

CADERNOS DA SAÚDE COLETIVA

VOLUME 5



A ENFERMAGEM NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:

DESENVOLVENDO SABERES E FAZERES
NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

ORGANIZADORES

BEATRIZ FERREIRA WALDMAN

ALCINDO ANTÔNIO FERLA

DENISE TOLFO SILVEIRA

ÊRICA ROSALBA MALLMANN DUARTE

MÁRCIA KOJA BREIGEIRON

LUIZA MARIA GERHARDT

editora



redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Àngel Martínez-Hernández - Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani - Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino - Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido - Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green - University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico - Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil

Mara Lisiane dos Santos - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman - Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva - Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staeve Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Sueli Goi Barrios - Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Arte da Capa e projeto gráfico

Patrick Pereira

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Revisão de Português

Priscilla Zorzi

Bibliotecária Responsável

Jacira Gil Bernardes

Cadernos da Saúde Coletiva - Volume 5

Beatriz Ferreira Waldman

Alcindo Antônio Ferla

Denise Tolfo Silveira

Érica Rosalba Mallmann Duarte

Márcia Koja Breigeiron

Luiza Maria Gerhardt

Organizadores

A Enfermagem no Sistema Único de Saúde: desenvolvendo saberes e fazeres na formação profissional

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

E56 A Enfermagem no Sistema Único de Saúde : desenvolvendo saberes e fazeres na formação profissional [recurso eletrônico] / Beatriz Ferreira Waldman ... [et al.] organizadores. -- 1. ed. -- Porto Alegre : Rede UNIDA, 2015.
257 p.: il. -- (Cadernos da Saúde Coletiva, 5)

ISBN: 978-85-66659-00-9

1. Sistema Único de Saúde. 2. Enfermagem em saúde pública. 3. Enfermeiros -- Formação profissional. 4. Estudantes de enfermagem. 5. Estágio. I. Waldman, Beatriz Ferreira. II. Ferla, Alcindo Antônio. III. Silveira, Denise Tolfo. IV. Duarte, Érica Rosalba Mallmann. V. Breigeiron, Marcia Koja. VI. Gerhardt, Luiza Maria. VII. Série.

NLM: WY108

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Copyright © 2015 by Beatriz Ferreira Waldman, Alcindo Antônio Ferla, Denise Tolfo Silveira, Érica Rosalba Mallmann Duarte, Marcia Koja Breigeiron, Luiza Maria Gerhardt.

1º Edição

Porto Alegre, 2015

Rede UNIDA

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



SUMÁRIO

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS: seguimento de um ano em uma unidade básica de saúde.....	11
A ESPIRITUALIDADE PARA PACIENTES NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS: uma revisão integrativa.....	27
EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA TRABALHADORES NAS MODALIDADES PRESENCIAL E A DISTÂNCIA.....	43
CONTRIBUIÇÕES DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO.....	57
VIVÊNCIAS E AÇÕES DE UMA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM TRANSITANDO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	67
CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: impressão dos enfermeiros.....	77
MATERIAL EDUCACIONAL DIGITAL SOBRE HIGIENE DE MÃOS COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	97
DESENVOLVIMENTO DE UM BUSCADOR ELETRÔNICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CRUZEIRO DO SUL.....	115
O PREPARO DOS ENFERMEIROS PARA O PAPEL DE GESTOR DE DESEMPENHO: uma revisão integrativa.....	125
JEJUM PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO: duração e percepção da criança/adolescente e sua família.....	143
CAUSAS DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSOS: uma revisão integrativa.....	159



PREFÁCIO

VALIDAÇÃO DE REGISTRO DE DADOS EM DISPOSITIVO MÓVEL DE PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA.....	179
COBERTURA DE EXAMES DE PAPANICOLAU EM UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE/RS.....	203
O TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: apontamentos a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica.....	221
VIVÊNCIAS DO ESTÁGIO CURRICULAR DE ENFERMAGEM: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....	237
SOBRE OS AUTORES.....	253

Ao aceitar o desafio de escrever algumas palavras iniciais para apresentar este número especial Enfermagem/UFRGS da Coleção Cadernos da Saúde Coletiva, já prenunciava que estaria diante de um volume de trabalhos interessantes e extremamente importantes para o conhecimento nesta área.

O compromisso e a responsabilidade dos alunos e professores ficam aqui registrados como testemunho do alcance de um dos objetivos que temos na formação profissional: desenvolver o espírito investigativo do aluno associado a um olhar crítico, reflexivo das realidades em saúde, acompanhados do desenvolvimento da sensibilidade e da capacidade de discernimento. Pode-se comprovar com trabalhos como os desenvolvidos na atenção básica sobre uso de psicofármacos, consulta de enfermagem, tecnologia em saúde, gestão de desempenho, cuidados com registros, prontuários, a importância do trabalho em equipe, do cuidado à criança, à mulher e ao idoso, e a preocupação com a espiritualidade e com os cuidados paliativos.

Além disso, ressalta-se a importância de apoiar publicações científicas recém-iniciadas, como é o caso da Coleção Cadernos da Saúde Coletiva, criada pela Associação Brasileira Rede Unida em 2013. Esta iniciativa dos autores, que submeteram seus trabalhos para publicação neste número especial, demonstra seu compromisso em incentivar a disseminação do conhecimento, que pode contribuir para a contínua busca de qualificação que vem sendo liderada pelos editores de publicações científicas. O apoio de autores, por meio da submissão de trabalhos, é indispensável para essa qualificação no meio científico.

Esta edição com certeza oferece ao leitor a oportunidade de conhecer, por meio da variedade de temas, alguns dos caminhos investigativos evidenciados durante a formação em Enfermagem, que podem conduzir a ações para intervenção e mudanças na realidade de saúde de pessoas, comunidades e organizações.

Que as leituras e os olhares do que vão encontrar incentivem mais alunos e professores a desbravar o universo dos serviços de saúde, e que sejam capazes de apontar, desde as mais simples ações, novos caminhos para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, dos profissionais e dos processos de trabalho em saúde.

Boa leitura!!!!

Eva Neri Rubim Pedro
Diretora da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul



UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS: seguimento de um ano em uma unidade básica de saúde

Gabriela Vieira Soares

Elizeth Heldt

Introdução

A magnitude dos problemas de saúde mental e a impossibilidade de seu cuidado ficar sob responsabilidade exclusiva de especialistas é um fato desde as décadas de 1970 e 1980 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1984). Desde então, também no Brasil, as políticas públicas de saúde preconizam a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais e a formação de cuidadores não especializados (BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, 2001; TONINI; KANTORSKI, 2007).

Atualmente, a política de saúde mental é norteada pela lei da Reforma Psiquiátrica, com base nas práticas articuladas em uma rede de serviços de saúde, delimitada por território de abrangência. A lei da Reforma Psiquiátrica foi sancionada em 6 de abril de 2001, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. O principal intuito dessa lei é a desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais, passando o cuidado para os serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e programas de saúde mental em atenção básica (BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, 2001). A política de Saúde Mental aponta o CAPS como dispositivo estratégico, mas é a atenção básica o lugar

privilegiado para construção deste novo paradigma da saúde mental. Assim, a atenção básica constitui um grande palco de aplicação dessas ações de saúde por sua riqueza de relações e possibilidades de intervenções (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS, 2004).

De fato, os problemas de saúde mental compõem uma demanda para a saúde coletiva devido à alta prevalência e impacto psicossocial (FLECK et al., 2002; CAIXETA; MORENO, 2008). O Ministério da Saúde considera que aproximadamente 9% da população apresentam transtornos mentais menores e de 6 a 8% apresentam transtornos causados pelo uso de álcool e outras drogas, pelos quais a atenção básica deve responsabilizar-se (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. COORDENAÇÃO DE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2003). Nesse contexto, a atenção básica é um ponto estratégico para aplicação das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a principal porta de entrada para as pessoas que buscam atendimento (FUREGATO; COSTA JÚNIOR; SILVA, 2003). Entretanto, as práticas em saúde mental no nível de atenção básica à saúde ainda são incipientes e pouco se tem pesquisado para se avaliar a efetividade do cuidado aos portadores de transtornos mentais. Com base nos objetivos do SUS, as ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) foram traçadas na lógica da desospitalização, focadas na família e na comunidade, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (MODESTO; SANTOS, 2007).

