo de implantação no município de Fortaleza, identificamos que muitos usuários perceberam que houve alguma mudança na dinâmica do atendimento na unidade, mas não souberam expressar através de suas respostas a sua compreensão do que seja o acolhimento. A estratégia de acolhimento para muitos usuários é algo novo e desconhecido, originando conflitos, por trazer mudanças na dinâmica do processo de trabalho, e a adaptação deve ser esperada à medida que o serviço se organize. Percebemos dificuldades por parte dos usuários em construir uma definição que melhor se adequasse à proposta implementada ou a concepção equivocada, atrelando o acolhimento como uma forma de monitorar os pacientes e/ou associando a uma espécie de triagem. Outros perceberam o acolhimento enquanto mudança atribuindo significados que expressavam sentimentos de acolhida, tais como: atenção, cuidado, escuta, apoio e respeito. Na medida em que chegavam à unidade, na maioria das vezes fragilizados e carentes, com a implantação do acolhimento, passaram a ser mais bem recebidos e tratados com carinho e atenção. Isso para eles era traduzido e sentido como uma postura de acolhida. A percepção que os usuários tiveram sobre o acolhimento foi vista também como um espaço de escuta qualificada, na medida em que relataram em suas respostas aspectos importantes que envolvem a importância de ouvir, a escuta como apoio, a privacidade, a necessidade de ser escutado, a escuta gerando soluções e resolutividade e a amplitude que uma escuta qualificada pode gerar. Outros encontram nessa estratégia um espaço de escuta, de boas-vindas, atenção e direcionamento de seus diversos problemas, constatando mudanças, algumas percebidas pelos usuários como melhoria após sua implantação. É importante destacar que, no momento em que os usuários relataram que o acolhimento não era somente resolver os problemas de saúde, mas também outros problemas, podemos perceber a valorização da subjetividade, entendendo o sujeito na sua singularidade e como parte de um contexto socioeconômico e cultural que nos permite ver muito mais do que um simples problema de saúde. Ficam evidentes as mudanças ocorridas no serviço após a implantação do acolhimento como operacionalização de uma nova dinâmica do processo de trabalho em saúde. O estudo aponta novas possibilidades e novos caminhos, tais como a necessidade de repensar constantemente a respeito das práticas humanizadoras, bem como a importância a de promover uma maior aproximação entre o profissional e o usuário, fortalecendo o estabelecimento dos vínculos, e, consequentemente, melhorando a qualidade do atendimento. A partir do acolhimento, o usuário passa a ser percebido dentro de uma perspectiva integral e contextualizada. Nosso desafio é encontrar novas formas de adequar essa proposta às necessidades da população assistida. Esperamos com essa análise trazer reflexões nessa nova forma de acolher e assim contribuir com a eficiência nos serviços de saúde. No âmbito da enfermagem permite repensar os seus saberes e práticas, centrados no cuidado, ferramenta muito utilizada no exercício da prática do acolhimento. Permite ainda a reflexão por parte dos enfermeiros de novas possibilidades de construção do fazer compartilhado, a partir das necessidades do outro, possibilitando um atendimento individualizado. Fortalece o trabalho interdisciplinar, o vínculo com a comunidade e o grau de resolubilidade do serviço.

Palavras-chave: Acolhimento; Saúde da Família; Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Humanização da Assistência

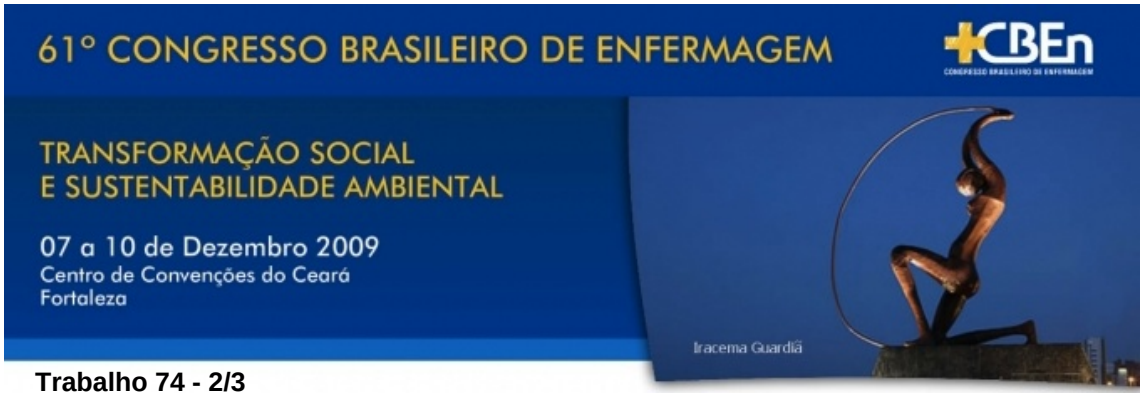


Trabalho 74 - 1/3

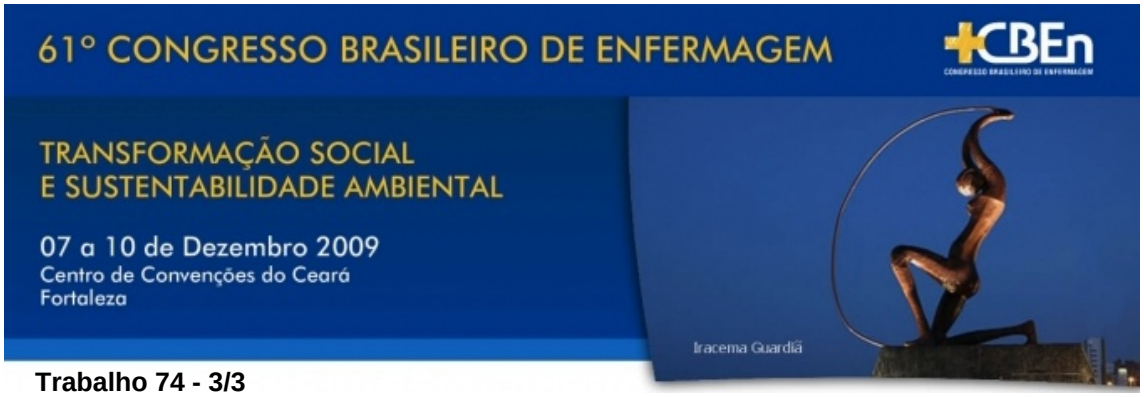
CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CENÁRIO DE ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

Liana Mara Rocha Teles (Enfermeira. Programa Saúde da Família – São Gonçalo do Amarante – CE).
E-mail: lianinhamara@yahoo.com.br
Camila Félix Américo (Mestranda em Enfermagem – Universidade Federal do Ceará)
Escolástica Rejane Ferreira Moura (Doutora em Enfermagem – Universidade Federal do Ceará).
Ana Kelve de Castro Damasceno (Doutora em Enfermagem – Universidade Federal do Ceará)

INTRODUÇÃO: A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial à saúde, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. A Equipe de Saúde da Família (ESF) deve estar composta; por Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde - ACS. Como membro da ESF, o ACS funciona como um elo entre a equipe e a comunidade, tendo entre suas atribuições específicas desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças (BRASIL, 2001). O planejamento familiar consiste em um conjunto de ações pelas quais são oferecidos recursos para auxiliar a concepção e a anticoncepção, conforme a escolha da(o) usuária(o) e /ou casal. Esses recursos devem ser cientificamente aceitos, não por em risco a saúde e a vida das pessoas que fazem uso e serem ofertados em variedade e quantidade satisfatórias para garantir aos usuários o direito de livre escolha (BRASIL, 2006). Assim, como multiplicador de informação de saúde à comunidade, o ACS precisa manter-se familiarizado e atualizado com tal assunto. Partindo desse entendimento, cabe ao enfermeiro, enquanto coordenador da ESF, desenvolver competências, de forma a mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes que o levem a articular uma prática pedagógica de caráter emancipatório (BRASIL, 2003). Nessa perspectiva, objetivou-se descrever ~~a~~ experiência de realização de uma oficina de capacitação para ACS de Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre Planejamento Familiar. METODOLOGIA: Trata-se de relato de experiência de oficina educativa realizada com 11 ACS integrantes de uma ESF localizada em município do interior cearense. Utilizou-se como princípio norteador a metodologia da problematização trazida por Berbel (1998), que prega a potencialização da aprendizagem do aluno, participante e agente da transformação social, para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais. A oficina foi promovida por enfermeira e médica integrantes da ESF, em maio de 2009. Foram realizados quatro encontros semanais, cada encontro com duração de uma hora que abordaram aspectos do Planejamento Familiar, abrangendo: sistema reprodutor feminino e masculino; métodos anticoncepcionais e mitos e tabus relacionados aos mesmos. Utilizou-se metodologia



participativa, do tipo exposição dialogada com apoio de recursos visuais, demonstrações, discussões em grupo e casos práticos com enfoque em mitos e tabus em planejamento familiar. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Primeiro encontro: exploraram-se características do sistema reprodutor feminino e masculino, com apoio visual de álbum seriado e modelos anatômicos. Diante das ilustrações do álbum seriado surgiram dúvidas a respeito dos métodos cirúrgicos de contracepção, que foram então discutidos na ocasião. Em seguida, abordaram-se os métodos de barreira, sendo utilizada o modelo peniano para a demonstração da colocação do preservativo masculino. O preservativo feminino, diafragma e espermicida foram explanados com apoio de ilustrações e mostras de métodos contraceptivos para visualização. As dúvidas recaíram principalmente quanto ao uso do preservativo feminino e diafragma: como colocar? Qualquer mulher pode usar o diafragma? Segundo encontro: explanou-se sobre o Dispositivo Intra Uterino (DIU), sendo utilizada ilustração para a visualização do método e modo de colocação em modelo uterino. Nesta ocasião, surgiu um debate quanto ao DIU ser um método abortivo. Em seguida, abordaram-se os Anticoncepcionais Hormonais Orais (AHO). Antes dessa abordagem, foram distribuídas frases representativas de mitos e tabus referentes aos mesmos. Cada participante foi estimulado a comentar a frase recebida e, a partir desse comentário, desmitificavam-se os mitos e tabus existentes. Terceiro encontro: foi abordado o injetável combinado, com desconstrução de tabus e mitos a respeito deste método, a destacar: ganho de peso em todas as mulheres; risco para infertilidade e esterilidade; diminuição da libido, prurido vulvar; aborto, formação de massa no útero e retenção de sangue na cabeça. Todos estes aspectos foram apresentados pelos ACS, resultantes da interação desses profissionais com a comunidade Quarto encontro: explorou-se a minipílula com explicação sobre o modo de ação, uso correto e quem pode utilizar. Também se falou da pílula do dia seguinte, métodos comportamentais e Lactação com Amenorréia (LAM). O método com o qual os ACS demonstraram maior familiaridade foi com o preservativo masculino, porém sua motivação parecia estar direcionada a aquisição de conhecimentos referentes aos métodos hormonais, já que as dúvidas da comunidade geralmente recaem sobre estes. Os ACS demonstraram pouco interesse em aprender sobre métodos comportamentais. Os métodos comportamentais são os de menor adesão e menor conhecimento por parte da população, que sente dificuldade em elegê-los como método de escolha. A medicalização pode ser vista como mais prática, “concreta” e imediata do que a mudança de comportamento, além disso, pode haver um “desvaler” da observação/exploração do corpo entre as mulheres, o que minimiza o interesse em realizar os métodos comportamentais, o que se soma a um descrédito dado, muitas vezes, pelos próprios profissionais de saúde. Pelas discussões propiciadas nas oficinas e pela vivência dos profissionais que dela participaram, percebeu-se que nas microáreas de atuação dos agentes de saúde há uma tendência da



população feminina em desacreditar na eficácia dos métodos comportamentais. Para as mulheres o medicar é mais confiável, pensamento comprovado na natureza das dúvidas que emergiram nas oficinas, trazidas pelos ACS como porta vozes do contexto comunitário, a saber: só se deve tomar o comprimido quando o esposo chega de viagem (marido caminhoneiro); espera terminar a menstruação para começar a próxima cartela ou tomar a próxima injeção. O método comportamental mais trabalhado foi a LAM, na ocasião da oficina de métodos hormonais exclusivos de progestágenos (indicados para mulheres em Aleitamento Materno). Foi enfocado o duplo benefício do método, a alta eficácia e suas condições para realização. Os ACS mostraram-se satisfeitos com as justificativas para a promoção do método, no entanto, ainda ouviram-se comentários como: “mais acredito mais no comprimido”; “eu que não vou arriscar”. Na ocasião do curso, também foi discutido que o Programa de Planejamento Familiar também envolve ações de auxílio à concepção, conforme escolha do usuário ou do casal. CONCLUSÃO: A realização de oficinas de capacitação propicia a formação de agentes comunitários multiplicadores de saúde em potencial, que otimizarão a adesão de práticas mais conscientes de Planejamento Familiar, difundidas pela equipe multiprofissional de atenção básica a saúde. Dessa forma, ao lançar mão de estratégias educativas em Planejamento Familiar para ACS, o enfermeiro estará ampliando a abrangência do cuidado em saúde reprodutiva, permitindo e facilitando o acesso, informação e continuidade do uso do método dentro da comunidade.

Descritores: Planejamento Familiar; Educação; Programa Saúde da Família.

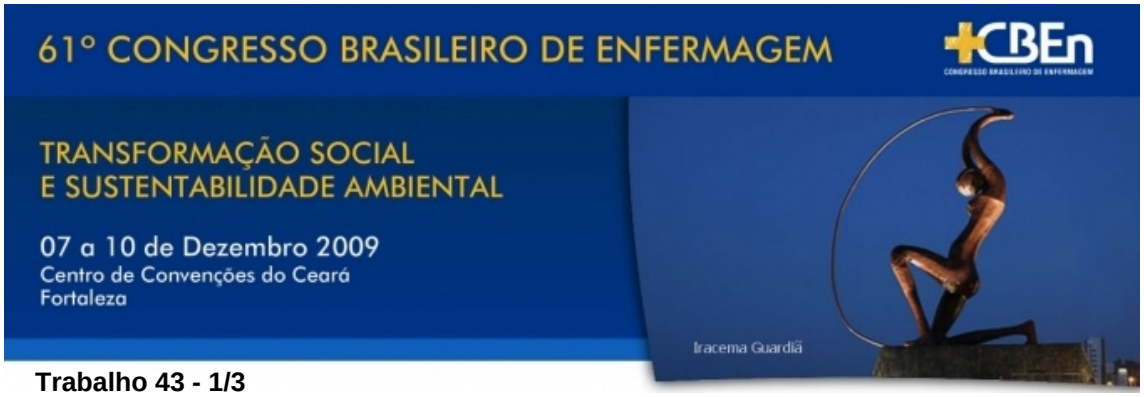
BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL. **Oficinas de educação em saúde e comunicação. -** Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001.80 p.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde enfermagem. Guia do aluno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

4. BERBEL, N.A.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos. Interface Comun Saúde Educ 1998; 2:139-54. Brasil. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família, Parte II.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001.



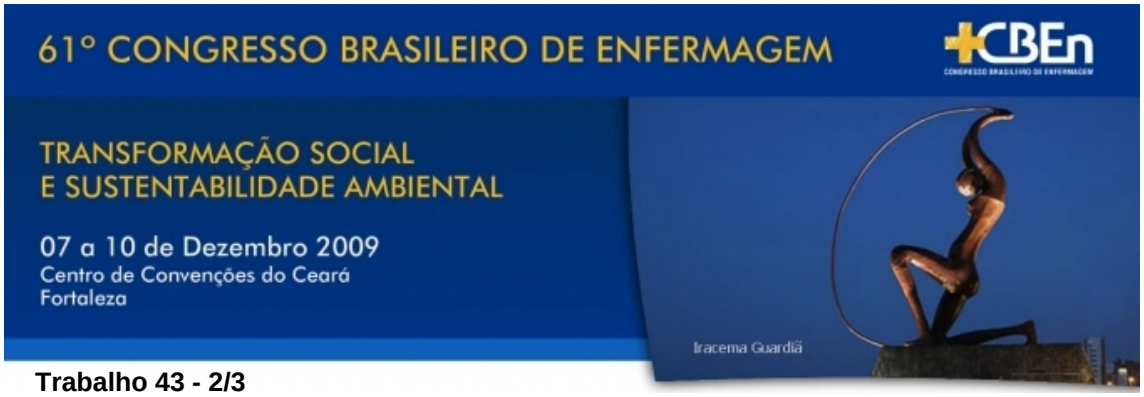
Trabalho 43 - 1/3

CONSULTA DO ENFERMEIRO NO PUERPÉRIO: A CONTRIBUIÇÃO DO SISTEMA INTEGRAÇÃO

Barreto, Claudine Esmaniotto (SMS Curitiba)
cbarreto@sms.curitiba.pr.gov.br
Faoro,Nilza Teresinha **(SMS Curitiba)**
Kami, Maria Terumi**(SMS Curitiba)**
Martins,Soriane Kieski**(SMS Curitiba)**

Introdução: Visando a diminuição da mortalidade de mulheres e crianças durante os processos de gravidez e nascimento, o Programa Mãe Curitibana[1] busca melhorar o acesso e a qualidade do atendimento ao pré-natal, parto, puerpério e atenção ao bebê nas unidades de saúde e nas maternidades. Este Programa implantado em 1999, visa permanentemente qualificar e garantir a atenção à mãe e filho, por meio de um modelo de assistência focado na gestão da clínica avançando para a gestão de caso, o que levou ao desenvolvimento de critérios de risco como importante instrumento para a priorização da clientela mais suscetível a agravos. A faixa etária mais vulnerável da infância continua sendo abaixo de 1 ano, principalmente o período neonatal. No decorrer dos anos os avanços tecnológicos têm propiciado maior assistência aos neonatos, promovendo a sobrevida cada vez maior de prematuros e bebês de baixo peso ao nascer. Desta forma, visando melhorar essa assistência, implantou-se o Sistema Integração Maternidades/Unidades de Saúde[2] que vem facilitar o atendimento precoce da puérpera e do bebê, permitindo que a maternidade, no momento da alta, agende consulta via *on-line* para o profissional enfermeiro na Unidade de Saúde referência, agilizando assim o acolhimento do binômio mãe e filho. Neste processo, o enfermeiro vem assumindo um papel fundamental, pois o acolhimento da puérpera e de seu bebê é momento privilegiado para que se fortaleça o vínculo com a Unidade de Saúde, facilitando as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. A promoção da amamentação no seio materno, os cuidados de higiene, o estreitamento dos laços afetivos entre a mãe e seu filho e as intervenções que se façam necessárias requerem o olhar atento do enfermeiro, garantindo um atendimento precoce e de qualidade.

Objetivo: Avaliar o quantitativo da primeira consulta puerperal realizada pelo enfermeiro antes e após a implantação do Sistema Integração e refletir sobre a importância deste profissional no primeiro atendimento da mãe e do bebê. **Metodologia:** O estudo ocorreu por meio da avaliação da série histórica



da primeira consulta puerperal realizada pelo enfermeiro no período de 2002 a 2008 nas Unidades de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Resultados:** O Sistema Integração Maternidades/Unidades de Saúde que integra o Programa Mãe Curitibana, atua em 108 Unidades de Saúde que realizam o pré-natal de baixo risco e 6 maternidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo em média 17.500 puérperas/crianças SUS dependente/ano. Por meio de análise do relatório de concentração de consultas/atendimentos sobre gestantes[3], declaração de nascidos vivos[4] e população SUS dependente, observamos um aumento significativo do número de primeira consulta puerperal realizadas pelo enfermeiro após a implantação do Sistema Integração no município de Curitiba. Em 2002, do total de consultas puerperais realizadas na atenção primária, 17% foram realizadas pelo enfermeiro, sendo que nos anos de 2003 a 2008 os respectivos percentuais foram: 23%, 29%, 39%, 60%, 69% e 75%. Esse crescente aumento deve-se a implantação do sistema integração, do envolvimento do enfermeiro neste processo visando também à prevenção da mortalidade materna e infantil. **Conclusão:** A participação efetiva do enfermeiro na primeira consulta puerperal e do bebê, trouxe muitos ganhos para o serviço e para a população: agilidade do processo, redefinição de fluxos, aumento do aleitamento materno exclusivo, redução do desmame precoce, identificação de sinais de risco do bebê, diminuição da complicações puerperais (hemorragias, infecções), redução da mortalidade materno-infantil, aumento da cobertura vacinal, diminuição do absenteísmo das crianças no Programa da Criança, entre outros. Esse processo tem contribuído no trabalho do enfermeiro, possibilitando sua maior visibilidade, direcionamento e empoderamento de suas ações para melhoria da qualidade de vida da mãe e do bebê Curitibano.

Referências:

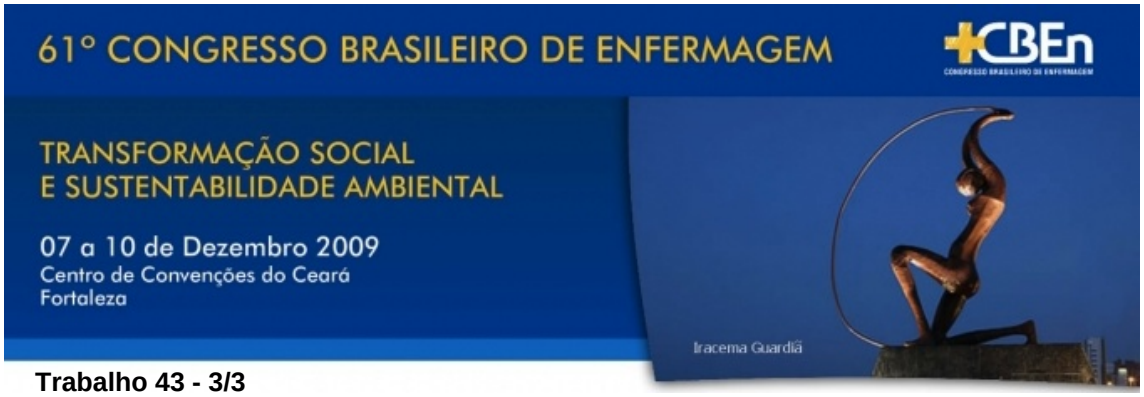
1 CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido.** Curitiba, 2005.

2 CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Manual de orientação para o agendamento de consulta do binômio mãe/bebê nas Unidades de Saúde pelas Maternidades**. Curitiba, 2006.

3 CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório Anual do Prontuário Eletrônico**: Concentração de consultas/atendimentos de gestantes /2003-2008. Curitiba, 2009

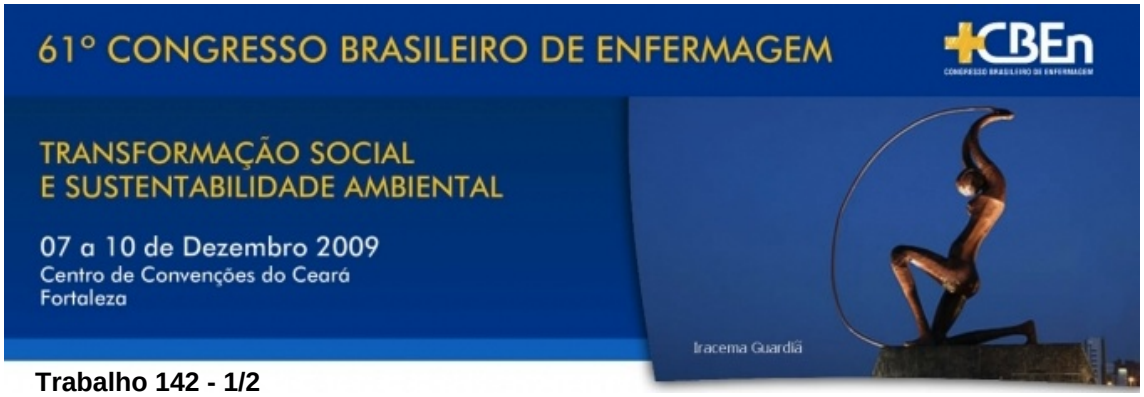
4 CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatórios anuais**/1999-2002. Curitiba, 2009.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Nascidos Vivos** - SINASC 2002-2008. Curitiba, 2009.



Trabalho 43 - 3/3

Palavra chave: consulta de enfermagem, puerpério, promoção da saúde.

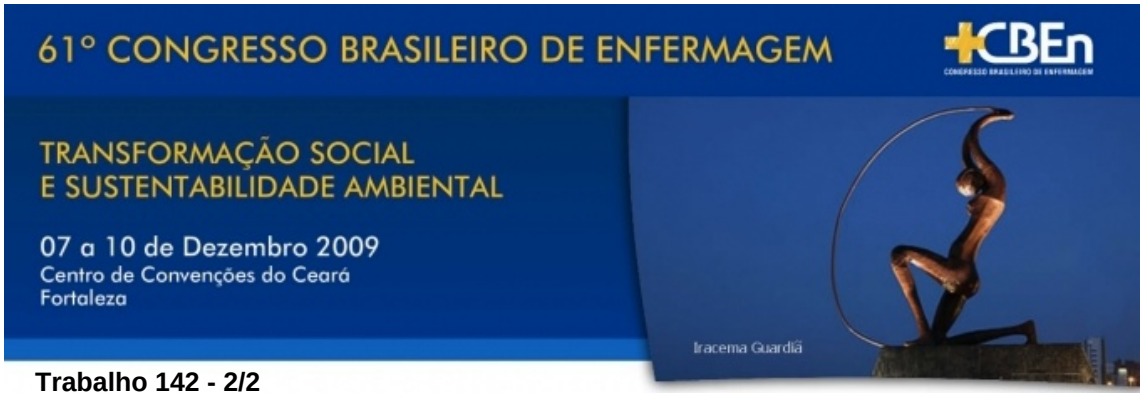


Trabalho 142 - 1/2

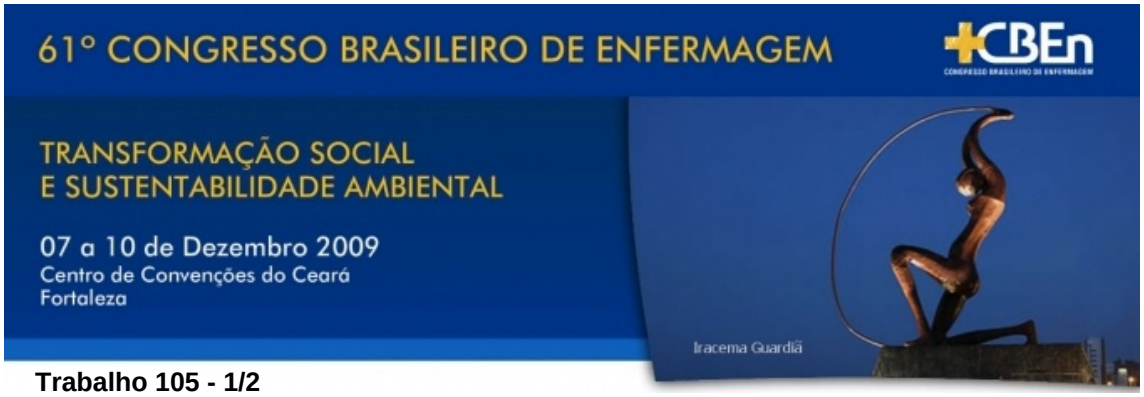
CRIAÇÃO DA COMISSÃO DE COMBATE A VIOLÊNCIA: UMA EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ARAÚJO, Michell Ângelo Marques (Secretaria Municipal de Saúde-SER II)
Contato: email micenf@yahoo.com.br tel. (85)32786585
SOUSA, Keylla Márcia Menezes de (Secretaria Municipal de Saúde-SER II)
ESMERALDO, Geordany Rose Oliveira Viana (Secretaria Municipal de Saúde-SER II)
BRAGA, Violante Augusta Batista (Universidade Federal do Ceará)

Discutir violência quer seja ela contra a criança, a mulher ou contra o idoso é fator importante na prática de saúde e educação. A violência em todos os seus âmbitos constitui crime e suas repercussões ultrapassam a esfera física, comprometendo a vítima em suas dimensões social, psíquica e espiritual. Mister, pois um envolvimento de todos os setores da sociedade para diagnosticar precocemente e impedir a continuidade da violência, quebrando seu ciclo. O objetivo desse estudo é relatar a experiência da criação da comissão de combate à violência em um centro de saúde da família. O cenário da experiência é um centro de saúde da família, localizado no bairro Luciano Cavalcante parte da área da Secretaria Executiva Regional II na cidade de Fortaleza-Ce, esse centro conta com quatro equipes de saúde da família e profissionais em diversas especialidades. Dividimos nosso relato em três fases. A primeira fase se deu com a capacitação de três profissionais de saúde em um curso de 40horas/aula promovida pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, onde foram abordados aspectos gerais da violência e da rede social de apoio disponível para o enfrentamento do problema. Em seguida, constituindo assim a segunda fase foi feita uma mobilização para o I Seminário de Combate a Violência na tentativa de trazer informações gerais, importantes para trabalharmos com situações de violência, sensibilizando e mobilizando todos os atores sociais, sendo convidados todos os setores disponíveis na comunidade entre eles: igrejas, associações, escolas, lideranças comunitárias, agentes comunitários de saúde, assistência social e conselho tutelar. A culminância de todas essas fases proporcionou criarmos a CCV (Comissão de Combate a Violência) para discutir constantemente as situações que se deparam o centro de saúde e a comunidade, além de fazer notificações e encaminhamento de todos os casos suspeitos de violência. Podemos observar alguns resultados dos trabalhos da CCV, como: o aumento da procura do centro de saúde pelas vítimas e consequentemente sua notificação; segurança dos profissionais no atendimento de casos suspeitos; e discussão e articulação da rede comunitária. Ainda temos desafios para transpormos, como: a desmistificação da violência como questão de fórum íntimo; o receio dos profissionais de saúde no envolvimento e suas possíveis



conseqüências; o rompimento do silêncio pelas vítimas e o envolvimento efetivo dos diversos setores da sociedade. Sabemos que essa estratégia é o inicio de uma luta, destacamos o trabalho fundamental dos enfermeiros desse centro de saúde em todas as fases de processo, ressaltando seu papel como promotor da vida e da saúde.



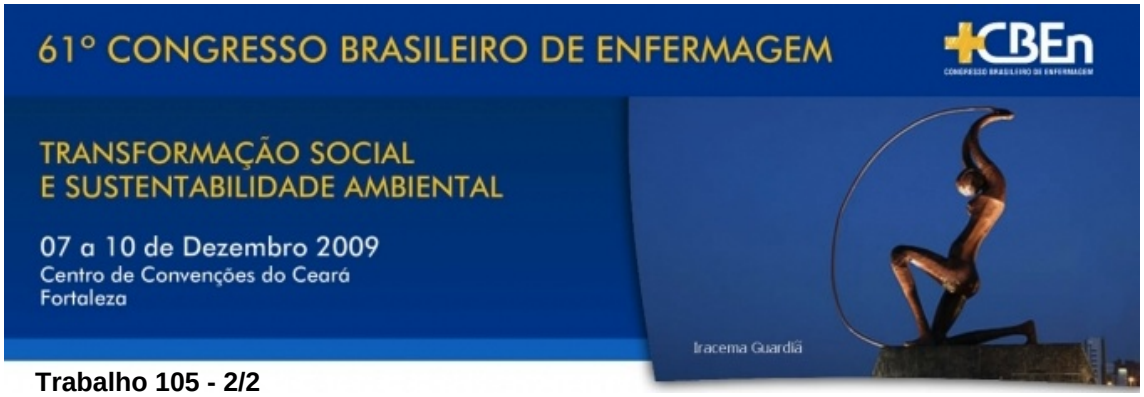
Trabalho 105 - 1/2

O ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO FACILITADOR PARA O ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO COM A COMUNIDADE

Erineide Melo Albuquerque de Barros (UNIFOR)
Erineide Melo Albuquerque de Barros (erimelobarros@hotmail.com)
Susana Melo de Albuquerque (Pref Municipal de Alagoa Grande/Pb)
Liskélvia Bezerra Costa Lobo (UNIFOR)
Aline Souza Pereira (UNIFOR)
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior (UNIFOR)

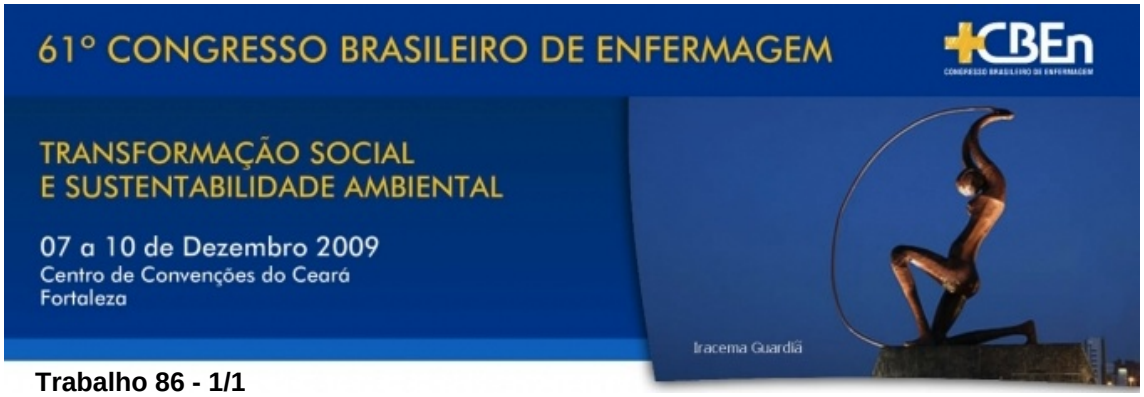
Resumo

Dentre as atribuições básicas de uma equipe de saúde da família segundo a portaria 648/GM de 28 de março de 2006, que estabelece a Política Nacional de atenção Básica, inclui-se identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob a coordenação da SMS. Neste contexto, a equipe V da estratégia de saúde da família, do Município de Alagoa Grande-Paraíba, vem desenvolvendo ao longo deste ano de 2009, estratégias de ações que viabilizam a promoção da saúde e o estabelecimento de vínculo com a comunidade de Canafístula (Distrito do município em questão). A partir da estratégia Saúde da Família, que tem como finalidade atuar em territórios delimitados, para promover, prevenir e reabilitar a saúde da população, foi possível a equipe realizar um diagnóstico inicial do perfil populacional e demográfico. Identificou-se que a situação sócio-econômica da população assistida era preocupante, caracterizando-se com elevado nível de pobreza, quanto ao aspecto geográfico, a equipe saúde da família é a única referência para atenção a saúde em Canafístula, a área adscrita da referida equipe possui zona mista (zona urbana e zona rural) e está situada a 10Km de Alagoa Grande. Sensibilizados com a real situação no aspecto sócio-econômico e demográfico da população cadastrada, os integrantes da equipe V (PSF-Canafístula), através de parcerias com os comerciantes do município em questão, Secretaria Municipal de Saúde, e recursos dos membros da equipe, vêm oferecendo espaço para comemorar junto a população todas as datas comemorativas do ano. Até o presente momento, foi realizado em fevereiro o "Saúdefolia"- onde possibilitou espaço para se brincar o carnaval, com carro de son tocando músicas carnavalescas, houve distribuição de confetes, serpentinas, e lanches, assim como também foi refletido sobre a importância do sexo-seguro a partir do uso da camisinha, a qual foi distribuída em seguida aos adultos, jovens e adolescentes, o "pré-carnaval" por ter sido comemorado antes da data, pode ter sido o carnaval para muitos alí; subseqüente a este evento, foi comemorado o dia internacional da mulher- onde foi distribuído lanches e realizado dinâmicas sobre auto-estima, palestra sobre a importância do exame citológico e sorteio de brindes (um kit do boticário contendo perfume, hidratante e sabonete, faqueiro, conjunto de copos, garrafas térmicas, jarras de vidro entre outros); o dia do trabalhador não pôde ser esquecido, foi comemorado em 30 de abril e teve uma maior diversificação de públicos dentre os outros eventos já citados (Homens, mulheres, jovens, adultos, idosos e crianças) – para este, foi arrecadado um maior número de prêmios, os quais foram sorteados, sendo estes: cordas, facas, enxadas, foices, carroças, botas, entre outros, instrumentos de trabalho utilizados na agropecuária, da qual se mantém a maioria da população local, também foi oferecido um almoço (favada e refrigerante) onde todos se serviram a vontade, é importante ressaltar que o Prefeito parabenizou a equipe pelo belíssimo trabalho desenvolvido no evento em questão na rádio comunitária da cidade; seguido do dia das mães em maio- onde foi oferecido um lanche as mães e sorteio de vinte e cinco presentes; como no nordeste o São João é a festa mais esperada do ano, não passou



despercebido, foi festejado com fogueira, fogos de artifício, comidas típicas a vontade (bolo de milho, munguzá, canjica e milho cozido) ao son do zabumba, da sanfona e do triângulo, o forró pé-de –serra também se fez presente, levando todos a dançar, se alegrar, se divertir na espera ansiosa pelo sorteio de um balaio junino (com mais de cem itens); O dia dos pais também foi comemorado- houve o sorteio de uma bicicleta e teve os comes e bebes, o idoso, pai sortudo que ganhou o referido prêmio, saúda toda manhã a enfermeira da equipe quando esta chega na unidade de saúde, o mesmo é quem abre a porta do seu carro e a recebe com um bom dia fervoroso. O último evento realizado foi o dia das crianças, comemorado em 8 de outubro- para este, foi arrecadado em todo o comércio brinquedos e alimentos, teve duas camas-elásticas (para proporcionar a diversão e a alegria das crianças) que foram alugadas com recursos dos membros da equipe, assim com também integrantes da equipe se vestiram de palhaço para realizar brincadeiras e organizar o quebra-panela, foram distribuídos cachorro-quente, refrigerante e lancherinhas contendo muitos doces, balas, chicletes, pipoca, pirulito e chocolate, houve também sorteios de brinquedos, vídeo educativo sobre saúde bucal e distribuição de escova e creme dental, tudo em prol de colocar um sorriso no rosto de uma criança e de seus pais. Desta forma a referida equipe de saúde da família vê nas datas comemorativas, a possibilidade de promover alegria, bem-estar, momentos de descontração, valorização pessoal (caracterizando a promoção da saúde), integração entre os usuários e equipe, criação de vínculo (praticando a integralidade), assim como também o desenvolvimento de parcerias, potencializando as ações intersetoriais. Porém, percebe-se uma participação significativa dos membros das equipes, no que concerne não apenas ao aspecto do planejamento e execução destes eventos, mas sobretudo suas contribuições em termos de valores (R$), sendo necessário desta forma que cada vez mais os gestores municipais dêem incentivos as equipes, para que possam continuar a desenvolvendo ações, porém sem tornar honeroso aos mesmos. Estas experiências foram gratificantes para os integrantes da referida equipe, têm aproximado ainda mais a população da unidade de saúde, e sem dúvida alguma contribuiu para o estabelecimento do vínculo entre usuário/equipe e para a promoção da saúde da população de Alagoa Grande no distrito de canafístula.

PALAVRAS CHAVES: Estratégia Saúde da Família, Promoção da Saúde, Vínculo, Intersetorialidade

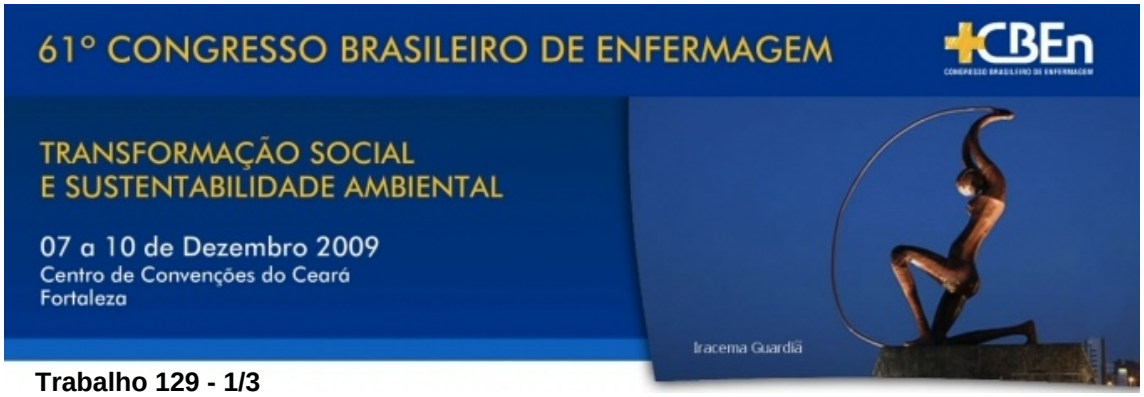


Trabalho 86 - 1/1

RESUMO

O estudo apresenta uma análise situacional da atenção pré-natal oferecida na cidade de Arcoverde/PE. Os objetivos foram: analisar a cobertura de gestantes cadastradas e acompanhadas do Município de Arcoverde; conhecer a média da dinâmica oferecida nas consultas de enfermagem em períodos semestrais durante o pré-natal e relacionar o número de gestantes cadastradas no município com o número de gestantes adolescentes por unidade de saúde da família. Os dados foram colhidos por planilhas elaboradas pelo sistema de informação do SISPRENATAL fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Arcoverde/PE, nos meses de janeiro de 2008 a junho de 2009, por meio de busca nos sistemas de informações. Os resultados revelaram que, apesar de uma boa cobertura da população por equipes de USF, resultando em melhoria na assistência básica, existe nesse contexto um número significante de gestantes que não foram captadas para a primeira consulta de pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde no prazo de 120 dias. Esse estudo repercutiu um impacto nas ações para a real melhoria na qualidade de vida dessas mulheres que utilizam o serviço de atenção básica; perda de ônus para o município e número significante de adolescentes grávidas por deficiência de um planejamento familiar adequado. Através deste contexto observou-se a necessidade de sensibilização dos profissionais das Unidades de Saúde da Família para o desenvolvimento de atividades educativas voltadas para melhor adesão do Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Programa Saúde da Família. Consulta de Enfermagem.

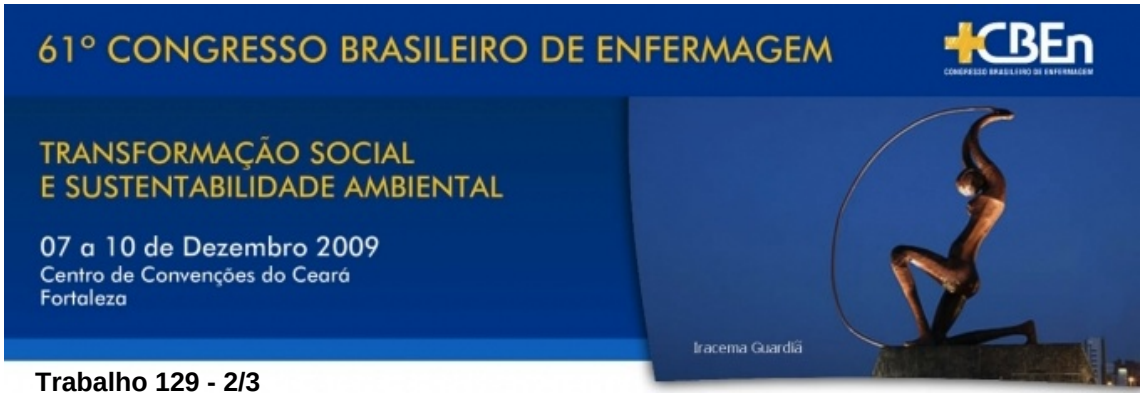


Trabalho 129 - 1/3

Relato de experiência: A criação do grupo do "Vovô e da Vovó" enquanto processo de criação de vínculo e melhoria da qualidade de vida da população idosa da UBS Dr. Celso Dantas Filho/Areia Branca/RN.

CARVALHO, Luana Mares Nunes de.[1](Areia Branca)

INTRODUÇÃO: As mudanças da sociedade atual tem produzido o processo de envelhecimento da população brasileira, aumentando a quantidade de pessoas entre a faixa etária de 60 anos acima (IBGE, 2009). Nesse sentido vislumbra-se que a parcela da população idosa no âmbito nacional tem aumentado de forma intensa. Esse processo que perpassa o envelhecer proporciona, além de outras mudanças, alterações no perfil epidemiológico da população brasileira, pois, dentre outros problemas, percebe-se um aumento considerável da prevalência das doenças crônicas não infecto-contagiosas, dentre estas se pode citar a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus*. Estas patologias criam uma grande preocupação nos sistemas públicos de saúde, pois tem causado muitas complicações agudas e crônicas. Suas complicações geram índices de mortes alarmantes, além de produzirem diversas seqüelas que diminuem a qualidade de vida da população idosa. Porém, visualiza-se que podem ser evitadas e/ou minimizadas através de um tratamento adequado. A adesão dos usuários ao tratamento requer mudanças do estilo que vida, por depender de transformações nas diversas crenças e valores como o cultural, social e econômico. Na perspectiva de cuidar desse público, o Sistema Único de Saúde (SUS) através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui diversas ações voltadas para essa população através de programas como: o HIPERDIA (Hipertensão arterial e diabetes), plano nacional de reorganização da hipertensão arterial e diabetes *mellitus* e as consultas. Porém, poucas mudanças são observadas pelos indicadores de saúde. A complexidade de fatores que envolvem o cuidar de idosos, pessoas arraigados de conhecimentos e saberes populares, requer dos profissionais de saúde a criação de vínculos entre a equipe e o usuário. Esta por sua vez, é proporcionada diretamente pelo envolvimento dos mesmos nos encontros dos grupos. O grupo compreende um espaço de trocas de vivencias e saberes e, principalmente, promoção do acolhimento e autonomia dessas pessoas envolvidas. As ações desenvolvidas com os grupos focais são observadas enquanto espaços de oportunidades de aproximação da comunidade no sentido de compreender o coletivo, porém atuar de forma individual, contemplando os envolvidos de forma integral e abrangendo os diversos cenários do trabalho em saúde através de movimentos intersetoriais e multiprofissionais. OBJETIVO: Dessa forma, o estudo possui como objetivo a descrição da experiência da formação do grupo de idosos da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Celso Dantas Filho que fica localizada no município de Areia Branca/RN. METODOLOGIA: O grupo foi intitulado grupo do "Vovô e da vovó" pelos agentes comunitários de saúde e foi aceito satisfatoriamente pela comunidade. O mesmo conta com a participação, atualmente, de 58 idosos, entre homens e mulheres, predominando o público feminino, e atinge a faixa etária de 60 a 85 anos de idade. As suas ações são desenvolvidas através de reuniões mensais, utilizando-se diversas estratégias como: trabalhos educativos, passeios, caminhadas e dinâmicas, na perspectiva de envolver os idosos no seu processo de cuidar. Todos os profissionais que formam a equipe envolvem-se com as atividades do grupo, entretanto, fica a carga da enfermeira, juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde a organização geral dos encontros. Cada momento proporcionado serve como espaço de ensino/aprendizagem e lazer para a população. RESULTADOS: Percebe-se, através das consultas de HIPERDIA feitas pela equipe que os idosos participantes do grupo realizam, de forma mais ativa, os cuidados necessários para o controle da pressão arterial e diabetes *mellitus,* como a prática do exercício físico, a dieta adequada e a terapêutica medicamentosa conforme recomendado. Estes por sua vez, procuram a equipe da UBS com mais freqüência, realizando suas consultas de forma mais ampla e proporcionando um cuidado multiprofissional bem como interdisciplinar. Também visualiza-se que os mesmos mostram-se mais vinculados a equipe possibilitando



com que os profissionais que compõem a equipe atuem através de ações de cuidados na perspectiva da integralidade e equidade.