Dentre as ações propostas no cenário da atenção primária está a Estratégia Saúde da Família (ESF), anteriormente chamado de Programa de Saúde da Família (PSF), que se destaca por suas potencialidades de fortalecer o processo de mudança do modelo médico-privatista, ampliar o controle social, e resgatar o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema, reduzindo o uso indiscriminado da alta tecnologia na atenção à saúde. Além disso, o conceito de territorialidade que permeia a atenção básica confere um novo sentido e ordenamento às ações de saúde mental (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

A atenção básica contribui através da capacidade que possui de adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-las, adequando-as a recursos escassos e a aspectos sociais, culturais e econômicos presentes na vida diária, na incorporação do acolhimento e do vínculo, para uma abordagem mais compreensiva dos problemas mentais na ESF e nos demais serviços da APS (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

O que já está bem estabelecido é a condição de cronicidade dos transtornos mentais e o uso de psicofármacos na fase de manutenção, como parte do tratamento para a prevenção de recaídas. Entretanto, os psicofármacos podem causar uma variedade de efeitos, desejáveis ou não, e as falhas terapêuticas se devem principalmente a dosagem inadequada, duração insuficiente de tratamento e falta de adesão ao mesmo (SADOCK; SADOCK, 2002).

Sabe-se que a continuidade é um fator importante de sucesso no tratamento de doenças crônicas e a adesão terapêutica é um comportamento relacionado com a saúde. Entretanto, a compreensão da dimensão do autocuidado aborda questões complexas e necessita de um aprimoramento das competências por parte dos profissionais (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008). Assim, a adesão requer mais do que o simples entendimento das instruções do profissional da saúde. Os pacientes avaliam os tratamentos e os profissionais conforme as informações que eles próprios têm acerca da doença e das medicações. A chave para uma melhor adesão terapêutica é o desenvolvimento de interações abertas e cooperativas. Então, aderir ao tratamento requer muito mais do que seguir a prescrição médica corretamente. É necessário compreender a importância das recomendações para a saúde e para a qualidade de vida. Por isso, a ferramenta da comunicação e as atitudes dos profissionais em relação aos pacientes são fundamentais para o desenvolvimento de tratamento com boa adesão (KLEIN; GONÇALVES, 2005).

Portanto, o paciente é sujeito ativo no processo terapêutico e precisa ser considerado e assumido como parceiro em toda a interação terapêutica para, assim, se alcançar a adesão e

a qualidade de vida. Para isso, é necessário que haja uma articulação das ações de saúde mental na atenção primária, juntamente com uma rede de cuidados onde a Unidade Básica de Saúde (UBS) seja parte essencial pela possibilidade de vínculo com os usuários, suas famílias e comunidade (BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica, 2003). O fortalecimento do vínculo implica na responsabilização do profissional da atenção básica em assumir a condução da proposta terapêutica referenciada pelos níveis secundários (ambulatoriais especializados) ou terciários (hospitais de referência) de atenção em saúde (BÜCHELE et al., 2006).

Atualmente, a atenção básica está em constante organização para suprir a demanda de ações em saúde mental das famílias e das comunidades. Buscando contribuir para a melhoria do cuidado ao portador de transtorno mental, este estudo pretende avaliar a utilização dos recursos da atenção primária ao longo do tempo pelos usuários de psicofármacos para propor ações de atenção integral em saúde mental na atenção básica gerando ferramentas na atenção primária em saúde.

O objetivo geral desse estudo foi de avaliar a utilização do serviço de unidade básica através do seguimento de um ano por usuários de psicofármacos e propor estratégias de ações de saúde mental em atenção primária.

Método

O presente trabalho deu continuidade a um estudo prévio sobre o perfil epidemiológico de 253 usuários de psicofármacos em atenção primária nos meses de abril e maio de 2009, sendo este período considerado a linha de base para o estudo atual (ROBALO, 2009). Trata-se, portanto, de um estudo de coorte prospectivo caracterizado pelo seguimento um ano (abril e maio

de 2010) do grupo de 253 sujeitos para observar e descrever a incidência de determinados desfechos ao longo do tempo (CUMMINGS; NEWMAN; HULLEY, 2008). A pesquisa atual foi aprovada pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EEUFRGS; nº 60/09) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA (CEP/HCPA; nº 09-324) e os pesquisadores assinaram um o Termo de Compromisso de Utilização de Dados para o manuseio dos prontuários incluídos no estudo.

Para serem selecionados no estudo inicial, adotaram-se como critério de inclusão os casos em que o usuário buscasse espontaneamente receitas de psicofármacos na UBS Santa Cecília do HCPA durante os meses de abril e maio de 2009. De acordo com a rotina estabelecida, as medicações controladas deveriam ter sido prescritas previamente por um médico e, de posse da cópia da receita antiga, a prescrição da medicação era renovada por mais um mês. Na ocasião, foram excluídos os casos de medicação considerada não psicotrópica.

Os dados do estudo atual foram coletados nos meses de abril e maio de 2010, após um ano do estudo anterior, dos 253 prontuários de usuários que procuraram adquirir sua receita através do acolhimento da UBS em abril e maio de 2009. Cada vez que o usuário comparece a UBS para buscar receitas ou consultar com os profissionais da saúde é de rotina que isto seja registrado no prontuário. Para avaliar a utilização do serviço na atenção básica, foram consideradas as consultas com médicos, enfermeiros, nutricionistas (número de vezes), a realização de exames e da revisão dos medicamentos especiais utilizados (modificações de dose ou de fármaco). Para uniformizar a coleta, foi elaborado um instrumento específico.

A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa SPSS, versão 18.0, e o nível de significância estabelecido foi de $<0,05$. As variáveis categóricas foram apresentadas através de frequências absolutas e relativas. Para verificar a associação entre o uso do serviço (consultas, exames) com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade) e as clínicas (medicação, diagnóstico de transtornos mentais e de doenças

clínicas) foram usados os testes qui-quadrado e t-student. Para identificar os fatores independentes que determinaram o uso dos serviços em atenção primária foi realizada uma análise de regressão de Poisson com as variáveis demográficas (sexo, idade e escolaridade) e os diagnósticos encontrados nos registros. Posteriormente, o critério de seleção para entrar no modelo final da regressão foi considerado o p-valor < 0,20.

Resultados

Foram avaliados 253 prontuários de pacientes que buscavam receitas de psicofármacos na UBS durante um ano. Um total de 64 (25,3%) da população estudada pertencem à ESF. Observou-se o predomínio do sexo feminino (n=177; 70%), com uma média de idade de 54,2 anos (desvio padrão $\pm 17,9$), sendo a idade mínima de três e a máxima de 96 anos.

Quanto à escolaridade, 48 (18,9%) prontuários não apresentavam informações sobre esta variável. Entre os que estavam registrados, um maior número de pessoas apresentava o ensino médio (n=70; 27,7%) e fundamental (n=40; 15,8%) completos. Os demais haviam cursado até o ensino fundamental (n=31; 12,3%) e médio incompletos (n=18; 7,1%); 22 (8,7%) com ensino superior completo e 15 (5,9%) com ensino superior incompleto. Apenas 9 (3,6%) eram analfabetos.

Em relação aos diagnósticos médicos registrados nos prontuários da população em estudo, observou-se a depressão (n=91; 36%) como o transtorno mental mais frequente e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (n=115; 45,5%) como a doença clínica de maior prevalência (Tabela 1). É possível observar que somente em relação aos diagnósticos de Transtorno de Humor Bipolar (THB) e HAS ocorreu aumento significativo nos registros (p=0,039 e 0,012, respectivamente).

Tabela 1 - Comparação entre os diagnósticos médicos registrados nos prontuários dos usuários de psicofármacos durante o seguimento de um ano. Porto Alegre, 2010.

Diagnósticos	Baseline	Um ano	p*
	n(%)		
Transtornos Mentais			
Depressão	85(33,6)	91(36)	0,238
Tabagismo	53(20,9)	55(21,7)	0,804
Transtorno de Humor Bipolar	19(7,5)	26(10,3)	0,039
Transtorno de Pânico	13(5,1)	14(5,5)	< 0,999
DQ: Alcoolismo	11(4,3)	10(4)	< 0,999
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	5(2)	6(2,4)	< 0,999
DQ: outras drogas	5(2)	5(2)	< 0,999
Esquizofrenia	4(1,6)	4(1,6)	< 0,999
Luto Patológico	3(1,2)	2(0,8)	< 0,999
Retardo Mental	2(0,8)	3(1,2)	< 0,999
Anorexia	1(0,4)	1(0,4)	< 0,999
Bulimia	1(0,4)	1(0,4)	< 0,999
Transtorno Obsessivo Compulsivo	1(0,4)	1(0,4)	< 0,999
Doenças Clínicas			
Hipertensão Arterial Sistêmica	106(42,1)	115(45,5)	0,012
Obesidade	55(21,9)	52(20,6)	0,581
Dislipidemia	40(15,8)	39(15,4)	< 0,999
Diabetes Mellitus	35(13,9)	40(15,8)	0,125
Epilepsia	14(5,5)	14(5,5)	< 0,999

Fibromialgia	10(4)	9(3,6)	< 0,999
Parkinson	5(2)	5(2)	< 0,999
Alzheimer	2(0,8)	2(0,8)	< 0,999

Notas: DQ - Dependência Química

* Teste Mcnemar; **p<0,05**

A frequência de psicofármacos receitados no período do estudo está apresentada na Tabela 2. Entre as medicações prescritas no período inicial da pesquisa, a de maior ocorrência foram os antidepressivos, sendo a fluoxetina (n=73; 28,9% - antidepressivo inibidor seletivo da recaptção da serotonina - ISRS) e a amitriptilina (n=80; 31,6% - antidepressivo tricíclico - ATC) os mais prescritos. Entre os benzodiazepínicos, o de maior frequência foi o clonazepam (n=25; 9,9%) e o anticonvulsivante mais utilizado foi a carbamazepina (n=22; 8,7%). Dos antipsicóticos típicos, o haloperidol foi o fármaco mais prescrito (n=11; 4,3%) e o antipsicótico atípico foi a risperidona (n=9; 3,6%). É possível constatar que as prescrições praticamente mantiveram-se inalteradas durante o período do estudo (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação entre os psicofármacos receitados em atenção primária durante um ano. Porto Alegre, 2010.

Psicofármacos	Baseline	Um ano	p [¶]
Antidepressivos			
ISR da Serotonina, da Noradrenalina ou Dual*	114(45,1)	114(45,1)	<0,999
Tricíclicos**	93(36,8)	89(35,2)	0,503
Benzodiazepínicos [#]	63(24,9)	63(24,9)	<0,999
Antipsicóticos			
Típicos [†]	40(15,8)	33(13)	0,118
Atípicos [‡]	14(5,5)	11(4,3)	0,375
Estabilizador do Humor			

Carbonato de Lítio	13(5,1)	12(4,7)	<0,999
Anticonvulsivantes [¶]	35(13,8)	43(17)	0,096

* Citalopram; Fluoxetina; Lexapro; Paroxetina; Sertralina, Sibutramina e Venlafaxina;

** Amitriptilina; Clomipramina; Imipramina e Nortriptilina;

Alprazolam; Bromazepam; Clordiazepóxido; Clonazepam e Diazepam;

† Clorpromazina; Haloperidol; Levomepromazina; Sulpirida e Tioridazina;

‡ Clozapina, Olanzapina Risperidona;

¶ Ácido Valpróico; Fenitoína; Fenobarbital; Gabapentina; Lamotrigina; Oxcarbamazepina e Topiramato.

¶¶ Teste Mcnemar; **p<0,05**

Quanto ao uso de serviços na UBS no período de seguimento de um ano, 233 (92,1%) usuários consultaram com o médico, 23 (9,1%) com a enfermeira e 17 (6,7%) com a nutricionista. Houve o predomínio de consultas médicas (n=1001), com uma mediana de 3 (2 a 5), seguidas de exames clínicos (n=340) com uma mediana de 1 (0 a 2) por usuário. Já o total de consultas com nutricionista foi de 57 e com o enfermeiro foi de 52.

Para identificar as variáveis independentes que determinam o uso do serviço, a regressão de Poisson foi executada separadamente. Primeiro, foram incluídos todas as variáveis demográficas e os diagnósticos registrados nos prontuários no início do estudo. A fim de selecionar os preditores relevantes para entrarem no modelo final, consideraram-se somente os resultados com $p < 0,20$. As variáveis que entraram no modelo a seguir foram: diagnósticos de obesidade, DM e epilepsia com as consultas médicas; diagnósticos de Transtorno de Pânico, HAS, DM e Mal de Parkinson e realização de exames (Tabela 3). Entre esses preditores, os usuários com diagnóstico de DM consultaram significativamente mais vezes os médicos e os com epilepsia menos ($p=0,050$ e $0,046$, respectivamente). Quanto aos exames, os preditores foram ter Transtorno de Pânico, HAS e DM para realizar significativamente mais exames ($p < 0,05$) Devido ao

pequeno tamanho da amostra, usuários que consultaram com a enfermeira e com a nutricionista não entraram na análise de regressão.

Tabela 3 - Relação entre o uso dos serviços de saúde em atenção primária através das consultas e exames realizados com os diagnósticos de transtorno mental e doenças clínicas. Porto Alegre, 2010.

Diagnósticos	Consultas Médicas*		Exames*	
	β	p	β	p
Transtorno Mental				
Transtorno de Pânico	-	-	0,779	0,002
Doenças Clínicas				
Hipertensão Arterial Sistêmica	-	-	0,512	0,002
Obesidade	0,158	0,194	-	-
Diabetes Mellitus	0,265	0,050	0,615	0,001
Epilepsia	-0,631	0,046	-	-
Parkinson	β	-	-0,141	0,062

*Regressão de Poisson – entraram no modelo as variáveis com $p < 0,20$.

Discussão

As características demográficas e clínicas da amostra são representativas da população geral usuária da UBS, isto é, em sua maioria é de mulheres (77%) com idade em torno dos 50 anos, sendo a depressão o diagnóstico de transtorno mental mais frequente (33,6%), enquanto que a HAS é a doença clínica de maior ocorrência na amostra estudada (41,9%). Esses resultados vêm ao encontro de estudos que confirmam as mulheres como as que mais procuram os serviços de saúde (ALMEIDA-FILHO et al., 1997; FLECK et al., 2002). Além disso, é após os 50 anos que se observa uma maior incidência de doenças cardiovasculares, destacando a HAS como patologia crônica mais frequente em atendimento ambulatorial (AMARAL et al., 2007). Ainda em estudo desenvolvido nesta mesma UBS com usuários que aguardavam consulta e não apresentavam diagnóstico de transtorno mental, foi encontrada alta prevalência de sintomas depressivos - 46% da amostra (CORSO et al., 2009).

Com relação aos diagnósticos de Transtorno de Humor Bipolar (THB) e HAS, pode-se inferir que o aumento significativo verificado deve-se ao efetivo processo de avaliação, para além do fornecimento das receitas controladas. É importante salientar que o manejo de doenças mentais é feito por não especialistas. Os médicos generalistas comumente percebem os problemas mentais na sua clientela, mas consideram que o diagnóstico e tratamento destes problemas é tarefa do especialista (BALLESTER et al., 2005).

Além disso, em relação aos fármacos prescritos, houve aumento na prescrição de anticonvulsivantes no período estudado, o que indica um aumento de usuários com diagnóstico de THB.

Um fato interessante foi a percentagem das doenças clínicas nesses usuários, sendo estas preditoras para o uso dos serviços na APS. As comorbidades entre os transtornos mentais e as doenças clínicas foram decisivas para a caracterização da utilização dos serviços.

A APS mostra-se cada vez mais como um palco propício para a atuação dos profissionais de saúde mental, sendo vital no processo de reinserção do portador de transtornos mentais na sociedade.

Considerações Finais

As características dos usuários de psicofármacos em atenção básica encontradas neste estudo estão de acordo com as pesquisas atuais, bem como a indicação das medicações para os respectivos transtornos mentais.

Contudo, considerando a cronicidade dos transtornos mentais, cuja estabilização está relacionada com a adesão aos psicofármacos, cabe ressaltar a importância da formação de vínculo para a manutenção da relação terapêutica e da continuidade do acompanhamento. Isto é, um vínculo firme e estável entre profissional e usuário é um valioso instrumento de trabalho e a continuidade fortalece a confiança entre ambas as partes. Logo, o cuidado em saúde mental na atenção básica como parte de uma rede implica em responsabilização para a condução da proposta terapêutica referenciada pelos níveis de maior complexidade de atenção em saúde, como ambulatórios especializados, CAPS e internação.