CONCLUSÕES: Os encontros dos cuidadores com os idosos através do grupo compreende uma oportunidade de reforçar o processo de formação de autonomia dos sujeitos envolvidos, através das constantes "conversas", interrompendo, na maioria das vezes, a cadeia de terapêuticas baseadas na visão biomédica/ biologicista e possibilitando o entender dessas pessoas como um todo. A participação dos idosos de forma ampla, individualiza a assistência prestada pelos profissionais, proporcionando aos sujeitos a adesão aos cuidados e tratamento adequado das patologias, causando uma diminuição nos índices de mortalidade e melhorando a qualidade de vida das pessoas que são acometidas pelas doenças não infecto-contagiosa. Além disso, o grupo do "Vovô e da Vovó" tem gerado uma satisfação imensa da equipe, pois afora os benefícios supracitados das mudanças de hábitos visualizadas dentro do grupo, percebe-se que os idosos que participam dos encontros tem demonstrado, através dos relatos, muito contentamente, pois além das trocas de experiências podem utilizar-se do espaço para demonstração de amizade, carinho e lazer, possibilitando de forma clara a efetivação e o equilíbrio do processo saúde-doença e a ampliação do conceito de saúde. Enfim, o espaço do grupo do "Vovô e da Vovó" caracteriza-se enquanto uma experiência da equipe da UBS Dr. Celso Dantas Filho, pois busca-se, pelos profissionais envolvidos na organização – enfermeira e agentes comunitários de saúde - por em prática as ações de cuidado integral e fomentar as mudanças necessárias ao equilíbrio do processo saúde-doença dos idosos que fazem parte da área de abrangência da UBS.

PALAVRAS-CHAVES: Idosos. Vínculo. Grupo. Qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. **Perfil dos idosos responsáveis pelo domicilio.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm> Acesso em: 8 set 2009.

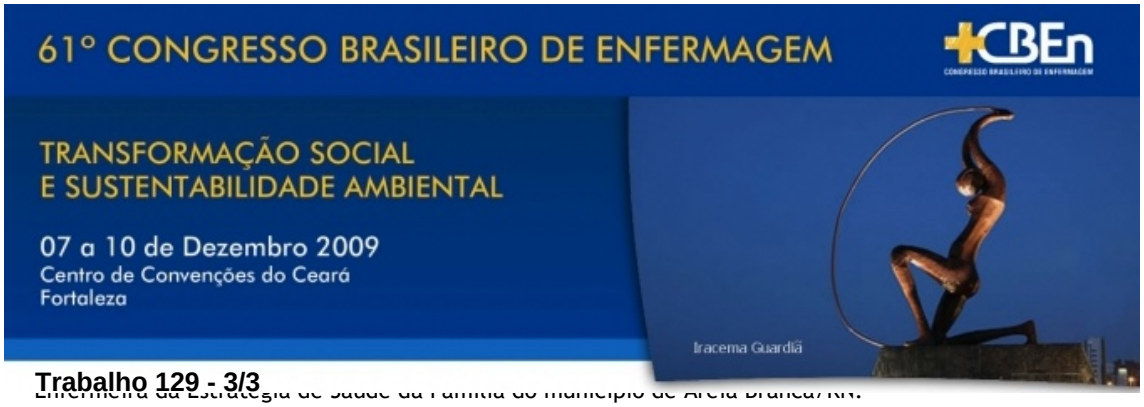
DAMASCENO, Marta Maria Coelho. **O EXISTIR DO DIABÉTICO: Da fenomenologia à Enfermagem.** Fortaleza, CE: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

SALGADO, Elizabeth. **Sabendo envelhecer,** Disponível em: <http://www.elisabethsalgadoencontrandovoce.com/sabendo_envelhecer.htm>. Acesso em 28 set 2007.

MATTOS, Rubens Araújo de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 1411-1416, set. -out. /2004.

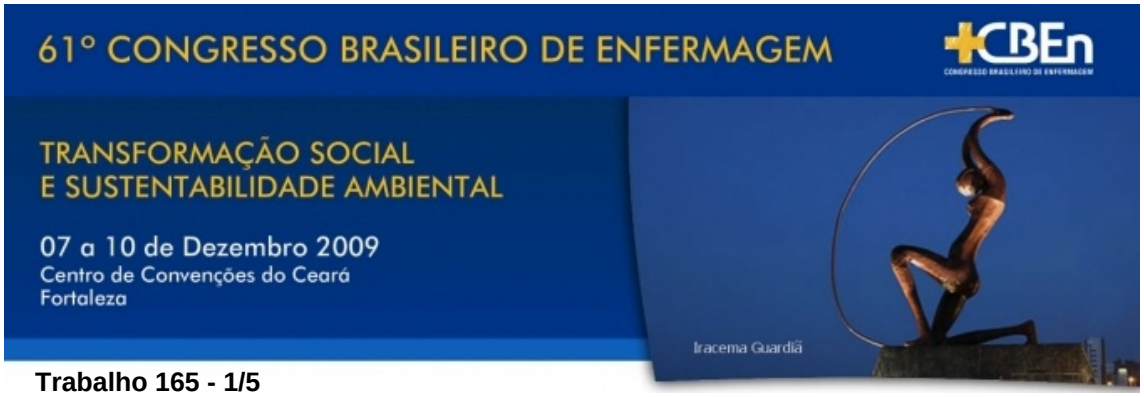
SALES, Zenilda Nogueira et al. Qualidade de Vida e sua Relação com as Doenças Crônico-degenerativas. **Revista Nursing.** Brasília, edição 92, ano 9, p. 628-631, jan./ 2006

VIEIRA, Márcia de Peres; **Contribuição da psicóloga**. Disponível em: <http// www.fonoesaude.org/velhice.htm>. Acesso 28 set 2007



Trabalho 129 - 3/3

Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do município de Areia Branca/RN.
luana.mares@hotmail.com, (084)33185010



TECNOLOGIAS LEVES EM SAÚDE MENTAL: UMA PROPOSTA PARA O TRABALHO DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.

SALES, Fabergna Dianny de Almeida[1]
PINTO, Diego Muniz[2]
CALDAS, Roberta Louise[3]
JORGE, Maria Salete Bessa[4]

INTRODUÇÃO

A saúde mental, desde a década de 1970, vem superando o seu modelo de atenção ao portador de transtornos psíquicos, que tinha característica asilar norteado pelo paradigma da hospitalização e do isolamento social. Com o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro (lei 10.216/2001) são criados os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS em substituição aos manicômios. Estes serviços em sintonia com o programa de saúde da família iniciaram um novo modo de saber-fazer em saúde mental orientado pelo paradigma da desospitalização, da reabilitação psicossocial, da reinserção social, da retomada da autonomia e cidadania e pautada nos dispositivos de integralidade.

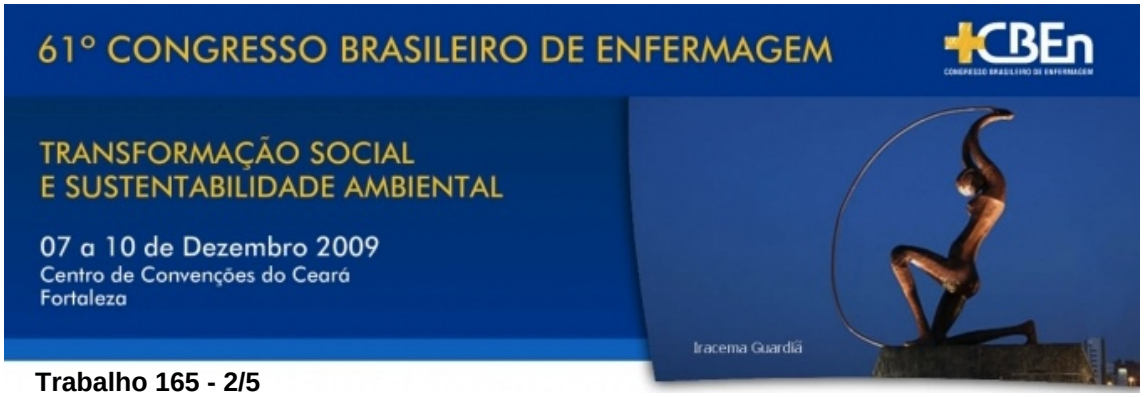
É no programa de saúde da família que se propõe a sistematização da assistência de enfermagem a partir da teoria das relações interpessoais desenvolvidas por Hildergard Peplau.

Atualmente o PSF enfrenta diversas barreiras no cuidado ao portador de transtornos mentais como falta de preparo e qualificação dos profissionais de saúde, estigma, preconceito social entre outros.

A enfermagem participa ativamente junto a equipe multidisciplinar no atendimento ao usuário no PSF, incluindo triagem, consulta, formação de grupos terapêuticos, acompanhamento farmacológico entre outras atividades, acompanhamento e educação em saúde. Porém, é a partir da sistematização da assistência com a operacionalização das cinco fases do processo (histórico, diagnóstico, prescrição, implementação de atividades e avaliação) que a enfermagem se projeta como saber científico e privativo do enfermeiro.

Esse estudo justifica-se pela necessidade de sistematizar a assistência de enfermagem em saúde mental no PSF e no CAPS para que o enfermeiro não se torne um encaminhador de

[1] Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem – UECE. Docente da Universidade Estadual do Ceará. Enfermeira da Secretaria Executiva Regional II. E-mail: fabergna@yahoo.com.br.
[2] Enfermeiro, membro do grupo de pesquisa em Saúde mental, práticas de saúde, família e enfermagem – UECE.
[3] Enfermeira, membro do grupo de pesquisa em Saúde mental, práticas de saúde, família e enfermagem – UECE.
[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Professora Titular em Enfermagem em Saúde Mental da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Pesquisadora CNPq.. .



demandas aos outros profissionais da equipe de saúde mental; para que se torne mais autônomo dentro dos serviços resolvendo os problemas de enfermagem dos usuários que procuram o serviço.

A relevância perpassa por toda a categoria profissional de enfermeiros que tomará o estudo como orientador de suas práticas com intuito de operacionalizar a sistematização da assistência em seus serviços a partir do modelo teórico que será proposto, contribuindo para o cuidado do portado de transtornos mentais na comunidade e no meio social em que vive.

O presente estudo aponta o seguinte objetivo:

- Descrever os diagnósticos de enfermagem de portadores de transtornos mentais , com base no padrão de respostas humanas na NANDA (North American Diagnosis Association.

- Propor um modelo teórico para ser implementado pelo enfermeiro no Programa de Saúde da Família.

METODOLOGIA

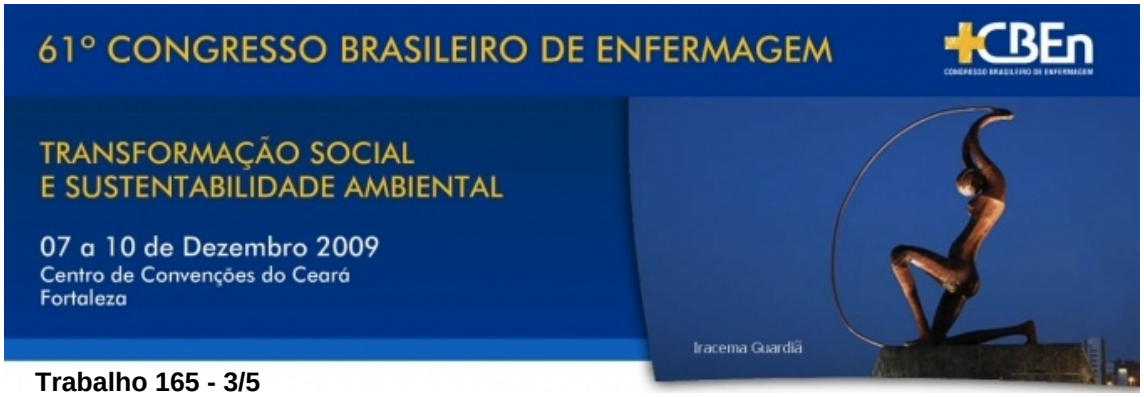
O estudo é de natureza qualitativa e descritivo, pois permite compreender o problema a partir da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam. Os dados foram coletados no Centro de Atenção Psicossocial da secretaria executiva regional IV – SER IV, da cidade de Fortaleza-Ceará. Participaram da pesquisa 14 usuários do serviço, que foram submetidos ao exame do estado de saúde mental a partir de um formulário, após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. O quantitativo dos sujeitos se deu por saturação teórico-empírica. Os dados foram analisados com base em Minayo (1999). A pesquisa atende à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará com o protocolo nº. 07520949 7.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através da análise isolada do histórico de enfermagem e diagnósticos de cada sujeito participante dessa pesquisa, listamos os seguintes resultados: Baixa auto-estima crônica (12,6%), Ansiedade e Interação social alterada (11%), Insônia (9,0%), Atividades de recreação deficiente, nutrição alterada: menor que as necessidades corporais e processos familiares interrompidos (5,4%) e Isolamento social (3,6%).

Estes resultados sinalizam uma mudança conjuntural de ordem econômica e social no modo de viver das pessoas, e que está causando o adoecimento mental.

É dentro desta conjuntura político-econômico-social - de desemprego, abandono familiar, de doenças como o câncer, AIDS, de violência doméstica, envelhecimento -, que a saúde mental vive um constante processo de mudança, de desconstrução e reconstrução do seu saber-fazer. As necessidades dos indivíduos deixaram de ser o



medicamento para ser atenção, sociabilização, trabalho, lazer, interações familiares mais efetivas, entre outras.

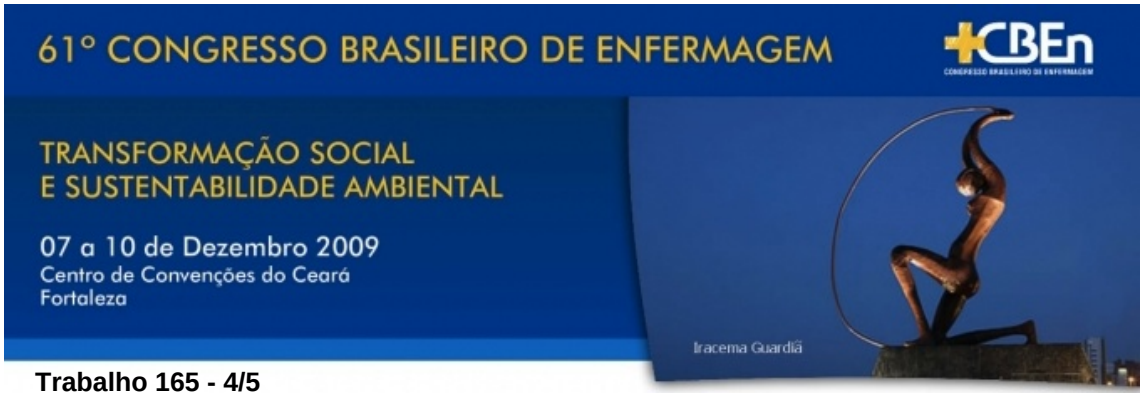
Neste contexto a enfermagem se insere como uma categoria profissional capaz de atender a essa demanda dentro dos serviços de saúde mental. O enfermeiro através do suporte teórico proporcionado pelas teorias de enfermagem adaptada à sua realidade, tem competência intelectual e legal para conduzir o trabalho terapêutico. Segundo a National Panel for Psychiatric Mental Health NP Competências, (2003), o cuidado de saúde mental fornecido pelo profissional de enfermagem envolve as ações contínuas e detalhadas necessárias para a promoção da saúde, da prevenção e do tratamento de distúrbios mentais da manutenção da saúde. Isto inclui a avaliação, o diagnóstico, e a gerência de problemas de saúde mental e de distúrbios psiquiátricos.

O processo de trabalho de enfermagem baseado na teoria dos relacionamentos interpessoais é realizado através da consulta de enfermagem. Segundo Toledo, 2004, a partir da primeira consulta de enfermagem é estabelecido além do vínculo e do relacionamento interpessoal com o paciente, um contrato de trabalho tratado como se fosse uma grande teia que o enfermeiro e o paciente passam a compor rumo à conquista da reabilitação psicossocial.

Durante este processo de cuidado, na qual vários encontros serão necessários para o acompanhamento do enfrentamento das metas propostas, o enfermeiro vai ancorar o seu fazer na teoria do trabalho em saúde e as tecnologias de produção do cuidado, incluindo a concepção de trabalho vivo e trabalho morto aliada a de tecnologias leves e leve-duras (MERHY, 2005).

De acordo com o autor acima citado, o trabalho em si atua como trabalho vivo em ato, este momento é caracterizado pelo encontro enfermeiro/paciente na consulta de enfermagem, na qual o primeiro baseado em teorias (tecnologia leve-dura) e em suas experiências anteriores (trabalho morto) irá conduzir o momento terapêutico (trabalho vivo em ato). Para isso o enfermeiro se utiliza de instrumentos/equipamentos que é o que o autor chama de tecnologias leves, isto é, a escuta, o vínculo, acolhimento, a responsabilização pelo cumprimento das metas estabelecidas, entre outras.

O enfermeiro deve atentar para o cumprimento das metas estabelecidas com o paciente, pois é a partir dela que dependerá o sucesso do trabalho terapêutico. De acordo com Merhy (2005), em sua terceira tese da teoria do trabalho em saúde, é o modo como o enfermeiro lida com as questões que são trazidas por cada paciente que



vai determinar o sucesso da relação, ou seja, a teia traçada finalmente encontrará o ponto comum.

É por meio deste modo de trabalho, que Merhy denomina de trabalho vivo em ato como uma máquina de guerra política e máquina desejante, que a enfermagem irá demarcar seu território e defender o seu valor enquanto profissão, construindo um mundo para si e uma especificidade própria do seu saber-fazer.

Aqui não estamos defendendo um trabalho de enfermagem individualista, centrado no seu consultório, gerando uma demanda só sua, ao contrário, estamos aumentando a oferta de serviços à população em detrimento à medicalização. Como coloca Alves, 2001, a diversificação de programas e de tratamentos é fundamental para se acolher alguém de forma integral.

Concordamos com Toledo, 2004, que os pressupostos da teoria das relações interpessoais de Peplau pode ser utilizada diariamente na prática de enfermagem e em conjunto com especialistas de outras áreas no estabelecimento do relacionamento terapêutico. Assim a enfermagem participa ativamente da construção do plano de cuidados e aponta à equipe interdisciplinar e para o próprio paciente as necessidades de redescoberta e aprendizagem em cada etapa rumo à reabilitação psicossocial.

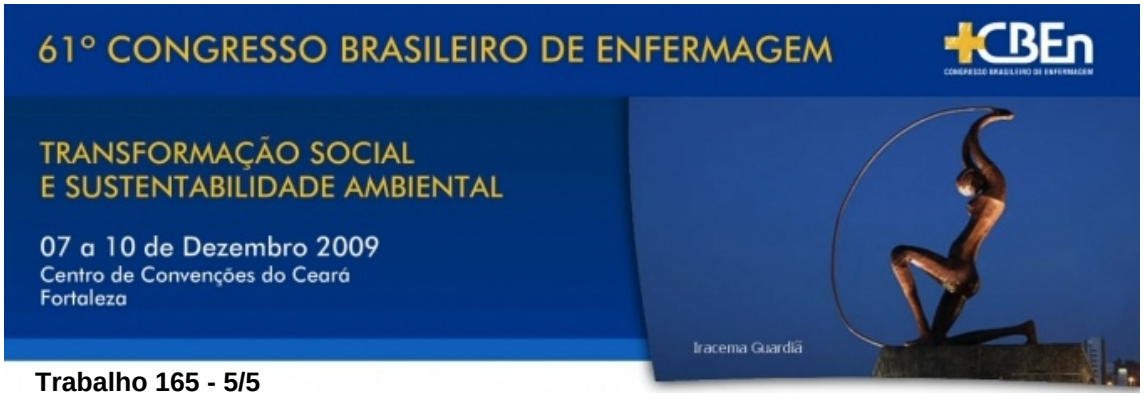
CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso dos pacientes entrevistados neste estudo, observa-se que os diagnósticos estabelecidos são passíveis de intervenção pela enfermagem a nível social, de aconselhamento, de escuta, de inserção em grupos terapêuticos, de educação, enfim, apenas alguns casos se fazia necessário o uso de medicamentos devido a dependência dos mesmos (antidepressivos e diazepan).

É através da educação, da ênfase nas capacidades pessoais de cada indivíduo em superar as crises, do estabelecimento de metas a serem conquistadas a cada dia, que a enfermagem conseguirá junto com o paciente a sua reabilitação psicossocial.

É através do uso das tecnologias das relações e de instrumentos como o saber interdisciplinar, a criatividade a cada novo encontro profissional/paciente, qualidades pessoais, experiência compartilhada, que a enfermagem tomará para si um corpo de conhecimento que é só seu, e terá como retorno o reconhecimento da sociedade como uma profissão autônoma e capaz de lidar com problemas de ordem mental da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



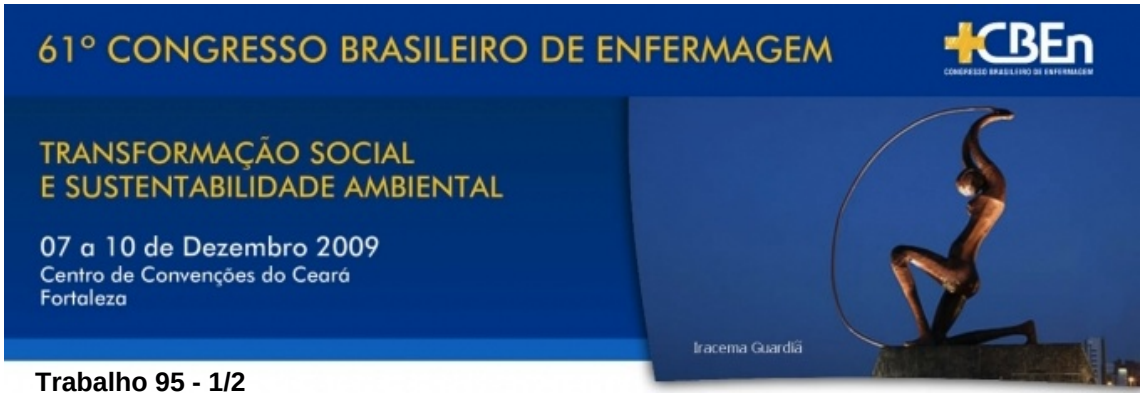
ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.) In: **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MERHY, E. E. Saúde: **A cartografia do trabalho vivo**. Ed. 2. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 1999.

NATIONAL PANEL FOR PSYCHIATRIC MENTAL HEALTH NP COMPETÊNCIAS. **Psychiatric-mental health nurse practitioner competências**. Washington, DC: National Organization of Nurse Practitioner Faculties, 2003.

TOLEDO, V. P. **Sistematização da Assistência de Enfermagem psiquiátrica em um serviço de reabilitação psicossocial**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2004.



Trabalho 95 - 1/2

A INFLUÊNCIA DE PROGRAMAS ACADÊMICOS PARA O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Bianca Patrícia Oliveira, [1] (FACESA- Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires/ enfermagem@senaaires.com)

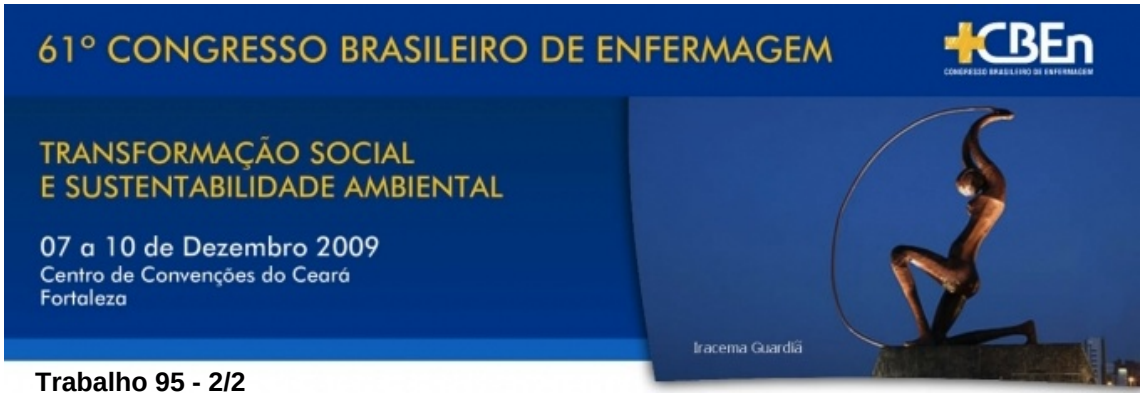
Walquíria Lene dos Santos, [2] (Prefeitura Municipal de Guapó – GO / FACESA/ walquirialane@hotmail. com)

Cristilene Akiko kimura [3] (FACESA- Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires/ enfermagem@senaaires.com)

Vânia Lopes de Azevedo [4] (FACESA- Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires/ enfermagem@senaaires.com)

Marina de Azevedo Carvalho [5] (FACESA- Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires/ enfermagem@senaaires.com)

Introdução: A despeito de avanços científicos e tecnológicos obtidos na atualidade, a criança ainda é desconhecida pelos profissionais de saúde, tanto no que diz respeito aos agravos ao seu desenvolvimento, como principalmente em relação ao papel social que tem a desempenhar na nossa organização cultural. A carência de investimentos voltados a educação da criança fazem com que milhares destas cresçam sem apoio. Assim sendo, a FACESA, ciente de seu papel social, idealizou e implementou do Projeto Benjamim. **Objetivos**: Relatar os serviços realizados pelo referido programa de extensão e seu impacto para formação acadêmica e para a população de Valparaíso de Goiás e circunvizinha. **Métodos**: O Programa de extensão Benjamim foi realizado nas dependências do CAMPUS DA FACESA – durante os anos letivos de 2005, 2006, 2007, 2008 e primeiro semestre de 2009. Foram estruturados diversos tipos de atividades: atividades lúdicas com: massas para modelar, origami, colagem, pintura, etc.; oficinas de teatro, música, estória, leitura e fantoches; educação religiosa; oficina de reforço;atividades com filmes educativos e estórias infantis; realização de palestras com temáticas na área de saúde; atividades para a busca de temas infantis como cantigas de roda, poesia, jogral e outros; noções de informática; atendimento de enfermagem, médico e odontológico para as crianças do projeto. **Resultados:** O presente programa beneficiou prioritariamente crianças de 0 a 13 anos, permitindo a ampliação e divulgação de conhecimentos pelos corpos docente e discente da FACESA, possibilitando a aproximação da vivência teórica e prática. O Programa foi iniciado com as crianças do orfanato “Recanto Cristo Vivo” e da “Associação Beneficente El Shaddai” na atenção básica da cidade de Valparaíso de Goiás. Forma beneficiados mais de 497 crianças nos anos de 2005, 2006, 2007, e 2008 e primeiro semestre de 2009. As atividades desenvolvidas no decorrer do Programa foram organizadas de maneira a possibilitar ao acadêmico de enfermagem da FACESA um confronto entre teoria e prática. Permitiu inclusive que o aluno desenvolvesse capacidades racionais e morais como futuro enfermeiro. Para que a missão de cuidar se torne legítima, o foco do ensino deve se alterar do treinamento



para a educação, da técnica para a vivência, do conteúdo teórico para a tomada de decisões. É evidente nos textos sobre ensino, a preocupação em buscar ações mais intensas para a formação de profissionais conscientes de cidadania, independentes de pensamento e capacidade crítica. Assim sendo, a instituição, ciente de seu papel social vem desenvolvendo políticas que busquem contemplar a criança com respeito, dignidade e solidariedade, além de adequar seu currículo mínimo com conteúdos voltados ao crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança, respeitando a importância do atendimento à criança inserida na atenção básica. **Conclusões/ recomendações:** Com a execução do Programa de Extensão Benjamin, possibilitou-se o aprimoramento das ações em saúde da família desenvolvidas no âmbito da extensão e também, proporcionou às crianças atendidas o acesso a um conjunto de ações e serviços necessários para a promoção, prevenção, a proteção e a recuperação da sua saúde, através de educação, atendimento e lazer, itens essenciais que interferem nas condições de saúde e vida desta comunidade.

Descritores: enfermagem, promoção da saúde e criança.

Bibliografia:

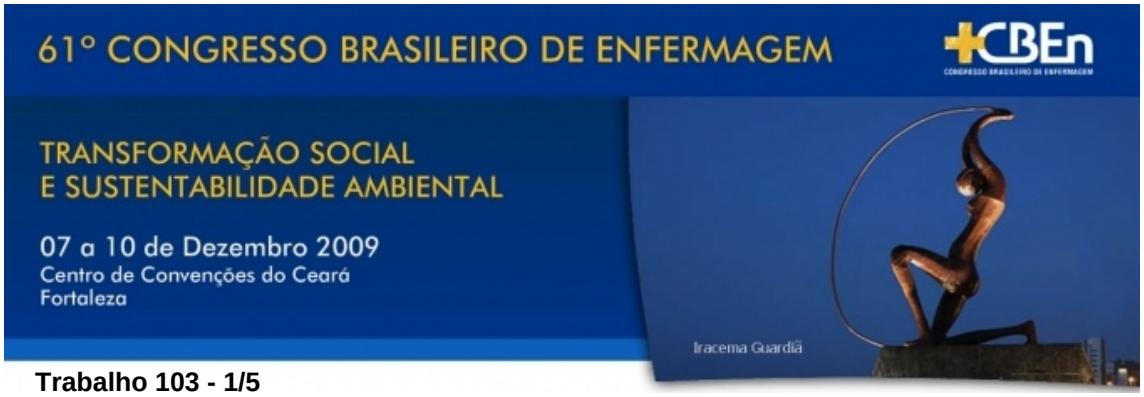
1-Chassot, A. (Re) Pensando ações docentes: sobre como professores e professoras podem transformar o seu fazer pedagógico. Melhoria do ensino e capacitação docente. Porto Alegre (RS): Editora da Universidade; 1996. p.87-101.

2-Gaíva MAM, Paião MRRS. Professor e aluno compartilhando da experiência de ensino-aprendizagem: a disciplina de enfermagem pediátrica da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Rev Latino Am Enfermagem 1999 (1): 75-83.

3-Monteiro AI, Ferriani MGC. Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária. Rev Latino Am Enfermagem 2000 (8): 99-106.

4- Christoffel MM, Rodrigues BMDR. As abordagens metodológicas na pesquisa em enfermagem na área de saúde da criança e do adolescente: análise da produção científica no período de 1995 a 1999. Esc Anna Nery Rev Enferm 2003; 6: 15-24.

5- Neves EP, Souza IEO. Pesquisa em enfermagem: buscando resgatar a posição do sujeito que a desenvolve. Texto Contexto Enferm 2003; 12:387-93.



RESUMO DE PROJETO PARA I MOSTRA DE EXPERIÊNCIAS DA ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM NA SAÚDE DA FAMÍLIA

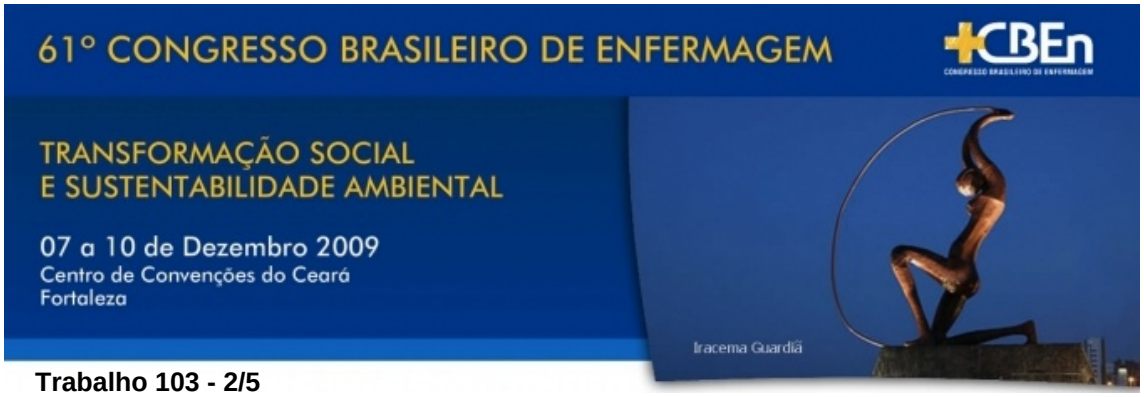
Área E: Educação e Formação na Saúde da Família

Thatiana Malta Gomes (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Email: thatimalta@yahoo.com.br. Telefones: 31 34589129/ 31 86956644)
Natália de Cássia Horta (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte)
Flávia Beatriz Viana da Silva (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte)
Agma Leozina Viana Souza (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte)
Thatiana Malta Gomes (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte)
Irene Magela Dias (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte)

Resumo de 1000 a 1500 palavras

A Enfermagem como categoria profissional é fundamental na operacionalização de ações de saúde para a população brasileira. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), enfermeiros e auxiliares de enfermagem compõem parte significativa da equipe. Belo Horizonte, conta com 523 equipes de saúde da família, com cobertura de cerca de 80% da população, distribuídas em nove distritos sanitários. Tendo em vista a necessidade de qualificação para o trabalho da enfermagem nas ações da ESF e nas demais práticas da enfermagem, foi estruturado pelo Centro de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (CES/BH) no ano de 2008, o Projeto de Valorização da Enfermagem. Esse projeto tem como propósito discutir a dimensão e a importância do trabalho da enfermagem nos diversos níveis de organização e de prestação de serviços de saúde na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA/BH) e desenvolver ações de valorização dos trabalhadores da Enfermagem.

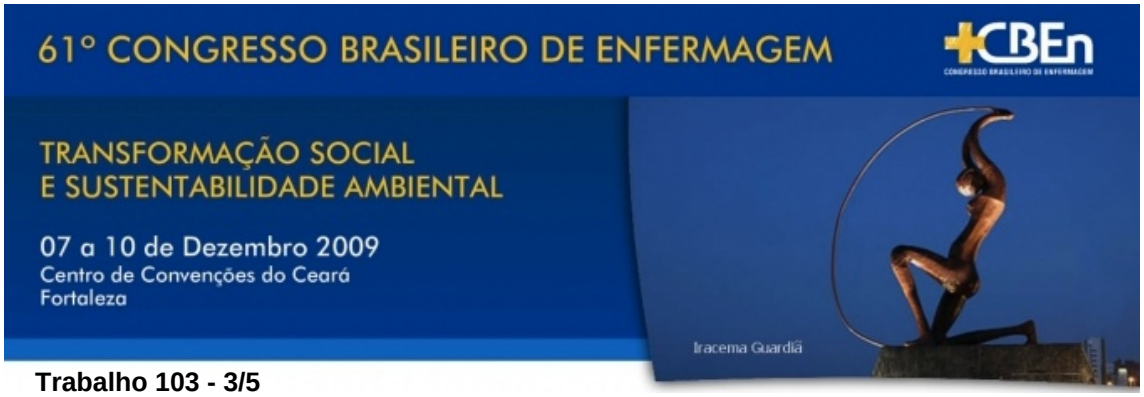
O relato a seguir descreve a experiência vivenciada pelos enfermeiros instrutores desse sub-projeto na condução das oficinas realizadas no Distrito Sanitário Norte (DISAN) envolvendo os Auxiliares de Enfermagem (AE) da ESF. Este grupo foi composto por cinco enfermeiras, sendo três da ESF e duas referências técnicas do DISAN. O DISAN possui hoje 63 equipes de saúde da família distribuídas em 19 unidades de saúde.



Como metodologia para a implementação das ações, realizamos reunião a fim de construir um nivelamento teórico e pactuação do cronograma. Concomitante às reuniões realizadas com o corpo gerencial, apresentamos o subprojeto para o grupo de enfermeiros do DISAN, promovendo discussões sobre as atribuições da enfermagem e processo de trabalho na ESF, além de, serem parceiros e estimuladores deste subprojeto nas unidades. Neste momento, distribuímos um questionário para conhecermos o perfil dos enfermeiros. Participaram dessa oficina 68 profissionais, sendo 58 pertencentes da ESF, 5 de apoio, 1 da CEST e 4 da Unidade de Pronto Atendimento.

Ao analisarmos os questionários presumimos que o grupo de enfermeiros do DISAN é formado por profissionais jovens, com pouco tempo de formação e inserção, tendo potencial para integração dos projetos e diretrizes do SUS e aos novos projetos da instituição, necessitando de capacitação e estímulo. Essa análise estimulou ao grupo de enfermeiras instrutoras a organizarem novas propostas para que pudéssemos avançar com um plano de trabalho capaz de organizar e dar visibilidade ao trabalho da enfermagem na ESF e junto da equipe de enfermagem.

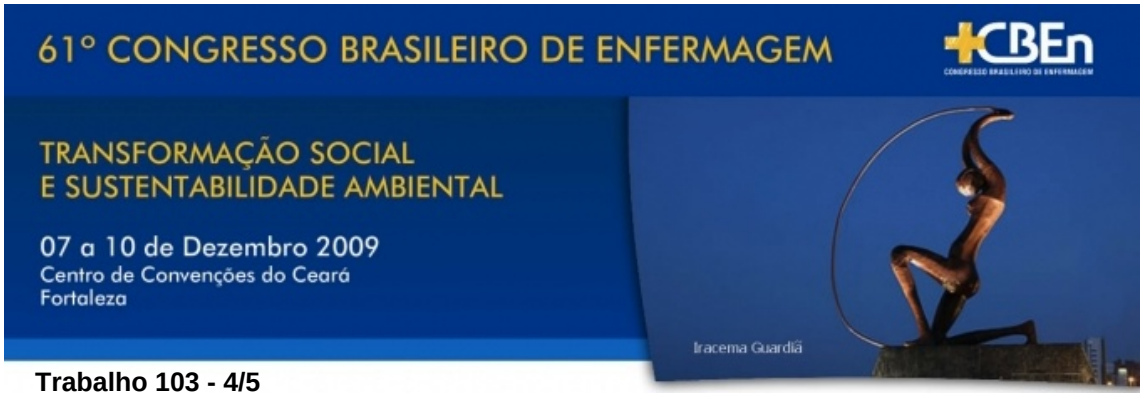
Em relação às oficinas realizadas com os AE do DISAN, dos 211 AE da ESF e CEST do DISAN, participaram 191, correspondendo a 87%, sendo que 11% faltaram por motivos de licença médica e os 2% restantes que não participaram, tiveram suas faltas justificadas pelos gerentes das unidades. Para conduzir os sete dias de oficina, utilizamos material confeccionado pelo CES/BH e realizamos adequações. Em um primeiro momento, utilizamos uma dinâmica, “Vitrine e Lixeira”, em que os participantes apontavam dois aspectos do trabalho considerados positivos (vitrine) e dois aspectos negativos (lixeira). Na exposição, os participantes identificaram como lixeira a supervisão deficiente do enfermeiro, escala de enfermagem como instrumento de poder, ausência de treinamentos em serviço, difícil acesso aos protocolos assistenciais, autoritarismo de alguns gerentes e enfermeiros, dentre outros. Após atividade proposta como seqüência desse momento apontaram que vários desses aspectos eram passíveis de reciclagem. O trabalho em equipe, a sala de vacinas, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, o acolhimento como estratégia de vínculo e responsabilização e a área física de algumas unidades foram contempladas como “vitrine”. Retomamos a construção histórica do SUS levando-os a



"viajar" desde o modelo assistencial curativista e médico centrado até os dias atuais com a implantação da ESF. Para este resgate, utilizamos um filme editado pelo Ministério da Saúde que retrata a evolução das políticas de saúde no Brasil e solicitamos que realizassem uma entrevista para colher depoimentos de um usuário do serviço de saúde sobre a assistência à saúde praticada acerca de 50 anos atrás e a dos dias atuais. No momento seguinte utilizamos o fluxograma analisador no qual foram levantadas pelos participantes as atividades realizadas diariamente pelo AE. Nesta atividade, percebemos que a visita domiciliar, a participação em reuniões de equipe e as práticas educativas não foram contempladas como presentes no cotidiano do trabalho dos auxiliares de enfermagem. Entremeamos as discussões resgatando a reflexão sobre o cuidado enquanto objeto de trabalho da enfermagem e discussão de casos que ilustravam a realidade das equipes. Ao término de cada oficina, colhemos depoimentos positivos sobre os momentos vivenciados e muitos se sentiram valorizados pela oportunidade de escuta e de esclarecimentos sobre o seu papel no processo de trabalho. Além disso, utilizamos de um instrumento de avaliação das oficinas sendo que 98% foram atribuídos conceitos como ótimo e bom.

No mês de setembro de 2009 voltamos a reunir com os gerentes das unidades de saúde apresentando o feedback das oficinas realizadas com os AE . Foi unânime entre estes profissionais, a importância do projeto e muitos já puderam apontar mudança de postura percebida na prática dos auxiliares de enfermagem no cotidiano de trabalho e que se sentiram mais valorizados e acolhidos após as oficinas.

Em setembro e outubro de 2009, realizamos uma oficina com os enfermeiros do DISAN com o objetivo de dar um retorno das discussões feitas com os auxiliares de enfermagem e pactuar aspectos do processo de trabalho do profissional enfermeiro que poderia ser (re) construído. Utilizamos como estratégia a proposta de oficina contemplando práticas similares aquelas utilizadas com os auxiliares de enfermagem na abordagem do cotidiano: a dinâmica da "vitrine e lixeira" e casos para discussão que retratavam apontamentos referidos pelos AE e tidos como situações problemáticas do trabalho da enfermagem nas ações matriciais das unidades de saúde e na ESF. Apontaram como pontos negativos a sobrecarga de atividades associada ao aumento da demanda por parte dos usuários e a desproporção de usuários por equipe de saúde da família, interpelada por intercorrências



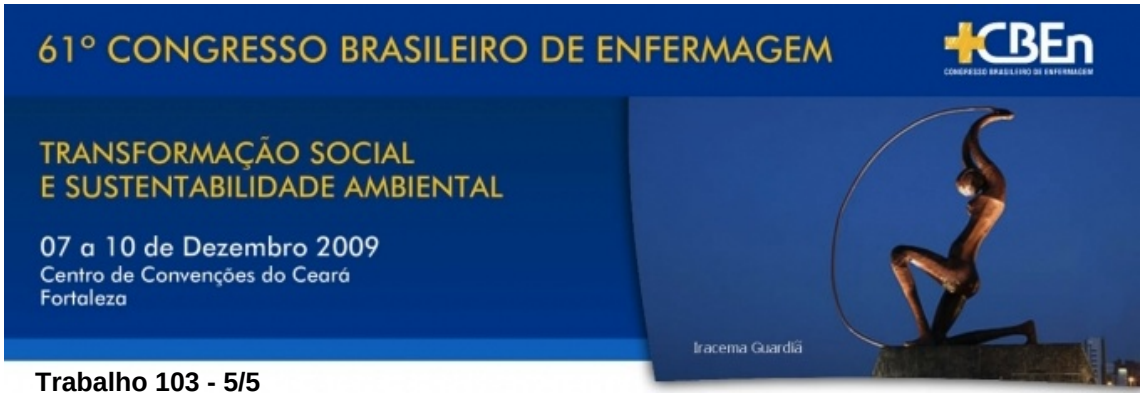
tanto do plano administrativo quanto assistencial do dia a dia. Percebemos que os enfermeiros estão motivados e convictos da necessidade de continuidade de novos projetos que contemplem temas técnicos e científicos de interesse para a enfermagem, especialmente na Atenção Primária.

Diante dos produtos das oficinas com os auxiliares de enfermagem e com os enfermeiros, propusemos a manutenção deste espaço de discussão, para isso, contamos com o apoio do corpo gerencial do DISAN. Para os auxiliares de enfermagem objetivamos realizar o restante do sub-projeto II com 40 horas de discussão de temas específicos da enfermagem levantados por eles nessa primeira fase, como imunização, curativo, limpeza e desinfecção de superfícies e materiais, tendo como o eixo transversal o acolhimento, o trabalho em equipe, o cuidado em enfermagem, a humanização, a vigilância em saúde e a promoção à saúde, bem como a comunicação e o planejamento em saúde. Em relação às oficinas realizadas com os enfermeiros, pretendemos manter este espaço de escuta, reflexão, proposição e ação. Fomentamos estabelecer reuniões bimensais com todos os enfermeiros inseridos no processo de trabalho.

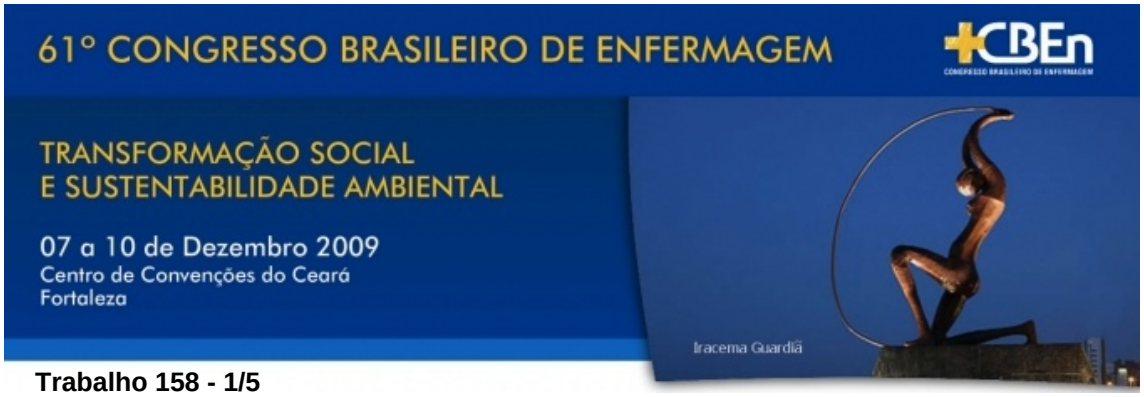
Ao término das oficinas com os profissionais de enfermagem do Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte podemos observar que em sete anos de implantação da ESF nesse município avançamos muito no cuidado à saúde da população e muito podemos aprimorar. Ficou revelado que a equipe de enfermagem qualificam o trabalho em saúde e percebem a necessidade de reorganizar o processo de trabalho nas unidades a fim de torná-lo mais prazeroso e menos conflitante, já que estes estão na linha de frente das atividades matriciais e específicas da unidade de saúde e da ESF.

No que se refere ao trabalho dos enfermeiros, é unânime o sentimento de sobrecarga com as atividades do ESF e as demandas subjacentes da unidade e com as mazelas sociais que chegam aos serviços de saúde. Apontamos como fundamental a implementação de ações que resgatem também o prazer no trabalho, com práticas capazes de aliviar o sofrimento dos profissionais e que valorizem a qualidade de vida do trabalhador.

Acreditamos que após as discussões sobre o processo de trabalho foi favorecida a coesão entre os enfermeiros, fortalecendo e estimulando o grupo a tomar atitudes em relação à equipe e ao cotidiano na unidade, bem como atentando para as especificidades do trabalho



do enfermeiro nesta equipe. Vale ressaltar que foi a primeira oportunidade para falar e discutir sobre o processo de trabalho em saúde com as especificidades da enfermagem nas unidades o que nos faz confiar na semente plantada para a manutenção do Projeto de Valorização da Enfermagem e do SUS/BH.



Trabalho 158 - 1/5

ATENDIMENTO AO AGUDO NAS UNIDADES BÀSICAS DE SAÙDE: UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO

SPONTON, C. A.O

MANETTA, S. R. S

Descritores: Protocolos, Casos agudos, Enfermagem

INTRODUÇÂO

O enorme incremento de recursos humanos, acompanhados da reorganização dos processos de trabalho nos Centros de Saúde após o fortalecimento da Atenção Básica e implantação da Estratégia de Saúde da Família, levou ao aumento da oferta de serviços de saúde e como conseqüência aumentou expressivamente a demanda espontânea por estes serviços. Dentre todos os usuários que buscam atendimento na Unidade Básica de Saúde o que, sem dúvida, é nosso maior desafio é o usuário com queixa aguda.

A frente de trabalho do atendimento do atendimento de casos agudos que na maioria das vezes era assumida pela equipe de Enfermagem com grande insatisfação, gerando sobrecarga nos processos de trabalho, através da proposta do ACOPRI (Acolhimento Prioritário) que funciona em alguns Centros de Saúde de Belo Horizonte desde 2005, passa a ser compartilhada com todos os membros da equipe multidisciplinar, reforçando as relações de trabalho e em equipe.

O ACOPRI torna-se um instrumento de organização da demanda dos casos agudos da unidade, pois ao mesmo tempo em que é capaz de dar respostas mais

Carla Anita de Oliveira Sponton - Enfermeira

Especialista em Saúde da Família - UFMG

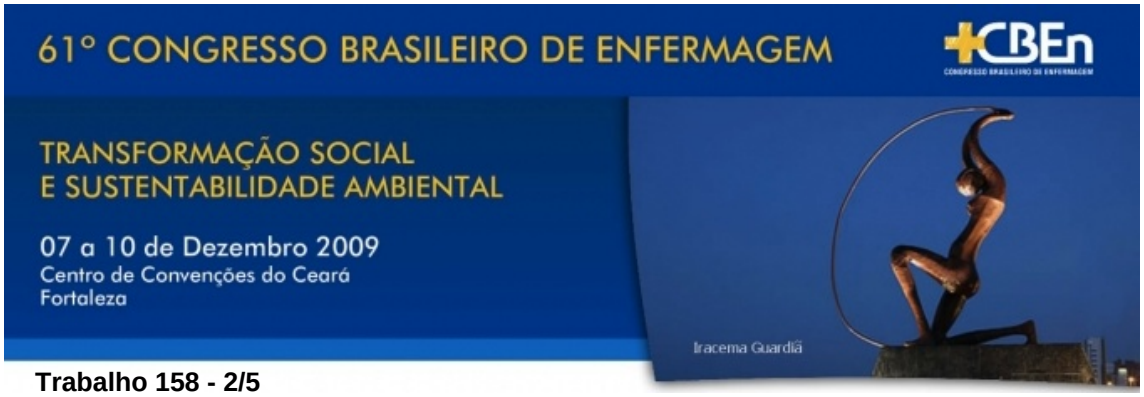
Especialista em Processos Educativos - ESP/MG

Carlaanita_bh@yahoo.com.br

Shirley Ribeiro de Souza Manetta - Enfermeira

Especialista em Saúde da Família - UFMG

Especialista em Processos Educativos - ESP/MG



resolutivas à comunidade em situações que não se encaixam em horários de organização da demanda espontânea pré - estabelecidos e nem em agendas programadas pelos profissionais, oferece à unidade retaguarda assistencial para o fluxo de queixas agudas durante o horário de funcionamento do serviço. Os profissionais ampliam o pensar dentro do processo de trabalho em que estão inseridos, “ampliando a visão fragmentada da equipe para a visão ampliada de unidade e co-gestão”.

Existe uma alta demanda por atendimento de queixas agudas nas Unidades Básicas de Saúde, porém inexiste um protocolo sistematizado que oferte ações que de fato atendam às necessidades do agudo nestes serviços.

O trabalho refere-se a um projeto de intervenção, realizado no Centro de Saúde Glória, na Regional Noroeste, do município de Belo Horizonte e objetiva a melhoria da qualidade da assistência de Enfermagem aos usuários do SUS, através da proposta de Protocolo de Assistência de Enfermagem aos usuários com Queixa Aguda.

OBJETIVOS

- Realizar diagnóstico das principais queixas agudas atendidas no Centro de Saúde Glória.
- Definir Fluxos de atendimento ao agudo na Unidade Básica de Saúde.
- Construir um protocolo para o atendimento de Enfermagem aos casos agudos nas Unidades Básicas de Saúde.

Carla Anita de Oliveira Sponton - Enfermeira

Especialista em Saúde da Família - UFMG

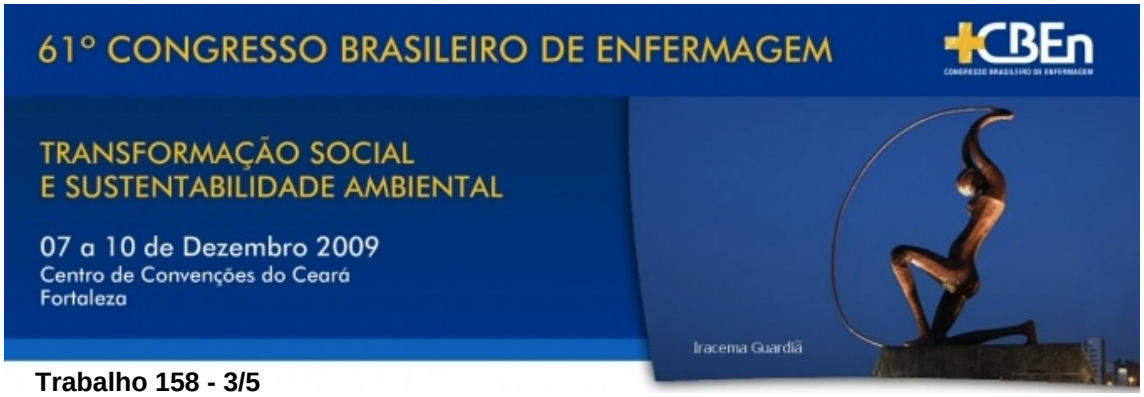
Especialista em Processos Educativos - ESP/MG

Carlaanita_bh@yahoo.com.br

Shirley Ribeiro de Souza Manetta - Enfermeira

Especialista em Saúde da Família - UFMG

Especialista em Processos Educativos - ESP/MG



METODOLOGIA

Pesquisa de natureza qualitativa e exploratória.

Pesquisa–intervenção, que objetiva criar, identificar dispositivos analisadores,

capazes de favorecerem a produção de acontecimentos.

Análise documental - Base de dados - livro de registro das queixas agudas atendidas pelo C.S Glória (2007 -2008).

RESULTADOS

Os resultados subsidiaram conhecer as principais queixas agudas atendidas neste local no período de um ano. Verificou-se que, dos usuários que procuraram a unidade para o Acolhimento Prioritário com Queixa Aguda, 64,38% são do sexo feminino e 35,61% do sexo masculino. No que se refere a faixa etária,41,67% estão entre 20 a 49 anos, 26% menor de 13 anos, 17,66% de 13 a 19 anos de idade e 14, 66% de 50 anos ou mais. Considerando as queixas e /ou o motivo da procura, destacamos como principal motivo da procura as queixas respiratórias, seguida de Dengue Clássica por se tratar de um período de epidemia e, em terceiro lugar, o grupo de dores de dores cervical, dorsal, lombar ou em extremidades com subgrupo de formigamento em membros inferiores e superiores, dor no corpo e dores nos joelhos crônicas. O quarto lugar foi ocupado por queixas abdominais e urinárias, e no quinto motivo de procura afecções de pele e subcutâneo.

Carla Anita de Oliveira Sponton - Enfermeira

Especialista em Saúde da Família - UFMG

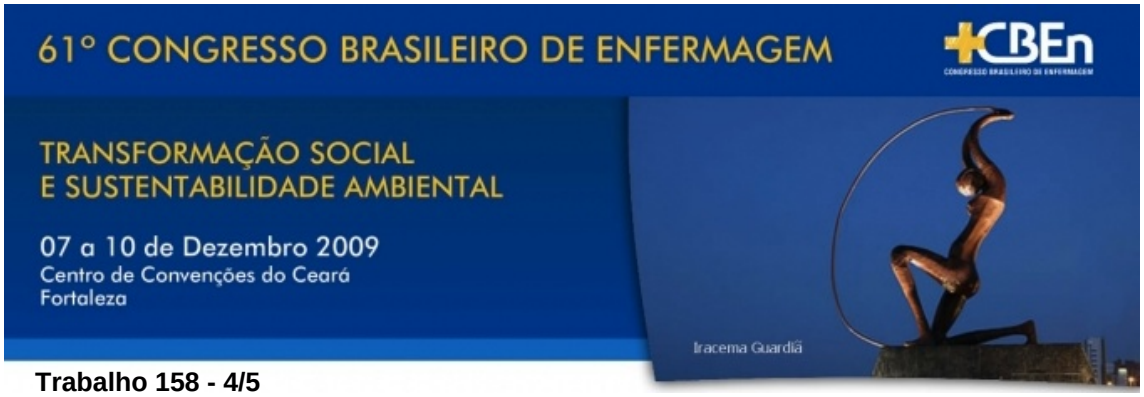
Especialista em Processos Educativos - ESP/MG

Carlaanita_bh@yahoo.com.br

Shirley Ribeiro de Souza Manetta - Enfermeira

Especialista em Saúde da Família - UFMG

Especialista em Processos Educativos - ESP/MG



A inexistência de um protocolo para a assistência desta demanda no município, apontando a necessidade de construí-lo. O protocolo elaborado consta de uma proposta de reorientação do fluxo de atendimento apresenta as atribuições da equipe de Enfermagem no atendimento a esses casos.

Visualiza-se que o protocolo poderá instrumentalizar as ações de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família e servir à equipe como referencial de condutas a serem tomadas quanto ao atendimento de casos agudos que procuram assistência nestas unidades.

CONCLUSÔES

Não temos a pretensão, de com este trabalho resolver todos os problemas no tocante à qualidade da assistência ao usuário com queixa aguda, até porque, esta queixa se diferencia no contexto de cada unidade e aí caberiam novos diagnósticos de necessidades de assistência para nortear os planejamentos para a prática da Enfermagem.

Com a certeza de termos colaborado com a assistência de enfermagem à população, dando este passo fundamental, fica registrado o desejo da continuidade deste processo rumo à valorização da enfermagem e a satisfação dos usuários.

BIBLIOGRAFIA

Carla Anita de Oliveira Sponton - Enfermeira

Especialista em Saúde da Família - UFMG

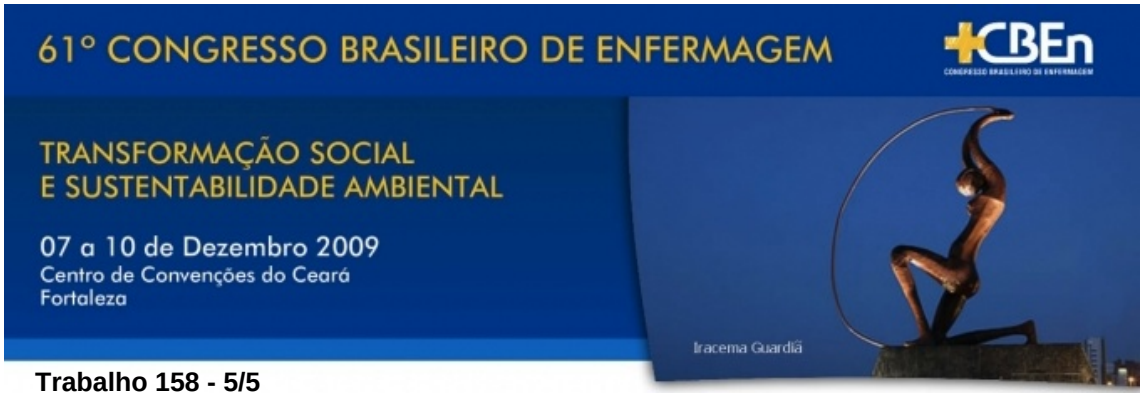
Especialista em Processos Educativos - ESP/MG

Carlaanita_bh@yahoo.com.br

Shirley Ribeiro de Souza Manetta - Enfermeira

Especialista em Saúde da Família - UFMG

Especialista em Processos Educativos - ESP/MG



BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Recomendações para a organização da Atenção Básica na rede municipal**. Doc.Int.[Relatório], 2003, 25p.

MATTOS, A. R. & PINHEIRO, R. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro, IMS- UERJ/ ABRASCO/CEPESC, 2005.

MENDES, V.E. **Serviços de saúde:** o que os gestores deveriam saber sobre este sistema complexo*,* 2009 (não publicado).

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*.* Brasília: Unesco / Ministério da Saúde, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health care. Genebra: WHO, 1978. **Implemetation of the Global Strategy for Health for all by the year 2000***.*Copenhague: WHO Regional Office for Europe, 1994.

Carla Anita de Oliveira Sponton – Especialista em Saúde da Família UFMG
Carlaanita_bh@yahoo.com.br Especialista em Processos Educativos ESP/MG
Gerente de Atenção à Saúde da Regional Leste - Belo Horizonte

Shirley Ribeiro de Souza Manetta – Especilaista em Saúde da Família UFMG
Especialista em Processos Educativos ESP/MG
Enfermeira da ESF do Centro de Saúde Pindorama – Regional Noroeste

Carla Anita de Oliveira Sponton - Enfermeira

Especialista em Saúde da Família - UFMG

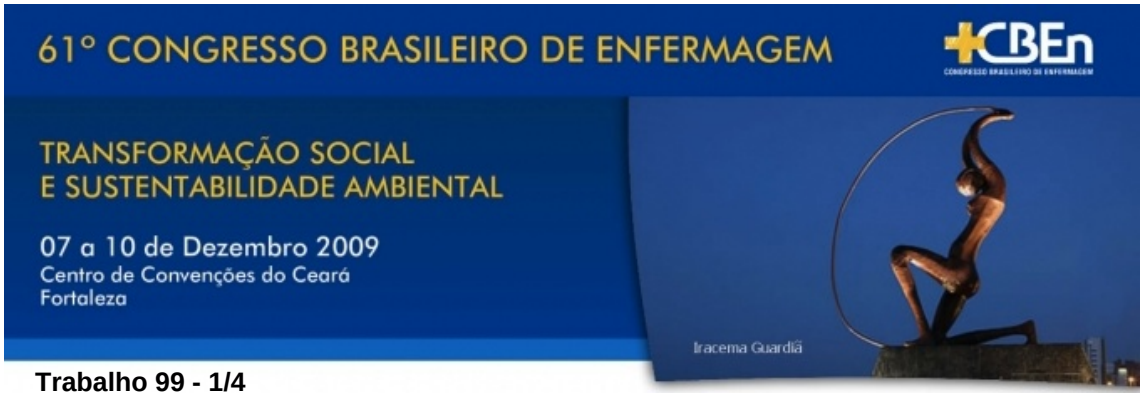
Especialista em Processos Educativos - ESP/MG

Carlaanita_bh@yahoo.com.br

Shirley Ribeiro de Souza Manetta - Enfermeira

Especialista em Saúde da Família - UFMG

Especialista em Processos Educativos - ESP/MG



Trabalho 99 - 1/4

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIA DO GRUPO PET-SAÚDE DA UBS DONA JOVEM

Leila Luíza Conceição Gonçalves (Universidade Federal de Sergipe)[1]
Ágda Pimentel (Secretária Municipal de saúde de Aracaju)[2]
Ana Cláudia Teixeira (Secretária Municipal de saúde de Aracaju)[3]
Neide Peróba de Oliveira (Secretária Municipal de saúde de Aracaju)[2]
Mirabel Matins (Secretária Municipal de saúde de Aracaju)[4]

Área E – Educação e formação na saúde da família

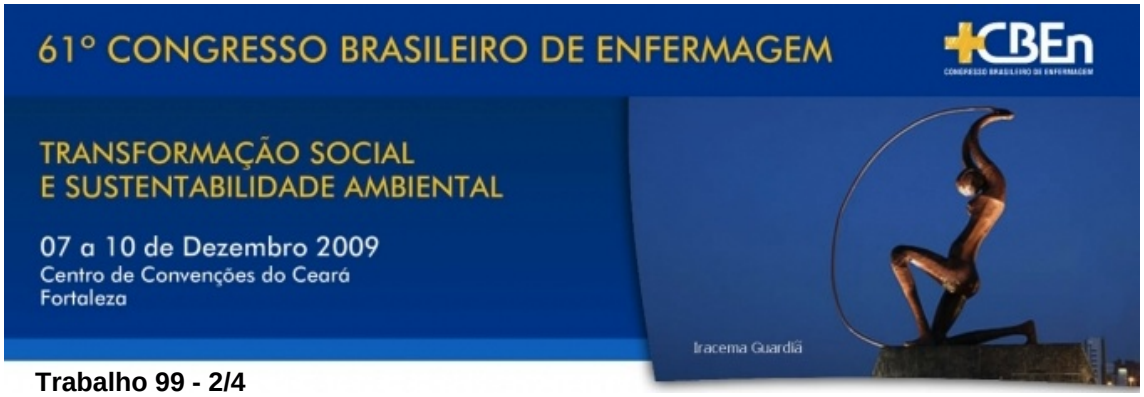
O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), instituído no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde visa fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (1). Constitui-se em um instrumento de iniciação ao trabalho dirigido aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde. O grupo PET-SAÚDE da unidade de saúde da família Dona Jovem é composto por tutores, preceptores e acadêmicos de medicina, odontologia, enfermagem. O projeto foi desenvolvido pela Universidade Federal de Sergipe em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. O presente trabalho tem por objetivo descrever a vivência e o aprendizado de alunos no desenvolvimento dos módulos temáticos: cartografia e mapeamento de risco, unidades produtivas e acolhimento. Estas atividades foram realizadas junto às equipes de saúde da família das áreas 21 e 37 e nos espaços de assistência ao usuário da unidade de saúde da família Dona Jovem, localizada em Aracaju, no período de abril a julho de 2009, com intuito de identificar problemas e implementar ação interventiva. Para o desenvolvimento das atividades foram realizadas visitas as micro-áreas junto aos agentes comunitários de saúde e consultaram os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB),

[1]Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: leilaluiza@globo.com, telefone: (79) 3255-0344

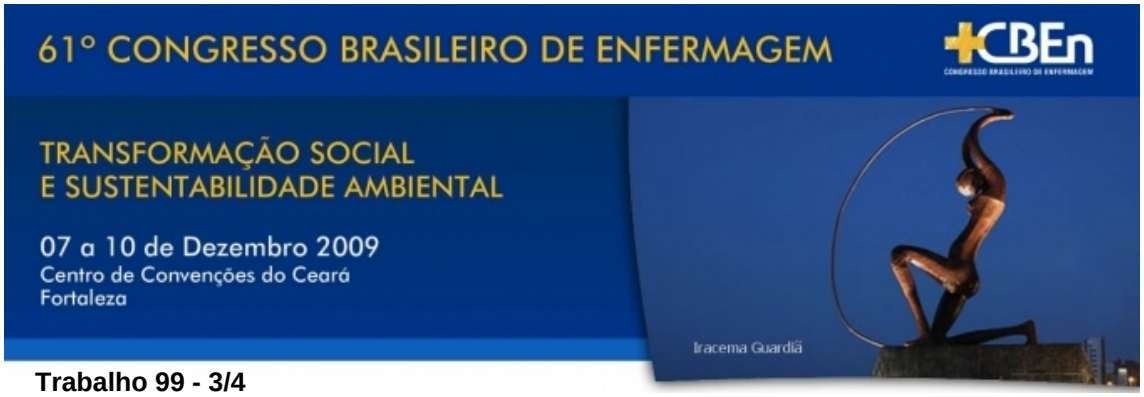
[2] Enfermeira da Estratégia Saúde da família unidade dina Jovem

[3] Médica da Estratégia Saúde da família unidade dina Jovem

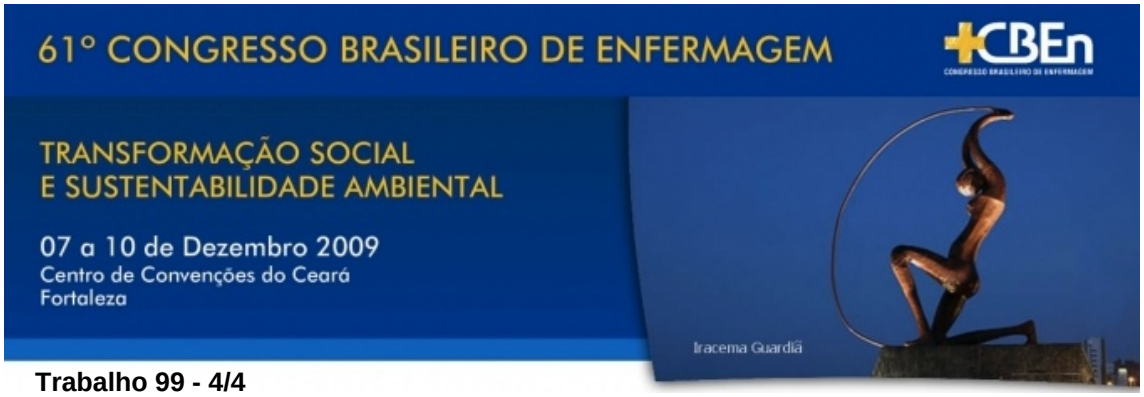
[4] Odontologa da Estratégia Saúde da família unidade dina Jovem



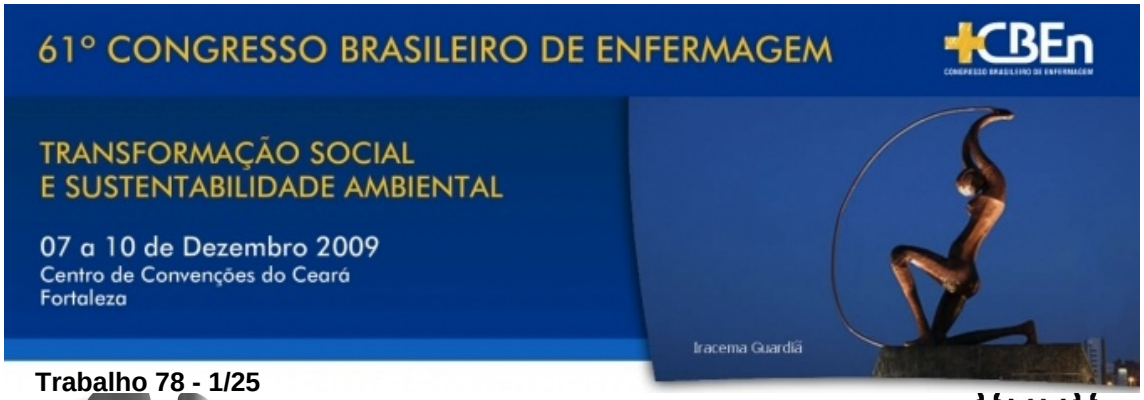
observação sistemática das unidades produtivas quanto a estrutura física, características dos usuários atendidos, ações realizadas na prestação de serviços, adesão dos funcionários as normas e rotinas, qualidade do procedimento, tendo como fundamentação as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde e do acolhimento realizado pelos profissionais de Enfermagem, Medicina e Odontologia, considerando as condições de atendimento, a postura profissional, o perfil da demanda, a importância e os limites deste serviço na unidade e discutido com os profissionais os problemas e as dificuldades das equipes em realizá-lo. A cartografia e o mapeamento de risco no território são instrumentos utilizados para conhecer a comunidade subscrita a uma equipe de saúde da família e suas peculiaridades, sendo possível fazer os diagnósticos socioeconômicos, saúde, demográfico e ambiental da região e, assim, traçar intervenções adequadas para o planejamento e programação das ações da equipe de saúde da família. Em relação ao mapeamento de risco e cartografia, dentre os vários problemas identificados nas áreas em estudo, mereceram destaque os seguintes problemas: área 21, baixa adesão da população feminina ao exame preventivo de câncer de colo de útero; áreas 37 ausência de saneamento em algumas microáreas e acúmulo de lixo em terrenos baldios. Diante dos problemas priorizados pelos grupos foram desenvolvidas ações de intervenção ou contribuições. Para o problema priorizado na área 21 foram realizadas ações educativas em sala de espera da USF com o intuito de sensibilizar a população quanto a relevância do exame preventivo para câncer de colo de útero e atividade assistencial preventiva, envolvendo todos os enfermeiros da USF. Na área 37, ações de educação em saúde por meio de apresentação teatral, explanação de cartaz ilustrativo, em sala de espera e escolas da comunidade e apresentação do relatório para sensibilização do conselho local de saúde quanto ao problema, comporam as intervenções. No módulo unidades produtivas, os problemas encontrados foram submetidos a um processo de avaliação e priorizados em razão de um melhor funcionamento da unidade de saúde. Dentre os problemas encontrados, priorizou-se a ausência de normas e rotinas nas unidades produtivas e a necessidade de atualização dos funcionários. A ação interventiva realizada contou com duas atualizações em serviços, abordando temas relativos à imunização e curativo, elaboração de protocolos de normas e rotinas de cada unidade produtiva, a fim de padronizar e auxiliar o atendimento aos usuários, construção de ficha de acompanhamento de curativo e painel sobre a indicação



de uso de substâncias em lesões. Quanto ao módulo acolhimento contatou-se que esta atividade não é realizada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, há ausência de postura acolhedora pelos profissionais e sobrecarga dos profissionais no turno matutino, principalmente do enfermeiro. Além disso, o acolhimento caracteriza-se como triagem, selecionando as demandas de casos agudos, agendamento de consultas e aquisição de receitas médica. Também, se observou que os usuários utilizam o acolhimento para satisfazer suas necessidades de assistência a saúde de forma aleatória, não aderindo às ações programáticas das equipes. A contribuição realizada neste módulo contou com organizar o acolhimento através da confecção de fichas, reorganização e divulgação da agenda de todas as equipes de saúde da família e serviço de odontologia aos usuários e reorganização do fluxo do acolhimento com o objetivo de diminuir ou até sanar com as filas no corredor, e efetivar o acolhimento e otimizar a adesão as ações programáticas. Diante desta atividade conclui-se que a interdisciplinaridade é de extrema relevância para o desenvolvimento de ações preventivas, educativas e de detecção precoce na Estratégia de Saúde da Família. Pois, por meio da cartografia e mapeamento de risco é possível que a ESF conheça e a identifique os problemas que interferem no processo saúde-doença e qualidade de vida da comunidade. As unidades produtivas são elementos importantes para a assistência a comunidade, devendo estas seguir as normas de funcionamento estabelecidas pelo Ministério da saúde. Além disso, é necessária a presença de profissionais de enfermagem responsáveis por estas unidades que não estejam envolvidos na estratégia saúde da família, para que os cuidados prestados, nestes espaços, sejam de qualidade e não coloque em risco a saúde dos usuários. E o acolhimento é um serviço necessário ofertado a população, devendo ser bem conduzido para o alcance dos objetivos proposto no modelo de vigilância à saúde. Para a sua prática é imprescindível a postura ética, a escuta qualificada aos usuários, de forma interdisciplinar, visando, principalmente, a promoção da saúde e prevenção de doenças. Para a enfermagem a experiência dos módulos anteriormente mencionados do Pet-saúde, possibilitou a melhoria significativa da organização do processo de trabalho, devido a reorganização das agendas dos profissionais; melhora da adesão dos usuários as ações programáticas; condições melhores da oferta de serviços das unidades produtivas; estabelecimento de parcerias com os conselhos locais de saúde e escolas, a fim de trabalhar problemas identificados por meio da educação em saúde, e,



estabelecimento de espaço para discussões interdisciplinares, com valorização da enfermagem.



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

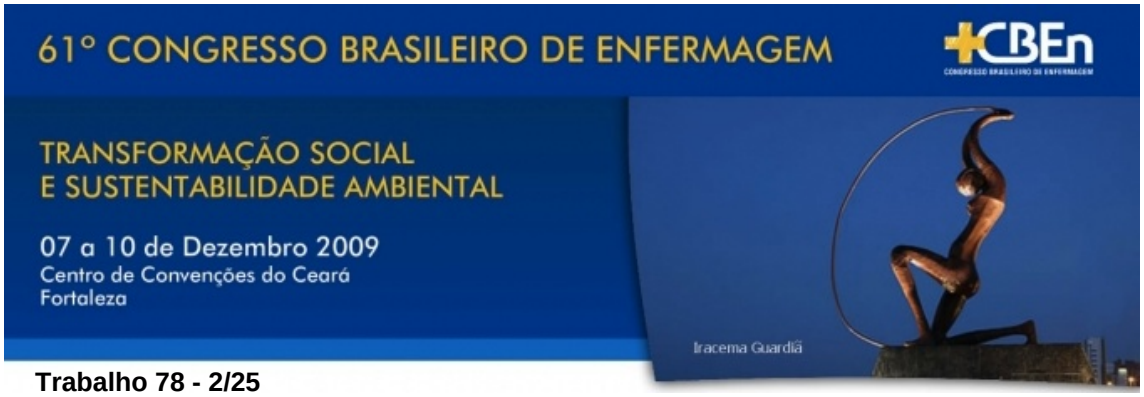
FIOCRUZ

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

FÁBIO DE SOUSA E SILVA
SÍLVIA RENATA GOMES REMÍGIO SOUSA
TELMA REJANE ALVES GONÇALVES

PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ARCOVERDE – PE

RECIFE
2009



Trabalho 78 - 2/25

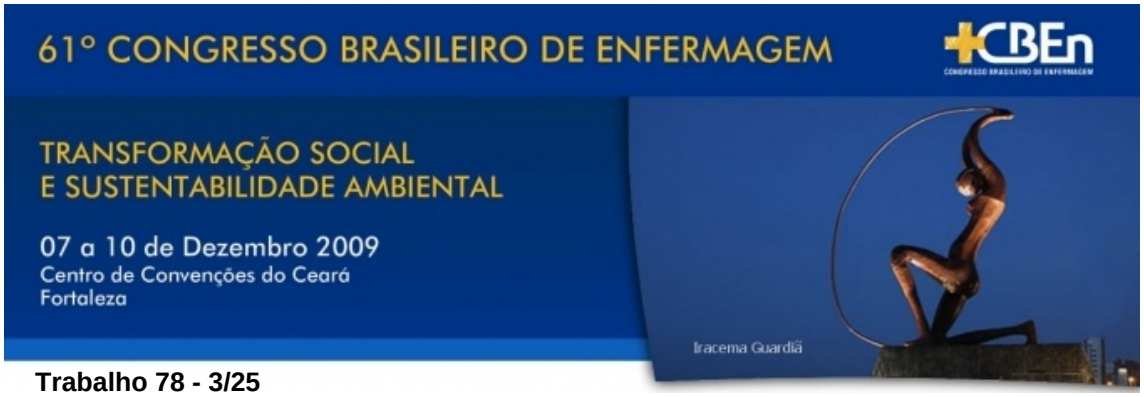
FÁBIO DE SOUSA E SILVA
SÍLVIA RENATA GOMES REMÍGIO SOUSA
TELMA REJANE ALVES GONÇALVES

PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ARCOVERDE – PE

Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Professora Ms Kátia Rejane de Medeiros

RECIFE
2009



FÁBIO DE SOUSA E SILVA
SÍLVIA RENATA GOMES REMÍGIO SOUSA
TELMA REJANE ALVES GONÇALVES

PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ARCOVERDE – PE

Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

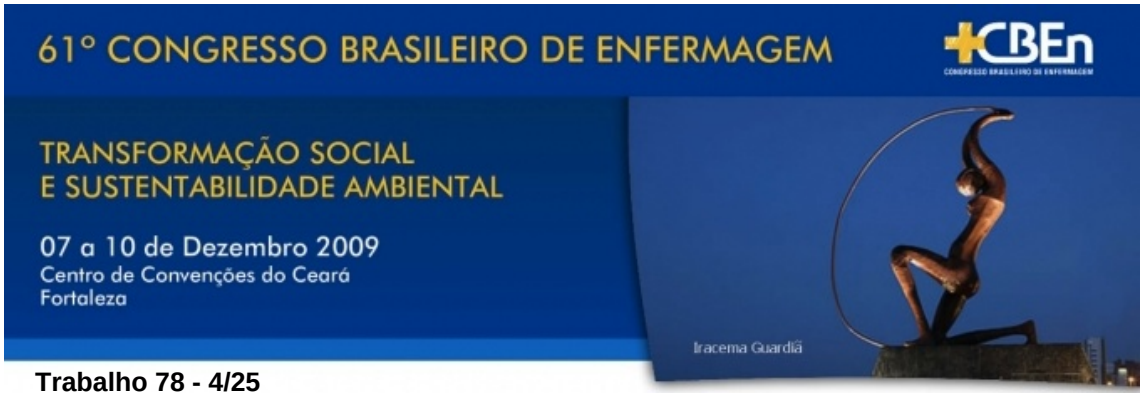
APROVADO EM: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

_____

_____

_____

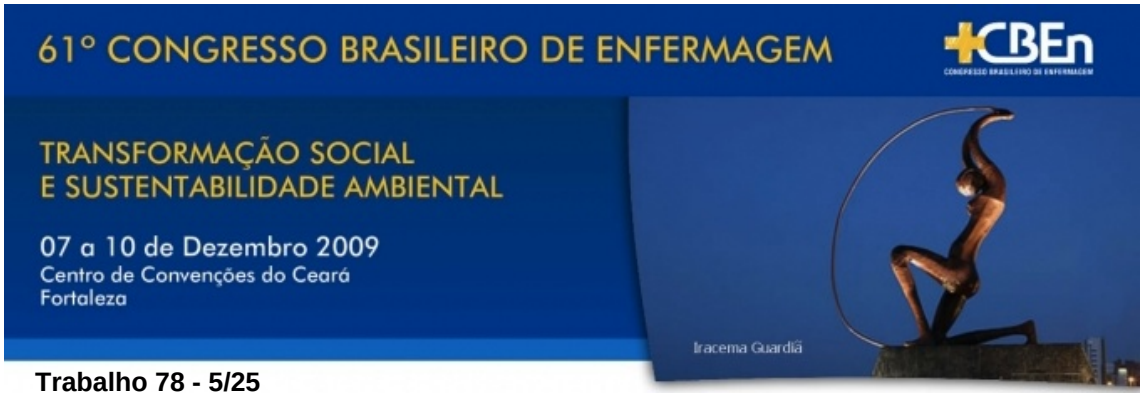


Trabalho 78 - 4/25

RESUMO

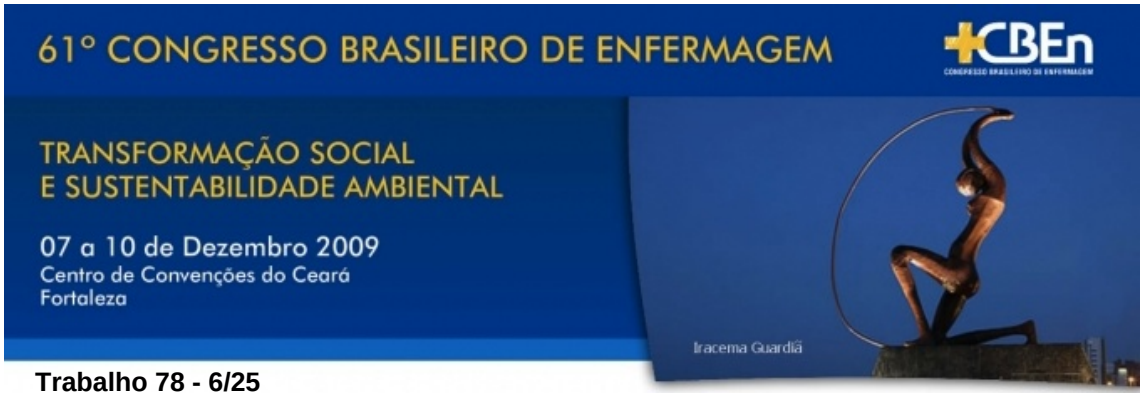
O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), foi implantado na Região Nordeste, em 1991, sob a coordenação da Fundação Nacional de Saúde (FNS), com o propósito de contribuir para a municipalização e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da ampliação da cobertura às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando o segmento materno-infantil. Em 1992, o PNACS perde o termo nacional, adotando a sigla PACS. No ano de 1994, o programa havia se expandido para as regiões Norte e Centro-Oeste, contando com 33.488 agentes, em 987 municípios (SILVA; DALMASO, 2002). Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), são considerados os pilares dos programas de saúde voltados para a atenção básica, instituídos pelo governo, servindo de comunicadores e tradutores desses programas para a população, além de serem um elo de ligação entre os outros profissionais e a comunidade (NUNES et al., 2002). Este trabalho teve como objetivo identificar o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Arcoverde-PE. O estudo foi realizado no município de Arcoverde – PE. Teve como população 90 Agentes Comunitários de Saúde que trabalhavam na ESF naquela época. Trata-se de um estudo do tipo, exploratório-descritivo, transversal. Os dados foram coletados através de um questionário, para o processamento foi utilizado o programa MS EXCEL XP, sendo feita a análise estatística por meio de tabelas e gráfico. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM). Com relação às principais características encontradas no estudo, observou-se que os ACS's estavam inseridos na faixa etária entre 31-40 anos de idade, atuavam predominantemente na zona urbana, exerciam suas atividades laborais entre 2-4 anos. A resistência à mudanças foi a mais citada quanto as dificuldades encontradas em relação a atividades exercida frente ao paciente. A relação de trabalho dos ACS's com os profissionais da mesma equipe, de equipes diferentes e com a comunidade foi considerada boa. Sugerimos como continuidade deste trabalho a caracterização do perfil dos demais profissionais que integram a ESF, o qual poderá trazer maiores informações no sentido de identificar necessidades e orientar o trabalho de equipes de saúde, com o compromisso político da atual gestão municipal de Arcoverde: universalização, equidade, integralidade, resolutividade e controle social da política de saúde.

Palavras-Chave: Agente Comunitário de Saúde. Saúde da Família. Promoção da Saúde. Enfermagem.



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 05
2 MÉTODOS 08
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO 09
3.1 Caracterização do Município 09
3.2 Caracterização da Rede de Saúde Local 10
3.3 Perfil Sócio-escolar dos ACS's 11
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS 19
5 REFERÊNCIAS 21



1 INTRODUÇÃO

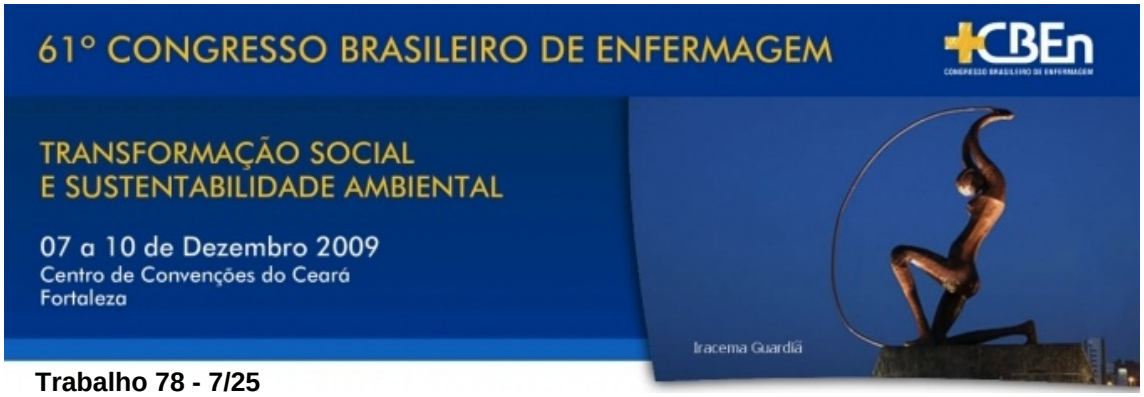
No cenário mundial da saúde o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um elemento do processo de trabalho antigo, pois em 1920, no Canadá, ele aparece para auxiliar no movimento de organização comunitária nas Américas. Há décadas, diversos grupos religiosos e organizações não governamentais treinaram agentes de saúde. Na América Latina, apesar da resistência a esses trabalhadores, os mesmos foram utilizados nos últimos 20 anos como estratégia de extensão de cuidados básicos em comunidades rurais e periurbanas (SOLLA, 1996).

No Brasil, desde a institucionalização inicial dos agentes comunitários de saúde, a partir de um projeto emergencial de incorporação das mulheres nas frentes de emergência nos períodos de seca, no Ceará, nos anos 80 até os dias atuais, o seu número tem crescido constantemente (SILVA; SANTOS, 2003).

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), foi implantado na Região Nordeste, em 1991, sob a coordenação da Fundação Nacional de Saúde (FNS), com o propósito de contribuir para a municipalização e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da ampliação da cobertura às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando o segmento materno-infantil. Em 1992, o PNACS perde o termo nacional, adotando a sigla PACS. No ano de 1994, o programa havia se expandido para as regiões Norte e Centro-Oeste, contando com 33.488 agentes, em 987 municípios (SILVA; DALMASO, 2002).

Após a criação do PACS em 1991, surge em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), para contribuir com uma reorientação do modelo de atenção à saúde, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e comunidade de forma integral e contínua (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

O ACS deve trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, sendo responsável, no máximo, por 150 famílias ou 750 pessoas, beneficiadas pela visita domiciliar pelo menos uma vez por mês. Os requisitos para ser ACS são: ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos, ser maior de dezoito anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades e haver concluído o ensino fundamental. Este último requisito foi incorporado a partir da Lei nº 10.507/02 (BRASIL, 2002). Antes da promulgação da mesma, em relação à escolaridade, era exigido apenas ‘saber ler e escrever’. Além dessas exigências, o



ACS deve também concluir, com aproveitamento, o curso de qualificação básica para a formação do agente (BEZERRA, 2005).

Os Agentes Comunitários de Saúde – ACS, são considerados os pilares dos programas de saúde voltados para a atenção básica, instituídos pelo governo, servindo de comunicadores e tradutores desses programas para a população, além de serem um elo de ligação entre os outros profissionais e a comunidade (NUNES et al., 2002). A regulamentação da profissão de agente comunitário de saúde ocorreu em 10 de julho de 2002, respaldada pela Lei nº 10.507, que determina que essa profissão existirá exclusivamente no âmbito do SUS.

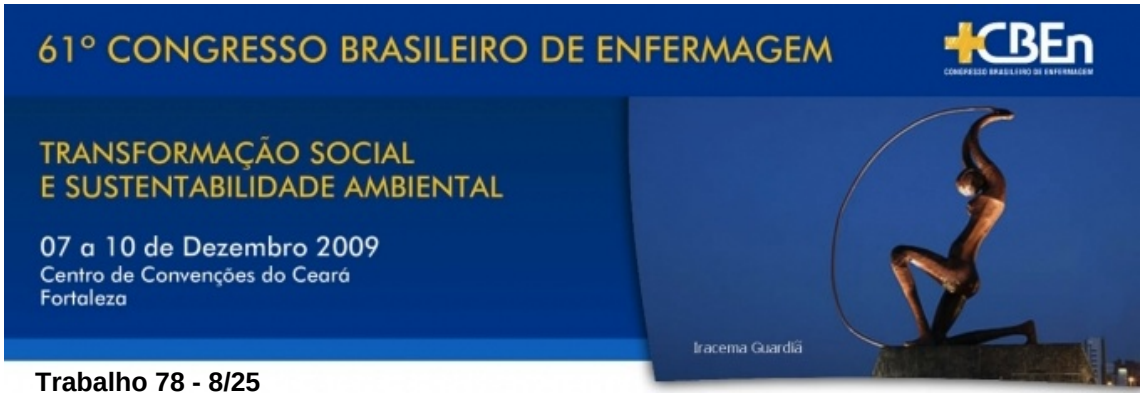
A inserção do ACS no contexto da Atenção Primária à Saúde está pautada na representação de vínculo e no elo na relação serviço-comunidade, o que o torna também um potente mediador de tensões da clientela, por atender às inúmeras demandas de saúde. Mas, simplificar o papel do agente comunitário de saúde é, no mínimo, desconhecer o avanço que sua atuação proporcionou, especialmente nas pequenas localidades que até então não tinham acesso a algum tipo de atenção à saúde (SILVA; RODRIGUES, 2000).

Silva e Dalmaso (2002) descrevem que a partir do PACS, o ACS tornou-se um elemento efetivo do trabalho em saúde e um ator essencial no cenário da estruturação e reestruturação da atenção básica em saúde, visando especialmente a ampliação da cobertura assistencial, com aumento do acesso a partir do acolhimento feito por ele, identificando, encaminhando e dando resolubilidade às necessidades de saúde da população.