Faz-se necessária a efetiva implementação de programas que visem desburocratizar e pessoalizar a entrega das receitas de psicofármacos para os usuários, utilizando os recursos já existentes, como o acolhimento e a equipe interdisciplinar, mantendo os princípios da integralidade e da formação do vínculo com a UBS. Além disso, implementar um programa de educação permanente em saúde mental para a equipe de ESF, com enfoque na integralidade para detecção dos transtornos mentais por todos os profissionais e agentes de saúde. Para o diagnóstico e tratamento realizado por médicos e enfermeiros da UBS, indica-se a articulação com psiquiatras, psicólogos e

enfermeiros especialistas em saúde mental, através de parceria com os ambulatórios especializados e da utilização de tecnologias atuais como o matriciamento em saúde mental, o qual propõe a atuação do profissional especialista na APS, sem, no entanto, compor a equipe.

Para a enfermagem, especificamente, sugere-se criação de oficinas e grupos de educação para a saúde com o intuito de inserir o usuário na comunidade e aumentar o vínculo com esses pacientes, oferecendo-lhes cidadania, compromisso primeiro dos profissionais de saúde do Brasil.

Referências

- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. **British Journal of Psychiatry**, v. 171, p. 524-529, 1997.
- AMARAL, G.F. et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 2, p. 161-168, 2007.
- BALLESTER, D.A. et al. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. **Jornal de Medicina de São Paulo**, São Paulo, v. 123, n. 2, p. 72-6, 2005.
- BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 10.216 de 10 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 18 set. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf> Acesso em: 03 nov. 2009.

BÜCHELE, F. et al. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 3, p. 226-233, 2006.

CAIXETA, C.C.; MORENO, V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 179-188, 2008.

CAMARGO-BORGES, C; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 64-71, 2008.

CORSO, A.N. et al. Impacto de sintomas depressivos na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 257-262, 2009.

CUMMINGS, S.R.; NEWMAN, T.B.; HULLEY, S.B. Delineando estudos de coorte. In: HULLEY, S.B. et al. **Delineando pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 115-125.

FLECK, M.P.A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002.

FUREGATO, A.R.F.; COSTA JÚNIOR, M.L.C; SILVA, M.C.F. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 7-13, 2003.

KLEIN, J.M.; GONÇALVES, A.G.A. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF**, v. 10, n. 2, p. 113-120, 2005.

MODESTO, T.N.; SANTOS, D.N. Saúde mental na atenção básica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 19-24, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados de saúde mental nos países em desenvolvimento: uma análise crítica dos resultados da investigação**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1984. Série, 698.

ROBALO, S.S. **Perfil epidemiológico de usuários de psicofármacos em atenção primária**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/24403>>. Acesso em: 30 out. 2014.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan e Sadock**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 139-148, 2009.

TONINI, N.S.; KANTORSKI, L.P. Planejamento estratégico e as políticas de saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 126-132, 2007.



*Denis Iaros Silva da Silva
Maria da Graça Oliveira Crossetti*

Introdução

A espiritualidade faz parte da natureza humana, devendo ser desvelada pelas vivências e descobertas individuais, sendo que é aquilo que cada indivíduo acredita ser para si (DEZORZI, 2006). Já a religião é uma das possíveis formas de expressão da espiritualidade, não sendo a única, já que em diferentes indivíduos existem diferentes compreensões e formas de entendê-la e expressá-la (BORBA, 2009). Está relacionada com rituais e práticas, ligadas a um poder superior ou Deus, enquanto a espiritualidade é inerente ao ser humano, multidimensional e possui significado particular e subjetivo (TANYI, 2002). A religião é expressa por sistema de crenças, valores, códigos de conduta e rituais, enquanto que a espiritualidade se manifesta pela crença num poder maior que a existência, pelo senso de conexão com uma força do universo que transcende o contexto da “realidade” atual (KING; SPECK; THOMAS, 1999).

O conceito de espiritualidade para Pesut (2008) apresenta-se em três visões: monista, teísta e humanista. A monista caracteriza a espiritualidade pela interligação de todas as pessoas entre si e com tudo o que existe; a teísta a relaciona ao poder divino, podendo ser manifestada individualmente ou coletivamente; a humanista a coloca como subjetiva e inata a cada pessoa, sendo o que traz integração e sentido à vida. Na visão humanista da espiritualidade, o indivíduo pode atribuir

um valor especial a certos fatos, objetos, que proporcionam sentimentos que dão sentido e razão para a sua existência. Neste contexto, a religião é vista como sendo restrita a ritos externos, ligados a uma teia de crenças que caracterizam determinada compreensão da espiritualidade.

Por afetar as respostas humanas em relação às doenças, a espiritualidade tem relevância na prestação de cuidados aos pacientes e seus familiares (BORBA, 2009). Ela tem sido concebida como elemento importante no cuidado a pacientes com diagnóstico de câncer, pois pode proporcionar sensação de bem-estar e suporte quanto à forma de se estruturar diante da experiência, ajudando-o a enfrentar o sofrimento (VIVAT, 2008). As perdas econômicas, sociais, psicológicas, espirituais e físicas que ocorrem num contexto de uma doença como o câncer, assim como o medo e o luto antecipado, reduzem a qualidade de vida do enfermo, necessitando apoio da equipe de saúde nesse momento (SILVA, 2004). É fator essencial para que cada indivíduo possa ter qualidade de vida (BORBA, 2009).

Deve-se procurar proporcionar ao cliente aquilo que ele precisa para suprir a espiritualidade, como, por exemplo, promover o contato com um padre ou pastor (BAILEY; MORAN; GRAHAM, 2009). Compete ao paciente definir suas necessidades espirituais, o que pressupõe que seja ouvido e atendido quanto ao que deseja, pois não há definição consensual do que sejam necessidades e assistência espirituais, devido ao fato de que essas são específicas para cada ser humano, devendo ser entendidas quanto ao seu significado para o indivíduo (VIVAT, 2008). O indivíduo fora de possibilidades terapêuticas de cura deve compreender que muito pode ser feito para proporcionar conforto e melhora na qualidade de vida.

O termo “paliativo” pode ser definido como algo “que disfarça”, “atenua” (PALIATIVO, 1997, p. 512). “Paliar” pode ter o significado de “encobrir com falsa aparência”, “curar aparentemente” (PALIAR, 1990, p. 957). Os cuidados paliativos não visam a cura de doenças, mas sim buscam proporcionar medidas de conforto para amenizar os sofrimentos, conseguindo alcançar, às vezes, uma “cura” aparente, com o alívio dos sinais

e sintomas que, porventura, possam estar sendo motivo de sofrimento físico, social, psicológico e espiritual de determinado indivíduo e de sua família.

O paciente em cuidados paliativos, como aborda Silva (2004), precisa de cuidados amplos que abranjam todas as possibilidades, inclusive aquelas que tangem a espiritualidade. O cuidado paliativo é uma modalidade de assistência que abrange dimensões que vão além da física e da emocional, identificando na espiritualidade possibilidades de conforto para o paciente e família (MÖLLMANN, 2008). Esses cuidados visam àquelas pessoas acometidas por doenças ativas e progressivas que não responderão mais aos tratamentos curativos, entre elas o câncer, incluindo o apoio aos seus familiares (SOUSA, 2008).

A história dos cuidados paliativos no mundo e no Brasil pode ser resumida em seus principais pontos, de acordo com Maciel (2006) e, também, Figueiredo (2006), da seguinte forma:

1º) Surgiu no Reino Unido, na década de 60 do século XX, quando foi criado o *St. Christopher Hospice*, em Londres, em consequência dos trabalhos de Cicely Saunders, que sistematizou conhecimentos voltados para o alívio da dor e do sofrimento relativos ao final da vida, abrangendo aspectos orgânicos, psicoemocionais, sociais e espirituais da pessoa doente e daqueles que participam de sua vida;

2º) Em 1990 a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu e recomendou os cuidados paliativos como um dos pilares integrantes da assistência oncológica de saúde;

3º) No Brasil, os primeiros serviços de cuidados paliativos começaram a surgir no final dos anos 80, primeiramente no Rio Grande do Sul com a anexação de um Serviço de Cuidados Paliativos ao Serviço da Dor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e depois no Rio de Janeiro através do Instituto Nacional do Câncer, sendo seguidos pelo Paraná, por Santa Catarina e por Jaú (no interior de São Paulo), que iniciou em 1992 a primeira enfermaria de cuidados paliativos deste país, contando com nove leitos.