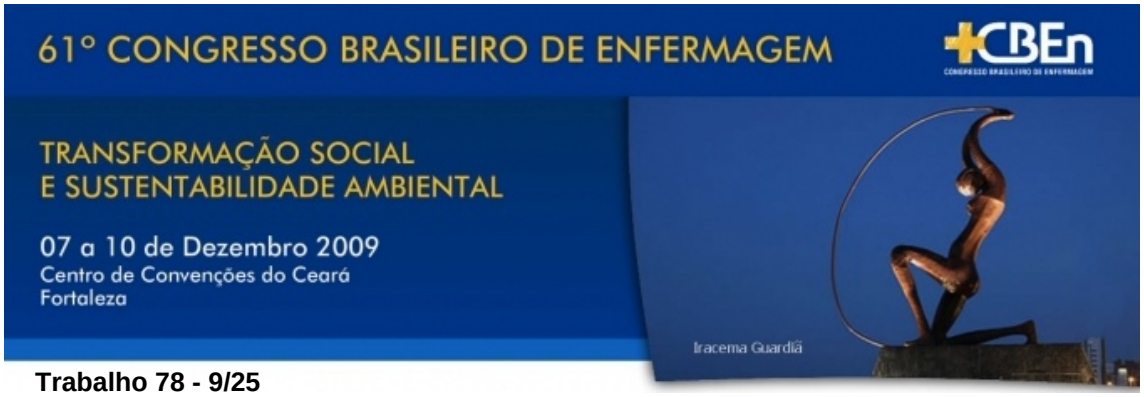
Segundo Pedrosa e Teles (2001), a população começou a valorizar mais o agente, devido principalmente à diminuição dos índices de agravos à saúde, como mortalidade infantil e adulta, controle das diarréias, presença do médico nas visitas domiciliares agendadas pelos agentes, etc., o que, de certa forma, trouxe resolubilidade aos problemas da população e maior satisfação do usuário.

A operacionalização das atividades do ACS subordina um aporte de recursos financeiros, parte integrante da lógica de financiamento do SUS. O repasse de recursos é feito do nível federal ao municipal e compõe o Piso de Atenção Básica – PAB (BEZERRA, 2005).

Considerando o grande crescimento da Estratégia de Saúde da Família e a inserção obrigatória do desse trabalhador, Agente Comunitário de Saúde, e seu importante papel na Atenção Básica em Saúde, este trabalho teve como objetivo



identificar o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde que integram as ESF no município de Arcoverde-PE. Esse conhecimento faz-se necessário para subsidiar políticas públicas que desenvolvam e incrementem o atendimento às comunidades por eles assistidas.



2 MÉTODOS

A pesquisa trata-se de um estudo do tipo, exploratório-descritivo, transversal. Foi desenvolvida no município de Arcoverde, situado no Estado de Pernambuco.

A população do estudo foi composta 90 (noventa) Agentes Comunitários de Saúde, desse total 92,2% participaram da pesquisa voluntariamente. Logo, 7,8% foram excluídos, por recusarem-se a responder o questionário. A coleta de dados foi realizada durante o mês de dezembro de 2008.

A pesquisa foi conduzida segundo as recomendações da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde. Cumpre salientar que o instrumento de coleta, questionário semi-estruturado de auto-preenchimento com perguntas abertas, semi-abertas e fechadas, já havia sido validado no Projeto “Consolidação do Sistema Único de Saúde: A Estratégia de Saúde da Família enquanto instrumento de reorganização do sistema de saúde local e estímulo a participação social” –Processo nº 075/05 – 2005, realizado no Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa-MG.

Os dados foram organizados e processados em banco de dados elaborado através do programa MS EXCEL XP e conferidos mediante dupla digitação. De cada variável abordada foi calculada a sua freqüência absoluta (n) e percentual (%), e posteriormente, procedida apresentação e discussão com base em pesquisas relacionadas à temática.

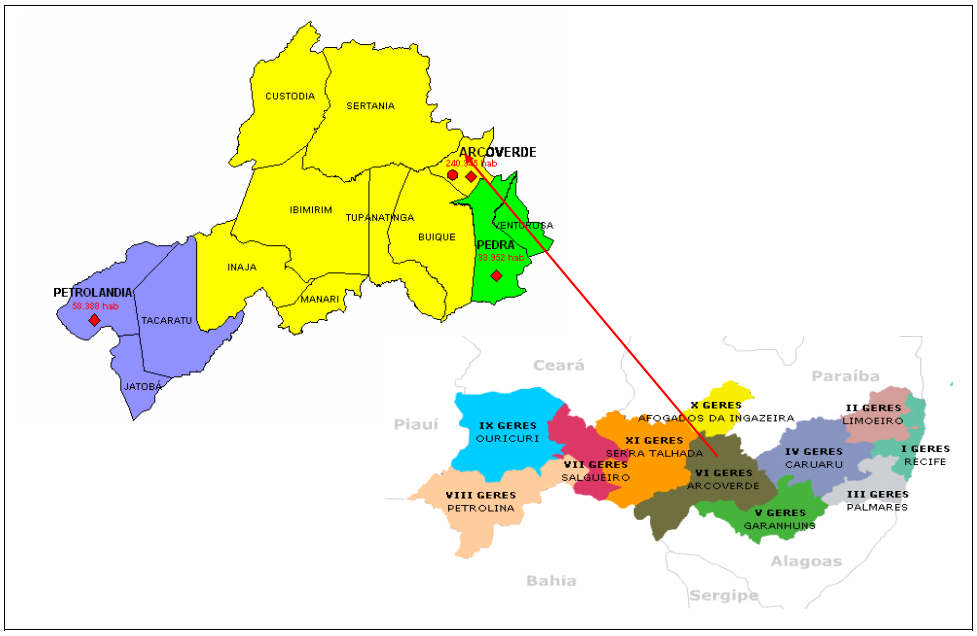
61° CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
CBEn
TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL
07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza
Iracema Guardiã
Trabalho 78 - 10/25

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização do município

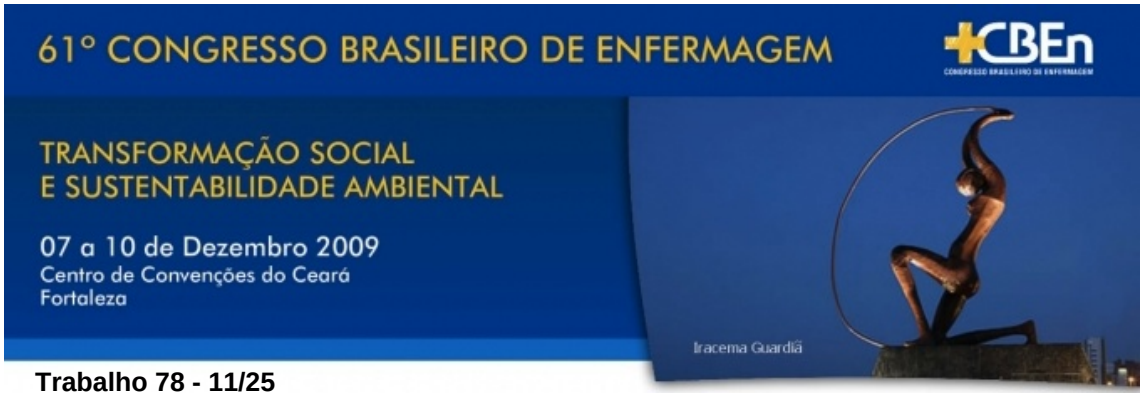
O município de Arcoverde localiza-se na mesorregião Sertão, microrregião Sertão do moxotó e região de desenvolvimento sertão de Moxotó-Pajeú. Dista 256 km do Recife, capital do estado. O município possui uma área territorial de 353 km^2, tendo como limites municipais, ao Norte o Estado da Paraíba, ao Sul os municípios de Buíque e Pedra, ao Leste o município de Pesqueira e ao Oeste o município de Sertânia. Arcoverde tem 65.905 habitantes, 59.172 residentes na zona urbana e 6.098 na zona rural (IBGE, 2007).

Arcoverde é considerado o “Portal do Sertão Pernambucano”, serve como referência para os municípios do sertão do Moxotó, para o comércio, educação e prestação de serviços principalmente saúde.



Mapa 1 – Municípios que compõem a VI GERES.
Fonte: VI GERES – Arcoverde, PE.

O Município faz parte da Gerência Regional de Saúde VI (GERES), conforme mapa 1, e de acordo, com NOAS – SUS 01/ 02 estabelece o processo de



regionalização com estratégias de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, instituindo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da Assistência, Arcoverde se qualifica em município sede de módulo da sua regional de saúde, com a perspectiva de garantir o acesso a integralidade e a igualdade, a um conjunto de serviços e ações de saúde.

A Secretaria Municipal, responsável pela organização dos Serviços de Saúde tem como meta desenvolver as ações preconizadas pelos programas do Ministério da Saúde nas áreas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde da Família, Controle do Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Tuberculose, Hanseníase, Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, Assistência Farmacêutica, exames de apoio e diagnóstico. Possui serviços de média complexidade, incluindo leitos de pronto atendimento, permitindo que desenvolva atendimento na atenção Primária e Secundária, e está habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica.

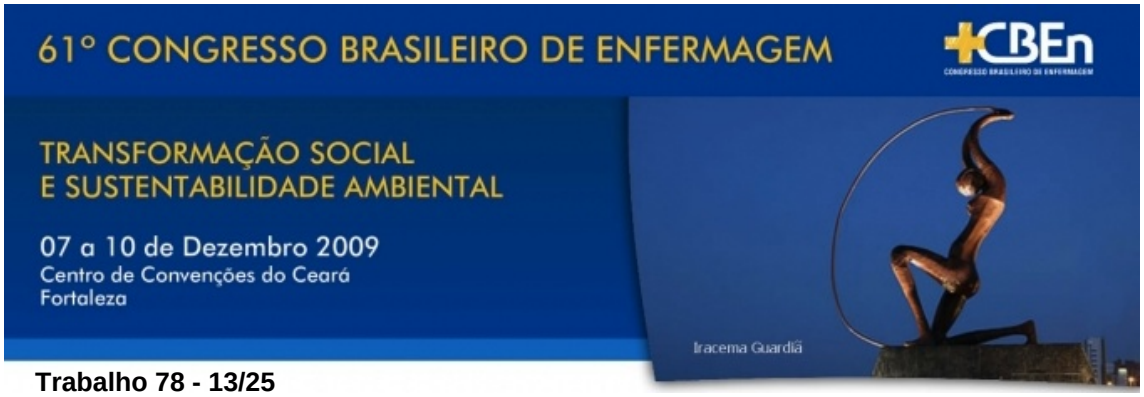
3.2 Caracterização da rede de saúde local

A rede assistencial de saúde municipal é composta por uma rede mista com 17 (dezessete) Unidades de Saúde da Família desenvolvendo atividades do Programa de Saúde da Família e Saúde Bucal; 06 (seis) Postos de Saúde; 01 (um) Centro de Saúde, desenvolvendo ações de saúde, centradas no atendimento clínico; 01 (um) Centro de Atenção ao Idoso; 01 (um) Centro de Saúde da Mulher; 01 (um) Centro de Testagem e Aconselhamento CTA/ COAS; 01 (um) Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) tipo I; 01 (um) Centro de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental; 01 (um) Centro de Especialidades Médicas (serviço de diagnóstico); 01 (um) Laboratório de Análises Clínicas; 01 (uma) Unidade Móvel Clínica Odontológica; 01 (uma) Policlínica e 02 (duas) equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tipo I. Contamos ainda com 01 (um) Hospital Regional, 01 (uma) Casa de Saúde, privada e conveniada com o SUS e 01 (um) Hospital Privado além de outros serviços privados.



3.3 Perfil sócio-escolar dos ACS's

A população do estudo foi composta por 83 Agentes Comunitários de Saúde, correspondendo a 92,2% do total de ACS's que trabalhavam no período na Estratégia de Saúde da Família que participaram da pesquisa voluntariamente. Logo, 7,8% foram excluídos, por recusarem-se a responder o questionário. A coleta de dados foi realizada durante o mês de dezembro de 2008 pelos autores. Os resultados serão apresentados em 6 blocos, quais sejam: perfil sócio-escolar, condições e situação de trabalho, condições para exercício de suas atividades profissionais, opinião em relação a estrutura física da Unidade de Saúde da Família



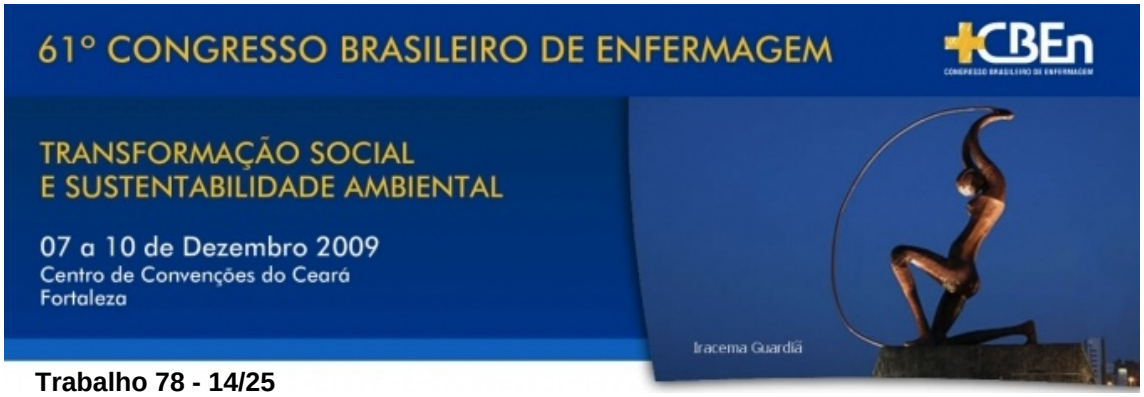
onde exerce suas atividades, relação de trabalho com os profissionais da mesma equipe, de equipes diferentes e com a comunidade e oferta de treinamento/capacitação para trabalhar na ESF.

Tabela 1 Perfil sócio-escolar dos ACS's, de Arcoverde, PE, 2008.

Característica/Categoria	n	%
Idade		
21-30 anos	17	20,48
31-40 anos	37	**44,57**
41-50 anos	23	27,71
51-60 anos	06	7,22
Área de atuação		
Zona urbana	70	**84,33**
Zona rural	13	15,66
Nível de Escolaridade		
Fundamental incompleto	01	1,20
Fundamental completo	05	6,02
Médio incompleto	03	3,61
Médio completo	74	**89,15**
Superior	10	12,04
Área de nível superior		
Licenciatura em Biologia	04	**40,00**
Licenciatura em Letras	03	30,0
Licenciatura em Matemática	02	20,0
Educação Física	01	10,0
Especialização (pós-graduação)		
Sim	02	**20,0**
Não	08	80,0
Outros Cursos		
Técnico de Enfermagem	08	**20,00**
Técnico de Eletrônica	01	2,50
Técnico de Contabilidade	11	27,50
Auxiliar de Enfermagem	20	**50,00**

De acordo com a Tabela 1, os Agentes Comunitários de Saúde pertencem prioritariamente a faixa etária entre 31-40 anos (44,57%), se assemelhando com o estudo realizado por Nascimento (2008), cujo universo da pesquisa 42,5%, tinha como faixa ACS's dos 30-39 anos. O Ministério da Saúde preconiza idade acima de 18 anos, mas não estabelece um limite máximo (BRASIL, 2001).

A área de atuação dos sujeitos se concentrou na zona urbana (84,33%). Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dão conta de que a população está sendo assistida com uma cobertura de 78,0% dos Agentes Comunitários de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE DE ARCOVERDE, 2008).

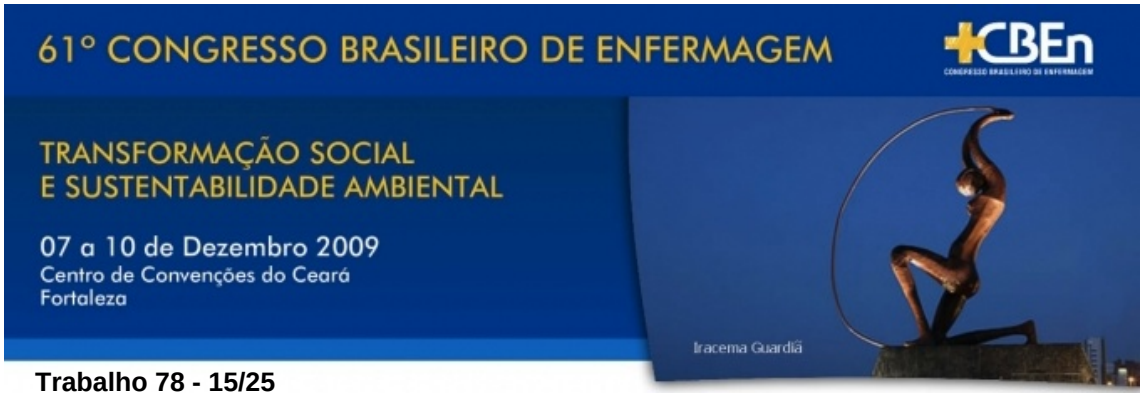


Quanto a escolarização os ACS possuíam o ensino médio completo (89,15%), 10 deles (12,04%) haviam concluído curso superior e ainda 02 possuíam o curso de pós-graduação. Dados semelhantes foram encontrados em Pernambuco, Rio Grande do Sul e Paraná (BEZERRA; ESPÍRITO SANTO; BATISTA FILHO, 2005; FERRAZ; AERTES, 2005; KLUTHCOVSKY et al., 2007). Lei que regulamenta a profissão de ACS exige, para o exercício da função, o Ensino Fundamental completo, portanto o grau de escolaridade encontrado no município de Arcoverde é superior a essa exigência legal (BRASIL, 2002).

Quanto a outros cursos profissionalizantes 50,0% já haviam feito o curso de Auxiliar de Enfermagem. Viu-se que dos ACS que possuíam curso de qualificação 70,0% optaram por cursos em profissões típicas de saúde como técnico e auxiliar de enfermagem. Nascimento (2008) destaca que se o ACS dispuser de uma organização de trabalho e de uma formação profissional adequada, pode tornar-se um recurso humano em potencial, que poderá causar impacto positivo na saúde da população assistida, fortalecendo assim, a atenção básica.

Tabela 2 Condições e situação de trabalho dos ACS's, Arcoverde-PE, 2008.

Característica/Categoria	n	%
Como se tornou profissional do PSF		
Concurso	20	24,09
Seleção	61	**73,49**
Sem resposta	02	2,40
Tempo que trabalha na ESF		
<1 ano	18	**21,67**
2-4 anos	30	**36,13**
5-7 anos	10	12,03
8-10 anos	11	13,23
+ 10 anos	03	3,60
Sem respostas	11	13,25
Como classifica sua remuneração		
Boa	10	**12,04**
Razoável	42	**50,60**
Baixa	21	25,30
Sem resposta	05	6,02
Jornada de trabalho na ESF		
6 horas/dia	57	**68,67**
8 horas/dia	26	31,32
Exerce outra atividade profissional		
Sim	09	**10,84**
Não	70	84,33
Sem resposta	04	4,81



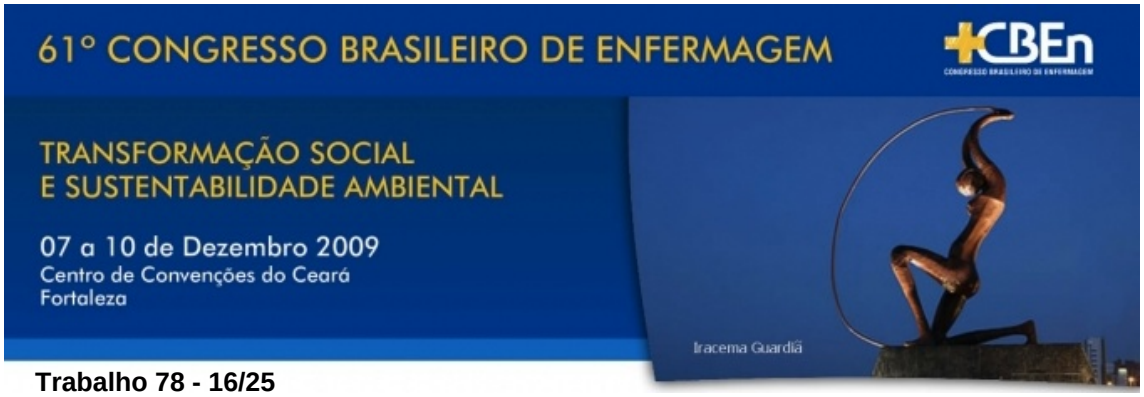
Na Tabela 2 observa-se que o meio para o ingresso na profissão de Agente Comunitário de Saúde ocorreu por meio de seleção (73,49%). Ferraz e Aerts (2005), em estudo no município de Porto Alegre, todos os agentes comunitários passaram por um processo seletivo, o que acaba se refletindo no nível de escolaridade, pois a maioria apresentava o ensino fundamental completo. vale salientar que quanto maior o grau de escolaridade mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e melhor orientar as famílias sob sua responsabilidade.

O tempo de exercício profissional na função de ACS no município de Arcoverde, foi entre 2-4 anos (36,13%), embora seja importante notar que 21,67% exerciam a função há menos de um ano, pois iniciaram suas atividades em serviços recém-implantados. O tempo acima de 3 anos é importante para o entendimento do papel do agente, que é construído nas suas práticas cotidianas e no seu tempo de permanência e vínculo de contato com a comunidade (SCHIMITH; LIMA, 2004). A oportunidade de emprego e o reconhecimento social estão entre as principais motivações para os ACS trabalharem nessa função, e isso pode explicar a permanência deles no serviço por um período maior (NUNES et al., 2002; RONZANI; SILVA, 2008; SILVA, 2000).

O município de Arcoverde-PE criou o cargo de ACS's por meio da Lei Complementar Municipal Nº 08/2007 de 12/11/2007 e a Portaria nº 59/2008 de 31/03/2008 efetivou-os na função. Outrossim, a Portaria 078/2008 de 19 de fevereiro de 2008, da Secretaria Estadual de Saúde, publicou a relação dos Agentes Comunitários de Saúde, que foram submetidos e aprovados em Processo Seletivo Público, no período de 1991 a 2006 (PERNAMBUCO, 2008).

Quanto a remuneração os entrevistados classificaram sua remuneração como boa (12,04) ou razoável (50,60%). Para o Ministério da Saúde, um agente comunitário de saúde deve ganhar pelo menos um salário mínimo por mês. Os recursos para efetuar o pagamento do seu salário provêm em parte do governo federal, do governo municipal e, em menor proporção, do governo estadual (BRASIL, 2001).

A jornada diária de trabalho 6 horas foi citada por 68,67%, divergindo do que recomenda o Ministério da Saúde, que define como requisito para a função ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades (BRASIL, 2004), ou seja, 8 horas diárias.

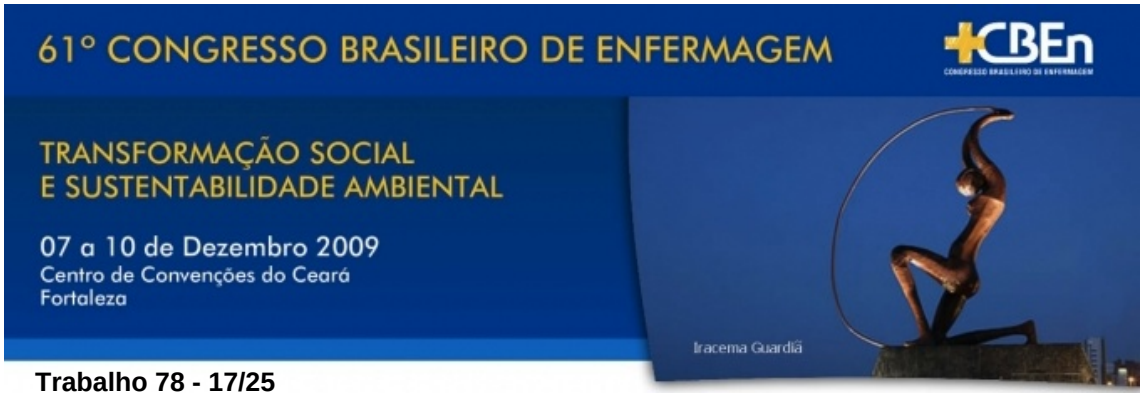


O exercício de outra atividade profissional, além da de ACS, foi constatada em 10,84% das respostas, apontando para a possibilidade de cumprimento das múltiplas atribuições deste profissional, mediante carga horária de 8 horas diárias.

Tabela 3 Condições dos ACS's para exercício de suas atividades profissionais, Arcoverde- PE, 2008.

Característica/Categoria	n	%
Dificuldades encontradas em relação a atividade executada frente ao paciente		
Visita domiciliar	02	2,40
Aglomeração de pessoas nos postos (madrugada)	05	6,00
Não segue as orientações	05	6,00
Analfabetismo	07	8,40
Resistência à mudança	19	**22,90**
Sedentarismo	06	7,20
Baixa condição financeira	05	6,00
Não tenho dificuldades	21	**25,30**
Sem respostas	13	15,70
Dificuldades encontradas em relação a atividade executada e o serviço		
Falta de medicamentos	04	4,82
Horários dos profissionais	09	10,84
Mau atendimento	10	12,05
Referência	04	4,82
Visita domiciliar	01	1,20
Grande quantidade de famílias	09	10,84
Não tenho dificuldades	30	**36,14**
Sem resposta	16	19,28
Dificuldades encontradas em relação a atividade executada e o atendimento domiciliar		
Grande distância	03	3,61
Pouco horário do profissional (superior)	06	7,23
Falta de material didático	02	2,41
Falta de carro	06	7,23
Falta de material	02	2,41
Não tenho dificuldades	28	**33,73**
Sem resposta	36	43,37

Analisando a Tabela 3, os entrevistados responderam que a principal dificuldade encontrada no exercício da profissão frente ao usuário é a resistência à mudanças (22,90%), é importante também o fato de 25,30% terem dito que não tinham dificuldade alguma. De acordo com Kluthcovsky e Takayanagui (2006), os ACS sofrem resistência da população com relação às orientações. Os ACS encontram grandes desafios no cotidiano de sua prática profissional, em razão disso é necessário que possam agir refletindo criticamente acerca das necessidades da população e que ele possa respeitar os valores, a cultura e a individualidade da comunidade atendida por ele (SOSSAI, 2008).



Em relação à dificuldades relacionadas a atividade e o serviço (36,14%) e, a atividade executada e o atendimento domiciliar (33,73%), disseram não ter dificuldades. Um estudo de Levy, Matos e Tomita (2004) mostrou que, de forma geral o trabalho do ACS passa por uma fase inicial de desconfiança por parte da população, mas que, em função da dinâmica interacional e das tarefas que ele realiza em suas visitas domiciliares, isso evolui para uma participação efetiva e uma melhora crescente da relação agente/comunidade. A população começa a valorizar mais o agente, devido principalmente à diminuição dos índices de agravos à saúde, como mortalidade infantil e adulta, controle de diarréias, presença do médico nas visitas domiciliares agendadas, o que, de certa forma, trouxe resolubilidade aos problemas e maior satisfação do usuário (PEDROSA; TELES, 2001).

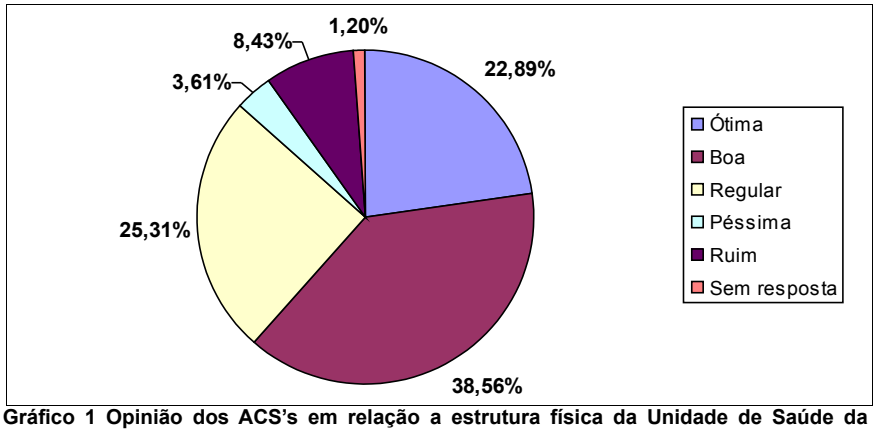


Gráfico 1 Opinião dos ACS's em relação a estrutura física da Unidade de Saúde da Família onde exerce suas atividades, Arcoverde, PE.

O Gráfico 1, mostra que 38,56% dos entrevistados consideram boa a estrutura física da Unidade de Saúde da Família onde exercem suas atividades. Segundo o Ministério da Saúde é necessário que uma Unidade de Saúde da Família disponha de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação da equipe. Reforçando a possibilidade de compartilhamento dos espaços físicos, permitindo a utilização dos mesmos entre diferentes profissionais e atividades da unidade entre programações diversas e ainda, atividades extra-muros (BRASIL, 2006).

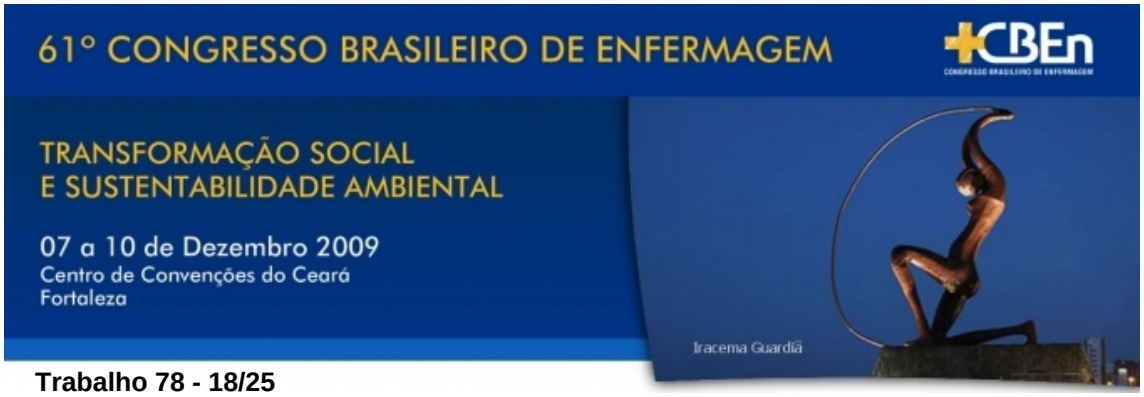


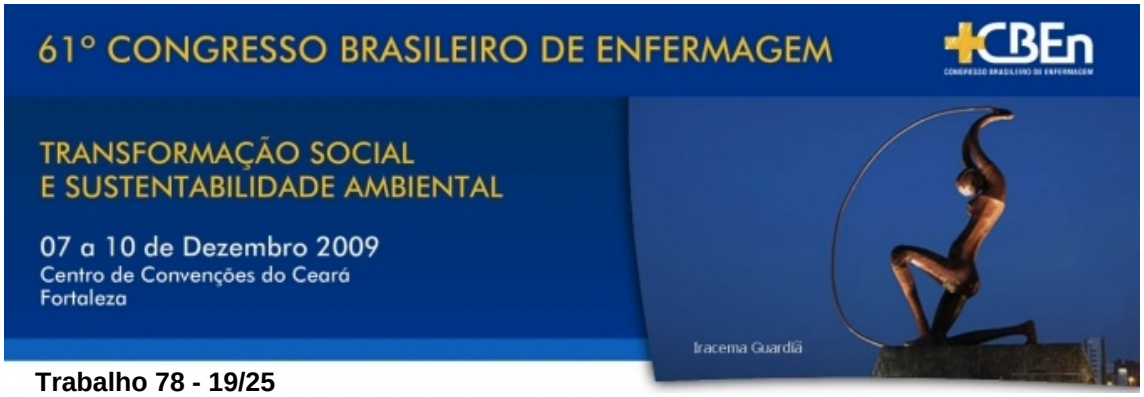
Tabela 4 Relação de trabalho dos ACS's com os profissionais da mesma equipe, de equipes diferentes e com a comunidade, Arcoverde, PE.

Característica/Categoria	n	%
Relação de trabalho entre os profissionais da mesma equipe		
Há uma boa relação	61	**73,49**
Há indiferença de um para com o outro	09	10,84
Há subgrupos dentro da equipe	10	12,05
Há muita divergência	02	2,41
Sem resposta	01	1,20
Relação de trabalho entre os profissionais de equipes diferentes		
Há uma boa relação	54	**65,06**
Há indiferença de um para com o outro	09	10,84
Há cooperação mútua	13	15,66
Há muita divergência	03	3,61
Sem resposta	04	4,82
Relação de trabalho da equipe com a comunidade		
Muito boa	18	21,69
Boa	53	**63,86**
Regular	10	12,05
Sem resposta	02	2,41

Verifica-se na Tabela 4, que a relação de trabalho dos ACS entre os profissionais da mesma equipe (73,49%), de equipes diferentes (65,06%) e com a comunidade (63,86%) foi considerada boa. O estudo de Pedrosa e Teles (2001), também cita um bom relacionamento entre a equipe de saúde. Peduzzi (2001), relatou no seu trabalho que a comunicação e interação entre os profissionais é ponto fundamental no trabalho em equipe. Segundo Ferraz e Aertez (2004), o agente comunitário tem facilidade de estabelecer o elo entre a equipe e a comunidade, isso se dá pelo fato de o agente fazer parte da comunidade e ser um conhecedor dessa realidade, facilitando, assim, a comunicação, na medida em que leva informação das famílias para a equipe.

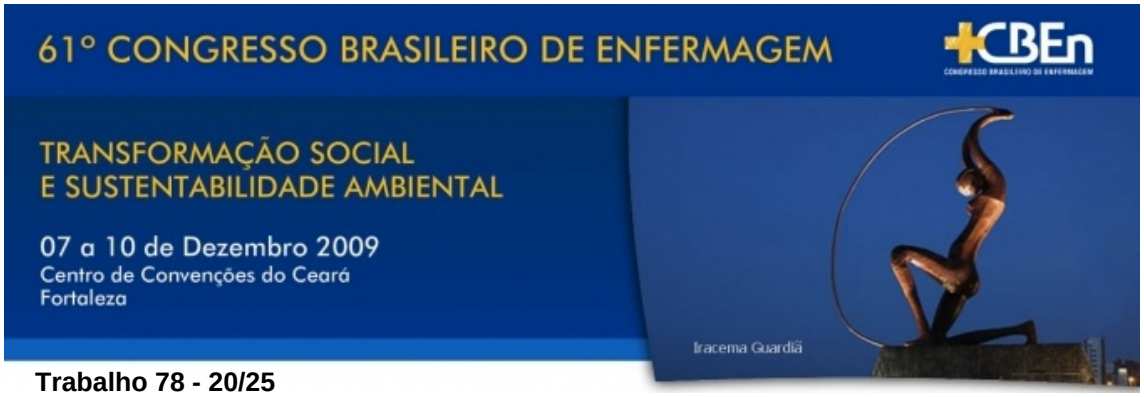
Tabela 5 Oferta de treinamento/capacitação para trabalhar na ESF, Arcoverde- PE, 2008.

Característica/Categoria	n	%
Recebeu/recebe algum tipo de treinamento específico para trabalhar na ESF		
Sim	43	**51,80**
Não	30	36,14
Sem resposta	10	12,04
Se sim, qual o tipo?		
Capacitação	37	**86,05**
Treinamento	06	13,95



A Tabela 5 mostra que 51,80% dos entrevistados recebeu/recebe algum tipo de treinamento específico para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família e que 86,05% desses foi capacitação. Para desempenhar cada vez melhor sua função, os Agentes Comunitários de Saúde necessitam de capacitação e treinamentos adequados, que incluam desde procedimentos técnicos, como, aferição de peso e altura das crianças, até o desenvolvimento de atividades educativas e preventivas junto à população, além de ensinamentos para que possam transmitir de forma decodificada alguns saberes que envolvem a Medicina como um todo (NUNES, et al., 2002).

Como a formação os ACS é fundamental para a regulamentação da profissão, além do curso de qualificação básica, os agentes realizaram também a primeira etapa do Curso Técnico de Agentes Comunitário de Saúde, oferecido pela Secretaria Estadual de Saúde, através da Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco (ETESPPE), no ano de 2006. Onde os mesmos já exerciam suas atividades no PACS e passaram para a ESF com a criação de novas equipes, sendo dessa forma, incorporados gradativamente.



4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

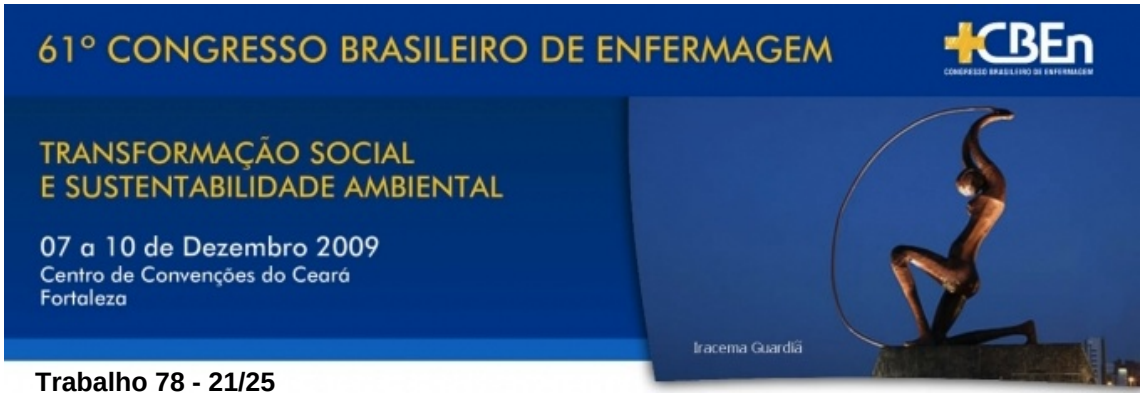
Hoje, a implantação da Estratégia de Saúde da Família é considerada uma das principais estratégias para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS e pretende devolver para a Atenção Básica que é de responsabilidade dela, resgatando o seu papel de porta de entrada do sistema. O enfoque do trabalho da Estratégia de Saúde da Família-ESF é a família, onde a atuação das equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e dos ACS compreendem um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, e ampliou o papel do Agente Comunitário de Saúde - ACS. O agente de saúde é o primeiro passo, onde é ele quem faz inicialmente o cadastro dos moradores.

Os resultados aqui apresentados possibilitaram conhecer o perfil dos ACS`s do município de Arcoverde-PE, constatando que, os eles são trabalhadores na faixa etária predominante entre 31-40 anos, exercendo suas atividades laborais majoritariamente na Zona Urbana.

Sabemos que esse novo papel do ACS exige novas competências, onde os entrevistados possuem grau de escolaridade acima do requerido para o ingresso no cargo. O fato de parte dos ACS (70%) já ter feito qualificação/capacitação na área de saúde, como o curso de técnico ou auxiliar de enfermagem, proporciona mais subsídios e conhecimentos para que possam atuar junto as comunidades, aderindo a um perfil profissional comprometido, onde é fato que qualificação/capacitação do profissional de saúde, é um dos desafios para que se alcance maior qualidade dos serviços de saúde.

Este trabalho corrobora pesquisas anteriores quanto à constatação de mudanças ocorridas passados 15 anos, têm-se muitos avanços a comemorar, a cada dia nos confrontamos com obstáculos e desafios a serem enfrentados, e com certeza se tivermos um maior número de ACS preparados, teremos mais chances de conquistar e constatar mudanças ocorridas. Onde há evidências de que um aumento de 10% na cobertura da saúde da Família possa levar a um decréscimo de 4,5% na mortalidade infantil (MACINKO; SOUZA, 2006).

O ingresso no serviço acontecer por meio de seleção torna-se um dado relevante sobre a forma de contratação dos ACS, que garantem maior estabilidade e fortalece o vínculo empregatício, onde estão na função de ACS em atividade na ESF



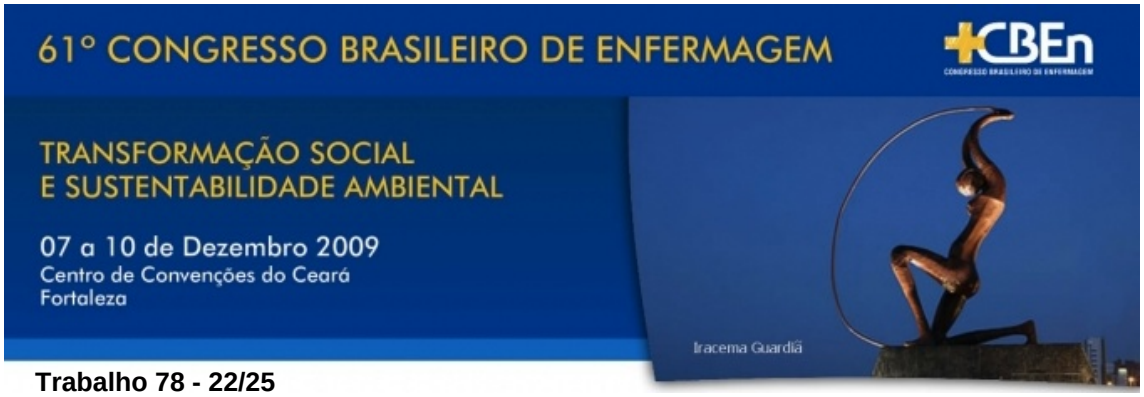
de 2-4 anos e consideram de boa a razoável seus vencimentos, demonstrando o grau de satisfação da remuneração que percebem.

A respeito do relacionamento com a equipe na qual trabalha, com equipes diferentes e com a comunidade foi considerado bom, onde estudos apontam que “a ausência de integração gerencial de habilidades e talentos individuais em uma competência coletiva produz serviços menos eficientes e de menos efetividade” (COTTA; SCHOTT; AZEREDO, 2006).

É preciso aprender que cada um de nós é importante no processo de construção na transformação de um serviço de saúde, acessível, igualitário e humanizado para toda a população. E para isso precisamos trabalhar em conjunto como já dizia o grande educador Paulo Freire: “Ninguém liberta ninguém. Ninguém se liberta sozinho. Os homens se libertam em comunhão”. Os profissionais precisam entender que precisamos uns dos outros para desenvolver um trabalho eficaz. A essência do trabalho é totalmente construída coletivamente.

Esperamos que este estudo possa dar subsídios e momentos de reflexão identificando necessidades de saúde e orientando o trabalho dos ACS de equipes de Saúde da Família, ajudando-os no enfrentamento das problemáticas presentes no âmbito do trabalho e na comunidade, rompendo paradigmas que impeçam a concretização dos princípios do SUS, apresentando maior potencial de impacto sobre a efetividade do trabalho na atenção em saúde e sobre qualidade da vida da população arcoverdense.

Sugerimos como continuidade deste trabalho a caracterização do perfil dos demais profissionais que integram a ESF, o qual poderá trazer maiores informações no sentido de identificar necessidades e orientar o trabalho de equipes de saúde, com o compromisso político da atual gestão municipal de Arcoverde: universalização, equidade, integralidade, resolutividade e controle social da política de saúde.



5 REFERÊNCIAS

BEZERRA, A. F. B.; ESPIRITO SANTO, A. C. G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 jan. 2009.

BRASIL. **Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/2002/10507.htm>. Acesso em: 04 jan. 2009.

BRASIL. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

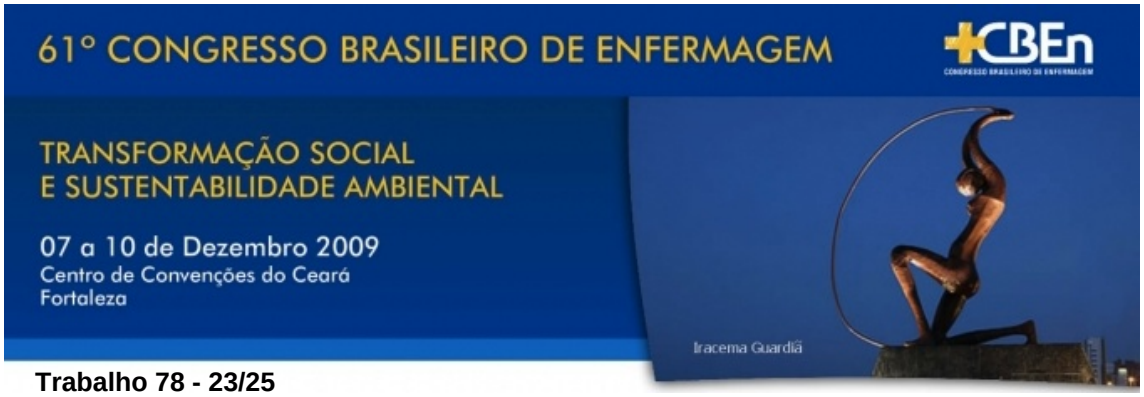
BRASIL. Ministério da Saúde. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**. Brasília, DF, 2004.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.7-18, set. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2009.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2008.

FONTINELE JÚNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF): comentado.** Goiânia: AB, 2003. 124p.

IBGE. **Cidades**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://.ibge.gov.br/cidadesat>. Acesso em 11 nov. 2008.



KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 29, n. 2, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jan. 2009.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M.. Community health agente: a literature review. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 957-963. nov./dez. 2006.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100036&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2009.