O cuidado holístico ao paciente em cuidado paliativo deve ser o pressuposto primeiro a ser seguido pela equipe de saúde responsável. A razão deve dar lugar à sensibilidade, no sentido de que as necessidades de cuidado espiritual possam ser percebidas e, assim, atendidas quanto às singularidades e desejos.

Ao compreender-se a espiritualidade como uma dimensão da vida do ser humano que deve fazer parte do processo de cuidar, os profissionais de saúde poderão, com uma abordagem adequada, diagnosticar, intervir e avaliar o cuidado espiritual, no sentido de prover o melhor conforto possível, respeitando as necessidades individuais do paciente (SÁ, 2009).

O presente estudo objetivou conhecer os significados e práticas da espiritualidade para os pacientes oncológicos adultos no contexto dos cuidados paliativos.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) de pesquisa, segundo Cooper (1982), definida em cinco etapas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

Desenvolveu-se a partir da seguinte questão norteadora: “quais são os significados dados a espiritualidade pelos pacientes oncológicos adultos e quais são as suas práticas no contexto dos cuidados paliativos?”.

As bases de dados eletrônicas de acesso foram: CINAHL, SciELO, LILACS, MEDLINE. Os descritores (DeCS) utilizados foram: *palliative care, spirituality, nursing*. Os critérios de inclusão foram: artigos de enfermagem que abordassem a temática espiritualidade em pacientes oncológicos adultos no contexto dos cuidados paliativos; nos idiomas em inglês, espanhol e/ou português; resultantes de pesquisas qualitativas, quantitativas, quanti-quali, relatos de experiência e reflexões teóricas;

disponíveis on-line, de forma completa e gratuita; publicados no período de novembro de 2007 a novembro de 2009. Foram critérios de exclusão: artigos que não estivessem disponíveis na íntegra, indisponíveis on-line, que não tratassem da temática em estudo e que não estivessem dentro do período delimitado.

Após a leitura criteriosa das produções, identificaram-se 11 publicações, as quais constituíram a amostra do estudo.

Resultados e Discussão

A Tabela 1 apresenta os idiomas dos artigos científicos que compuseram a amostra deste estudo.

Tabela 1 – Idioma dos artigos científicos analisados.

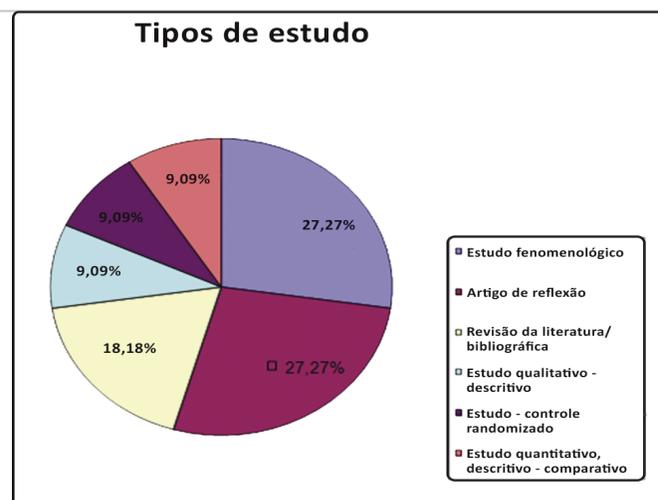
IDIOMAS	n	%
Inglês	9	81,81
Espanhol	1	9,09
Português	1	9,09
Total	11	100

Fonte: SILVA, 2010.

Constata-se na Tabela 1 que, dos 11 artigos científicos que constituíram a amostra deste estudo, nove artigos estavam no idioma inglês (81,81%), um artigo no idioma espanhol (9,09%) e um artigo no idioma português (9,09%), dados que demonstram claramente o predomínio do idioma inglês nestas publicações, até mesmo porque a grande maioria pertencia a periódicos de publicação predominantemente em inglês.

O Gráfico 1 apresenta a distribuição dos tipos de estudo das produções analisadas.

Gráfico 1 – Distribuição dos tipos de estudo das produções analisadas.

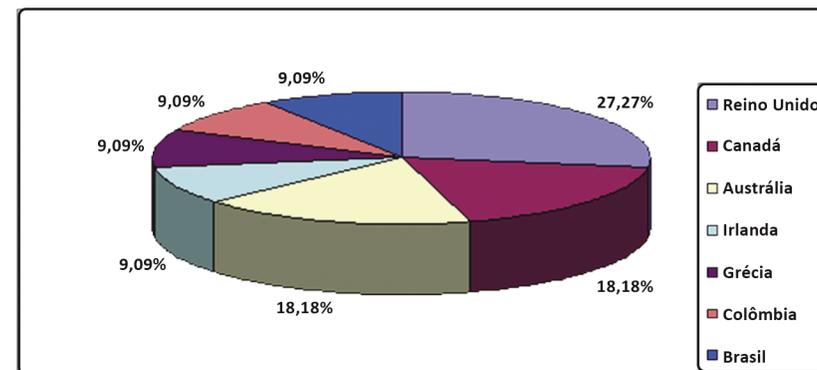


Fonte: SILVA, 2010.

O Gráfico 1 mostra que, dos 11 artigos analisados, três são estudos fenomenológicos (27,27%), três são artigos de reflexão (27,27%), dois são revisão de literatura/bibliográfica (18,18%), um é estudo qualitativo-descritivo (9,09%), um é estudo-controle randomizado (9,09%) e um é estudo quantitativo descritivo-comparativo (9,09%). Estes dados evidenciam o predomínio, nas publicações analisadas, da fenomenologia e da reflexão enquanto metodologias para estudar a espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos, o que revela ser este fenômeno uma característica existencial do ser humano, possibilitando compreender os sujeitos do cuidado paliativo em sua essência e singularidade.

O Gráfico 2 apresenta os países de origem das produções analisadas.

Gráfico 2 – Países de origem das produções analisadas.



Fonte: SILVA, 2010.

O Gráfico 2 mostra que os países de origem dos artigos são: três artigos do Reino Unido (27,27%), dois artigos do Canadá (18,18%), dois artigos da Austrália (18,18%), um artigo da Irlanda (9,09%), um artigo da Grécia (9,09%), um artigo da Colômbia (9,09%) e um artigo do Brasil (9,09%), demonstrando o predomínio de publicações originárias de países desenvolvidos em relação às de países em desenvolvimento, pois, por exemplo, enquanto há três publicações com origem no Reino Unido na amostra, há apenas uma com origem no Brasil. Acredita-se que estes dados estejam relacionados com o pioneirismo dos cuidados paliativos, que teve origem no Reino Unido, migrando apenas posteriormente para o continente americano, sendo recente sua implantação no Brasil.

O Quadro 1 apresenta os objetivos das produções analisadas.

Objetivos	Autores
Descrever os significados e experiências quanto ao cuidado/ suporte espiritual para profissionais/ enfermeiros no contexto dos cuidados paliativos.	BAILEY; MORAN; GRAHAM, 2009; BUSH; BRUNI, 2008.

Compreender o bem-estar espiritual.	SÁNCHEZ HERRERA, 2009; VIVAT, 2008.
Conceituar espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos.	PESUT, 2008; NARAYANASAMY, 2007.
Apresentar o papel da espiritualidade no enfrentamento do câncer.	SCHNEIDER, 2007.
Examinar a percepção dos clientes em cuidados paliativos e dos seus cuidadores-familiares quanto à espiritualidade.	PENMAN; OLIVER; HARRINGTON, 2009.
Reconfigurar a espiritualidade, a posicionando dentro da psicologia em saúde, psicologia social, neuropsicologia e farmacopsicologia, tomando os cuidados paliativos como exemplo.	PALEY, 2008.
Estudar as influências sociodemográficas e clínicas em pacientes oncológicos quanto às crenças e atitudes espirituais.	MYSTAKIDOU et al., 2008.
Buscar concepções de cuidados paliativos, dentro das quais encontra-se a espiritualidade como parte do cuidado integral.	SILVA; SUDIGURSKI, 2008.