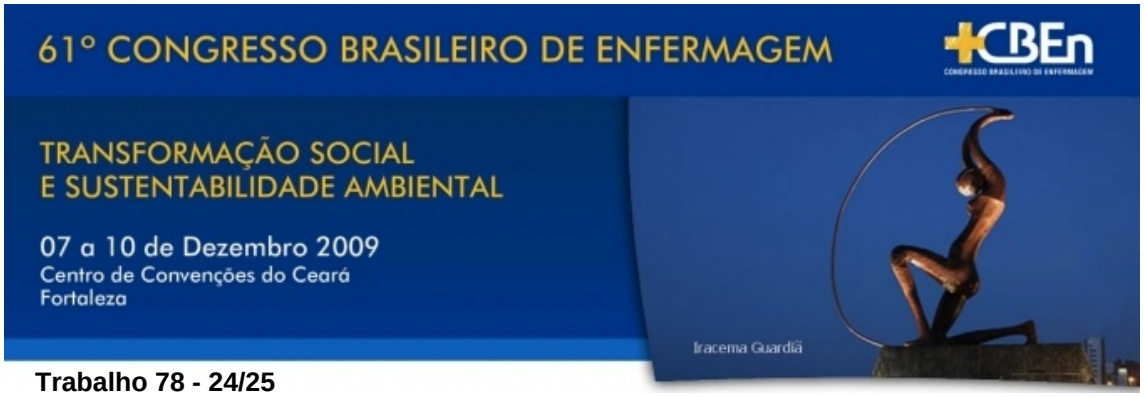
MACINKO, J. G.; SOUZA, F. F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, n. 60, p. 13-19. Disponível em: <http://http://jech.bmj.com/cgi/content/abstract/60/1/13>. Acesso em: 15 jan. 2009.

NASCIMENTO, C. M. B. **Análise do cumprimento das práticas dos agentes comunitários de saúde em municípios da região metropolitana do Recife**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008. 158p.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 jan. 2009.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jan 2009

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2009.



PERNAMBUCO. Diário Oficial do Estado de Pernambuco. **Portaria nº 078 de 02/02/2008**. Disponível em: http:// http://www.fisepe.pe.gov.br/cepe/diario.htm.>. Acesso em 20 dez 2008.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2009.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 dez. 2008.

SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do projeto QUALIS: Agente institucional ou agente de comunidade.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. 321p.

SILVA, M. H.; SANTOS, M. R. Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa de saúde da família da zona norte do município de Juiz de Fora. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, jul./dez. 2003.

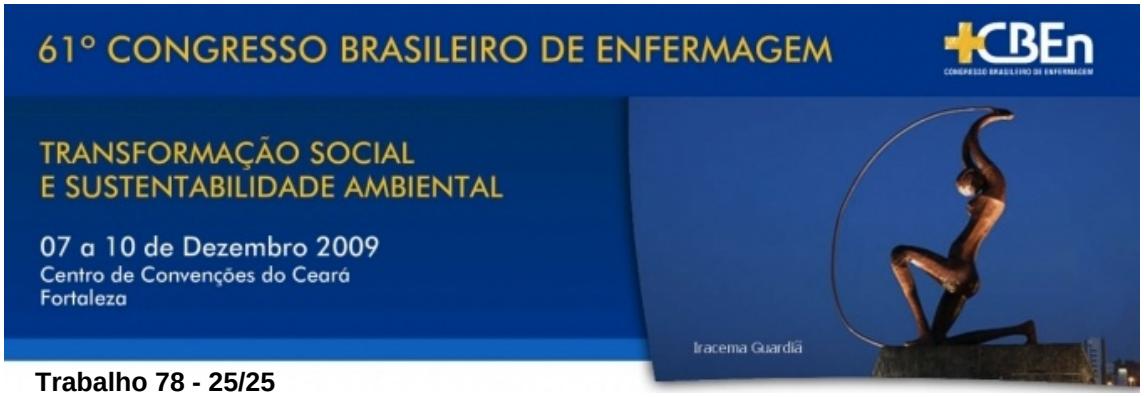
SILVA, J. A, DALMASO A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro; FIOCRUZ; 2002.

SILVA, M. J.; RODRIGUES, R. M. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 02, n. 1, 2000. Disponível em:<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/678/748>. Acesso em: 02 jan. 2009.

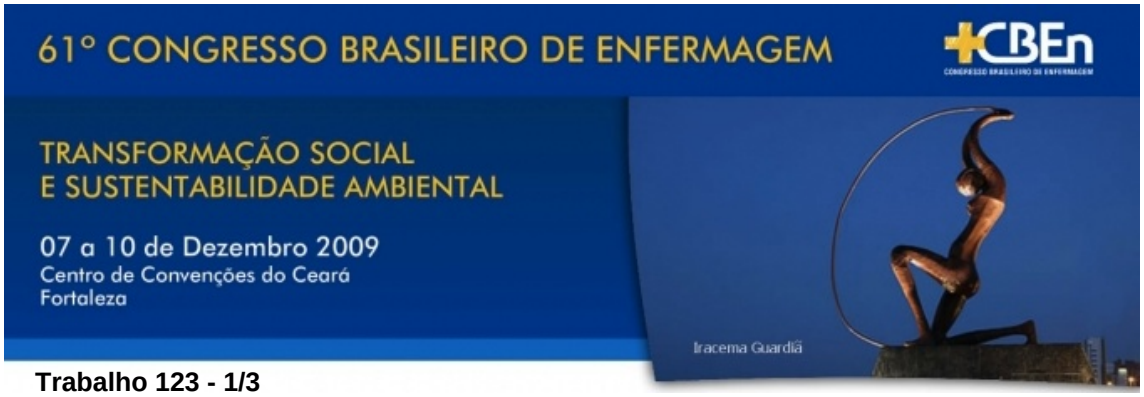
SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE DE ARCOVERDE. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Arcoverde. nov. 2008

SOLLA, J. J. S. P. et al. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 5, n. 51, p. 4-15, 1996.

SOSSAI, L. C. F. Atenção primária à saúde no município de Marília-SP: repensando o trabalho d agente comunitário de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP**. Ribeirão Preto, 2008.



Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03092008-131001/>. Acesso em 03 jan 2009.



Introdução

O Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-Saúde), uma ação do Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação, destinado a formar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia da Saúde da Família (ESF), sustenta a formação acadêmica e faz com que essa se torne uma experiência enriquecedora para os diversos estudantes que compõem as áreas de atuação da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF). Os enfermeiros possuem uma função significativa dentro desta estratégia, pois eles constroem um convívio importante na comunidade atendida pela Unidade Básica de Saúde (UBS), concretizada através de uma relação de troca entre profissionais de saúde e os usuários.

Objetivos

Estabelecer um trabalho multiprofissional e multidisciplinar desde o início da vida acadêmica aos futuros profissionais que irão formar a ESF

Formar enfermeiros comprometidos com a ESF e com a Saúde Pública em nosso país.

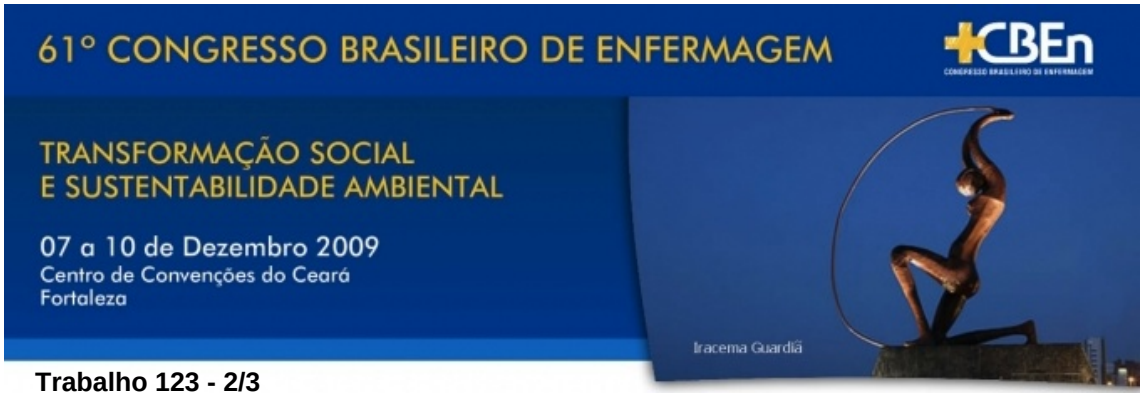
Mostrar a importância da ESF para os enfermeiros que irão formar os potenciais recursos humanos da saúde.

Metodologia

O PET- Saúde é uma experiência inovadora e que contempla uma área importante da saúde brasileira, possibilitando uma formação acadêmica ampliada, baseada na vivência, e determinando futuros profissionais envolvidos e comprometidos com a ESF.

Através desse programa, realizado pela Universidade Federal de Juiz de Fora e tendo suas ações concretizadas na Unidade Básica de Saúde de Furtado de Menezes, no município de Juiz de Fora/ Minas Gerais-MG, foi possível realizar ações que estão de acordo com os princípios norteadores do SUS, atendendo o cidadão em todas suas etapas do desenvolvimento humano, e atentando-se para a promoção, prevenção, recuperação, reabilitação das doenças e agravos e a manutenção da saúde da comunidade.

As atividades desenvolvidas com o programa nos possibilitam conhecer a estrutura física da Unidade Básica de Saúde (UBS), a territorialização e a clientela, bem como o reconhecimento das condições sociais, culturais e sanitárias da população adstrita. A forma de atuação do programa supera as práticas assistenciais centradas na



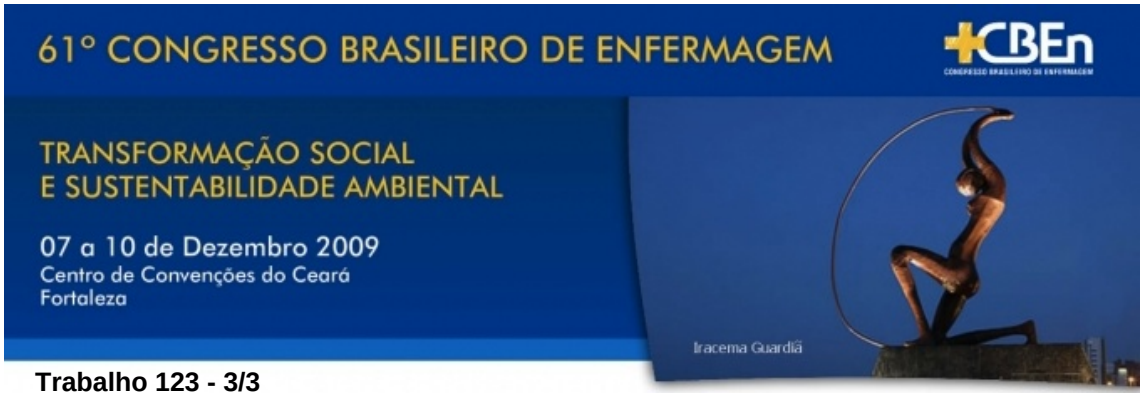
doença promovendo uma assistência multiprofissional englobando práticas gerenciais e sanitárias.

A partir dessa vivência com a ESF, com as necessidades de saúde da população, os indicadores de saúde da área e com o objetivo de produzir resultados positivos e proporcionando qualidade de vida à população, realizamos campanhas para atender os déficits de cobertura na comunidade. Foi realizada a Campanha de Prevenção do Câncer do Colo do Útero e de Mama e a Campanha de Detecção Precoce do Diabetes Mellitus.

A Campanha de Prevenção do Câncer de Mama e Colo de Útero teve como objetivo atender a necessidade de cobertura do exame preventivo na área de abrangência de Furtado de Menezes. Dessa forma, a realização dessa ação em um horário extra ao funcionamento da Unidade (18h às 22h) foi possível recrutar um grande número de mulheres e incentivá-las a fazerem o exame preventivo. Assim, este importante público que não estava comparecendo a UBS devido à indisponibilidade de horário por causa do comprometimento com o trabalho, com as obrigações do lar e cuidados com a família e também aquelas que tinham medo ou receio do exame, foram motivadas pela intensa mobilização dos agentes comunitários, acadêmicos e equipe. Dessa forma, pode perceber a importância de se ter uma equipe unida e responsável pelos indicadores de saúde de sua área de abrangência. Assim foi concretizada a campanha, através de uma ação conjunta das diversas áreas que compõem o PET-Saúde tais como: enfermagem, serviço social, odontologia e medicina cada qual contribuindo e realizando a prevenção e promoção de saúde através da realização de salas de espera com orientações sobre prevenção do câncer de mama e colo de útero, na realização do exame rompendo com os mitos e medos das mulheres e também dando oportunidade para tratar da saúde bucal que fica pouco evidenciada na atenção primária.

Para detecção precoce do diabetes mellitus e conscientização da população para os cuidados com a saúde, foram montados postos volantes em diversas micro áreas para que os usuários pudessem realizar a glicemia capilar. Previamente, eles foram comunicados da campanha para que o jejum fosse preservado e se mobilizassem para que todos na comunidade pudessem fazer. Além da glicemia capilar, foram realizadas as medidas, tais como: peso, estatura e cintura abdominal, para avaliar criteriosamente a situação de risco ou não do paciente. As pessoas que se encontravam em situação de risco, foram imediatamente encaminhadas para realização de consulta médica na UBS e realizar exames complementares para confirmar ou não a suspeita. Dessa forma, tornou-se possível conscientizar a população de uma alimentação saudável e incentivar a prática de atividades físicas.

O enfermeiro estabelece um trabalho fundamental nessas ações de equipe, pois é capaz de reconhecer a necessidade da comunidade, fazer com que ela se conscientize da importância de cuidar de sua própria saúde e também é um membro da ESF que constrói uma



relação de confiança, favorecendo a adesão dos usuários ao tratamento.

Resultados

O PET-Saúde proporciona aos acadêmicos uma oportunidade de estar em contato com a realidade de vida da grande maioria da população brasileira, além de executar políticas de saúde pública para proporcionar um melhor estado de saúde e conseqüente de bem-estar, cultura e educação a todos.

As campanhas realizadas são uma forma de descentralizar as ações da Unidade e levar para mais próximo da comunidade as condições de promoção e prevenção de saúde.

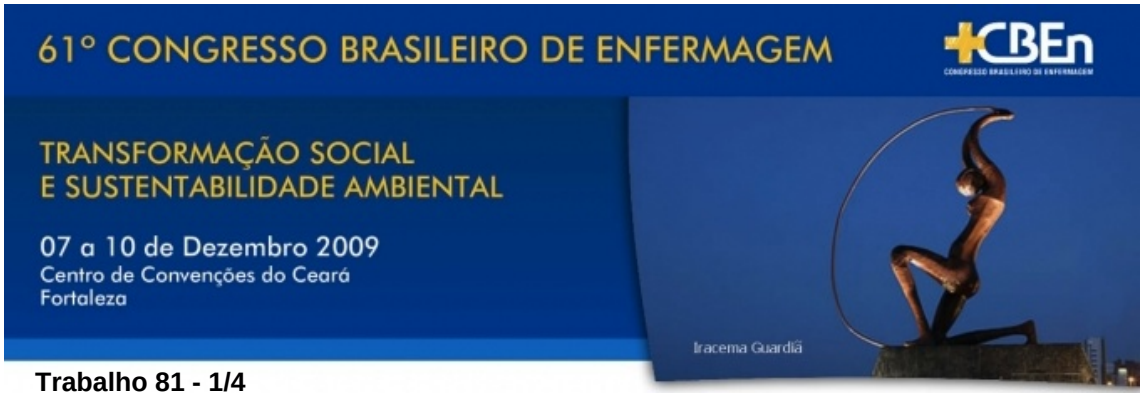
A enfermagem conseqüentemente age e conduz esses usuários a ficarem mais atentos as suas condições de saúde e os tornam mais preocupados e grandes contribuidores para que ações de saúde possam ser fortalecidas em sua comunidade.

O programa, então atende seus requisitos responsabilizando e desenvolvendo o saber cientifico e tecnológico além de formar recursos humanos comprometidos com a saúde no Brasil.

Considerações Finais

Através de ações como essas é possível perceber a importância do trabalho multidisciplinar, multiprofissional e também dos princípios assistenciais e organizativos do SUS, atendendo a população de forma universal, integral e com equidade.

O enfermeiro comprometido com a ESF é capaz de atuar melhorando os indicadores de saúde da população atendida e fazer com que essa possa ter papel importante como contribuidora e fortalecedora dessa estratégia, melhorando consideravelmente a qualidade da assistência na saúde no Brasil.



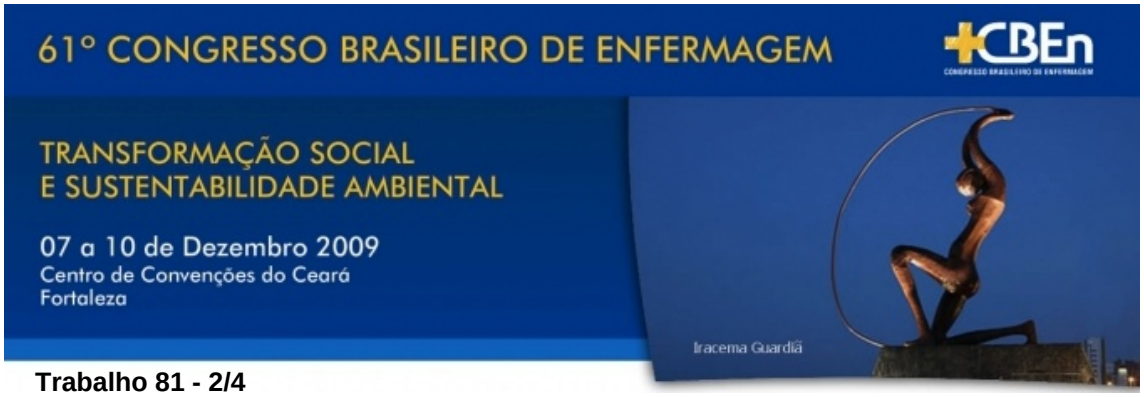
Trabalho 81 - 1/4

UMA ABORDAGEM DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COM AGENTES COMUNITÁRIOS (ACS) DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (UBSF) DR. SUELDO CÂMARA.

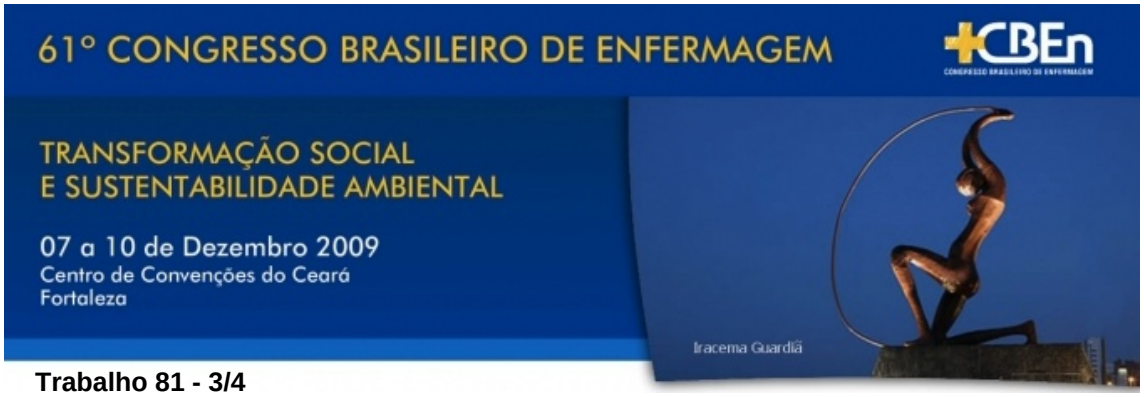
FEITOSA, Rúbia Mara Maia [1]
SALES, Linda Katia Oliveira [2]
NÓBREGA, Líbne Lidianne da Rocha e [3]
SALES, Elina Patrícia Oliveira[4]
MOURA, Elisabeth Isabel Câmara de Moura[5]

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem incorporar em suas práticas sanitárias, saberes de cunho biológico, social, político, econômico, cultural, ambiental e subjetivo, que favoreçam seu processo de interação com a comunidade, proporcionando a construção de instrumentos para que eles intervenham efetivamente nos determinantes do processo saúde-doença, identificando os principais riscos e agravos a que a população está submetida, favorecendo um trabalho interdisciplinar e intersetorial. A Educação Permanente em Saúde configura-se como a educação centrada no processo de trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano dos sujeitos e das organizações do Sistema Único de Saúde. Essa política estratégica, além de incentivar a capacitação dos profissionais, possibilita a reflexão crítica de sua práxis e do seu processo formativo. Propicia o envolvimento das instituições de ensino, repensando a formação e as práticas em saúde. Assim, busca encontrar soluções, partindo dos problemas enfrentados no cotidiano de trabalho, considerando as experiências de cada sujeito. Consubstanciados por essas concepções sobre elaboração de estratégias que visem articular e estimular as reflexões pretendidas, foi planejada e operacionalizada por acadêmicos do 9º período de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró/RN, a Sessão Científica como ferramenta que possibilitasse a reflexão dos ACS na dinâmica social e no contexto do trabalho coletivo em saúde. Pensou-se

[1] Enfermeira. Graduada pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Técnica de Nível Superior III do Laboratório de Semiologia e Semiotécnica da Universidade Potiguar- UnP. rubinhafeitosa@hotmail.com
[2] Enfermeira. Graduada pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN.
[3] Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN, Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN.
4 Enfermeira da Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Sueldo Câmara . Especialista em Enfermagem do Trabalho.
5 Enfermeira da Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Sueldo Câmara.

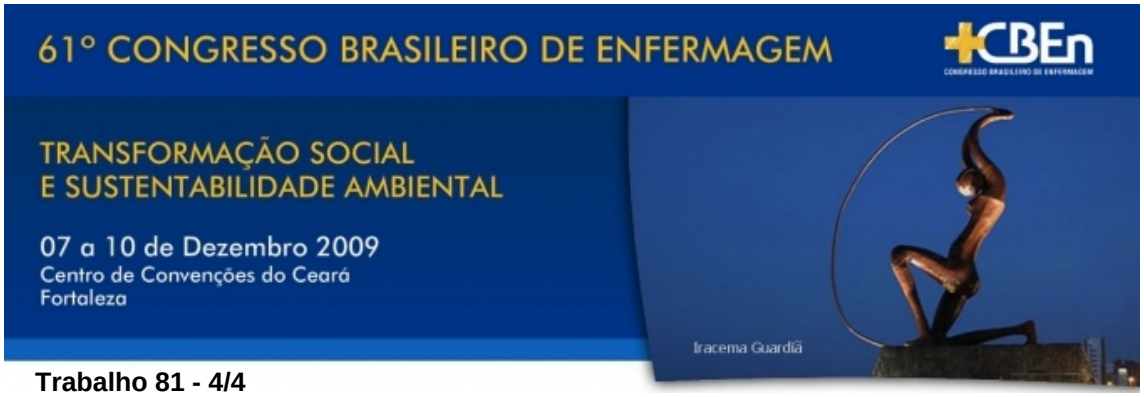


nessa estratégia como uma iniciativa desafiadora e imprescindível, objetivando despertar a atuação profissional para o compromisso com as questões sociais, porém, apreendendo-se que ela isoladamente, é insuficiente para desenvolver a complexa necessidade de aprendizagem dos profissionais. Assim, este trabalho constitui num relato de experiência de Sessão Científica realizada durante a disciplina Estágio Curricular Supervisionado II, na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Dr. Sueldo Câmara. A Sessão Científica com os ACS objetivou problematizar conhecimentos teórico-práticos relativos a aspectos biológicos, políticos, sociais e subjetivos inerentes à sua vivência na comunidade. A referida UBSF, localizada na comunidade da Quixabeirinha, Mossoró/RN, comporta 17 ACS, distribuídos em duas equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Para efetivação da proposta, objetivando a atualização dos ACS e sua qualificação profissional, a escolha dos temas ficou a critério dos mesmos que, conforme suas necessidades, identificaram a importância de discutir acerca das atribuições dos profissionais que integram a UBSF. Depois, discutiu-se sobre as vacinas que compõe o Programa Nacional de Imunização - o esquema básico de vacinação, seus efeitos, indicações e contra-indicações. Posteriormente, foram abordadas as principais doenças infecciosas e parasitárias, explanando sobre sinais e sintomas das patologias e, por último, a visita domiciliária como instrumento para promoção da saúde da comunidade. Os assuntos foram trabalhados durante quatro reuniões semanais no mês de agosto/2008. Foi utilizada a Pedagogia Problematizadora para estimular os participantes a refletirem sobre sua práxis, permitindo que estes, por meio de suas experiências, fossem capazes de aprofundar conhecimentos, aplicando-os em situações reais da vida profissional. Assim, no início das discussões, os ACS ficavam responsáveis em abordar casos clínicos de suas micro-áreas, para propiciar a reflexão e a articulação com os conteúdos a serem ministrados. Os espaços destinados aos encontros foram desde a própria UBSF, como também a Igreja Católica da comunidade. Os encontros ocorridos nos permitem avaliar de forma positiva a nossa proposta, pois se constatou a participação efetiva de todos os ACS que demonstraram interesse, expondo dúvidas e disposição em repensarem sua prática. Eles identificaram os principais problemas existentes em suas micro-áreas e construíram orientações coerentes com o referencial teórico trabalhado e, condizentes com a realidade de cada família. A participação de outros profissionais que atuam no PSF durante as reuniões, como enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, dentistas e funcionários do Sistema de Atendimento Médico Estatístico, contribuiu para a discussão, permitindo a articulação dos diversos saberes e



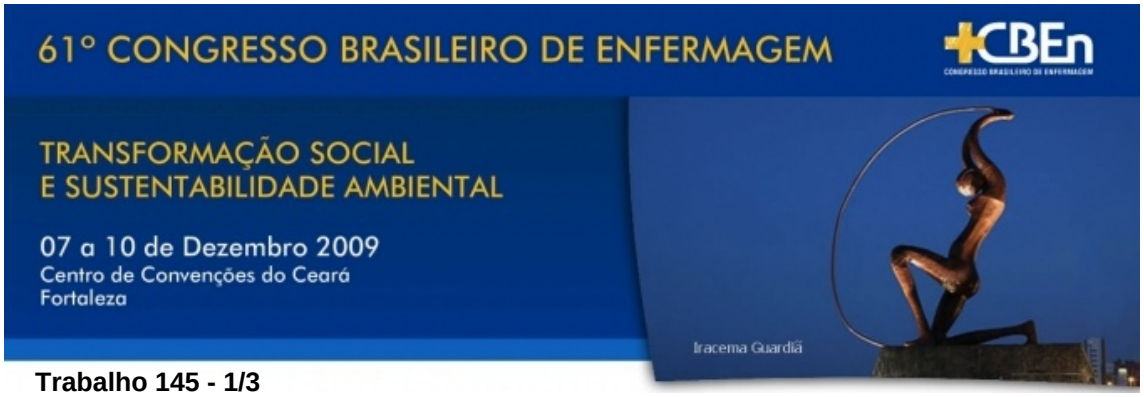
proporcionando a visão integral dos determinantes que permeiam o processo saúde/doença. Os obstáculos encontrados para a realização das reuniões relacionaram-se à inexistência de um espaço adequado na UBSF destinado às reuniões dos trabalhadores. O primeiro encontro aconteceu no quintal da UBSF, no qual os ACS se acomodaram às sombras das árvores. Os demais encontros ocorreram num dos consultórios médicos da UBSF, por se constituir num local com dimensões maiores, sem presença de ruídos e com temperatura agradável. Entretanto, a sala também se tornou insuficiente para comportar todos os participantes, tendo que algumas pessoas se acomodarem no chão. Outro local com espaço mais amplo utilizado foi a Igreja Católica da comunidade, porém, este local tornou-se também inapropriado, pois, reuniam-se no mesmo horário da Sessão Científica, grupos de orações, interferindo na concentração dos profissionais. Espaços de discussão como estes são imprescindíveis para o desenvolvimento do processo de trabalho coletivo em saúde e para o desencadeamento de ações de Educação Permanente em Saúde. Todavia, para que momentos como estes possam apresentar rendimentos satisfatórios, é indispensável o acesso a ambientes de estudos apropriados, beneficiando também a formação dos discentes e seu envolvimento com os problemas reais. Para que essas ações se fortaleçam, é necessária também a integração e participação ininterruptas dos profissionais que compõem o PSF, articulando saberes e construindo instrumentos capazes de provocar mudanças no planejamento e nas ações de saúde. Ademais, faz-se necessário programar e desenvolver outras atividades alternativas de Educação Permanente, além da Sessão Científica, que aconteçam sistematicamente e continuamente, para contribuir com mudanças na formação e prática profissionais. A Sessão Científica tornou-se uma ferramenta relevante de aprendizagem múltipla, em que os participantes, em especial, os ACS, elencaram, identificaram e questionaram acerca dos principais problemas de saúde presentes em suas micro-áreas. A adesão e a continuidade dessa atividade pelos profissionais da UBSF, além da presença permanente de acadêmicos no serviço, favorecerão a construção de novas estratégias para atender a complexidade das ações em saúde. Ao vivenciarmos a prática cotidiana dos profissionais, percebemos a importância de dialogar com as concepções vigentes, de problematizá-las partindo da realidade do trabalho das equipes, sugerindo soluções que operassem processos significativos nessa realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação. v. 9, n. 16, p.8, set./fev. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100013&script=sci_arttext . Acesso em: 05 jul. 2009.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde. Sistema Único de Saúde. Programa Saúde da Família. Enfermagem.

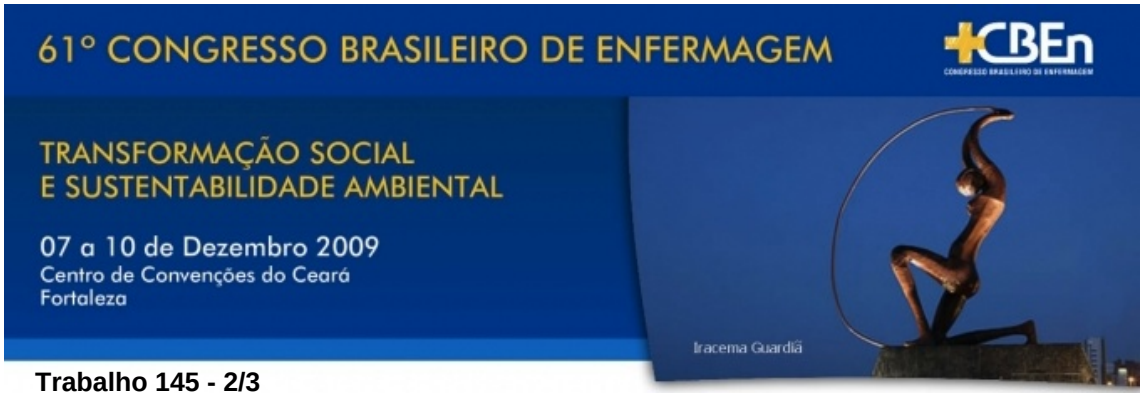


Trabalho 145 - 1/3

Valorização da enfermagem: Subprojeto 1 - Qualificação em urgência e emergência para a rede assistencial básica da secretaria municipal de saúde da prefeitura de Belo Horizonte (SMSA/PBH)

Raquel Carolina Cardoso* (ESP-MG), Diana Pereira Lima**(SMSA-PBH) e Andréa Fonseca Silva***(SMSA-PBH)

Os investimentos no desenvolvimento e valorização dos trabalhadores da saúde da rede assistencial básica, do Sistema Único de Saúde, ganharam foco na SMSA/PBH. Os profissionais de enfermagem, alvo destes investimentos, participam de ações educativas promovidas através de iniciativas contidas no ideário da Educação Permanente em Saúde – EPS. Esta proposta gerou o projeto de valorização dos trabalhadores da área de enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem). O projeto se fundamenta na construção do conhecimento a partir da identificação de problemas, tendo como base o diagnóstico realizado pela Gerência da Atenção Básica – GEAS/SMSA/PBH – e, como finalidade, ampliar a compreensão dos problemas e elaborar soluções contextualizadas exercitando sempre a autonomia dos sujeitos (trabalhadores de enfermagem), base para a tomada de decisões no cotidiano do trabalho. O projeto "valorização dos trabalhadores da área de enfermagem" é composto por três subprojetos: 1- Qualificação de urgência e emergência para a rede assistencial básica da Secretaria Municipal de saúde da Prefeitura de Belo Horizonte; 2- Qualificação técnica de auxiliares de enfermagem para a atenção básica à saúde; 3- Curso de Especialização em processos educativos em saúde, formação de profissionais da saúde e capacitação dos enfermeiros como multiplicadores do projeto de educação permanente da PBH. Neste relato de experiência abordamos o subprojeto 1. Tal projeto visa qualificar enfermeiros e auxiliares de enfermagem, atuantes na atenção básica da SMSA/PBH, para o atendimento rápido e adequado em situações de urgência e emergência. O grupo selecionado para esta qualificação prioriza os trabalhadores de enfermagem dos centros de saúde com maior número de pacientes acolhidos e/ou atendidos em quadros de urgência/emergência ou de quadros agudos, totalizando 1.153 Profissionais de Enfermagem distribuídos em trinta e oito turmas de aproximadamente trinta alunos. A ação educacional acontece em dois módulos de forma presencial: o primeiro, com carga

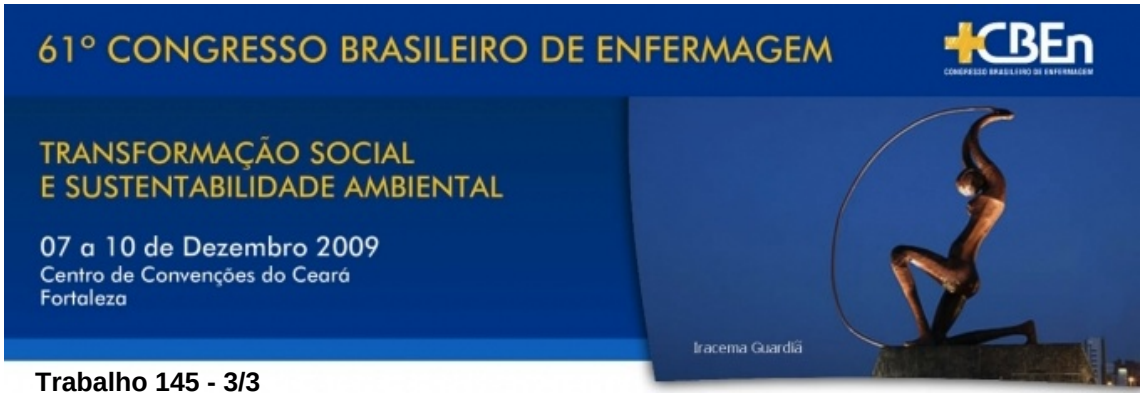


horária de 20 horas, contextualiza os treinandos quanto à história e política da saúde pública no Brasil conectada à organização do sistema local de saúde de Belo Horizonte, como as redes assistencias formadas e a abordagem no acolhimento e classificação de risco dos usuários; e o segundo, com 40 horas, conta com dois momentos (teórico e prático), onde os treinandos são capacitados no suporte básico de vida, urgências clínicas adulto-pediátricas, atendimento ao trauma, intoxicações e transporte e transferência responsável. Durante o segundo módulo, os treinandos realizam visita técnica com duração de cinco horas às unidades de pronto atendimento (UPA) de sua referência, isto propicia um estreitamento na relação com os serviços de urgência do município aos quais os usúarios, abordados inicialmente pela equipe da sáude da família em estado de urgência ou emergência, são referenciados. O intervalo entre os encontros presenciais, primeiro e segundo módulo, oportuniza ao treinandos um olhar sobre seu cenário, no viés da atenção de enfermagem em urgência e emergência. Pretende-se, portanto, que o grupo de treinandos seja capaz de construir sua autonomia e seu compromisso com o social, intervindo de forma contextualizada na sua realidade de trabalho, qualificando e humanizando a assistência prestada aos pacientes portadores de quadros agudos e de urgência.

Palavra - chave: básica, trabalhadores, educação, urgência, valorização e enfermagem.

*Enfermeira, Pós-graduada em Acupuntura CBA/ ABACO – Belo Horizonte. Enfermeira da Unidade de Atendimento Imediato 16 – Secretaria Municipal de Saúde de Contagem/ Prefeitura de Contagem – FAMUC/SMS/PC e Responsável Técnica no Centro de Educação Permanente da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.
Contato: raq_ardoso@yahoo.com.br

**Enfermeira, Mestranda em Saúde Coletiva pela Escola de Medicina da Universidade Estadual de Minas Gerais (UNIMONTES): Especialista em Sistematização da Assistência de Enfermagem – EEUFMG. Especialista em Acupuntura - Colégio Brasileiro de Acupuntura (CBA) - Academia Brasileira de Arte e Ciência Oriental (ABACO) – Unidade Belo Horizonte. Enfermeira na Unidade de Pronto Atendimento Venda Nova – Secretaria



Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ Prefeitura de Belo Horizonte – SMSA /PBH e Serviço de Educação Permanente da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG.
Contato: dillim2004@yahoo.com.br

***Enfermeira, Mestre em Administração em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeira na Centro de Educação em Saúde da – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ Prefeitura de Belo Horizonte – SMSA /PBH

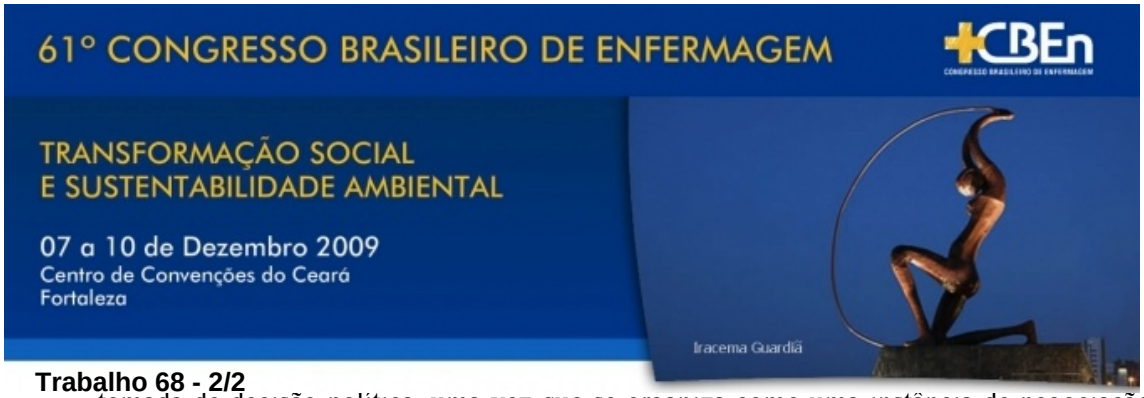


Trabalho 68 - 1/2

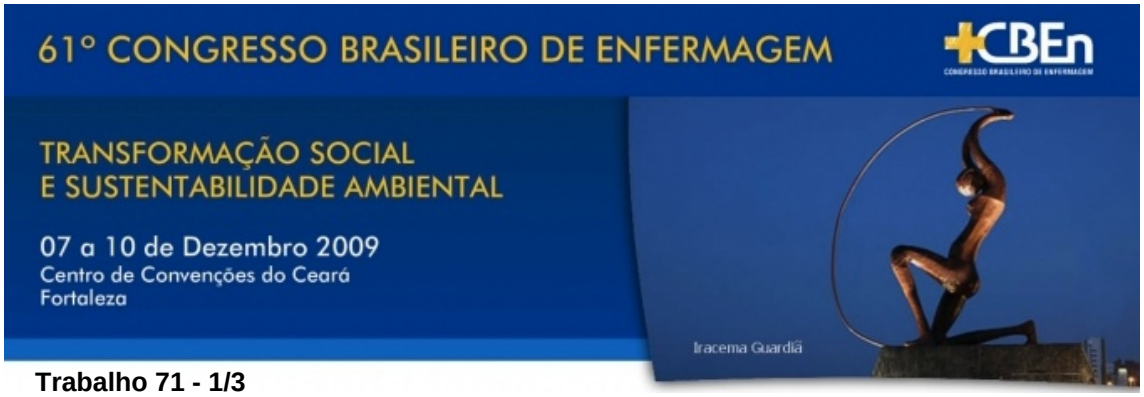
COLEGIADO GESTOR LOCAL: ESPAÇO DE RECONSTRUÇÃO DO MODO DE PENSAR E OPERAR O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Denise Vianna Amador (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte)
deniseviannaamador@hotmail.com
Kênia Lara Silva (Universidade Federal de Minas Gerais)
Maria do Carmo Freitas da Costa (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte)

Em Belo Horizonte, a atenção básica é desenvolvida através de uma rede de Centros de Saúde que constituem a porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde. A organização se dá a partir da definição de territórios cuja adscrição às Equipes de Saúde da Família implica na responsabilidade sanitária sobre a área de abrangência correspondente e no compromisso de resolver os problemas de saúde de maior relevância e as necessidades da população. No trabalho cotidiano na Saúde da Família são conhecidos os confrontos de interesses e as fragilidades nas formas de organizar o trabalho sustentado em práticas centralizadoras e rígidas que não oferecem espaços de reflexão, construção coletiva e muito menos de construção de co-responsabilidades. Embora essa seja a maneira tradicional de se organizar a gestão em saúde, o cotidiano dinâmico e complexo do trabalho em saúde tem demonstrado a necessidade de se pensar e operar novas formas para a gestão com flexibilização nas estruturas hierárquicas, democratização das relações de poder, compartilhamento de responsabilidades e conformação de uma rede de petição e compromisssos. No Distrito Sanitário do Barreiro, o Centro de Saúde Tirol, baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde e nos pressupostos da Reorganização da Atenção Básica no município de Belo Horizonte, está desenvolvendo um trabalho junto ao gestor, trabalhadores e usuários de construção e de reconstrução do modo de pensar e de operar o processo de trabalho em sua Unidade, como forma de ultrapassar o desafio que lhe é posto nesse compromisso. O Colegiado gestor, em funcionamento na Unidade desde 2002, constitui-se em um arranjo de discussão das questões que envolvem a instituição e tem como protagonistas a gerente da Unidade, representantes de cada uma das seis Equipes de Saúde da Família, representante dos trabalhadores de apoio administrativo da Unidade e representante da equipe de zoonoses. Representa, pois, um dispositivo potente de democratização, propiciando a construção coletiva e objetivando a estruturação de uma assistência de qualidade, equânime e integral. Configura-se, sobretudo, como um espaço de



tomada de decisão política, uma vez que se organiza como uma instância de negociação e pactuação coletiva no interior da instituição. No Centro de Saúde Tirol, encontra-se em desenvolvimento um Planejamento Estratégico Situacional como forma participativa de gestão colegiada. O Colegiado Gestor se reúne quinzenalmente buscando identificar os problemas; as causas; as soluções possíveis; os responsáveis por desenvolvê-las; a pactuação e contratualização dos resultados esperados; e a revisão contínua de todo esse processo no âmbito do serviço local. Essa foi a forma encontrada de recriar a prática e imprimir maior responsabilização nos envolvidos no processo. Entre as decisões construídas no Colegiado citam-se a discussão da reorganização do atendimento à demanda espontânea na Unidade, a adequação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, a instituição da Rodas de Educação Permanente em Saúde e a sistematização dos instrumentos de supervisão do trabalho da enfermagem. Através do emprego de metodologias e estratégias problematizadoras, as decisões do Colegiado são compartilhadas com o conjunto de trabalhadores da Unidade nas reuniões gerais e com os responsáveis por multiplicar as informações nas categorias representadas no Colegiado. Os participantes do Colegiado Gestor têm entendido que os parâmetros para as ações e a avaliação institucional passam pela subordinação á política de saúde; legalidade; eficiência gerencial e a capacitação de controle. Essa experiência tem permitido a criação da identidade do Colegiado Gestor; a apropriação pelo Colegiado dos desafios a serem superados no *modus operandi* da Unidade como um todo; na formação e desenvolvimento da consciência de cidadania de toda a comunidade; na co-responsabilização dos envolvidos com a transformação da realidade e na busca de melhores resultados. Como todo processo que busca romper com o *status quo,* a efetivação da gestão colegiada apresenta como desafios a formalização do colegiado perante o conjunto dos trabalhadores da unidade de saúde, o que muitas vezes não garante a representatividade de seus membros dificultando a possibilidade de democratização das decisões e publicização das mesmas. Ainda assim, conclui-se que a incorporação da discussão coletiva na dinâmica do trabalho no Centro de Saúde tem possibilitado o surgimento de uma nova maneira de se pensar e operar a gestão do trabalho em saúde, promovendo a criação de novos espaços de práticas. Assim, com transparência e reafirmando os princípios do SUS, o Colegiado Gestor do Centro de Saúde Tirol busca a interlocução com todos os sujeitos-atores sociais envolvidos no desafio da atenção integral, equânime e co-responsável á saúde de sua população.

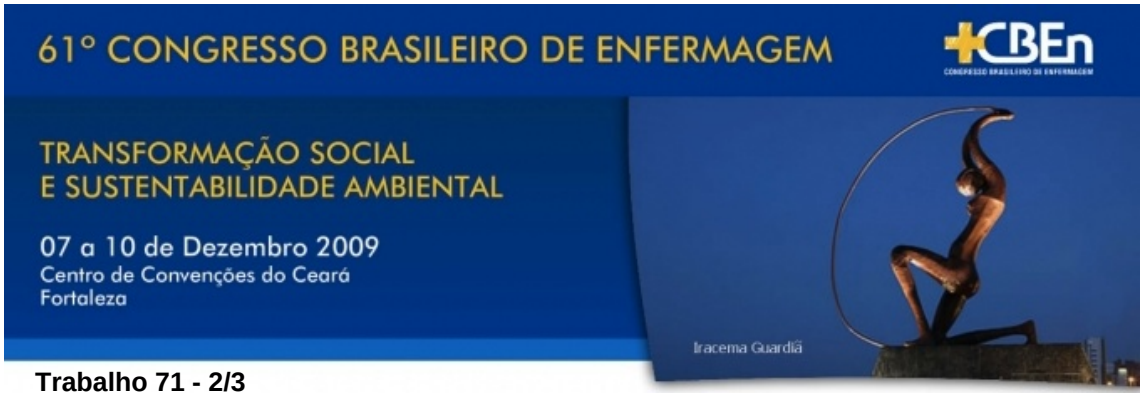


Trabalho 71 - 1/3

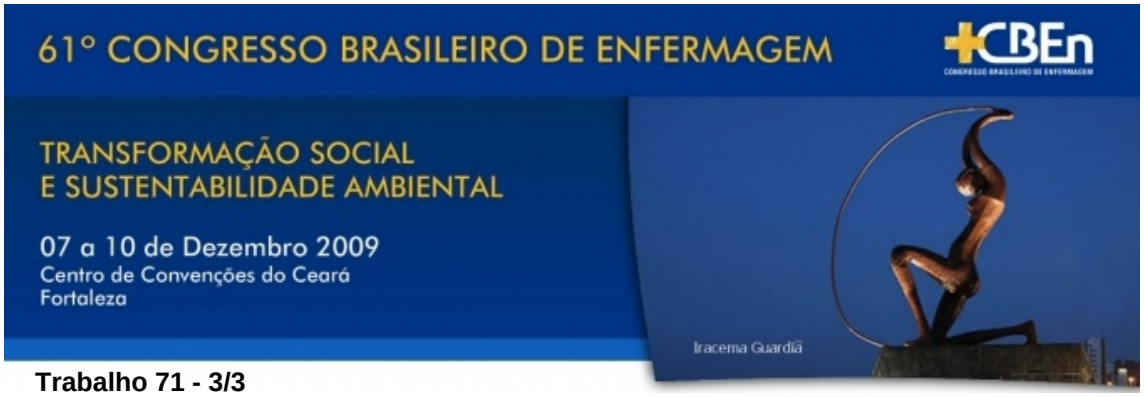
CONTRATOS DE GESTÃO – NOVOS CAMINHOS PARA O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Faoro, Nilza Teresinha
(SMS-Curitiba e-mail nifaoro@sms.curitiba.pr.gov.br)
Barreto, Claudine Esmaniotto
Kami, Maria Terumi
Martins,Soriane Kieski

Introdução: A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS) para fortalecer a Atenção Primaria implantou várias ferramentas de gestão que permitiram o acompanhamento do crescimento populacional, as mudanças nas condições de saúde, monitoramento de morbidade e mortalidade, bem como a organização de uma rede de atenção. Em 2002, instituiu-se os “Contratos de Gestão” que foram construídos por meio de seminários que objetivaram a sensibilização do quadro gerencial, com ênfase na importância da utilização da informação para a tomada de decisão[1]. Na etapa seguinte foram realizadas oficinas sob consultoria, com os profissionais e gerentes que definiram as informações/indicadores necessárias para o monitoramento. Os Contratos de Gestão são compostos do Termo de Compromisso (TERCOM) e o Plano Operativo Anual (POA)[2], que são firmados anualmente com as Equipes das Unidades de Saúde (UBS), Distrito Sanitário (DS), Secretário Municipal de Saúde e ciência de representantes de usuários do Conselho Local de Saúde. O POA, hoje implantado em 108 Unidades Básicas de Saúde, prioriza 81 indicadores de saúde, que são monitorados trimestralmente, e tem como objetivos: acompanhamento e monitoramento das ações, busca da melhoria da qualidade da gestão de serviços por resultados, garantia de permanente processo de negociação e renegociação, a transparência entre as partes e o aprimoramento do planejamento local, estabelecendo relação de compromisso entre os envolvidos (SMS/DS/UBS). O monitoramento trimestral dos indicadores aponta as necessidades de mudanças no processo de trabalho e de condutas gerenciais, aumentando a eficiência dos serviços prestados. Proporciona aprendizagem das equipes quanto ao manejo clínico, estratificação de riscos, seguimentos de protocolos, conhecimento de perfis epidemiológicos locais com socialização das informações que possibilita a melhoria da gestão por resultados, envolvendo as equipes no compromisso e responsabilização para



alcance das metas pactuadas que passa a ser um desafio coletivo e, não apenas do gestor municipal[3]. Neste processo, o enfermeiro vem assumindo um papel fundamental possibilitando autonomia no desenvolvimento de suas ações com ampliação de suas responsabilidades na busca dos resultados pactuados. **Objetivos:** Proporcionar reflexão ao profissional enfermeiro sobre a importância do seu papel no contrato de gestão. **Metodologia:** Este estudo ocorreu por meio da avaliação dos indicadores de saúde de responsabilidade do enfermeiro e equipe de enfermagem, no POA/2008 na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Resultados:** Atualmente o POA é constituído por 81 indicadores de saúde, os quais são avaliados trimestralmente e devem ser monitorados continuamente por todos os profissionais envolvidos neste processo. Entre estes indicadores 13 são de responsabilidade direta do enfermeiro e 58 são de responsabilidade compartilhada. Os indicadores de responsabilidade direta são aqueles cujas ações são realizadas pelo profissional enfermeiro, como: número de consultas do enfermeiro/hab/ano, inscrição de gestantes, número de consulta de gestantes baixo risco, número de consulta puerperal, número de consulta de criança menor de 1 ano de risco e não risco, número de consulta de adolescente, número de consulta hipertensos e diabéticos conforme estratificação de risco. Os indicadores de responsabilidade compartilhada são aqueles em que o enfermeiro executa ou supervisiona a realização dos mesmos, como por exemplo: coleta de citopatológico, vacinas, atendimento de enfermagem nos programas, visita domiciliar, entre outros. A pactuação tem como base documentos institucionais: Plano Municipal da Saúde, Plano Plurianual (PPA), Plano Pactuação Integrada, Pacto pela Saúde, Protocolos Clínicos/Planejamentos Locais/e outros. Estes indicadores são estabelecidos a partir da população SUS do território adscrito de cada UBS e também do total de usuários inscritos nos programas institucionalizados. Os enfermeiros devem envolver os profissionais da equipe de enfermagem estabelecendo uma permanente comunicação para que estes se sintam parte do processo. **Conclusão:** Com a implantação do Contrato de Gestão, observou-se um maior envolvimento e compromisso de gestores locais, enfermeiros, equipe de enfermagem e outros profissionais que compõem as equipes, tendo significativa melhoria no seguimento das orientações estabelecidas pelos protocolos clínicos dos programas estratégicos, desempenho



dos profissionais e serviços, bem como dos indicadores de saúde. Historicamente os indicadores de competência direta do enfermeiro teve um significativo aumento, o que indica que a partir da apropriação deste instrumento, participa da pactuação e busca atingir a meta proposta, criando estratégias próprias e que também subsidiam a equipe de enfermagem. Esse processo intensificou o trabalho do enfermeiro na busca da excelência e do impacto das ações nos indicadores de saúde[1], bem como, possibilitou maior visibilidade, direcionamento e empoderamento de suas ações, otimizando seu tempo e contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população Curitibana.

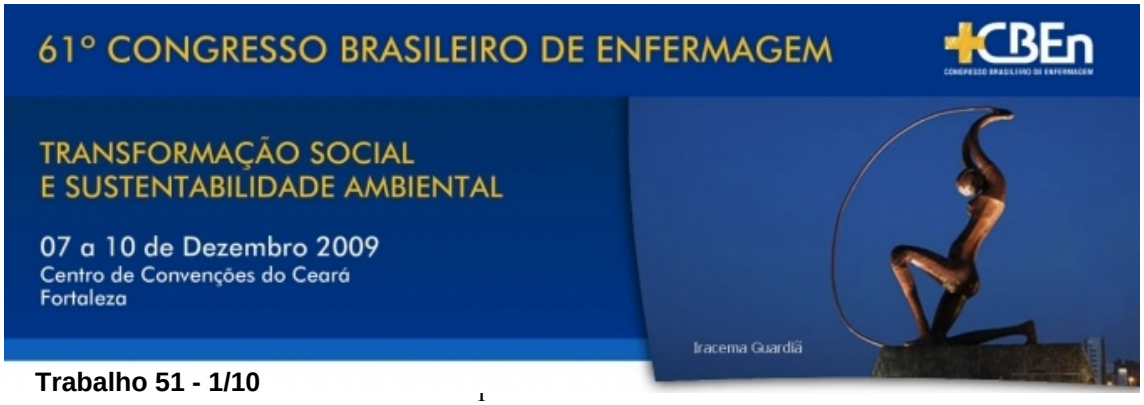
Referências

1 - CURITIBA. **Capacitação para Equipes da Estratégia da Saúde da Família:** textos de apoio. In Marty, I. K. Gestão por resultados na SMS-Curitiba. Curitiba, 2009.

2 – CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Contratos de Gestão**: Plano Operativo Anual. Curitiba, 2009.

3 – XAVIER, E. C.; SHIMAZAKI, M. E.; MARTY, I. K. **Sistema de Informação Gerencial:** A Informação Certa, no Tempo Certo. CBIS, São Paulo, 2004.

Palavras chave: Papel do Enfermeiro, gestão, monitoração



UNIVERSIDADE GAMA FILHO

VICE-REITORIA ACADÊMICA

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E

ATIVIDADES COMPLEMENTARES

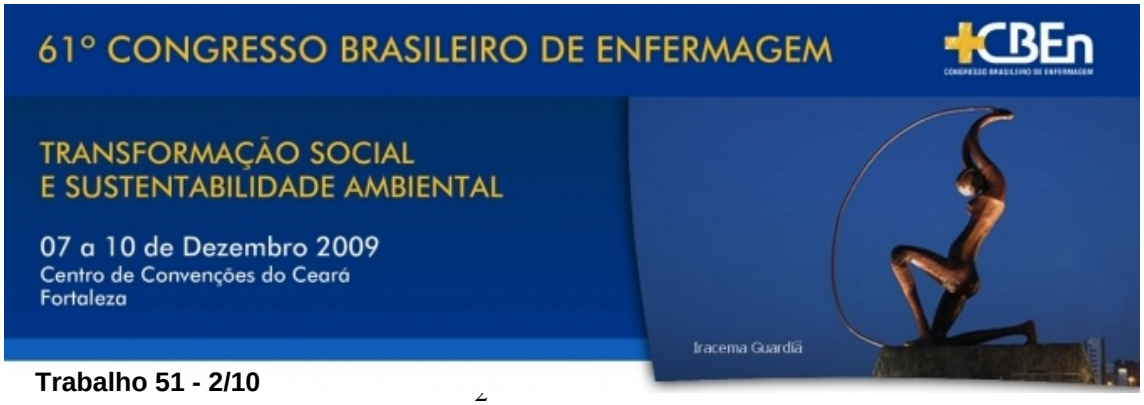
CURSO SAÚDE COLETIVA

ALEXANDRO ALVES RIBEIRO

O PROCESSO DE TRABALHO NA ESF: LIMITES E POSSIBILIDADES

RIO DE JANEIRO

2008



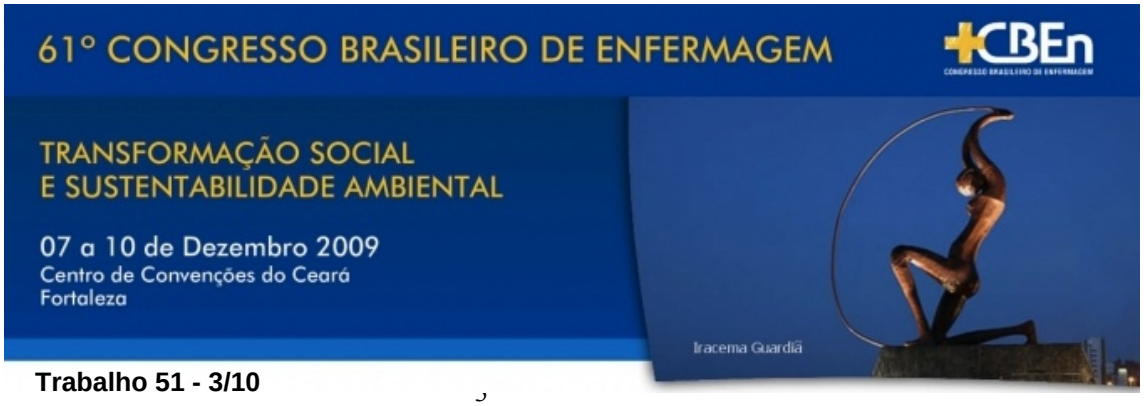
RESUMO

O tema do presente trabalho é *O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF): limites e possibilidades* através de revisão bibliográfica, objetivando identificar o processo de trabalho das equipes de saúde da família da A.P. 5.2 do Município do Rio de Janeiro. A ESF foi implantada em 1994 no país, nesta época conhecida como Programa Saúde da Família – PSF, e vem ampliando-se a todas as regiões e municípios, aumentando a cobertura e o número das equipes básicas de saúde do programa desde então. Tem como finalidade reorganizar os serviços e ações de saúde em nível de atenção primária e está inserido em todas as regiões do Brasil, na maioria operando com uma equipe mínima, focalizada em cuidados básicos de saúde, com população determinada por maiores riscos sociais e sanitários. Analisando essa estrutura básica sem uma rede de apoios delimitada e uma formulação do trabalho sem planejamento, pode-se considerar esses elementos como dificuldade na garantia dos princípios básicos do SUS de universalidade, integralidade e eqüidade. Um dos desafios para o profissional da ESF é justamente trabalhar demandas no sentido de superar as práticas imediatistas e pontuais das políticas de saúde, visando à integralidade do SUS e o controle social exercido pelo indivíduo, família e comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: SAÚDE, POLÍTICA, SOCIEDADE.

CAPÍTULO I.

INTRODUÇÃO



Trabalho 51 - 3/10

I.1 - JUSTIFICATIVA

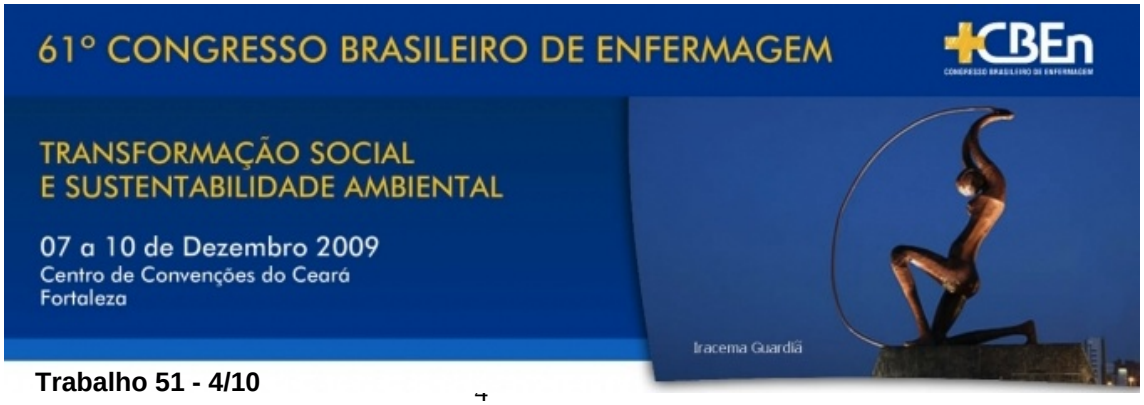
A ESF foi implantada em 1994 no país e vem ampliando-se a todas as regiões e municípios, aumentando a cobertura e o número das equipes básicas de saúde desde então.

Tem como principal objetivo reorganizar os serviços e ações de saúde em nível de atenção primária e está inserido em todas as regiões do Brasil, na maioria operando com uma equipe mínima, focalizada em cuidados básicos de saúde, com população determinada por maiores riscos sociais e sanitários.

Sua estrutura básica sem uma rede de apoios delimitada e uma formulação do trabalho sem planejamento, apresentam elementos que dificultam a garantia dos princípios básicos do SUS de universalidade, integralidade e eqüidade.

Um dos desafios para o profissional da ESF é justamente trabalhar demandas no sentido de superar as práticas imediatistas e pontuais das políticas de saúde, visando à integralidade do SUS e o controle social exercido pelo indivíduo, família e comunidade. .

É demandado deste profissional da ESF, a responder às refrações da questão social, seu objeto de trabalho, que não se manifestam somente pelas desigualdades sociais, mas também pelos movimentos de resistências. Para tal, é importante analisar as demandas, pelo conhecimento da realidade social onde se manifestam.



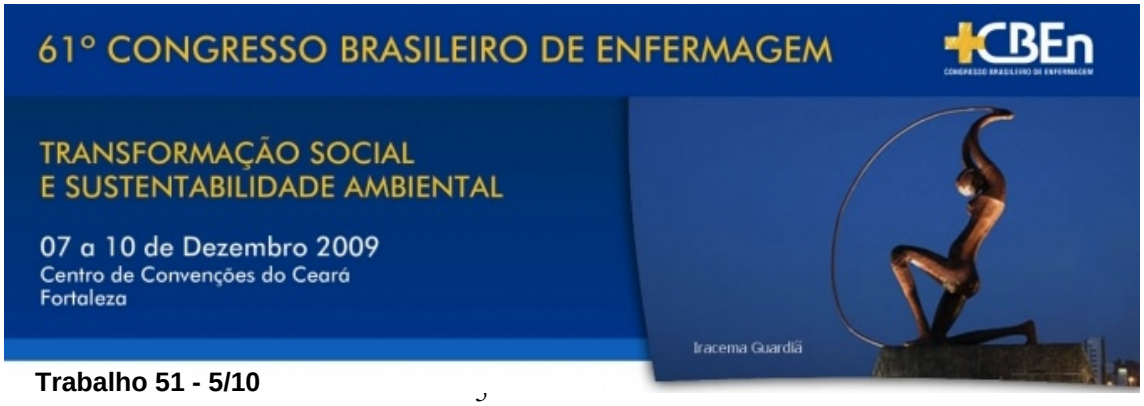
Embora a Constituição Cidadã consolide no campo jurídico o direito à saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a política de saúde brasileira, a partir da década de 1990, tem refletido situações distintas das preconizadas no movimento da Reforma Sanitária e no SUS, verificando-se uma tendência ao processo de desmonte dos direitos conquistados submetidos à lógica do ajuste fiscal, configurando-se um hiato entre o direito e a realidade.

Como estratégia de reorganização de um modelo assistencial tradicional, muitos desafios e barreiras são enfrentados pela ESF. Esse modelo tradicional de atenção básica acaba por muitas vezes sendo a referência para muitos profissionais de saúde que contam com este apoio muitas vezes ainda não preocupado com o novo paradigma saúde-doença, voltado ao processo de saúde como qualidade de vida em potencial e não somente ausência de doença.

Através deste modelo de atenção baseado nos aspectos da Estratégia Saúde da Família, onde o foco de atenção deixa de ser somente o indivíduo e passa a ser também sua família e o meio onde vivem, com os princípios de universalidade, integralidade, equidade e controle social, se espera explicitar como marco essencial para o estudo deste trabalho, os limites e possibilidades da equipe de profissionais de saúde que se depara com um novo processo de trabalho, desafiando-se a cada dia e mudando a história da atenção básica no Brasil como também seu próprio manejo de assistência a saúde ao indivíduo, sua família e comunidade.

I.2 – OBJETIVO GERAL

Identificar o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família da Área Programática 5.2 do Município do Rio de Janeiro.



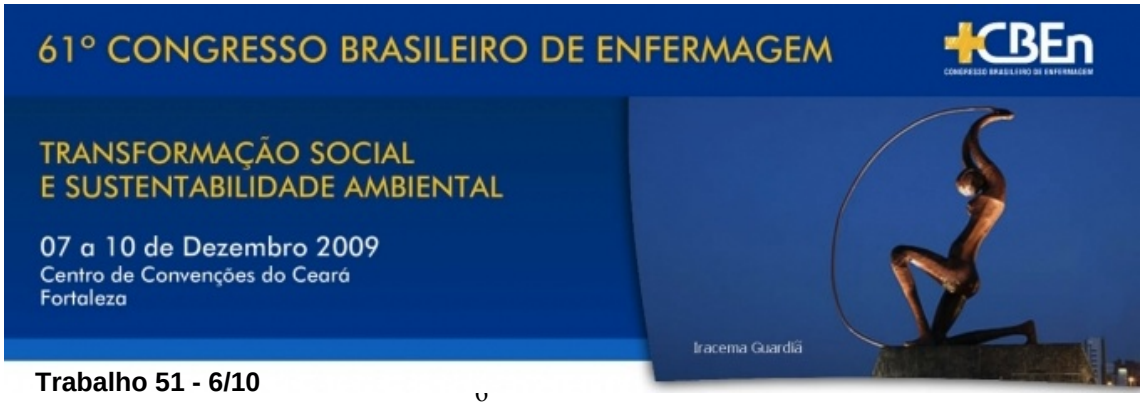
I.3 – OBJETIVO ESPECÍFICO

Analisar as dificuldades das equipes da saúde da família na realização do processo de trabalho preconizado pelo Ministério da Saúde.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

Trabalho realizado de forma descritiva, de revisão bibliográfica com enfoque no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, com intuito de proporcionar melhor visão do problema e obtenção de dados e informações que possam contribuir para

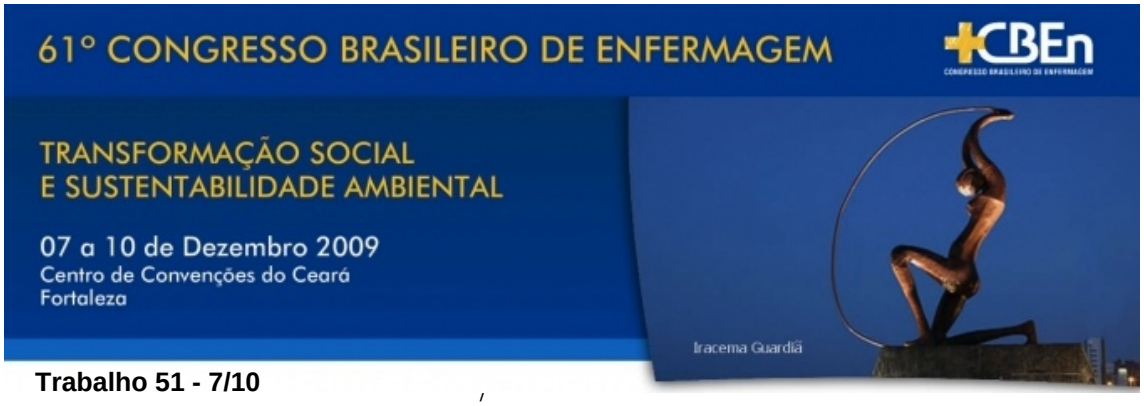


aumentar e melhorar as possibilidades da realização do processo de trabalho pelas equipes da saúde da família da A.P. 5.2

CAPÍTULO II

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao término desta pesquisa, apontam-se alguns velhos e novos desafios ao profissional de saúde na política da ESF:



- assumir a defesa da política de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, ou seja, fortalecimento dos princípios da Reforma Sanitária e do SUS;

- refletir de forma crítica sobre a atenção integral à saúde, diante de uma política econômica que reproduz desigualdades e exclusão social;

- descentralizar a figura do profissional médico, considerado o centro da equipe no modelo hospitalocêntrico, sendo dividida entre os membros da equipe.

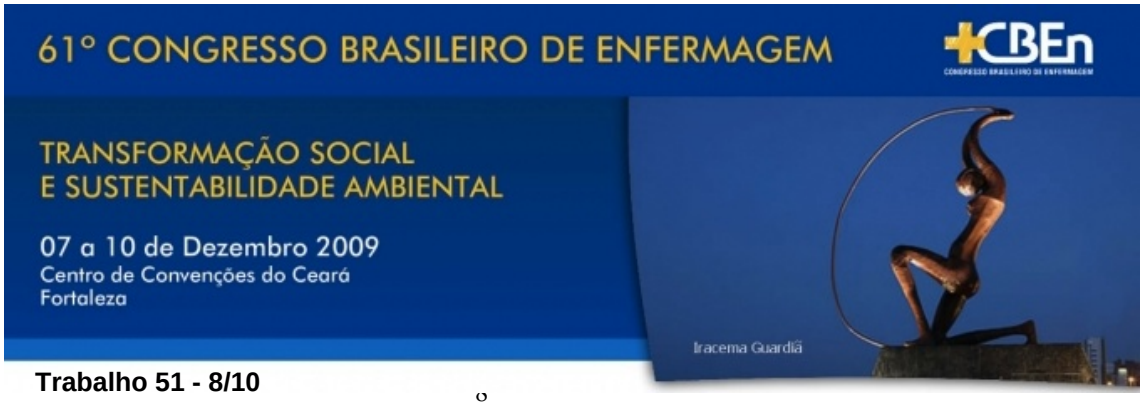
- ter uma postura interdisciplinar buscando problematizar as questões levantadas nas equipes no sentido de contribuir com a troca de saberes e experiências, explorando os espaços que contemplem a saúde e a qualidade de vida dos usuários;

- articular meios de viabilização dos direitos sociais contemplando o espaço de mobilização comunitária, fortalecendo a luta coletiva;

- convidar a sociedade a fazer parte dos Conselhos de Saúde de forma crítica e participativa para a garantia de direitos;
- estimular uma política de recursos humanos e capacitação de profissionais da área e de conselheiros;

- discutir e propor a ampliação das equipes de Saúde da Família;

- empenhar-se por um orçamento mais condizente com a realidade social na qual está inserido através da mobilização da comunidade;



- estar comprometido com a qualificação permanentemente;

- Torna-se essencial que os profissionais se relacionem em um ambiente livre de coações, conflitos desnecessários e de valores íntimo-pessoais para que juntos se comuniquem, estabelecendo interação, possibilitando assim a construção de um novo modelo de saúde.

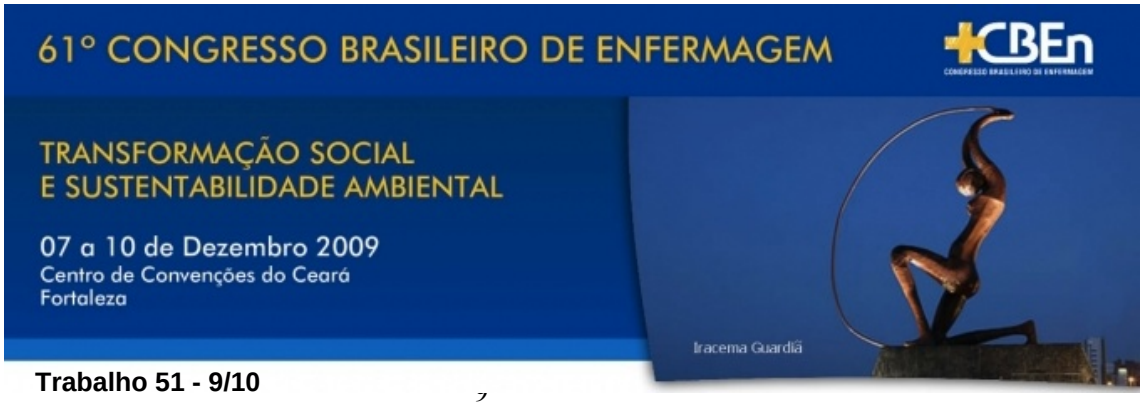
- e mais, ter claro que o seu trabalho incide no campo dos valores e comportamentos e reflete diretamente na vida cotidiana dos usuários, de modo a fortalecer mecanismos de resistências às desigualdades sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FALEIROS, Vicente de Paula. *Desafios da Saúde na era da globalização*. São Paulo: Cortez, n. 61, p152-186, 1999.

SOARES, Laura Tavares. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. São Paulo: Cortez, 2000.(Coleção Questões da nossa época. V.78).

TEIXEIRA, Mary Jane O; NUNES, Sheila Torres. A interdisciplinaridade no Programa Saúde da Família: uma utopia. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (Org.). *Saúde e Serviço.* São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.



TEIXEIRA, Mary Jane O; O Programa Saúde da Família e o canto do rouxinol.In: BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Potyara A. P (Org.) *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

TERRA, Osmar Gasparini et al. O incentivo financeiro estadual para a estratégia da saúde da família no Rio Grande do Sul, 2003. *Boletim da Saúde*: Porto Alegre: SES/ESP, 1969.Secretaria do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública, v. 18, n.1, jan/jun 2004.

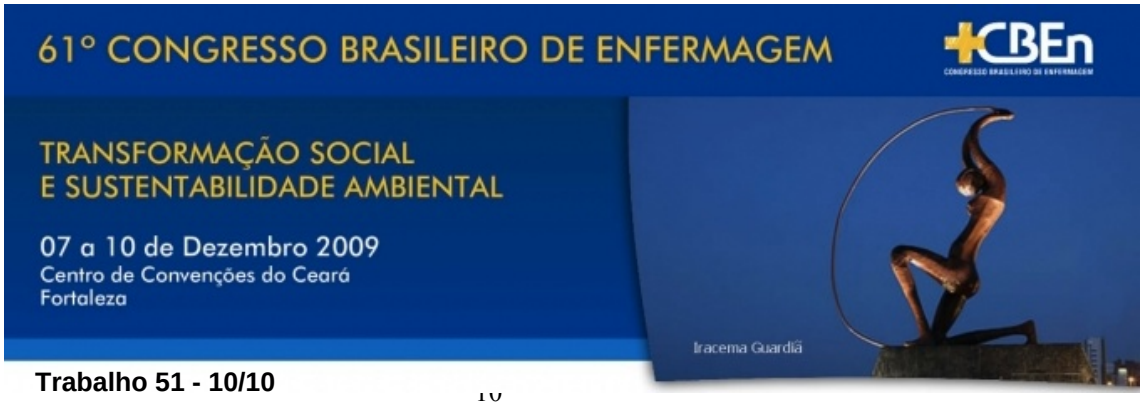
ENFERMAGEM VIRTUAL. Disponível em: < http://www.enfermagemvirtual.com.br/enfermagem/principal/conteudo>. Acesso em 16 set. 2008

BRASIL. *IBGE – Instituro Brasileiro de Geografia e Estatística, censo 2000.* Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm>. Acesso em: 18 de set. 2008.

RIO DE JANEIRO. *IPP – Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos: armazém de dados, 2002*. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>. Acesso em 18 de set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do programa de saúde da família.* Brasília; 2001.

MOURA RMF. *O processo de trabalho da equipe multiprofissional em centros de saúde: (vi) vendo e indagando.* Anais do Congresso da ABRASCO, 1994; Olinda/PE.

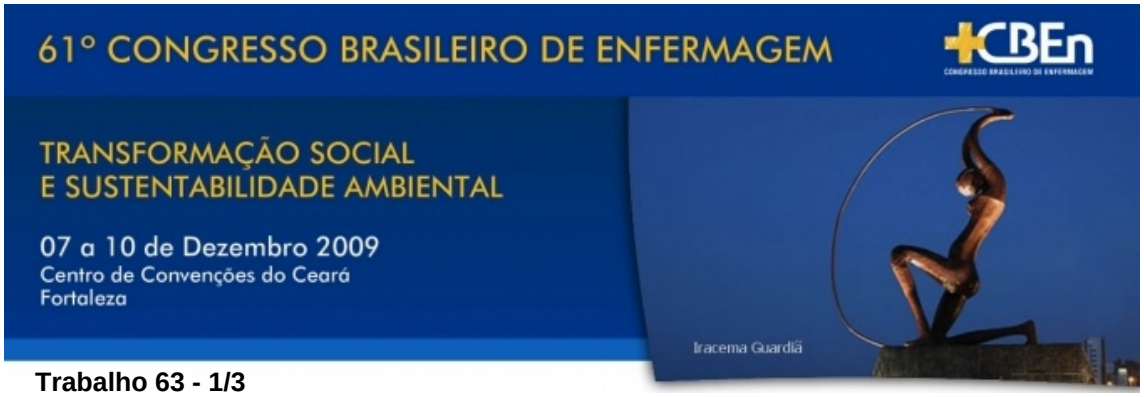


CAMPOS GWS. *Considerações sobre a arte da ciência da mudança: revolução de coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde.* In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p.29-87.

MOTTA RP. *Desempenho em equipes de saúde: Manual.* Rio de Janeiro: Editora FGV; 2001

ARAÚJO, M. B. S. ; ROCHA, P. M. // *Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família* // p.455 e p.464 // 07/12/06.

RIO DE JANEIRO. *Indicadores de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro por Área Programática AP)- 1997 a 2006.* Rio de janeiro, 2005. Disponível em: < http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/>. Acesso em 18 set. 2008.



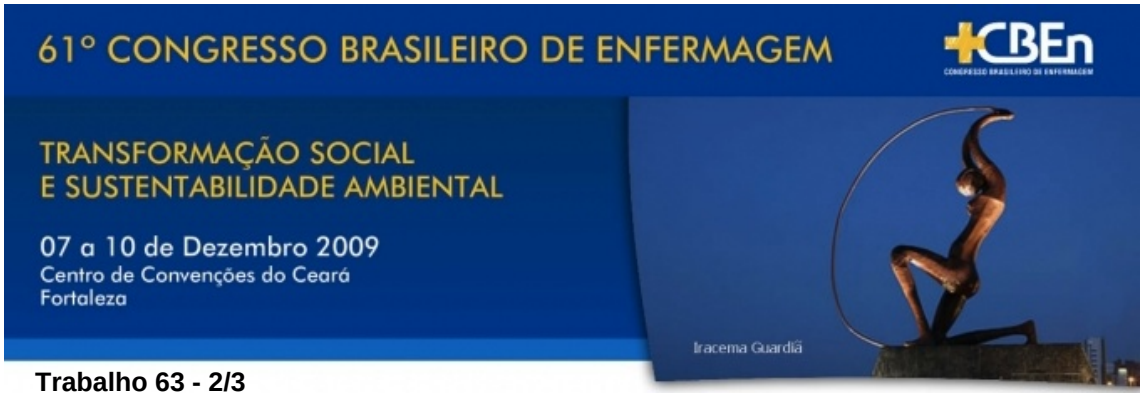
Trabalho 63 - 1/3

PREVENÇÃO DO CANCER DO COLO UTERINO: contribuição do terceiro turno na acessibilidade ao exame em Maracanaú-CE

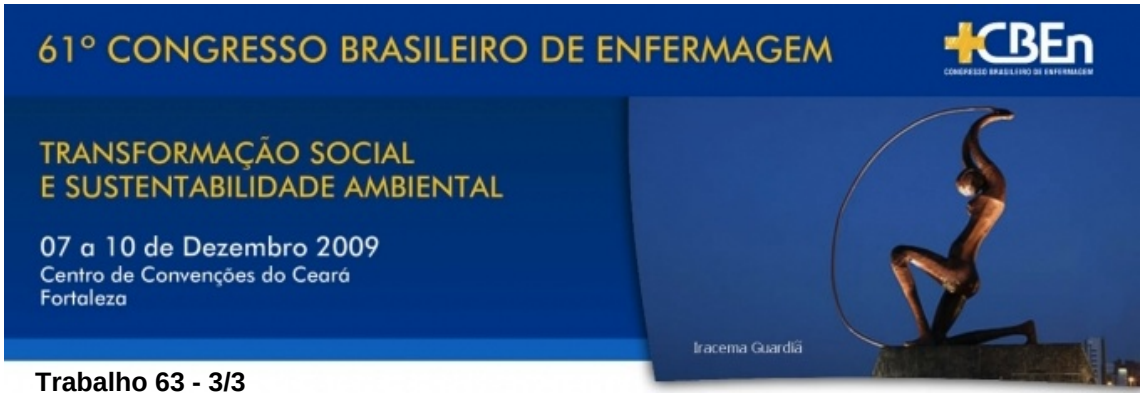
Forte, Rita Maria de Oliveira[1]
Câmara, Sheila Cyrino[2]
Morais, Tânia Maria Vasconcelos[3]
Camurça, Vládia de Almeida[4]

INTRODUÇÃO: A cada ano ocorrem aproximadamente 500 mil casos novos de câncer de colo de útero, com 270 mil óbitos em todo o mundo. No Brasil, segundo as estimativas do Instituto Nacional do Câncer para o ano de 2008, ocorreram mais de 19 mil casos de câncer do colo uterino, sendo o coeficiente de incidência estimado para o Estado do Ceará de 17.5/100.000 mulheres. Considera-se, portanto, as neoplasias a segunda causa de morte no Ceará. Em Maracanaú, município da região metropolitana de Fortaleza, distando 20km em linha reta do centro da capital do Estado, tem o câncer de colo do útero como sua terceira causa de morte. Dentre as estratégias utilizadas na Unidade Básica de Saúde Local, a principal é a Consulta de Enfermagem com a realização do exame preventivo, este diagnostica com precocidade a lesão precursora do câncer de colo uterino, por meio da realização do exame preventivo - Papanicolaou. Dados estatísticos estimam que este exame possibilite a redução de 80% das mortes por essa neoplasia. Neste sentido, o município de Maracanaú implementou desde agosto de 2007 o serviço de coleta de prevenção do câncer ginecológico nas unidades de atenção básica que realizam atendimento à população, no período noturno, denominado terceiro turno que acontece de 17:00 às 21:00h, com o propósito de conhecer por meio da Consulta de Enfermagem a parcela populacional de mulheres com idade de 25 e 59 anos, trabalhadoras diurnas, bem como aumentar o percentual da meta anual pactuada de exames de Papanicolau do município. **OBJETIVOS:** Avaliar o número de atendimento a mulheres com idade de 25 a 59 anos que realizaram o exame de Papanicolau nas unidades de

[1] Enfermeira do PSF de Maracanaú-CE. Especialista em Saúde Publica.
[2] Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Saúde Pública. Gerente da área de Vigilância à Saúde IV - Município de Maracanaú - CE.
[3] Enfermeira do PSF de São Gonçalo do Amarante-CE. Enfermeira da Maternidade Assis Chateaubriand. Especialista em Educação em Saúde.
[4] Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Coordenadora do Setor de Imunização do Município de Pacatuba - CE.

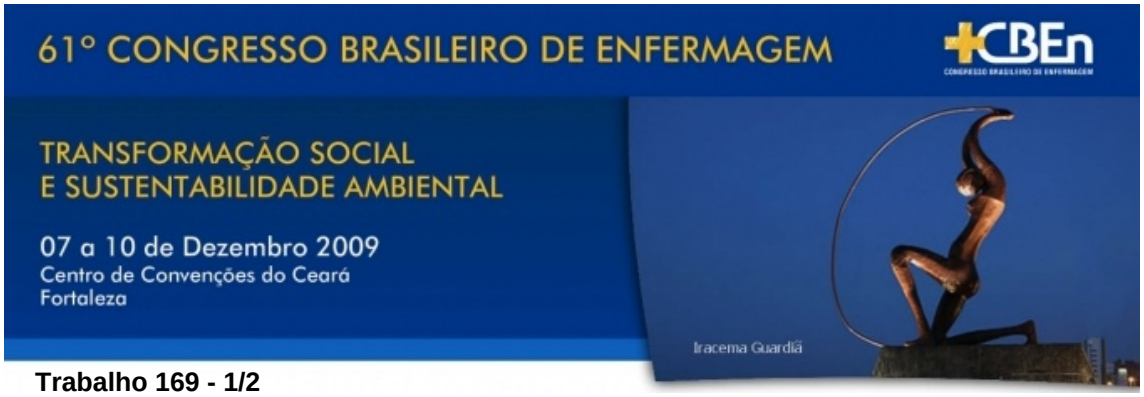


saúde com o atendimento de terceiro turno, comparando com a meta anual alcançada pelo Município de Maracanaú em 2007 e 2008. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo exploratório realizado nas unidades básicas de saúde. Foram utilizados os dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Relatório Mensal do Boletim de Pronto Atendimento referente aos anos de 2007 e 2008, entre mulheres de 25 a 59 anos, residentes no Município de Maracanaú-CE. Os mesmos eram lidos e os dados desejados eram registrados em formulário, para posterior apreciação. **RESULTADOS:** O número total de exames de Papanicolaou realizados entre mulheres com idade de 25 a 59 anos, no município de Maracanaú para os anos de 2007 e 2008 foram respectivamente 10.759 e 10.082. A coleta de material citológico realizada pelos profissionais nas unidades de saúde com terceiro turno em funcionamento totalizou de agosto à dezembro de 2007; 857 exames perfazendo 7,9% do total realizado pelo município durante todo o ano de 2008 foram 2.253 exames, perfazendo 22,3% do total coletado pelo município. Observou-se um aumento no percentual da coleta de Papanicolau com a implantação do terceiro turno em relação à meta anual pactuada de exames para o município passando de 6,7% para 17,6% nos dois anos analisados. A meta alcançada pelo município para o ano de 2007 foi de 84% e seria de apenas 77,6% se não houvesse a coleta durante o terceiro turno e no ano de 2008 seria de 61,3% e não 79% como registrado no SISCOLO. **CONCLUSÃO:** A análise das informações mostrou que a adoção de novas estratégias para garantir a acessibilidade aos serviços de saúde, aumentou o número de exames realizados, contribuindo para o alcance de metas anuais previamente pactuadas como também na captação das mulheres trabalhadoras, as quais não procuram as unidades básicas de saúde no horário diurno, melhorando a assistência à saúde da população, favorecendo a prevenção e diagnóstico precoce do câncer do colo do útero. **BIBLIOGRAFIA:** BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Saúde Pública: Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino. Normas e manuais Técnicos – Brasília – 2002.; BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade – DATASUS- 2007; 2008.; BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Câncer do Colo de Útero –DATASUS- 2007; 2008. CEARÁ, Secretaria de Saúde. Saúde Reprodutiva e Sexual: Manual para a Atenção Primária e Secundária –



Fortaleza: SESA – CE, 2002. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero: Normas e Recomendações do INCA. – Brasil – 2005

Descritores: Neoplasias; Incidência; Estratégia.



Trabalho 169 - 1/2

VIVENCIANDO O MATRICIAMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO SEBASTIÃO – DF

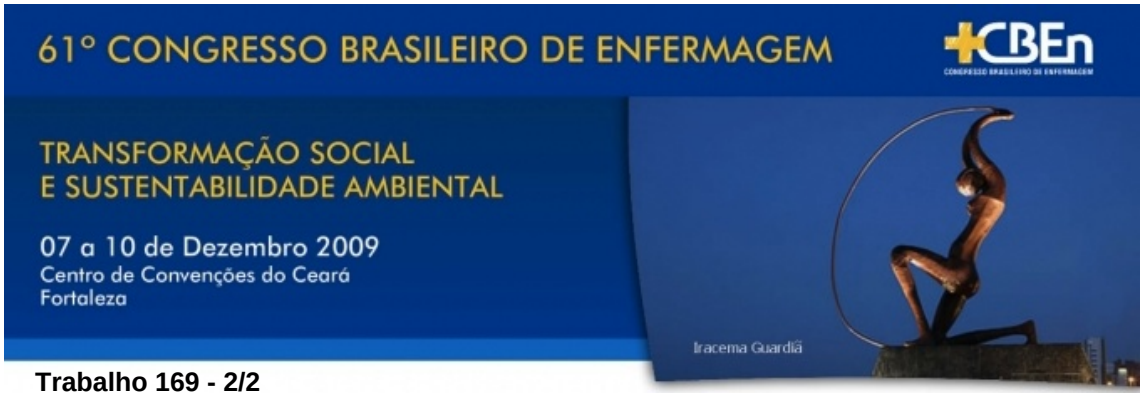
ANA LUIZA GRISOTO (SES/DF)[1], **Fernanda Ledes** (SES/DF)[2]
Gaspar Coitinho (SES/DF)[3], Jocélea Mendes (SES/DF)[4], Karen Kuhlmann (SES/DF)[5]
napesf.saosebastiao@gmail.com/tel: (61) 3335-1226
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – SES – DF

Introdução: Partindo da necessidade de adequação as políticas do Ministério da Saúde e da realidade da cidade de São Sebastião - DF a Diretoria Geral de Saúde de São Sebastião buscou formas de adequar a Estratégia de Saúde da Família - ESF as reais necessidades da população, implementando o matriciamento junto a ESF.

Objetivo: Otimizar os profissionais especialistas e fazer com que um maior número de pessoas consigam atendimento sem serem referenciadas a outros serviços de saúde. Foram priorizadas a saúde mental e a asma.

Metodologia: A implantação do serviço de saúde mental foi constituída por várias etapas. A 1ª foi realizar treinamento com a Coordenação de Saúde Mental – SES – DF. Depois se criou a equipe, formada por psiquiatra, assistente social, psicóloga e técnica de enfermagem, elaborou-se os instrumentos utilizados no trabalho, como o formulário de consulta compartilhada e foi definido o agendamento das consultas e do modelo de visitas da equipe matricial as equipes ESF. A equipe da asma foi formada por uma médica pneumologista e uma técnica de enfermagem, ambas capacitadas pelo programa de Asma da SES-DF. Estas capacitaram às equipes ESF e após a capacitação os profissionais fizeram um cadastro dos pacientes asmáticos da área, com um instrumento que classifica a gravidade da asma. Com o cadastro de pacientes iniciou-se um processo de visita às equipes onde, equipe de Asma e equipe da ESF, atendiam os pacientes cadastrados. Após a avaliação do treinamento, a medicação era disponibilizada para a

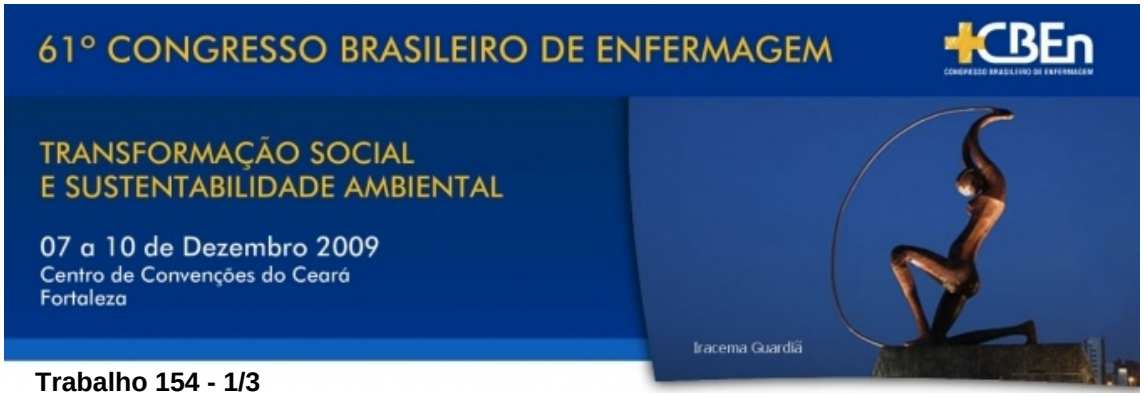
1* Enfermeira Chefe do Núcleo Vigilância Epidemiológica e Imunização de São Sebastião – NUVEI/DGSSS – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES – DF.
[2] Enfermeira do Núcleo de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família de São Sebastião – NAPESF/DGSSS – SES – DF.
[3] Médico psiquiatra da equipe matricial de saúde mental do Núcleo de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família de São Sebastião – NAPESF/DGSSS – SES – DF.
[4] Médico pediatra e pneumologista da equipe matricial da asma do Centro de Saúde nº. 01 de São Sebastião – CSSS/DGSSS – SES – DF.
[5] Enfermeira Chefe do Núcleo de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família de São Sebastião – NAPESF/DGSSS – SES – DF.



equipe, dessa forma esse paciente passava a ser referenciado a ESF e não mais ao especialista.