Fonte: SILVA, 2010.

Analisando o Quadro 1, pode-se observar que, embora tenham sido encontrados objetivos distintos entre os estudos, todos tiveram como foco a espiritualidade em diferentes dimensões dentro do contexto dos cuidados paliativos. Assim constata-se que: dois artigos (18,18%) objetivaram descrever os significados e experiências quanto ao cuidado/suporte espiritual para profissionais/enfermeiros no contexto dos cuidados paliativos (BAILEY; MORAN; GRAHAM, 2009; BUSH; BRUNI, 2008); dois artigos (18,18%) objetivaram compreender o bem-estar espiritual (SÁNCHEZ HERRERA, 2009; VIVAT, 2008); dois artigos (18,18%) objetivaram conceituar espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos (PESUT, 2008; NARAYANASAMY, 2007); um artigo (9,09%) buscou, em seus objetivos, apresentar o papel da espiritualidade no enfrentamento do câncer (SCHNEIDER, 2007); um artigo (9,09%) buscou examinar a percepção dos clientes em cuidados paliativos e dos seus cuidadores-familiares quanto à espiritualidade (PENMAN; OLIVER; HARRINGTON, 2009); um artigo (9,09%) objetivou reconfigurar a espiritualidade, a posicionando dentro da psicologia em saúde, psicologia social, neuropsicologia e farmacopsicologia, tomando os cuidados paliativos como exemplo (PALEY, 2008); um artigo (9,09%) objetivou estudar as influências sociodemográficas e clínicas em pacientes oncológicos quanto às crenças e atitudes espirituais (MYSTAKIDOU et al., 2008); e, um artigo (9,09%) apresentou, em seus objetivos, a intenção de buscar concepções de cuidados paliativos, dentro das quais encontra-se a espiritualidade como parte do cuidado integral (SILVA; SUDIGURSKI, 2008).

O Quadro 2 apresenta os significados da espiritualidade para os pacientes oncológicos adultos no contexto dos cuidados paliativos.

Significados da espiritualidade para os pacientes oncológicos adultos no contexto dos cuidados paliativos	Autores
Fonte de conforto	PENMAN; OLIVER; HARRINGTON, 2009; MYSTAKIDOU et al., 2008; VIVAT, 2008; NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007.
Crença em Deus	PENMAN; OLIVER; HARRINGTON, 2009; SÁNCHEZ HERRERA, 2009; NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007.
Força	MYSTAKIDOU et al., 2008; NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007.
Fé	PENMAN; OLIVER; HARRINGTON, 2009; NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007.
Fonte de enfrentamento	PENMAN; OLIVER; HARRINGTON, 2009; NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007.
Crença num poder superior	MYSTAKIDOU et al., 2008; SCHNEIDER, 2007.
Guia de conduta para a vida	MYSTAKIDOU et al., 2008; SCHNEIDER, 2007.

Fonte: SILVA, 2010.

Em relação aos significados da espiritualidade para os pacientes oncológicos adultos no contexto dos cuidados paliativos, de acordo com o Quadro 2, constata-se que esta é referida como *fonte de conforto*, por trazer paz e tranquilidade, e também diminuir o desconforto relativo à doença, ao tratamento e aos sintomas físicos (cinco artigos, 45,45%) (PENMAN; OLIVER; HARRINGTON, 2009; MYSTAKIDOU et al., 2008; VIVAT, 2008; NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007); a espiritualidade é conferida como *crença em Deus*, que se manifesta no ato de acreditar na existência de Deus e crer que Ele possa estar se preocupando com o indivíduo (quatro artigos, 36,36%) (PENMAN; OLIVER; HARRINGTON, 2009; SÁNCHEZ HERRERA, 2009; NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007); é evidenciada como *força*, que se manifesta pela vontade de continuar a viver (três artigos, 27,27%) (MYSTAKIDOU et al., 2008; NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007); é referida como *fé*, que aparece como uma forma de lidar melhor com a situação, pois a espiritualidade alivia a pressão e elimina temores (três artigos, 27,27%) (PENMAN; OLIVER; HARRINGTON, 2009; NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007); o significado da espiritualidade é dado como *fonte de enfrentamento*, por possibilitar recursos para lidar com a doença e superar a situação (três artigos, 27,27%) (PENMAN; OLIVER; HARRINGTON, 2009; NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007); é definida como *crença num poder superior*, que aparece no ato de acreditar na existência de um poder maior influenciando a vida (dois artigos, 18,18%) (MYSTAKIDOU et al., 2008; SCHNEIDER, 2007); e é expressa como um *guia de conduta para a vida*, por ser algo que orienta a maneira de viver e conduz os tipos de atitudes que o indivíduo terá em relação aos outros (dois artigos, 18,18%) (MYSTAKIDOU et al., 2008; SCHNEIDER, 2007).

O Quadro 3 refere-se às práticas da espiritualidade na ótica dos pacientes oncológicos adultos no contexto dos cuidados paliativos.

Práticas da espiritualidade na ótica dos pacientes oncológicos adultos no contexto dos cuidados paliativos	Autores
Ir a igreja	PENMAN; OLIVER; HARRINGTON, 2009; NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007.
Oração/reza	MYSTAKIDOU et al., 2008; NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007.
Apoio dos outros	PENMAN; OLIVER; HARRINGTON, 2009; NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007.
Leitura de escrituras sagradas	NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007.
Meditação	MYSTAKIDOU et al., 2008; NARAYANASAMY, 2007.
Visita de religioso	NARAYANASAMY, 2007.
Uso de imagens/objetos	NARAYANASAMY, 2007.

Fonte: SILVA, 2010.

O Quadro 3 mostra que as práticas da espiritualidade na ótica dos pacientes oncológicos adultos no contexto dos cuidados paliativos são reveladas nas publicações analisadas em sete diferentes ações, assim distribuídas: *ir a igreja*, que pode ocorrer no fato do indivíduo ser membro ativo e/ou participar de atividades da igreja (três artigos, 27,27%) (PENMAN; OLIVER; HARRINGTON, 2009; NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007); *oração/reza*, que aparece nos momentos que o indivíduo conversa com Deus ou com um Poder Maior (três artigos, 27,27%) (MYSTAKIDOU et al., 2008; NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007); *apoio dos outros*, que ocorre quando, por exemplo,

um amigo segura a mão do indivíduo ou lhe faz companhia (três artigos, 27,27%) (PENMAN; OLIVER; HARRINGTON, 2009; NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007); *leitura de escrituras sagradas*, que aparece quando o indivíduo realiza a leitura da Bíblia ou de outros livros sagrados, podendo ser, também, outras leituras religiosas (dois artigos, 18,18%) (NARAYANASAMY, 2007; SCHNEIDER, 2007); *meditação*, que aparece nos momentos em que o indivíduo fica consigo próprio, interioriza-se (dois artigos, 18,18%) (MYSTAKIDOU et al., 2008; NARAYANASAMY, 2007); *visita de religioso*, que aparece quando ocorre a visita ao indivíduo, por exemplo, de um padre, pastor, freira ou outro (um artigo, 9,09%) (NARAYANASAMY, 2007); e, *uso de imagens/objetos*, que se retrata na utilização de imagens ou objetos que tenham significância para o indivíduo (um artigo, 9,09%) (NARAYANASAMY, 2007).

Considerações Finais

A espiritualidade possui diversos significados para os pacientes, assim como variadas ações práticas que a caracterizam. Constata-se a relevância do tema pesquisado e a necessidade de que sejam ampliados os conhecimentos em relação à espiritualidade através de pesquisas científicas, para que a equipe multiprofissional de saúde possa dela se apropriar como constructo do cuidado e aplicá-la na atenção aos pacientes oncológicos adultos em cuidados paliativos.

Referências

BAILEY, M. E.; MORAN, S.; GRAHAM, M.M. Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in an Irish hospice. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 15, n.1, p. 42-48, 2009.

BORBA, P. F. A influência da espiritualidade na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. In: SILVEIRA, D. T.; BRONDANI, S. C. P.; MARTINATO, L. H. M. (Org.). **Coletânea de trabalhos de conclusão do Curso de Enfermagem**: primeiro semestre de 2009. Porto Alegre: UFRGS, 2009. 1 CD-ROM. f. 1-46.

BUSH, T.; BRUNI, N. Spiritual care as a dimension of holistic care: a relational interpretation. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 14, n. 11, p. 539-545, 2008.

COOPER, H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **Review of Educational Research**, v. 52, n. 2, p. 291-302, 1982.

DEZORZI, L. W. **Diálogos sobre espiritualidade no processo de cuidar de si e do outro para a enfermagem em terapia intensiva**. 2006. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FIGUEIREDO, M. T. A. Reflexões sobre os cuidados paliativos no Brasil. **Revista Prática Hospitalar**, São Paulo, v. 8, n. 47, p. 36-40, set./out. 2006.

KING, M.; SPECK, P.; THOMAS, A. The effect of spiritual beliefs on outcome from illness. **Social Science & Medicine**, v. 48, n. 9, p. 1291-1299, 1999.

MACIEL, M. G. S. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. **Revista Prática Hospitalar**, São Paulo, v.8, n. 47, p. 46-49, set./out. 2006.

MÖLLMANN, J. Cuidados paliativos: um recorte da produção do conhecimento em saúde. In: SILVEIRA, D. T.; MARTINATO, L.

H. M. (Org.). **Coletânea de trabalhos de conclusão do Curso de Enfermagem**: primeiro semestre de 2008. Porto Alegre: UFRGS, 2008. 1 CD-ROM. f. 1-27.

MYSTAKIDOU, K. et al. Demographic and clinical predictors of spirituality in advanced cancer patients: a randomized control study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, n. 13, p. 1779-1785, 2008.

NARAYANASAMY, A. Palliative care and spirituality. **Indian J Palliative Care**, v. 13, n. 2, p. 32-41, 2007.

PALEY, John. Spirituality and nursing: a reductionist approach. **Nursing Philosophy**, v. 9, n. 1, p. 3-18, 2008.

PALIAR. In: PEREIRA, I. **Dicionário grego-português e português-grego**. Braga, Portugal: Apostolado da Imprensa, 1990. p. 957-957.

PALIATIVO. In: FERREIRA, A. G. A. **Dicionário de português-latim**. Porto, Portugal: Porto Editora, 1997. p. 512-512.

PENMAN, J.; OLIVER, M.; HARRINGTON, A. Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. **Australian Journal of Advanced Nursing**, v. 26, n. 4, p. 29-35, 2009.

PESUT, B. A conversation on diverse perspectives of spirituality in nursing literature. **Nursing Philosophy**, v. 9, n. 2, p. 98-109, 2008.

SÁ, A. C. Reflexão sobre o cuidar em enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 205-217, 2009.

SÁNCHEZ HERRERA, B. Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 27, n. 1, p. 86-95, 2009.

SCHNEIDER, M. A. Broadening our perspective on spirituality and coping among women with breast cancer and their families: Implications for practice. **Indian J Palliative Care**, v. 13, n. 2, p. 25-31, 2007.

SILVA, D. I. S. **Significados e práticas da espiritualidade para pacientes oncológicos adultos, enfermeiros e família no contexto dos cuidados paliativos:** uma revisão integrativa [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre : Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. 41 p. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/24706>>.

SILVA, E. P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 504-508, 2008.

SILVA, R. C. F. **Cuidados paliativos:** reflexões sobre uma proposta inovadora na atenção à saúde. 2004. 94 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.

SOUSA, D. K. Ensino de cuidados paliativos: uma lacuna ou uma possibilidade na graduação de enfermagem? In: SILVEIRA, D. T.; MARTINATO, L. H. M. (Org.). **Coletânea de trabalhos de conclusão do Curso de Enfermagem:** primeiro semestre de 2008. Porto Alegre: UFRGS, 2008. 1 CD-ROM. f. 1-46.

TANYI, R. A. Towards clarification of the meaning of spirituality. **Journal of advanced nursing**, v. 39, n. 5, p. 500-509, 2002.

VIVAT, B. Measures of spiritual issues for palliative care patients: a literature review. **Palliative Medicine**, v. 22, n. 7, p. 859-868, 2008.



*Vera Catarina Castiglia Portella
Sérgio Paulo de Souza Crippa*

Introdução

Neste trabalho estão apresentados, além dos resultados do estudo realizado com trabalhadores, os relatos das experiências como aluno e como professor ao praticar o conhecimento teórico adquirido durante a graduação, enriquecido das atividades práticas exercidas nos campos de estágio, notadamente com pessoas portadoras de dor musculoesquelética crônica e seus desdobramentos.

A nossa motivação inicial para o estudo foi embasada no conhecimento prático adquirido no atendimento de clientes portadores de dor musculoesquelética crônica, em ambiente ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; no atendimento dos segurados do Sistema Único de Saúde (SUS) nos estágios curriculares desenvolvidos em Unidades Básicas de Saúde; e considerando a necessidade de manter educação continuada.

A educação na modalidade presencial reinou de forma hegemônica até bem pouco tempo atrás. No entanto, a partir da última década do século XX, recebeu a companhia da educação desenvolvida na modalidade Educação a Distância (EAD) (BOTH, 2007).

¹Estudo apresentado como Trabalho de Conclusão do Curso Bacharelado em Enfermagem, em julho de 2013.

Na modalidade presencial, o principal ambiente de aprendizado é a sala de aula. Na modalidade a distância, alunos e professores estão separados espacial e/ou temporalmente; a educação é mediada por tecnologias, sendo atualmente o ambiente virtual o principal espaço de aprendizagem e de interação dos acadêmicos com professores e entre os próprios acadêmicos. Na modalidade presencial, os alunos são submetidos a cargas horárias diárias; no modelo a distância, o aluno tem mais flexibilidade, todavia não significa menos necessidade de estudo (ALVES, 2009).

Independente da modalidade de educação, a efetiva relação professor e aluno parece ser indispensável na construção do conhecimento, constatação evidenciada também na construção das práticas de saúde (SANTOS; VEIGA; GOBIRA, 2012). A Educação em Saúde pode ser definida como um processo social que preconiza não só a mudança de hábitos, práticas e atitudes, e a transmissão e apreensão de conhecimentos, mas principalmente a mudança gradual na forma de pensar, de sentir e de agir, mediante a seleção e a utilização de métodos pedagógicos participativos e problematizadores. Sendo assim, educar e aprender em saúde torna-se um processo contínuo de indagação, reflexão, questionamento e, principalmente, de construção coletiva, articulada e compartilhada (MOISÉS, 2003).

Portella (2012) desenvolveu cinco cursos na modalidade a distância e evidenciou que os cursos de educação em saúde na modalidade EAD, em ambiente virtual de aprendizagem (AVA), contribuem para que trabalhadores agreguem práticas de saúde para controle da dor musculoesquelética.

Considerando o exposto sobre modelos e modalidades de educação em saúde e a necessidade de preservar a saúde de trabalhadores, decidiu-se adotar o modelo construtivista e desenvolver e comparar o resultado de cursos de educação em saúde de trabalhadores, nas modalidades presencial e a distância, no local e em horário de trabalho, para controle e prevenção das dores musculoesqueléticas.

Este estudo propiciou ao aluno de graduação em final de curso experienciar atividades de educação em saúde ao trabalhador, mediante dois cursos de 30 horas cada um, divididos em seis módulos, para discutir e construir com trabalhadores práticas de saúde para controle e prevenção da dor musculoesquelética.

O estudo teve como objetivo identificar se existem diferenças entre os resultados obtidos, a partir dos dados fornecidos por trabalhadores em cursos de educação em saúde, nas modalidades presencial e a distância, no modelo construtivista.

Método

O estudo teve delineamento prospectivo e abordagem quantitativa. De uma população de 624 trabalhadores de instituição pública da região sul, fizeram parte da amostra 63 trabalhadores com função de Assistente Administrativo. A margem de erro calculada foi de 12%. Dessa amostra, 31 trabalhadores participaram do curso na modalidade presencial e 32 do curso na modalidade a distância, atendendo os critérios de inclusão e de exclusão previstos no projeto.

A coleta de dados ocorreu durante a realização dos cursos. Os sujeitos da amostra fizeram inscrição *on line* sem qualquer controle dos ministrantes. Cada curso teve o mesmo conteúdo, que tratava do sistema musculoesquelético, fisiopatologia da dor musculoesquelética, fatores de risco e práticas de saúde para prevenir e controlar a dor muscular.