Resultados: Sensibilização das equipes de ESF tanto para o atendimento de pacientes psiquiátricos quanto asmáticos; facilitou a identificação e desistigmatização dos pacientes portadores de transtorno mental e facilitou a abordagem desses pacientes; facilitou o acesso e a adesão ao tratamento em ambos os casos; permitiu a prevenção de crises também nos dois casos. Na asma, houve descentralização do atendimento da asma não grave do especialista para o generalista da ESF.

Conclusões: A aplicação do matriciamento tanto na asma quanto na saúde mental aumentou o vínculo entre a equipe e a comunidade; despertou nos profissionais a importância da saúde mental e da asma na saúde da comunidade, que até então não eram contempladas; formou um canal de comunicação, quebrando o medo de perda de autonomia e ampliou a capacidade de resolver problemas nas equipes ESF, com diminuição de encaminhamentos, do tempo de espera para consultas e da demanda reprimida. A implicação do matriciamento para a enfermagem é a resolutividade dos problemas, uma vez que o profissional recebe treinamento prático durante as consultas compartilhadas e discussões de caso em grupo, podendo propagar e utilizar esse conhecimento adquirido em consultas e atendimentos sem o especialista. O enfermeiro, ainda, através da estratégia de matriciamento, pode contribuir com o ponto de vista da enfermagem, tornando o atendimento mais humanizado, integral e holístico, beneficiando não só o indíviduo, como também a comunidade adscrita. A inclusão do matriciamento na ESF mobiliza as equipes, treina em serviço, capacita os profissionais, agiliza o processo de trabalho e consequentemente gera maior satisfação da comunidade. Outras áreas podem ser contempladas com matriciamento, como a ginecologia/obstetrícia, saúde da criança, DST/HIV.

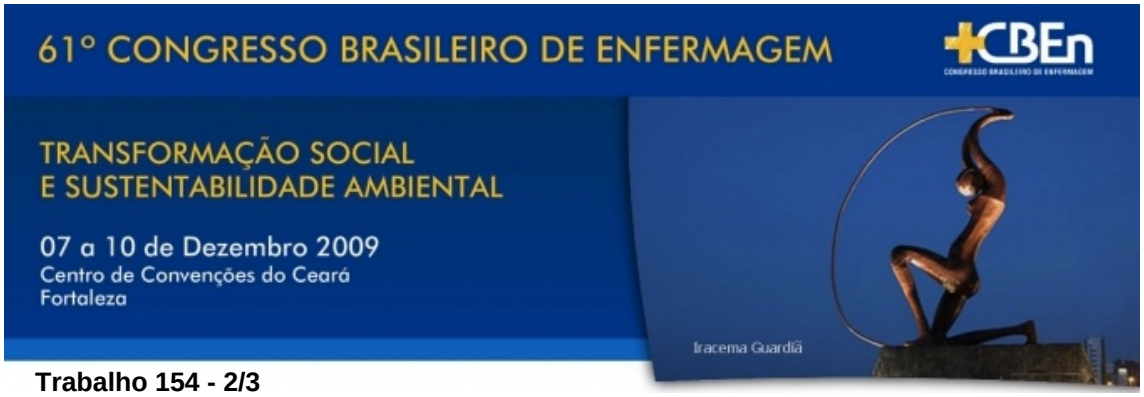


Trabalho 154 - 1/3

APROXIMAÇÃO ÀS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM, PSF E DIAGNÓSTICO DE SAÚDE EM COMUNIDADE DE PERIFERIA DE DELMIRO GOUVEIRA, AL.

Eurídice Miranda Moreira[1], Sélia de Souza Silva[2], Maria Eulália Vieira da Silva[3], Maria Aparecida Alves de Gois[4], Paula Raphaella de Lima Morais[5], Jorge Luís de Souza Riscado[6]

Introdução: O processo de atenção à saúde pública no Brasil vem tomando rumos significantes como uma das formas de articular ações, caminhos e serem seguidos de acordo com os recursos financeiros recebidos pelos setores públicos de saúde, para que assim seja possível prestar uma assistência mais viável aos que dela necessitam. É visível a implantação de novas ações como uma das formas de assegurar a atenção básica à saúde das famílias[1]. O PSF é uma estratégia de tentativa de superação da desigualdade da saúde. Contudo incentivos financeiros foram lançados, para as extensões do programa na perspectiva da qualidade. No entanto, a desigualdade e baixo funcionamento dos responsáveis dos processos de organização da atenção básica[2]. O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado para proporcionar o bem estar social, impondo limites e avanços; formado por equipes de profissionais competentes para possibilitar segurança com a saúde social. Hoje através de pesquisas podemos afirmar que obtemos trabalhos beneficentes à saúde da comunidade[3]. O papel das instituições de saúde é diminuir a desigualdade social favorecendo a todas as classes sociais. As visitas domiciliares são definidas como um instrumento da enfermagem da saúde coletiva para a intervenção no processo de saúde e doença familiar realizada nos domicílios. Com as visitas domiciliares, os profissionais se tornam mais humanizados nos atendimentos, pois querendo ou não, passam a fazer parte daquela família direta ou indiretamente, reduzindo os custos com internações desnecessárias, as pessoas acamadas que não podiam ir a um PSF ou hospital passam a ter assistência domiciliar e com isso todos passam a ter assistência social e mental sem discriminação[4]. **Objetivamos** inserir o alunado da disciplina de Metodologia Científica e Pesquisa em Saúde em cenários vivos, na aproximação às práticas de enfermagem e conhecer e realizar um diagnóstico de saúde, junto à ESF; contribuir com a formação acadêmica dos alunos de enfermagem da Faculdade sensibilizado-os para a Atenção Básica. **Metodologia**: aprovado pelo Comitê de Ética da UFAL. Acessados e validados 84 domicílios a partir da Ficha A padronizada nacionalmente. Acrescentou-se mais 05 protocolos de pesquisa, com 30 perguntas aproximadamente: saúde da criança menor de 10 anos, da mãe, da gestante, dados sócio-econômicos e saúde mental. Lançando mão do EPI-INFO 2000. **Resultados**: o trabalho foi realizado em uma das áreas do PSF do município de Delmiro Gouveia, AL. A equipe é formada pela enfermeira, médico, agentes de saúde e técnico de enfermagem. Esse PSF atende as comunidades de Desvio, Ponto Chique I e Ponto Chique II. A enfermeira é quem coordena o Posto de Saúde. O posto é de terreno próprio, a população é carente dependente de serviços de saúde pública, apenas quando há caso de urgência é encaminhado para o hospital de Delmiro Gouveia. A comunidade conta ainda com atendimento odontológico, quando são atendidos mais de 50 pacientes. Os agentes de saúde são todos da própria comunidade. Os procedimentos realizados são administração de medicamentos e vacinas, curativos, aferição de pressão e glicemia, e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. O número de idosos é em torno de 12,84% da população. Homens chefe de família em torno de 74,2%, e 24,2% mulheres, crianças abaixo de 10 anos 50,9% são do sexo masculino, os adolescentes são em torno de 34,41%.



A média de salário é de R$ 425,58, sendo que 1,3 pessoas contribuem com a renda familiar, e 71,0% recebem benefício do programa de governo, a maioria das casas é de tijolo com 5 cômodos, 59,7% possui energia elétrica, 82,3% dão destino ao lixo coletado, 82,3% tem abastecimento de água da rede pública, 45,2% tem como destino das fezes e urina o sistema de esgoto (rede geral) e 43,5% a fossa, enquanto 1,6% o fazem a céu aberto; 72,6% possuem TV à cores, 56,5% rádio, 27,4% se confessam apenas dona de casa; as formas de transporte da área rural para a urbana é feita de moto, caminhão, carro, ônibus e "pau-de-arara"; os meios mais comuns de tratar algumas emergências são o chá, soro caseiro, soro caseiro e chá e remédios; 64,5% das crianças tem freqüência escolar, 11,3% apresentou diarréia ou cocô mole por mais de três vezes e 15,1% nas duas últimas semanas, 79,2% recorreram a tratamento; 58,5% apresentaram tosse, 39,6% febre, 50,9% nariz entupido e apenas 45,3% fizeram consulta nos últimos meses; 81,1% levam para o posto de saúde de Delmiro Gouveia. Quanto a saúde mental das donas de casa, enquanto indicadores de estresse e depressão, 60,0% confessam dor de cabeça freqüente, 69,2% sentem-se nervosa, 35,8% assustam-se com facilidade, 47,7% sentem-se triste, 43,1% percebem tremores nas mãos e 40,0% relatam dormir mal. **Conclusão**: trata-se de uma comunidade ruralita um pouco desassistida/negligenciada pelo poder público, necessitando de um maior comprometimento da equipe do PSF, pois percebe-se que devido a várias regularidades na saúde principalmente das crianças e dos idosos é comprometida, assim como da cobertura de pré-natal das gestantes. Quanto aos adultos o modo de vida da mulher apresenta uma dupla jornada – dona de casa e lavradora – comprometendo possivelmente a sua auto estima e sua saúde mental. **Lições aprendidas**: foi de grande valia a experiência para o alunado, pois possibilitou já nos primeiros períodos acadêmicos a aproximação às práticas de enfermagem na Atenção Básica, principalmente por se tratar de uma comunidade ruralita. Vale salientar que os discentes apresentaram, como devolutiva, à comunidade citada os resultados encontrados destacando sugestões e recomendações ao tempo que participaram o gestor de saúde e a coordenadora da atenção básica do município, quando lhes foram entregues um relatório final digitado e em mídia digital (CD-Rom).

Referências Bibliográficas

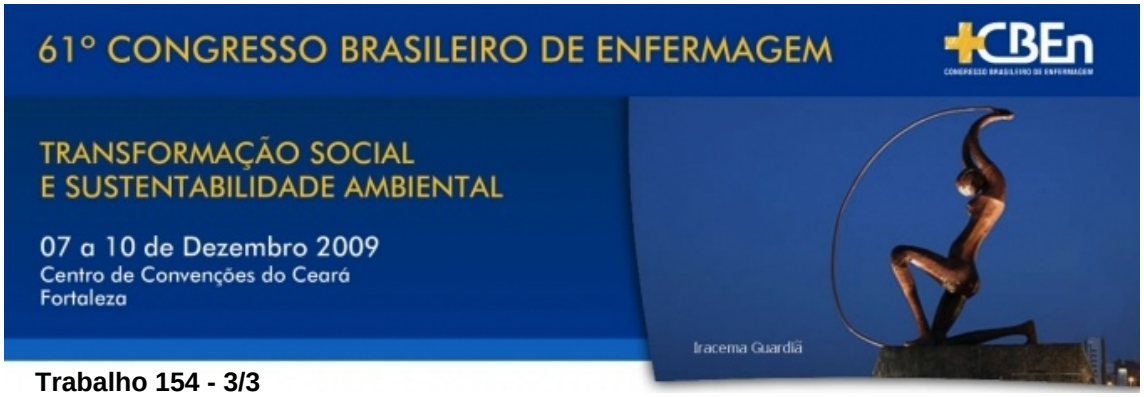
1. Marques RM, Mendes A. Atenção básica e programa de saúde da família Família (PSF): novos rumos para a política de saúde, e seu financiamento? Ciência & Saúde Coletiva. 2003; 8(2): 403-415.

[1] Enfermeira, Mestranda em Gestão Pública, Professora/Coordenadora, Faculdade São Vicente de Pão de Açúcar – FASVIPA, Coord de Educação Perm. em Saúde de Delmiro Gouveia/AL

[2] Acadêmica de Enfermagem, Faculdade São Vicente de Pão de Açúcar – FASVIPA, Coord. da Atenção Básica de Delmiro Gouveia/AL

[3] Acadêmica de Enfermagem, Faculdade São Vicente de Pão de Açúcar – FASVIPA, Atenção Básica de Delmiro Gouveia/AL

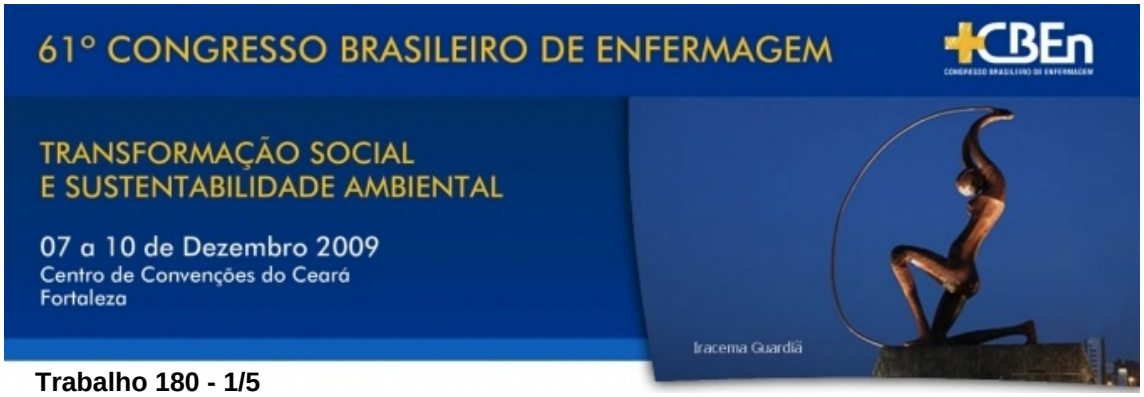
[4] Acadêmica de Enfermagem, Faculdade São Vicente de Pão de Açúcar – FASVIPA, Atenção Básica de Delmiro Gouveia/AL



Trabalho 154 - 3/3

[5] Acadêmica de Enfermagem, Faculdade São Vicente de Pão de Açúcar – FASVIPA, Atenção Básica de Delmiro Gouveia/AL

[6] Psicólogo, Mestre em Psicologia Social, Doutorando em Saúde Pública/ENSP-FIOCRUZ



Trabalho 180 - 1/5

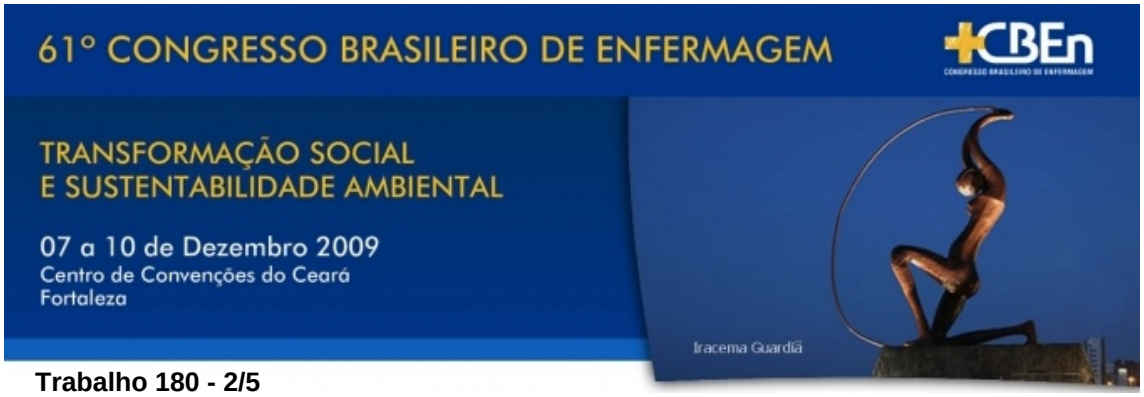
FORMAÇÃO EM AÇÕES INTERSETORIAIS PARA A SAÚDE: PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O DESENVOLVIMENTO LOCAL SUSTENTÁVEL NA REGIÃO LESTE DE GOIÂNIA

Ana Lúcia Alves Carneiro da Silva (Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – analvescar@yahoo.com.br); Marta Valéria Calatayud Carvalho (Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia); Ângela Bete Severino Pereira (Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia), Jacqueline Rodrigues Lima (Universidade Federal de Goiás); Dais Gonçalves Rocha (Universidade Federal de Brasília).

O Projeto AÇÕES INTERSETORIAIS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE (AIPS), um projeto de cooperação internacional entre Brasil e Canadá que visa o intercambio de conhecimento e promoção da equidade. Conta com a participação de seis centros brasileiros: Manguinhos-RJ, Campinas/Americana-SP, Curitiba-PR, Sobral-CE, Barra de Guabiraba –PE, além de Goiânia-GO.

Em Goiânia nossas atividades foram desenvolvidas na região do Distrito Sanitário Leste (DSL), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), focando a Estratégia Saúde da Família (ESF) e têm por objetivo aumentar a capacidade local de produzir e manter melhorias sócio ambientais que contribuam para a promoção da saúde e fortalecer a cooperação intersetorial para o desenvolvimento sustentável.

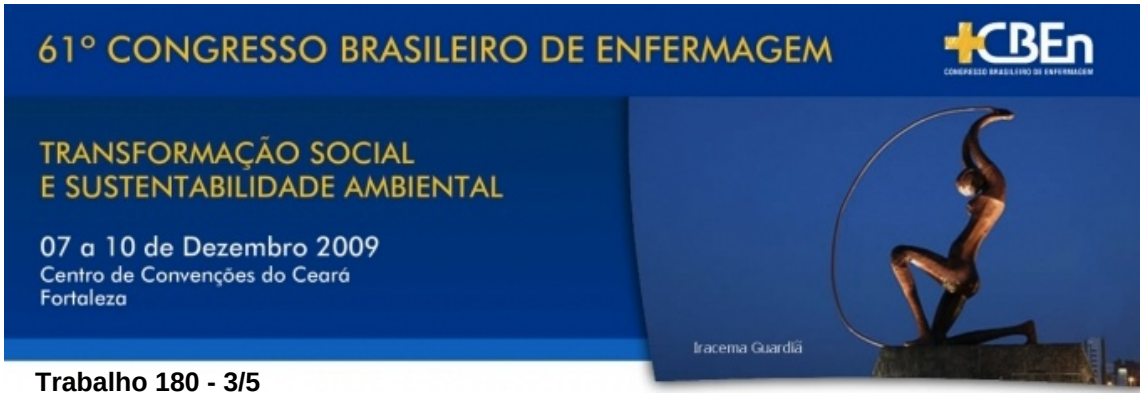
O planejamento e a execução das nossas ações ocorreram de forma compartilhada entre universidade (docentes e estudantes das Faculdades de Enfermagem, Nutrição e Odontologia) e SMS (níveis central, distrital e local), sendo proposta um Curso de Extensão “Formação em ações intersetoriais para a saúde: Promoção da Saúde como Estratégia para o Desenvolvimento Local Sustentável na Região Leste de Goiânia”, tendo como público os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nesta narrativa descreveremos nossa experiência na implantação da atividade do projeto com ênfase nas evidências da capacitação e fortalecimento influenciando as políticas de promoção da saúde do nível local para o central (ascendente), no contexto da gestão da saúde do Município de Goiânia, envolvendo representantes da academia, serviço e comunidade.



Considerando que o ACS além de trabalhador da saúde também é membro da comunidade, fizemos a opção de tê-lo com público alvo desta atividade. O Curso de extensão "Formação em ações intersetoriais para a saúde: Promoção da Saúde como Estratégia para o Desenvolvimento Local Sustentável na Região Leste de Goiânia", foi desenvolvido com o uso de metodologias ativas, em 16 encontros com duração 3 (três) horas/cada, em equipamentos sociais da própria comunidade, no período entre setembro de 2007 a junho de 2008. Esta proposta foi construída a partir do reconhecimento do perfil de atuação dos ACS e demais membros das equipes da ESF que predominantemente realizavam ações individuais ou coletivas baseadas no modelo biomédico, com os trabalhadores absorvendo toda a responsabilidade pela saúde da comunidade, sentindo-se sobrecarregados e desmotivados com sua atuação. Este cenário foi observado nas duas Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF) da região do Distrito Sanitário Leste (DSL) de Goiânia, que tiveram os ACS convidados a integrar este processo de formação. O conteúdo e cronograma da formação foram pactuados entre os atores envolvidos (níveis local, distrital e central de gestão, ACS e Universidade).

Nas quatro primeiras oficinas foram trabalhados os conceitos (conceito de saúde, promoção da saúde e intersetorialidade), o perfil de morbi-mortalidade da população de abrangência, atribuições dos ACS e o levantamento das necessidades de parceria dos ACS, tendo como foco maior a identificação de ações estratégicas. Nos próximos 8 (oito) encontros, contamos com a presença de representantes de diversos setores (educação formal, educação popular, segurança, meio ambiente, assistência social, cultura, comunicação, esporte/lazer). Após estes encontros iniciamos a formação centrada na construção dos planos de ações intersetoriais de duplas/ trios de ACS. Todas estas ações eram planejadas em reuniões bimensais onde o comitê local organizava a operacionalização dos próximos passos e avaliava as etapas anteriores e do processo de trabalho. Durante o período de realização do projeto os ACS realizavam parcerias com comerciantes e lideranças locais para viabilizar a organização das oficinas.

Ainda, realizamos o diagnóstico da visão dos ACS sobre intersetorialidade e promoção da saúde. Quando apresentamos o resultado obtido, os ACS relataram não compreendiam seu papel no cuidado à saúde, sendo destacadas como atribuições: a marcação de consulta, a entrega de receita nos domicílios, o atendimento na recepção da



unidade e pouca ou ausência de ações de promoção da saúde envolvendo parcerias intersetoriais. Procurando interferir neste processo inserimos no conteúdo de uma oficina as atribuições para o ACS e equipe da ESF apresentadas na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

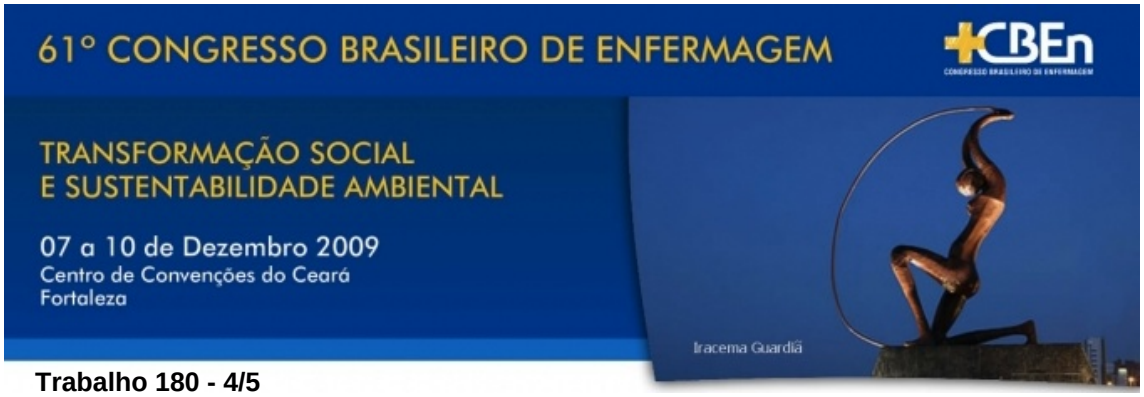
Na execução deste processo observamos que o nível local em parceria com a universidade protagonizou uma ação ascendente com a mobilização de diversos setores: públicos de vários níveis de gestão (p. ex., participação da Secretária Estadual de Educação na oficina sobre a educação formal); organização não governamental (p. ex., Escola de Circo na oficina sobre cultura), movimentos sociais (p. ex., representação da Aneps na oficina de comunicação e educação popular) e acadêmica (p.ex., estudantes de enfermagem e odontologia inseridos no projeto como monitores, inserção de ações do projeto em práticas de disciplinas curriculares).

Apesar dos avanços acima relatados, identificamos durante o processo **barreiras** de várias naturezas, apresentadas a seguir:

Políticas – Produtividade que valoriza ações reprodutoras do modelo biomédico

Ao iniciarmos a articulação com a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) observamos: a reprodução do modelo biomédico, também no espaço da ESF. Isto foi evidenciado na medida em que a avaliação dos ACS ocorre a partir do preenchimento de uma ficha de produtividade, que não possibilita registro de ações em promoção da saúde. As informações sobre a produtividade do ACS contidas nesta ficha, a partir de uma pontuação, garantem uma gratificação ao salário básico. Durante a realização das oficinas fomos abordadas por representantes dos níveis distrital e central da SMS porque a formação em curso estava influenciando a nota de avaliação dos profissionais participantes do projeto em decorrência: (1) da redução no número de visitas domiciliares em decorrência dos encontros quinzenais do projeto Aips; (2) falta da adoção de metodologias de ensino formais e de conteúdo sobre doenças e/ou ações programáticas; (3) coordenadores de equipe queixavam da ausência dos ACS durante as oficinas sem reconhecer o projeto como uma ação de educação permanente.

Destacamos que a atuação principalmente na ESF é orientada na perspectiva de reorientação da atenção à saúde, conforme as políticas nacionais (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b). Neste sentido, e buscando reverter o quadro acima, nossa equipe atuou em três eixos: revisão da ficha para avaliação da produtividade dos ACS;



adequação do preenchimento da ficha existente à nova realidade de atuação do ACS e ampliação da articulação com a Coordenação Municipal da ESF e Diretoria da Rede Básica.

Sociais – Quando as diferenças se tornam desigualdades

Observamos que o desenvolvimento de habilidades argumentativas e de iniciativas de articulações intersetoriais para a promoção da saúde por parte dos ACS desencadeou a discussão sobre hierarquia nos processos de trabalho no âmbito da equipe de saúde da família.

Relações institucionais – A fragmentação na academia e serviços

No contexto da Universidade, a organização do saber de forma disciplinar e fragmentada em diferentes áreas da saúde dificulta a integração das práticas docentes (ensino, extensão e pesquisa) dos cursos da UFG.

Verificamos que na gestão da saúde a fragmentação entre os diferentes níveis administrativos (local, distrital e central) tem dificultado convergência de agendas e ações sistematizadas, predominando assim, ações pontuais de natureza "campanhistas". Ainda, o docente não se reconhece como responsável pelas práticas e transformação do mundo do trabalho (serviços), por sua vez, o profissional de saúde desconsidera seu papel na formação dos estudantes.

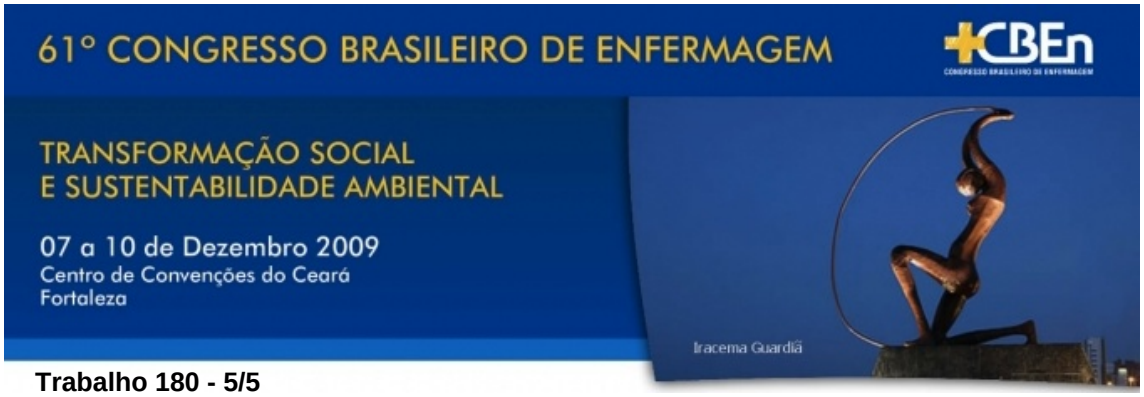
Individuais: Letramento e liderança

Ao longo do desenvolvimento deste projeto pudemos observar diversidades no letramento dos ACS. Estas diferenças se refletiam no monopólio do uso da fala por parte de alguns ACS que se destacaram inicialmente como lideranças no grupo.

Ao final da atividade um (1), a partir da realização de grupos focais, os diferentes atores narraram suas principais **aprendizagens** neste projeto:

Os **ACS** identificaram uma melhor capacidade de comunicação/ argumentação; valorização do trabalho; reconhecimento da importância da parceria: interna (intra-equipe) e externa (entre equipes) com todas as instancias, ensino serviço e comunidade.

Os **docentes** enfatizaram a consolidação da relação ensino-serviço-comunidade; maior oportunidade de inclusão de estudantes em cenários de prática diversificados e contextualizados com as necessidades locais e acadêmicas; aprendizagem com a troca de experiência e saberes com o serviço e comunidade.



Os **trabalhadores da saúde** reconheceram a importância das atividades práticas dos estudantes junto à comunidade; mudança da visão sobre o papel do enfermeiro que atua com a comunidade; valorização do aprender a fazer com o outro; desconstrução de alguns mitos e preconceitos que com a convivência tornaram-se mais democráticos.

Os **participantes do comitê local UFG/Goiânia** destacaram como aprendizagens a necessidade da definição de mecanismos de avaliação de processo e resultados; maior compreensão sobre o que é intersetorialidade e as suas possibilidades: diferentes dimensões e eixos da intersetorialidade.

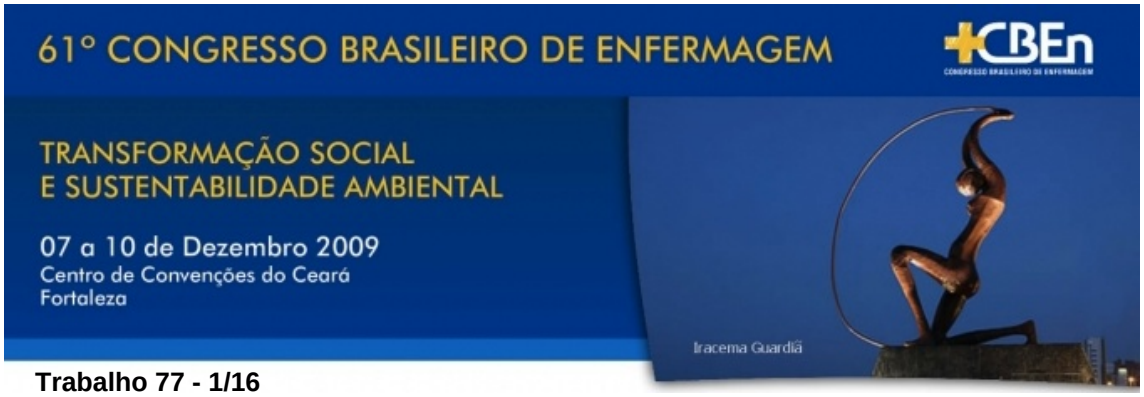
A experiência mostrou que a intersetorialidade pode fazer parte do trabalho da equipe de saúde da família e que o enfermeiro assume papel importante no processo de educação permanente dos ACS e acadêmica dos cursos de enfermagem, nutrição e odontologia, no estimulo as atividades intersetoriais de promoção da saúde e monitoramento e avaliação dos processos e seus resultados.

Esta experiência de formação dos ACS está sendo sistematizada para a produção e distribuição de um manual, direcionado aos trabalhadores da estratégia de saúde da família, para implementação de ações intersetoriais no âmbito da atenção básica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006a. 60p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v.4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006b. 60p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v.7)

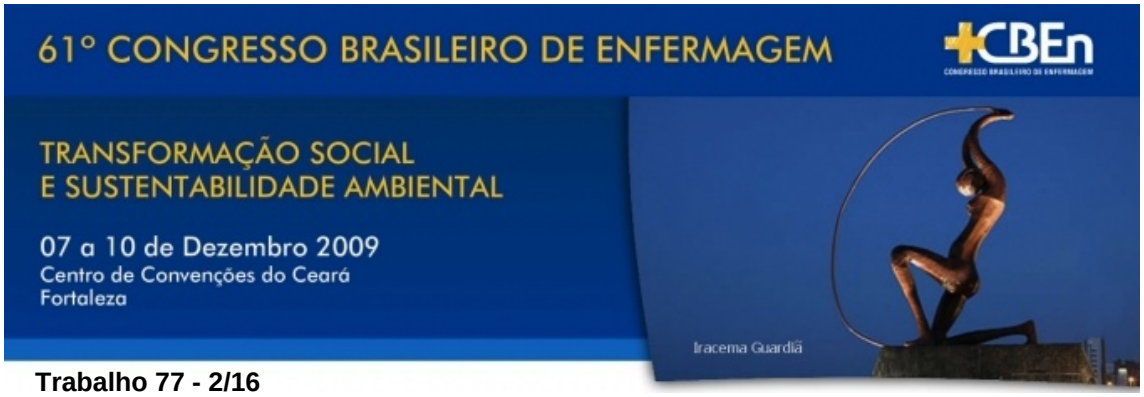


UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO – UPE
AUTARQUIA DE ENSINO SUPERIOR DE ARCOVERDE – AESA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

BRUNA MARCELA GOMES REMÍGIO
SÍLVIA RENATA GOMES REMÍGIO SOUSA
SORAIA DE OLIVEIRA MORAIS SIQUEIRA

MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE ARCOVERDE – O PERFIL DOS ÓBITOS INFANTIS SOB A ÓTICA DO PROGRAMA CRIANÇA FELIZ

ARCOVERDE
2008



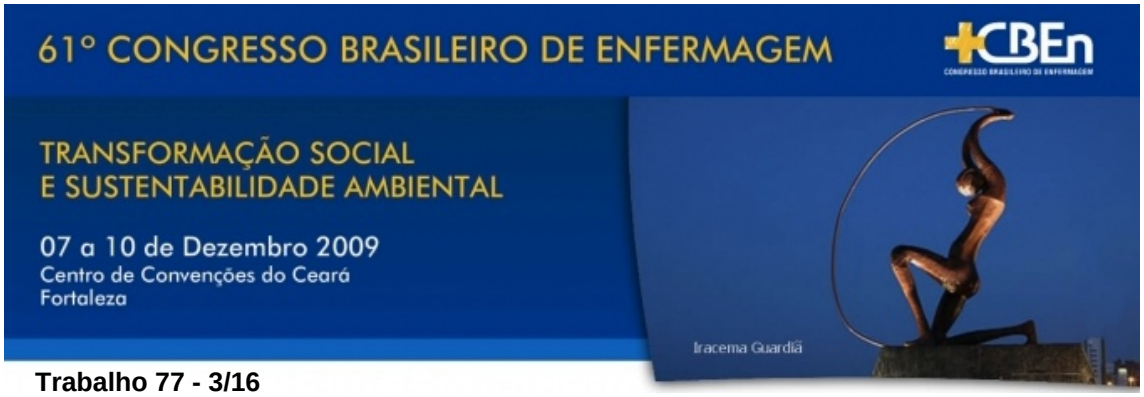
BRUNA MARCELA GOMES REMÍGIO
SÍLVIA RENATA GOMES REMÍGIO SOUSA
SORAIA DE OLIVEIRA MORAIS SIQUEIRA

MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE ARCOVERDE – O PERFIL DOS ÓBITOS INFANTIS SOB A ÓTICA DO PROGRAMA CRIANÇA FELIZ

Monografia apresentada sob forma de artigo, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde Pública com Ênfase no Programa Saúde da Família, outorgado pela Universidade de Pernambuco.

Área de Concentração: Enfermagem
Orientadora: Professora Ms Maria Lúcia Menezes Frota

ARCOVERDE
2008



Trabalho 77 - 3/16

MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE ARCOVERDE – O PERFIL DOS ÓBITOS INFANTIS SOB A ÓTICA DO PROGRAMA CRIANÇA FELIZ

Concluintes: **Bruna Marcela Gomes Remígio**
Sílvia Renata Gomes Remígio de Sousa
Soraia de Oliveira Morais Siqueira

Orientadora: Professora Ms Maria Lúcia Menezes Frota

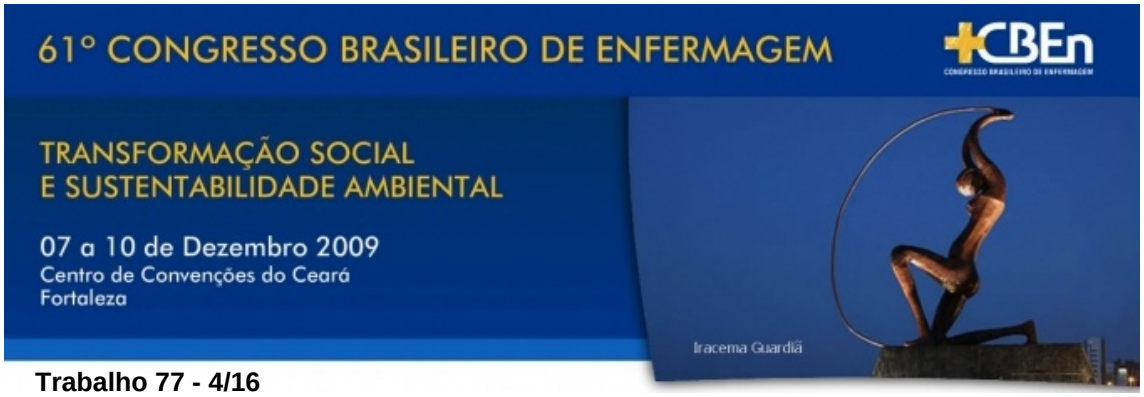
BANCA EXAMINADORA EM: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

_____

_____

_____



Trabalho 77 - 4/16

MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE ARCOVERDE – O PERFIL DOS ÓBITOS INFANTIS SOB A ÓTICA DO PROGRAMA CRIANÇA FELIZ

Bruna Marcela Gomes Remígio[1]

Sílvia Renata Gomes Remígio Sousa[1]

Soraia de Oliveira Morais Siqueira[1]

Maria Lúcia Menezes Frota[2]

Resumo

Com o objetivo de caracterizar o perfil da mortalidade infantil no município de Arcoverde, realizou-se um estudo transversal com base nas informações sobre óbitos entre menores de um ano ocorridos no ano de 2007. Os dados foram obtidos a partir do acesso ao Sistema de Informação de Mortalidade, Sistema de Informação de Atenção Básica, mapas consolidados do Programa Criança Feliz de Arcoverde e fichas de investigação de óbitos. O coeficiente de mortalidade infantil do município apresentou valores acima da média nacional, apesar da tendência decrescente nos últimos três anos. Foi verificada maior prevalência de óbitos neonatais, entre crianças que apresentavam critérios de inclusão no Programa Criança Feliz. A divergência de informações de registro de óbitos nos diferentes sistemas de informação atingiu 40% no ano de 2007. As principais causas dos óbitos foram infecções perinatais, malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, o que revelou acentuada interferência de fatores relacionados à assistência no período perinatal.

Descritores: Mortalidade Infantil; Condição de Vida; Indicadores de Saúde; Políticas e Programas de saúde pública; Enfermagem.

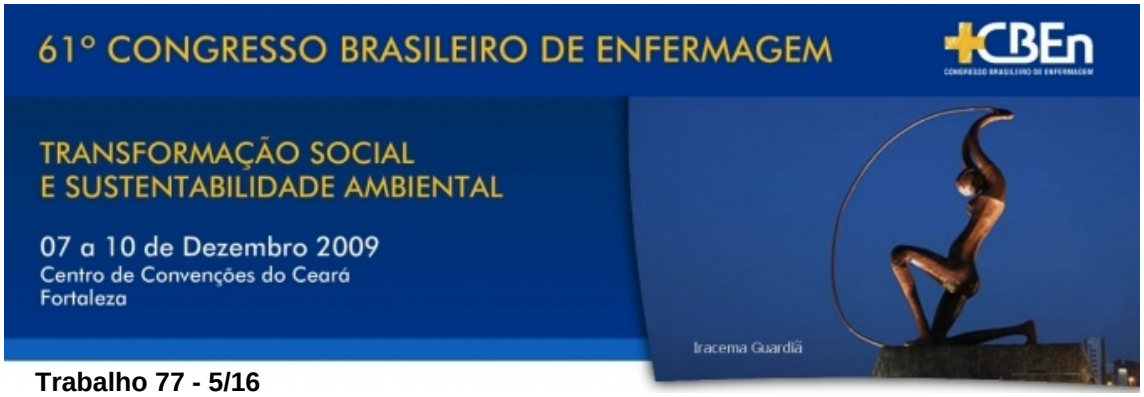
Abstract

Aiming to characterize the profile of infant mortality in the municipality of Arcoverde, there was a cross-sectional study based on information on deaths among children under one year old in the year 2007. Data were collected from the access to the information system of Mortality, Information System for Primary Care, consolidated statements of the children happy and sheets of Arcoverde investigation of deaths. The infant mortality rate of the municipality showed above the national average, despite the decreasing trend in the last three years. It was found higher prevalence of neonatal deaths among children who had criteria for inclusion in the program children happy. The divergence of information from obituary in the various information systems has reached 40% in the year 2007. The main causes of death were perinatal infections, congenital malformations, deformities and chromosomal abnormalities, which showed severe interference from factors related to assistance in the perinatal period.

Keywords: Infant Mortality; Condition of Life, health indicators, policies and programs on public health. Nursing.

[1] Concluintes do Curso de Especialização em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família da Faculdade Nossa Senhora das Graças/FENSG da Universidade de Pernambuco/UPE realizado em parceria com a Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde/AESA.

[2] Professora da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças FENSG/UPE, Mestre em Hebiatria pela UPE.



1 Introdução

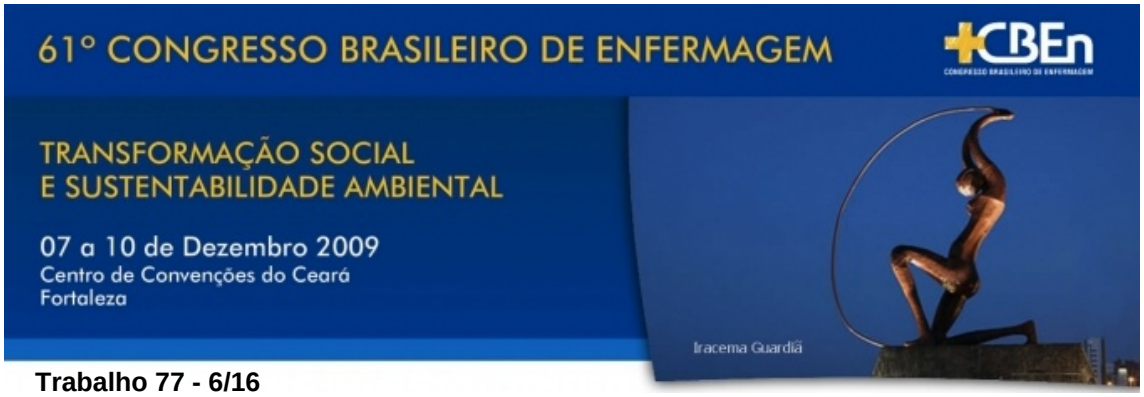
A taxa de mortalidade infantil representa o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, em determinado ano. É considerado um bom indicador da qualidade de vida e do status de saúde da população, por estimar o número de crianças que sobreviverão ao seu primeiro ano de vida [(1)].

Altas taxas de mortalidade infantil estão relacionadas a baixos níveis socioeconômicos da população, quantificáveis por meio do acesso a serviços de saúde e saneamento, do nível de escolaridade da população, da renda per capita e do nível de desigualdade de renda[(2)].

Enfrentar os fatores condicionantes e determinantes da mortalidade infantil tem sido um constante desafio para as autoridades brasileiras nas últimas décadas, levando o Ministério da Saúde a intensificar a partir de 1984 sua atuação na promoção da saúde das crianças menores de cinco anos de idade. A partir daí foi criado do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), tendo recentemente incorporado estas ações específicas nas estratégias de atenção do Programa de Agentes Comunitários (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), implementado prioritariamente em municípios de maior risco para mortalidade infantil[(3)].

Prioridade para o bem-estar de todas as crianças, este foi o compromisso assumido por 71 presidentes e chefes de Estado, além de representantes de 80 países durante o encontro mundial de cúpula pela criança, realizado em Nova York, no ano de 1990, onde líderes mundiais comprometeram-se a melhorar a saúde de crianças e mães, combater a desnutrição e o analfabetismo e erradicar as doenças que vêem matando milhões de crianças a cada ano[(4)].

A taxa de mortalidade infantil representa um dos indicadores mais comumente empregados para análise da situação de um país. Admite-se que medidas sanitárias adequadas em serviços de saúde acessíveis e de boa qualidade podem atuar positivamente na redução da mortalidade infantil. Apesar das condições de vida desfavoráveis, a mortalidade em geral, tem apresentado tendência decrescente nas últimas décadas, no Brasil e no mundo. Existem, entretanto, decréscimos diferenciados nos índices de mortalidade infantil entre as diversas regiões brasileiras e mesmo entre regiões de um mesmo Estado. Este fato poderia ser resultado de um impacto diferenciado das ações de saúde sobre determinadas áreas ou segmentos sociais ou poderia ser resultado de políticas diferenciadas de atenção à saúde infantil[(5)].



No ano de 2004, no Estado de Pernambuco, foi criado o Programa Criança Feliz cujo objetivo era monitorar as crianças sob risco de adoecer e/ou morrer durante o primeiro ano de vida, através da identificação, localização e garantia de acesso a assistência primária à saúde. Desde então o programa vem funcionando em todo o Estado e inclusive no município de Arcoverde, do sertão pernambucano.

Em Arcoverde, o programa vem funcionando há 3 anos, com atuação direta de profissionais das estratégias de saúde da família. Atualmente, a Mortalidade Infantil no município é de 26,64 e cerca de 350 crianças cadastradas são acompanhadas por ano. Por outro lado, crianças continuam adoecendo e morrendo no município, fazendo despertar a preocupação em reconhecer e monitorar as causas desses óbitos e verificar se as crianças que foram a óbito possuíam critérios de inclusão no programa, ou seja, se houve falha no cadastramento que gerou a impossibilidade de adotar medidas preventivas para esses óbitos.

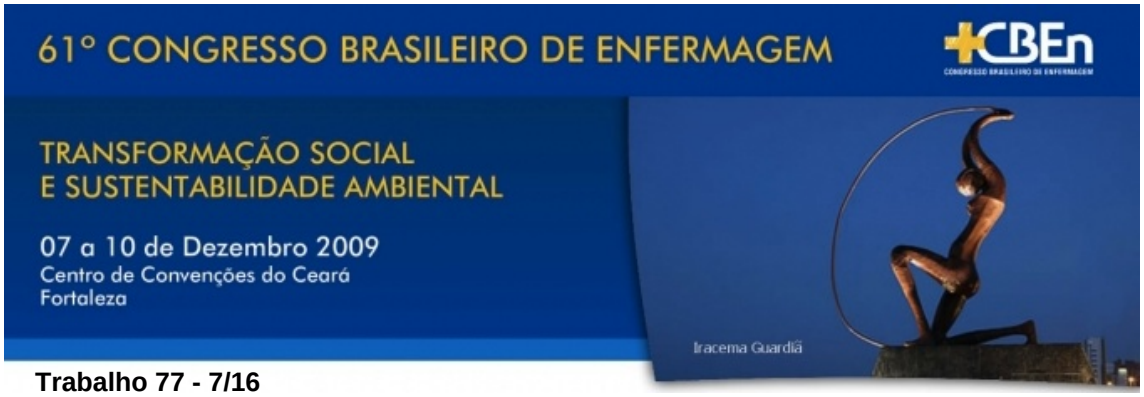
Com vistas a colaborar com os processos avaliativos da política de atenção à saúde da criança no município e promover a reorganização da assistência à saúde para redução da mortalidade infantil, o objetivo do presente estudo consiste em estabelecer uma análise do perfil de mortalidade infantil, tendo como base os registros do sistema de informação de mortalidade e consolidados do Programa Criança Feliz, no município de Arcoverde-PE.

2 Metodologia

Estudo do tipo epidemiológico, transversal, realizado no município de Arcoverde, no estado de Pernambuco, distante 256 km de sua capital – Recife, cuja população era de 64.863 habitantes em 2007. Nesse município, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M), no ano de 2007 era de 0,708 o qual situava o município em 15º no ranking estadual e o Índice de Exclusão Social, construído por sete indicadores (pobreza, emprego formal, desigualdade, alfabetização, anos de estudo, concentração de jovens e violência), era de 0,432, situando-o na 11ª colocação no ranking estadual[6].

A atenção à saúde da criança no município de Arcoverde funcionava nas unidades de saúde da família, em unidade básica tradicional e no hospital regional do município[7].

A coleta de dados foi procedida entre os meses de Setembro e Outubro de 2008, após a anuência do Secretário de Saúde do Município e a devida aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães – Recife. Foram apresentadas todas as atividades



do Programa Criança Feliz, nos anos de 2005 a 2007, bem como todos os óbitos entre menores de um ano, ocorridos em 2007.

Os dados apresentados foram obtidos a partir do acesso ao Sistema de Informação de Mortalidade, ao Sistema de Informação de Atenção Básica, aos Mapas Consolidados do Acompanhamento de Crianças de Risco, cadastradas no Programa Criança Feliz de Arcoverde, bem como as informações registradas nas fichas de investigação de óbitos em menores de um ano.

As informações obtidas foram apresentadas sob a forma de tabelas, gráficos e quadros cujos dados foram analisados à luz da literatura científica relacionada à temática.

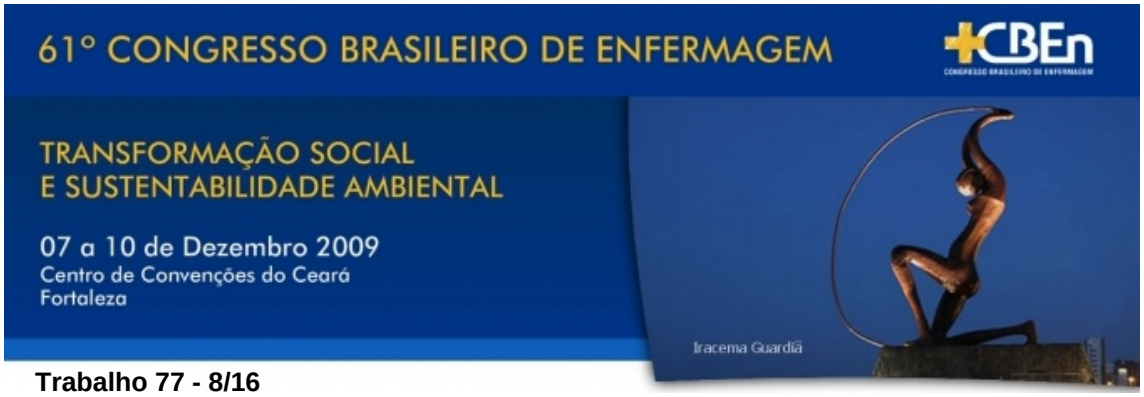
A pesquisa foi desenvolvida conforme todas as normalizações contidas na resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, referente aos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa não contou com qualquer tipo de patrocínio ou convênio com instituições públicas, privadas ou organizações da sociedade civil.

3 Resultados e Discussão

O Programa Criança Feliz (PCF) no Município de Arcoverde

O Programa Criança Feliz teve seu funcionamento iniciado em Arcoverde desde o segundo semestre de 2004 e está inserido numa proposta nacional de redução da mortalidade infantil. Desde então as crianças são cadastradas no programa de acordo com o levantamento de indicadores de risco de morbi-mortalidade que são: baixo peso ao nascer (menor de 2500g), recém-nascido prematuro (menos de 37 semanas), apgar menor que cinco no quinto minuto de vida, desnutrição moderada ou grave, filhos de mães adolescentes e menores residentes em microáreas de risco.

A criança que possui um ou mais indicadores de risco é identificada e cadastrada no programa pelo agente comunitário de saúde. A partir de sua inclusão será visitado e acompanhado periodicamente pelos agentes, por médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família de sua área de abrangência. Além das visitas domiciliares, os menores são submetidos a consultas nas unidades de saúde durante todo o primeiro ano de vida, com intervalos regulares, estabelecidos pela sua faixa etária e necessidades específicas apresentadas.



A condição de saúde da criança é acompanhada por meio da sua curva pondo-estatural, avaliação do padrão alimentar, condições do calendário de vacinação, morbidades prevalentes, demandas por atendimento hospitalar e os motivos que levaram a hospitalização.

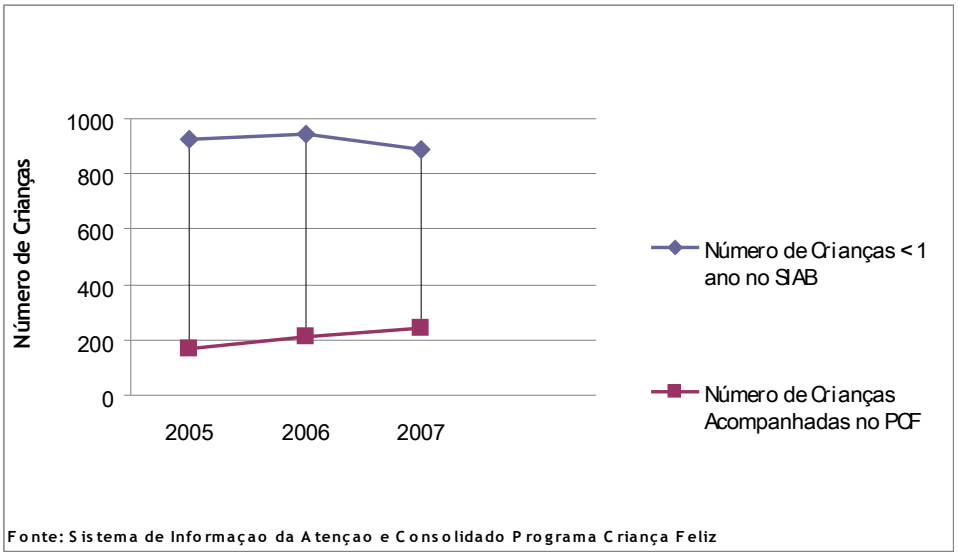


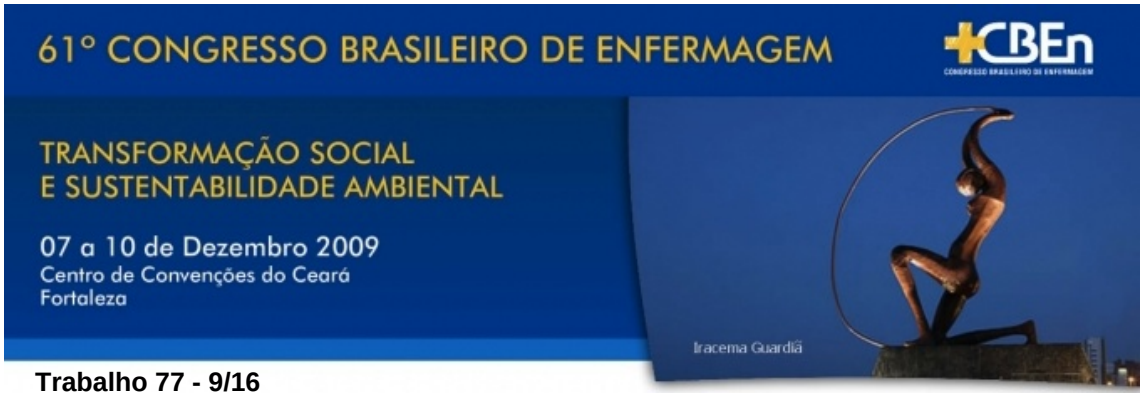
Gráfico 1 – Número de nascidos vivos e número de crianças acompanhadas no Programa Criança feliz, segundo o ano. Arcoverde, 2008.

Conforme dados apresentados no **Gráfico 1,** durante os três anos de funcionamento do Programa foram acompanhadas 621 crianças, o que correspondeu a 48,1% do total de menores de um ano que nasceram nesses três anos (1289).

O número de nascidos vivos em Arcoverde apresentou pequena redução ao longo dos três anos avaliados, tendo passado de 928 nascidos vivos em 2005 para 888 em 2007. Por outro lado, o percentual de crianças acompanhadas no programa criança feliz, teve aumento médio de cerca de 10%, tendo evoluído de 17,7 % em 2005 para 27,4% em 2007.

Esse dado pareceu positivo visto que a redução da mortalidade infantil ainda permanece como um constante desafio para o sistema de saúde e para a sociedade. A Ação de Vigilância à Morbi-mortalidade Infantil, priorizada em programas como o Criança Feliz, pode representar um marco de ações que venham a mudar o perfil de morbi-mortalidade infantil no município. Especialmente quando se analisa que no ano de 2007 ocorreram 06 óbitos de crianças cadastradas no programa e 24 que não estavam cadastradas.

Na descrição das normas do Programa Criança Feliz não há uma determinação quanto à cobertura da população a ser atingida, mas a necessidade de que 100% das crianças que



apresentarem critérios de inclusão no programa, ao nascer, venham a ser o mais imediatamente possível, captadas e cadastradas no programa.

O percentual médio de crianças sem consultas no mês, durante o ano de 2007 foi de 12%, a cobertura vacinal foi de 98% e 29,50% de aleitamento misto, 13% das crianças apresentaram morbidades e 3% foram hospitalizadas.

Quadro 1 - Percentual dos indicadores de Monitoramento do Programa Criança Feliz. Arcoverde, 2007.

INDICADORES	PERCENTUAL ENCONTRADO	PERCENTUAL IDEAL
Percentual de crianças sem consultas no mês	12%	< 20%
Cobertura vacinal	98%	> 95%
Morbidade	13%	<10%
Hospitalização	3%	0

Fonte: Gerência de Atenção à Saúde da Criança – GEASC – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Conforme o **Quadro 1**, no ano de 2007 ocorreram seis óbitos de crianças cadastradas no programa e 24 óbitos entre não cadastradas. Dentre os indicadores do programa, apenas o percentual relacionado a ocorrência de morbidades foi desfavorável, tendo sido verificado entre as principais morbidades, as infecções respiratórias e as doenças diarréicas.

A atuação nas questões de redução da prevalência de morbidades infantis, de acordo com o Ministério da Saúde[8], depende da difícil missão de acolher a criança e seu acompanhante, compreender a extensão do problema que a aflige e propor procedimentos de fácil aplicação e comprovada eficácia. Dependerá da atuação dos profissionais da atenção básica a função de estabelecer um canal de comunicação com a mãe ou com a pessoa responsável pela criança, de modo que ela apreenda as recomendações, referentes ao tratamento e aos cuidados a serem prestados no domicílio, assim como memorize os sinais indicativos de gravidade que exigem o retorno imediato da criança ao serviço de saúde.

Para tanto, é necessário que o município invista na capacitação dos profissionais que atuam nesses programas de atenção básica, de modo a que possam aplicar os programas de controle específicos já existentes (Infecções Respiratórias Agudas-IRA**,** Diarréia, Crescimento e Desenvolvimento, Imunização, etc.), englobando os principais problemas de saúde que

61° CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
CBEn
TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL
07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza
Iracema Guardiã
Trabalho 77 - 10/16

afetam as crianças, afecções geralmente preveníveis ou facilmente tratáveis, mediante a aplicação de tecnologias apropriadas e de baixo custo[9].

A Mortalidade Infantil no Município de Arcoverde

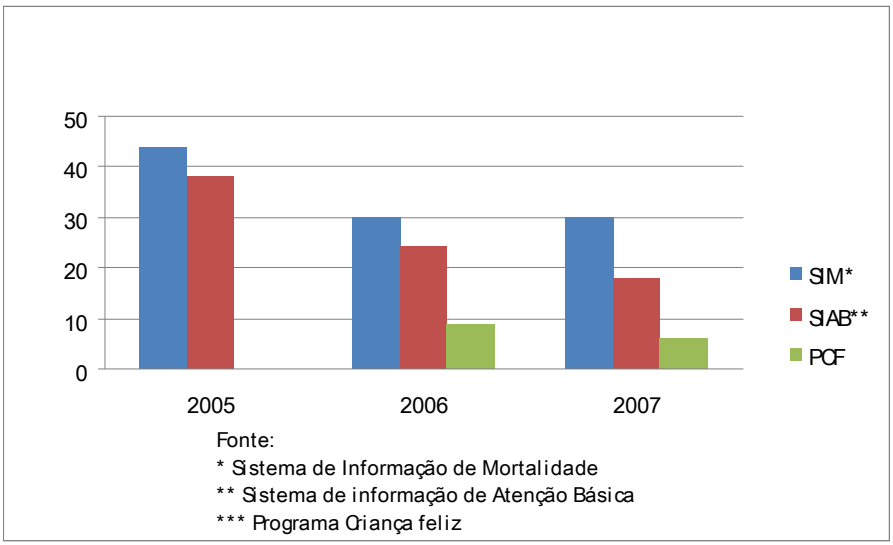


Gráfico 2 – Relação entre os números de mortes infantis, em três fontes diferentes, nos anos de 2006 a 2007. Arcoverde, 2008.

A mortalidade infantil como ocorrência "evitável" por serviços de saúde eficazes é conhecida desde os anos 70, constituindo-se, portanto, um "evento sentinela" da qualidade da atenção médica. Em países onde o risco de morrer dos menores de 1 ano permanece elevado, a necessidade de se obter estimadores de qualidade que evidenciem esta problemática não é apenas uma exigência metodológica, mas ética, por que implica na "mortalidade consentida" de crianças[10].

Pelo que é evidenciado no **Gráfico 2**, em Arcoverde assim como no o Brasil, o sub-registro médio de óbitos nos diversos sistemas de informação em geral foi elevado. O ano de maior divergência foi o de 2007, quando o número de óbitos registrados pelo sistema de informação de mortalidade foi de 30 casos, enquanto que constaram no registro de óbitos do sistema de informação da atenção básica apenas 18 casos. Uma diferença de 40%. Esse valor foi superior à média nacional de divergência, que, segundo Goulart et al (2003)[11], no ano de 2003 chegava a 25%.

A magnitude da mortalidade infantil tem sido aproximada por estimadores demográficos de sub-registros internacionalmente reconhecidos e um dos problemas constatados refere-se às divergências de informações geradas pelos diferentes métodos, que

61° CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
CBEn
TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL
07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza
Iracema Guardiã
Trabalho 77 - 11/16

requer monitoramento e correção de divergências para que possam ser gerados dados oficiais confiáveis sobre a magnitude do problema[11].

Segundo Szwarcwald et al (2002)[12] o sub-registro de óbitos diz respeito, principalmente, à ocorrência de sepultamentos sem a exigência da certidão, nos denominados cemitérios clandestinos, sendo associado à pobreza e prevalente na área rural.

É necessário melhorar a qualidade dos registros de informações e estatísticas vitais no Brasil, como forma de permitir a sua melhor compreensão e subsidiar a avaliação dos serviços e da organização da rede assistencial de atenção à saúde da criança[13].

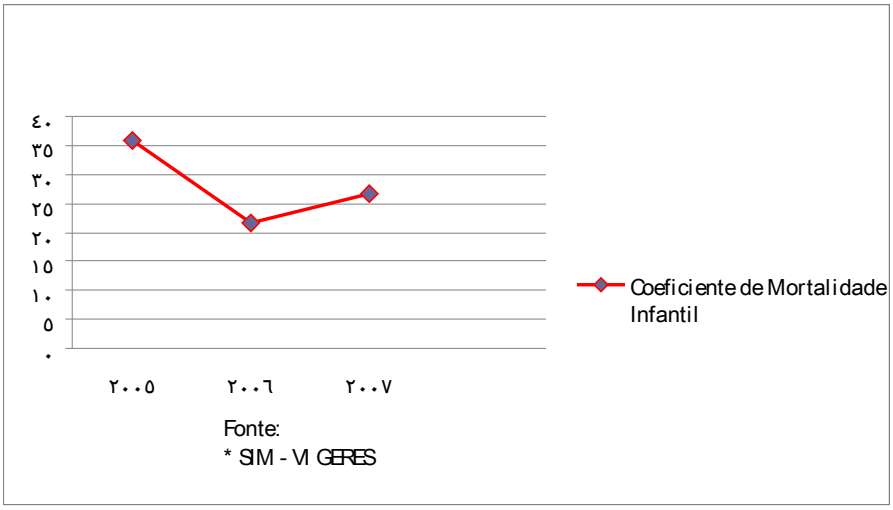
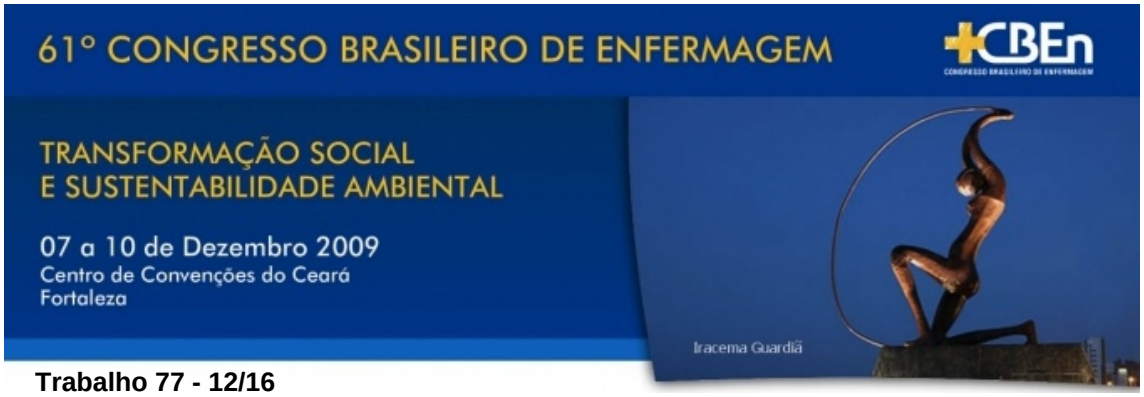


Gráfico 3 – Coeficiente de mortalidade de mortalidade infantil 2005 a 2007, Arcoverde, 2008.

O coeficiente de mortalidade infantil apresentou padrão decrescente com considerável redução de 2005 (CMI 35,8) para 2006 (CMI 21,5) mas com padrão crescente quando considerado os anos de 2006 (CMI 21,5) a 2007(CMI 26,6). Esse valor permanece acima da média nacional que estava em torno de 25,8 por mil[14].

Segundo Souza e Leite Filho (2008)[1] taxa de mortalidade infantil reflete o status da saúde e desenvolvimento socioeconômico da população, além da eficácia das políticas públicas para áreas de saúde, educação, saneamento, bem como geração e distribuição de renda. Sendo assim, o município apresenta indicadores que refletem a necessidade de investimentos mais intensos na correção das suas disparidades e iniqüidades na atenção à saúde da criança.

Portanto, com base nos resultados, infere-se que não políticas isoladas que podem dar conta de melhorar o perfil da qualidade de vida das crianças mas, políticas públicas de

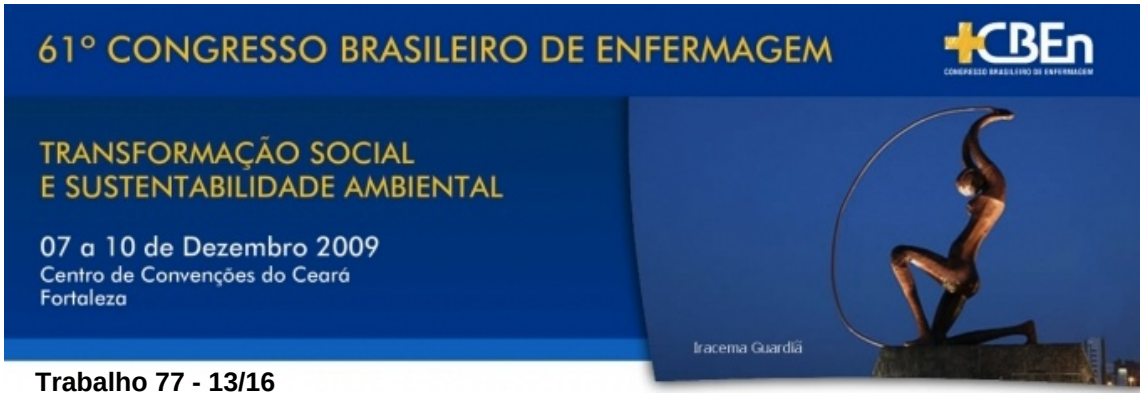


inclusão social, como acesso a saneamento, educação, programas de planejamento familiar, e de aumento da renda são os meios mais eficazes de reduzir as taxas de mortalidade infantil, e assim melhorar o status de saúde e o bem-estar de toda a população.

Tabela 1 – Caracterização dos óbitos em menores de um ano de vida em 2007. Arcoverde, PE, 2008.

Categorias	n (30)	%
Idade da criança		
0 a 7 dias	15	50%
8 a 28 dias	02	6,7%
29 dias a 6 meses	10	33,3%
Mais de 6 meses	03	10%
Total	30	100%
Idade Materna		
15 a 19 anos	07	23,3%
20 anos ou mais	20	66,7%
Não informada	03	10%
Total	30	100
Causas		
Infecções Perinatais	17	56,8%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	06	20%
Doenças infecto-parasitárias	04	13,3%
Doenças relacionadas aos órgãos hematológicos e sistema imunitário	01	3,3%
Doenças nutricionais e metabólicas	01	3,3%
Doenças do aparelho respiratório	01	3,3%
Total	30	100%
Cadastramento no Programa Criança Feliz		
Sim	06	20%
Não	24	60%
Total	30	100%
Indicadores de inclusão no PCF *		
Sim	16	66,7%
Não	08	33,3%
Total	24	100%
Localidade de Moradia		
Zona Rural	04	13,3%
Zona Urbana	26	86,7%
Total	30	100%
Área de cobertura		
Programa Saúde da Família (PSF)	11	36,6%
Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS)	19	63,4%
Total	30	100%

Fonte: Declarações de óbitos de menores de um ano do município de Arcoverde
* Dados levantados apenas em crianças não cadastradas no PCF



De acordo com a **Tabela 1**, entre os óbitos em menores de um ano, ocorridos durante o ano de 2007 em Arcoverde, atingiram principalmente os recém-nascidos (com idades entre 0 a 28 dias = 56,7%) e mais especificamente entre aqueles que tinham até uma semana de vida, suas mães tinham faixa etária de 20 anos ou mais (66,7%). As causas dos óbitos foram relacionadas a infecções perinatais, malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (76,8%).

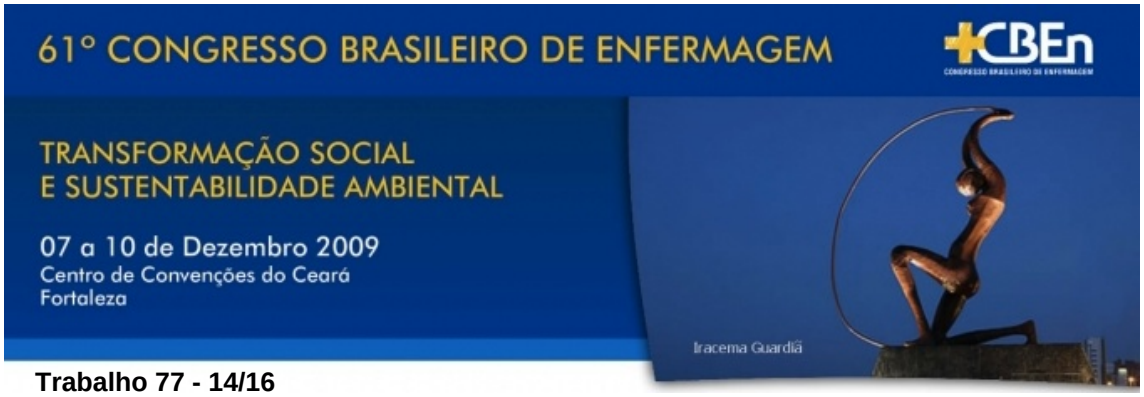
A análise dos dados apresentados revelou elevada prevalência de mortes no período neonatal. Esse dado chamou atenção porque, conforme Lansky et al (2002)[15], a mortalidade neonatal tem se configurado como crescente preocupação para a saúde pública no Brasil desde os anos 90, quando passou a ser o principal componente da e na taxa de mortalidade infantil no país. Ressaltaram que nesses tipos de óbito existe uma relação estreita com a assistência à saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido durante o período pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e berçário. Afirmaram ainda que a redução da mortalidade peri e neonatal tem sido mais difícil e lenta do que a da mortalidade pós-neonatal, já que esta última é mais vulnerável às melhorias globais da condição de vida e às intervenções do setor de saúde.

Esses dados alertaram para a importância do monitoramento da qualidade da assistência obstétrica e perinatal prestadas nos serviços de saúde do município, ou seja, uma avaliação integral da qualidade da assistência prestada na área perinatal, que inclua indicadores de resultado, estrutura e processo, bem como a organização de um sistema de monitoramento da qualidade da rotina destes serviços. Esse monitoramento, segundo Lansky et al (2002)[15] possibilitará acompanhamento dos referidos programas e poderá auxiliar na análise das necessidades e no planejamento das prioridades e intervenções necessárias no setor.

Ainda na **Tabela 1,** foi possível verificar que a maioria dos óbitos ocorreu entre crianças que não estavam cadastradas no Programa Criança Feliz (60%) mas que possuíam critérios de inclusão no programa (66,7%). Suas famílias moravam na zona urbana (86,7%) e em áreas cobertas pelo PACS (63,4%).

Esses dados permitiram deduzir que muitas das crianças que apresentavam indicadores de risco e critérios de inclusão no Programa Criança Feliz, não chegaram a ser incluídas porque morreram antes de chegar ao domicílio ou ainda nos primeiros dias de vida.

A análise da localização de residência das crianças que foram a óbito no último ano, demonstrou a predominância de áreas urbanas, fato explicado pela extensa área urbana do município e pequena extensão da área rural. Por outro lado, a prevalência de óbitos ocorridos



em áreas cobertas pelo programa de agentes comunitários revelou a necessidade de investimentos na atuação dos profissionais dessas áreas, aumentando a vigilância e qualidade da assistência prestada.

4 Considerações Finais

A mortalidade infantil em Arcoverde apresentou padrão decrescente nos últimos três anos, contudo ainda revelou coeficiente acima da média brasileira. Estes óbitos ocorreram especialmente no período neonatal, entre crianças que apresentavam critérios de inclusão no Programa Criança Feliz, porém, em sua maioria, ainda não haviam sido cadastradas.

Foi verificada divergência entre os dados apresentados no diferentes sistemas de informação de óbitos, especialmente no ano de 2007, com divergência de cerca de 40%, valor foi superior à média nacional de divergência de informações de óbitos infantis.

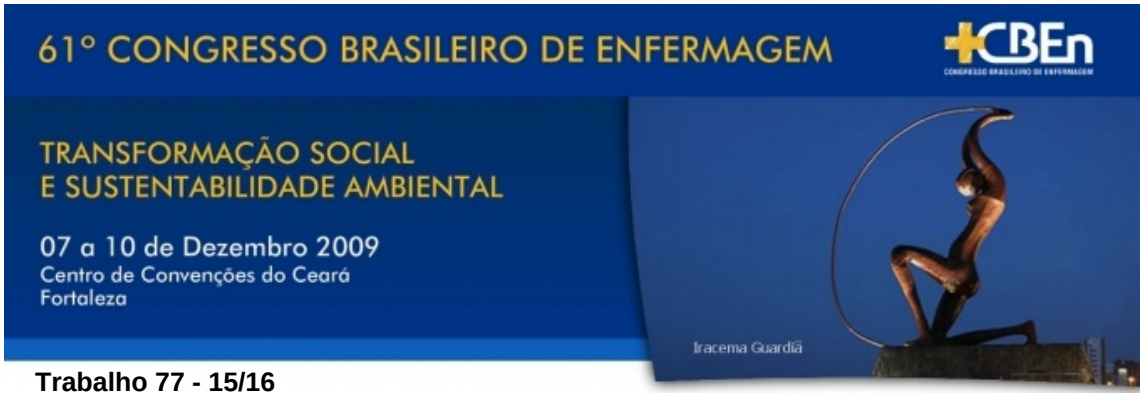
Foram óbitos ocorridos entre filhos de mulheres adultas jovens, residentes na zona urbana do município. As causas dos óbitos foram relacionadas a infecções perinatais, malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

Considerando que a maioria dos óbitos foram classificados como mortes neonatais, foi possível perceber que eles mantinham acentuada interferência de fatores relacionados à assistência no período perinatal.

Portanto, com base nos resultados, infere-se que não serão apenas políticas isoladas, centradas em programas de assistência pós-natal que poderão dar conta de melhorar o perfil da qualidade de vida das crianças mas, políticas públicas de inclusão social, com melhoria do acesso a saneamento, educação e planejamento familiar, bem como a oferta de programas assistenciais voltados ao atendimento da gestante de baixo e alto risco, garantia de atendimento de qualidade durante o parto e nascimento, incluindo cuidados neonatais.

5 Referências

1 Sousa TRV, Leite Filho PAM. Análise por dados em painel do status de saúde no Nordeste Brasileiro. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2008 Out [citado 2008 Nov 28]; 42(5):796-804. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php.



2 Lopes RM, Silva LMV, Hartz ZMA. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarréia na infância. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):283-297, 2004

3 Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.

4 Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança nos Anos 90. [Internet]. [citado 2008 Nov 28]; Disponível em: http://www.mp.al.gov.br/institucional%5Ccentros_de_apoio%5C1_cao%5Cdireitos_humanos%5Clegislacao_e_documentos%5Cdireito_a_alimentacao_adequada%5CDECLARA%C3%87%C3%83O%20MUNDIAL%20SOBRE%20A%20SOBREVIV%C3%8ANCIA.doc

5 Caldeira AP, Franca E, Perpetuo IHO, Goulart EMA. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. Rev. Saúde Pública [Internet]. [citado 2008 Nov 24]; 39(1):67-74, 2005.
6 IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados Populacionais do Censo. Rio de Janeiro: 2000.

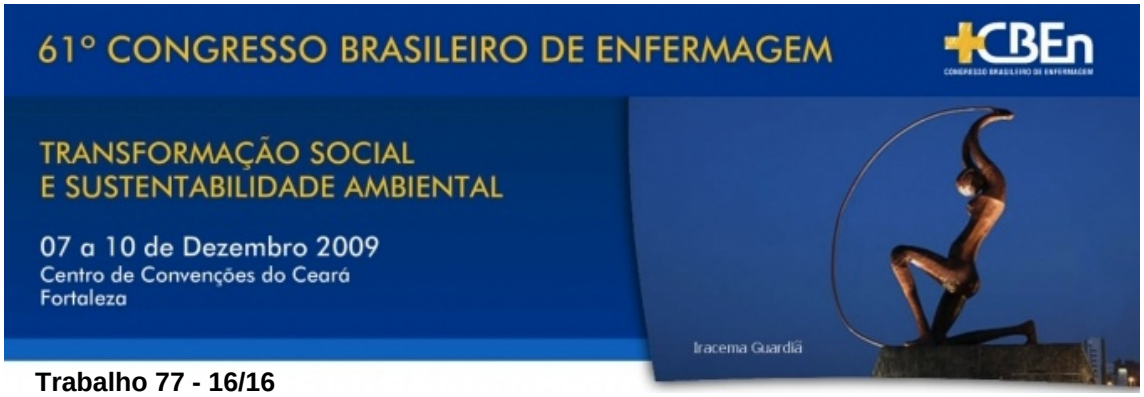
7 Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos de Pernambuco. [Internet]. [citado 2008 Nov 26]. Disponível em: http://pe.gov/sigas/mapa.php/cidade=arcoverde.

8 Brasil. Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 32 p.

9 Felisberto E. Avaliação do processo de implantação da Atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no Estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999. [dissertação]. [Recife]: Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2001. 78p.

10 Guimarães MJB, Marques NM, Melo DAF, Célia Szwarcwald L. Condição de vida e mortalidade infantil: diferenciais intra-urbanos no Recife, Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(5):1413-1424, 2003.

11 Goulart LMHF, Xavier CC, Goulart EMA, Somarriba MG, Almeida CG, Costa ALDG. Avaliação da Ação de Vigilância à Morbi-mortalidade Infantil na periferia de Belo Horizonte, Minas Gerais. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [Internet]. 2003 Sep [citado 2008 Nov 28]; 3(3):291-304. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php.

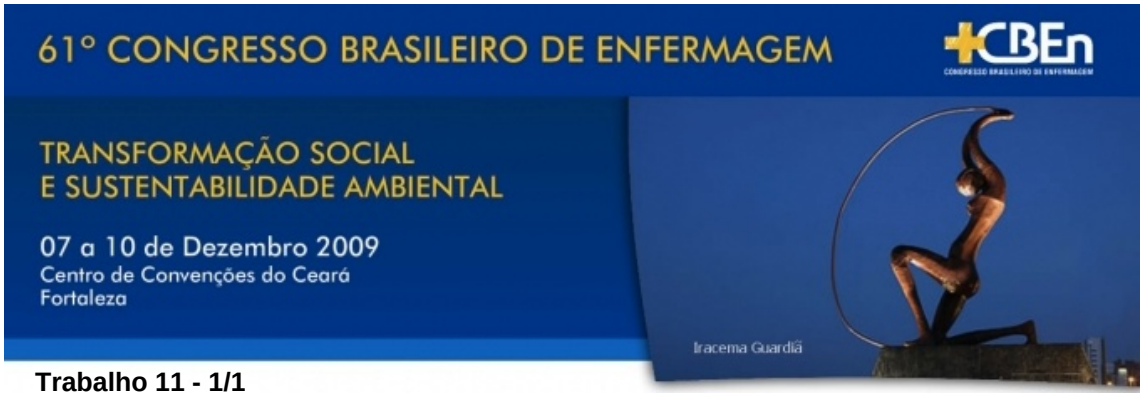


12 Szwarcwald CL, Leal MC, Andrade CLT, Jr Souza PRB. Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(6):1725-1736, 2002.

13 Barrêto ICHC, Pontes LK, Corrêa L. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2000 Mai [citedo 2008 Dec 10]; 7(5):303-312. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=.

14 IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua da Vida**.** Rio de Janeiro: 2006.

15 Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2002 Dec [citedo 2008 Dec 10]; 36(6):759-772. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=.



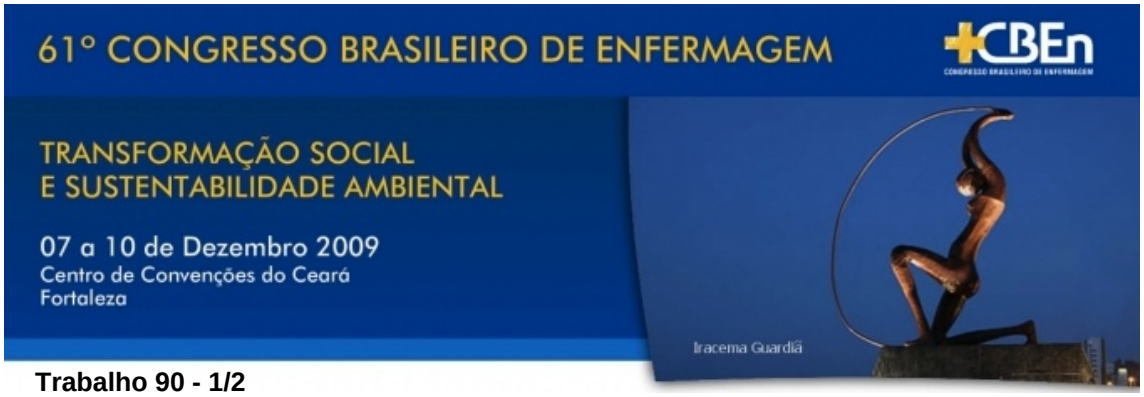
Trabalho 11 - 1/1

O PORTADOR DE DOENÇAS CRÔNICAS E A NFERMAGEM: UMA ESCOLHA NA QUALIDADE DE VIDA.

Autores do Trabalho:
FREIRE, M.C.L.
MOREIRA, E.M.
NASCIMENTO. G.R.A.
RISCADO, J.L.S

Instituição:
FACULDADE SÃO VICENTE DE PÃO DE AÇÚCAR-FASVIPA

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: O objetivo desse estudo é identificar a qualidade de vida dos portadores de DCNTs,bem como o papel desempenhado pela enfermagem dentro da atenção Básica frente a esse agravo . REFERENCIAL TEÓRICO: As doenças crônicas não-transmissíveis são as principais causas de morte no mundo, e principalmente nos grandes centros urbanos. Existem inúmeros fatores de risco relacionados a este tipo de doenças, cujo estilo de vida, pode contribuir para o declínio da mortalidade. (BRASIL Ministério da Saúde, 2001). METODOLOGIA: Pesquisa de caráter bibliográfico, de cunho exploratório em literaturas, Publicações do Ministério da Saúde, artigos Científicos, Mídia Eletrônica, durante o período de 2007 a 2009, obedecendo às normas da ABNT. Análise dos Resultados: De acordo com o levantamento realizado observou-se que o enfermeiro caracteriza-se como um referencial dentre os demais profissionais da equipe, cabendo ao mesmo a detecção precoce de potenciais casos, bem como a utilização das fermentas de anamnese, exame físico e laboratoriais visando à diminuição da morbimortalidade dessas patologias.CONCLUSÕES: É importante que o enfermeiro Incentive a equipe multidisciplinar para o desenvolvimento de ações holísticas que estimulem esses usuários á capacidade individual de auto cuidado, fortalecimento da autonomia e responsabilidades, com o portador de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus, informarem sobre a eficácia do tratamento bem como o apoio psicológico que o mesmo necessitar. Possibilitando com isso uma melhoria para a qualidade de vida desses usuários.



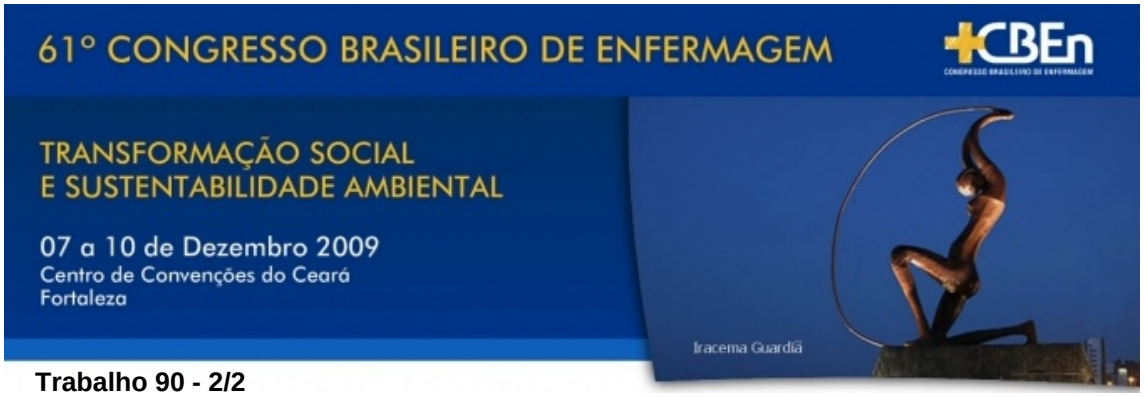
Trabalho 90 - 1/2

SOLUÇÃO COMPARTILHADA PARA A BAIXA MOTIVAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SUBSIDIANDO O PLANEJAMENTO DA EQUIPE

Maria do Espírito Santo Borges de Morais[1]

INTRODUÇÃO: A nossa equipe foi implantada no 2º semestre de 2004. A área de atuação da equipe é o Parque Brasil I, localizado no bairro Cidade Industrial, zona norte de Teresina-PI, área em expansão. São seis microáreas, totalizando, atualmente, 907 famílias. A equipe é composta de um médico, uma enfermeira, uma odontóloga, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Em agosto de 2006, três agentes tiveram oportunidade de se transferirem para outra área, pois haviam mudado de residência e a Fundação Municipal de Saúde realizou novo concurso para ACS. Assim, a equipe recebeu três novos agentes. Percebemos que isso causou uma quebra na rotina de trabalho da equipe, a qual já estava acostumada com um determinado ritmo de atividades. Além disso, dois outros fatores também comprometeram a integração do grupo: o afastamento da enfermeira por motivo de saúde, durante tempo prolongado no ano de 2007, e o aumento considerável da população da área, resultando numa maior sobrecarga dos agentes comunitários de saúde. Em maio de 2008, fomos transferidos do CS Parque Wall Ferraz (lotação anterior da equipe) para nova Unidade de Saúde mais próxima da área de atuação da mesma. Mais uma vez, houve nova necessidade de adaptação. Um sentimento de desmotivação tomou conta da equipe. No final de 2008, uma das agentes chegou a procurar a enfermeira relatando o seu desânimo e solicitando ajuda para programar melhor as suas atividades. Simultaneamente, a supervisora da equipe solicitou um consolidado das atividades realizadas em 2008. Ao levantar essas informações, a enfermeira da equipe, pensando na situação de baixa motivação dos ACS's, resolveu selecionar dados referentes às atividades de competência exclusiva dos mesmos. A partir desses dados, identificou aquele ACS com melhor desempenho e o homenageou com a exposição de sua foto, em mural da Unidade de Saúde, destacando o seu bom desempenho durante o ano de 2008. Em reunião com os agentes, a enfermeira propôs uma avaliação de desempenho mais completa, a fim de planejar melhor as atividades da equipe para o ano de 2009. **OBJETIVOS:** Diante dessa realidade apresentamos como objetivos: desenvolver mecanismos de motivação do agente comunitário de saúde, baseados na discussão das dificuldades encontradas no dia a dia e proposição de soluções de maneira compartilhada, restabelecendo a integração do grupo; avaliar o desempenho do agente comunitário de saúde, tendo como referência as atividades planejadas para o ano, segundo critérios pré-estabelecidos; e, incorporar na rotina de trabalho da equipe os critérios de avaliação estabelecidos pela metodologia da AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família). **METODOLOGIA:** É relevante ressaltar que, firmou-se um compromisso de que esse trabalho seria feito em conjunto, que todos participariam do planejamento e definição de metas a cumprir, bem como da forma de avaliação do desempenho por pontuação. Os critérios de avaliação ficaram assim definidos: (1) Apresentação da produção mensal (fichas D, SSA2 e de registro das visitas domiciliares); (2) Apresentação mensal das fichas de acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários (ficha B); (3) Proporção de visitas domiciliares realizadas aos grupos: hipertensos, diabéticos e gestantes (exceto pessoas com tuberculose e hanseníase);(4) Proporção de Crianças menores de 2 anos pesadas mensalmente em relação ao nº de crianças cadastradas nesta mesma faixa etária; (5) Proporção de Crianças menores de 2 anos com vacina em dia relacionadas ao nº de crianças cadastradas na mesma faixa etária (6) Apresentação mensal do cartão-sombra das crianças menores de 2 anos; (7) Proporção de famílias acompanhadas do total de cadastradas; (8) Cumprimento de atividades relativas a campanhas de

[1] Enfermeira da Estratégia Saúde da Família Equipe 211, Teresina-PI, Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente.



vacina; (9) Cumprimento de atividades planejadas previamente; (10) Preenchimento das informações no Cartão de Vacinação da Família (avaliação anual); (11) Apresentação de Livro de Registro das Informações sobre as Famílias Cadastradas (avaliação inicial, após implantação do Livro, e anual). Foi sugerido que o prêmio, ao final do ano, fosse obtido através de realização de atividades para levantar recursos financeiros. Para tanto, realizou-se duas rifas e um basar, no 1º semestre do ano, ainda com outras programações a serem realizadas no 2º semestre. **RESULTADOS:** A avaliação do 1º semestre já mostra evidências da melhoria de desempenho dos agentes comunitários de saúde, tanto em termos quantitativos, quanto qualitativos. Entre esses destacam-se: melhoria da motivação dos agentes para o trabalho; melhoria da integração dos membros da equipe entre si e destes com a comunidade; maior interesse dos agentes com o resultado do seu trabalho; preocupação dos agentes em avaliarem o seu próprio desempenho; identificação de determinadas aptidões entre os agentes; melhoria na qualidade dos registros; maior organização durante a entrega da produção mensal; disposição dos agentes em realizarem atividades até mesmo fora do expediente de trabalho. As dificuldades identificadas estão sendo trabalhadas por todos. Dessa maneira, podemos atender melhor as pessoas da nossa comunidade. **CONCLUSÃO:** Considera-se a proposta apresentada como necessária e perfeitamente viável para execução pelas equipes de saúde da família. No entanto, não se pode prescindir do apoio dos gestores nos diversos níveis para que alcance sustentabilidade. Faz-se necessário definir critérios de classificação dos territórios de atuação das equipes, segundo indicadores de vulnerabilidade e risco, além dos critérios com base populacional. Assim, a equipe poderá otimizar o seu trabalho de maneira que possa impactar em relação aos problemas de saúde da área, bem como dar a devida atenção às necessidades inerentes aos seus membros, como motivação, educação continuada e avaliação de desempenho.

Palavras chave: Processo de Trabalho. Programa Saúde da Família. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB:** Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1543_M.pdf>. Acesso em: 08 de agosto de 2009.

SILVA, J. A., DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface. Comunic., Saúde, Educ.** v.6, n.10, p. 75-96, fev. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/07.pdf > Acesso em: 08 de agosto de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para a melhoria da qualidade de vida da Estratégia Saúde da Família.** Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/index.htm>. Acesso em: 08 de agosto de 2009.