No início e no final de cada curso, foi preenchido pelos participantes um instrumento com quinze práticas de saúde (APÊNDICE), para assinalarem as práticas que realizavam para o controle de dor musculoesquelética. Os dados coletados foram organizados em tabelas Microsoft Excel e posteriormente convertidos em banco de dados, possibilitando as análises

estatísticas, por meio do teste qui-quadrado de independência ou exato de Fischer.

As questões éticas foram analisadas e aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição com parecer nº 355379 de 08/2013.

Resultados e Discussão

Após a coleta de dados e efetuadas as análises estatísticas, observou-se que os dois grupos, antes dos cursos, não apresentaram diferenças significativas com relação ao perfil, nos aspectos sexo, idade, escolaridade e estado civil, demonstrado pelo teste de Fischer, denotando o pareamento dos mesmos.

Com relação às práticas de saúde utilizadas para controle da dor musculoesquelética antes dos cursos, não foi identificada a associação significativa entre as duas modalidades, caracterizando que, antes da intervenção, os dois grupos, presencial e EAD, iniciaram com práticas de saúde similares.

Ao iniciarmos o estudo, tínhamos a expectativa de que os resultados para a construção das práticas de saúde para controle de dor musculoesquelética com trabalhadores em curso de educação em saúde na modalidade presencial seriam mais efetivos do que os resultados atingidos em curso de educação em saúde na modalidade a distância. Esse sentimento deveu-se as nossas experiências de vida em áreas administrativas, nas quais a transmissão do conhecimento era efetuada de forma ortodoxa, ou seja, todo o conhecimento era transmitido para uma plateia passiva, mediante o método conhecido como bancário, onde o instrutor detinha todo o conhecimento e o monopólio da informação. Com relação ao público alvo, imaginávamos os sujeitos do curso presencial mais passivos em relação à construção do conhecimento, mas que a participação em sala de aula fosse mais integrada entre professor (instrutor) e aluno (trabalhador).

Os sujeitos do curso presencial, na relação antes e depois do curso, só mudaram de forma significativa a prática de saúde para controle da dor musculoesquelética no item “tomo analgésico e continuo trabalhando”, com $p=0,03$, porém essa prática não foi construída durante o curso, de acordo com os dados do estudo.

Na modalidade a distância, na relação antes e depois do curso, os sujeitos mudaram três práticas de saúde para controle da dor musculoesquelética, conforme dados do curso. Assim, “fazer exercícios” alterou significativamente, com $p=0,005$; “procuro relaxar para diminuir a ansiedade” alterou significativamente, com $p=0,005$; e, ainda, a prática de saúde “aplicar calor local” também alterou significativamente, com $p=0,01$.

Embora não tenha ocorrido associação significativa, pode-se ainda comentar que a frequência da prática de saúde para prevenção e controle da dor musculoesquelética de tomar chás, na modalidade de educação a distância, alterou de 3 (9,40%) sujeitos antes da intervenção para 7 (21,90%) sujeitos depois do curso, assim como a frequência de aplicar gelo local alterou de 4 (12,50%) sujeitos antes da intervenção para 7 (21,90%) sujeitos depois do curso.

Com relação à modalidade presencial, a frequência da prática “procuro relaxar para diminuir a ansiedade” alterou de 17 (54,84%) sujeitos para 22 (70,97%) sujeitos, assim como a frequência da prática de aplicar gelo local alterou de 10 (32,26%) sujeitos antes da intervenção para 13 (41,94%) sujeitos depois do curso.

Considerando que as duas modalidades, presencial e EAD, antes e depois do curso, utilizavam sem diferenças significativas as mesmas práticas para controle da dor, foram analisados os possíveis valores que levaram o grupo da modalidade a distância a agregar de forma significativa três práticas de saúde construídas durante o curso, enquanto que os sujeitos da modalidade presencial modificaram apenas uma prática de forma significativa, mas que não foi construída durante o curso.

Foram considerados fatores que possam ter contribuído para o resultado final, já que os participantes do curso na

modalidade presencial contavam com apenas um encontro por semana e assistiam quatro horas em sala de aula, além de uma hora que estava destinada ao trabalho complementar individual ou em grupo, no aprimoramento das informações recebidas e preparação das tarefas solicitadas, integralizando cinco horas por módulo. Esse trabalho complementar individual ou em grupo deveria ser apresentado no encontro seguinte. Essas apresentações invariavelmente eram comprometidas pela participação de poucos participantes, além de apresentarem questionamentos de ordem pessoal dissociados dos conteúdos do curso. Por outro lado, infere-se que a tímida participação dos trabalhadores durante os encontros era consequência da motivação desses participantes estar focalizada no benefício funcional pela participação no curso e pela inexistência de avaliação, considerando que a aprovação no curso estava vinculada à assiduidade com frequência mínima obrigatória de 75%.

O curso na modalidade EAD teve a primeira aula na modalidade presencial para apresentação e cadastramentos dos participantes na plataforma e orientações gerais acerca do desenvolvimento do curso. A partir do Módulo II, os conteúdos eram disponibilizados no Ambiente Virtual para acesso e estudo por parte dos trabalhadores, que dispunham de quatro horas durante o expediente de trabalho para desenvolverem os conteúdos, além de uma hora para trabalho complementar individual ou em grupo, enriquecimento das informações, postagem de material e esclarecimento de dúvidas ou contribuições com material encontrado na internet, integralizando cinco horas por módulo. A aprovação no curso estava vinculada à participação do trabalhador registrada por meio do controle de acesso no ambiente virtual, com frequência mínima obrigatória de 75%.

No desenrolar do curso na modalidade presencial, constatamos que poucos trabalhadores tiveram participação efetiva, monopolizando os debates, principalmente com questionamentos acerca de problemas pessoais ou de familiares e sobre sua história de vida. Esses mesmos trabalhadores

contribuíram com algum material obtido, mediante pesquisa efetuada fora da sala de aula, a partir das orientações e sugestões dos monitores (ministrantes). Ao final, os resultados evidenciaram que esses sujeitos não incorporaram as práticas de saúde desenvolvidas em sala de aula.

Diferentemente, os participantes dos cursos na modalidade EAD, ao final do curso, construíram e incorporaram as práticas de saúde para controle da dor muscular desenvolvidas durante o curso.

Este estudo apresentou resultados similares aos evidenciados por Portella (2012) com a mesma população, em que os sujeitos na modalidade de educação a distância, em ambiente virtual de aprendizagem, agregaram os conhecimentos construídos durante os cursos.

Infere-se que a diferença de resultados entre os grupos do curso presencial e o EAD pode estar relacionada ao pressuposto de Leininger (1995) de que, para haver adesão às orientações do profissional de saúde, esse profissional precisa transformar-se de um estranho não confiável em um amigo confiável. Enfatizamos que, no curso presencial, os contatos entre o enfermeiro (professor) e os sujeitos (alunos) ocorriam uma vez na semana, no dia da aula, enquanto que, no curso EAD em ambiente virtual de aprendizagem, os encontros entre o enfermeiro (professor) e os sujeitos (alunos) em ambiente virtual, mediante a ferramenta fórum, ocorriam quase que diariamente, possibilitando maior interação entre as partes. Ainda relacionado aos pressupostos de Leininger (1995), acredita-se que o indivíduo traz as suas práticas de saúde e só irá informá-las quando ocorrer uma relação de confiança entre o enfermeiro (professor) e o sujeito (aluno).

Outro aspecto a ser considerado é a abordagem construtivista adotada para desenvolver os dois cursos. Apesar do esforço dos professores para manterem a mesma proposta aos grupos, os sujeitos do curso presencial adotaram uma postura passiva, como ouvintes, limitaram-se a receber os conteúdos, e colaboraram muito pouco com a construção das práticas de saúde, resultando em associação não significativa.

Silva, Fossatti e Sarmento (2011), discutindo a questão do conhecimento, relatam que esse deve ser construído com a participação do professor, como colaborador, e dos alunos. Houve preocupação do instrutor em estimular o grupo na construção das práticas de saúde, mas a motivação dos alunos do curso presencial, de forma geral, estava apenas em conquistar os pontos da capacitação para a progressão funcional.

Quanto à modalidade EAD, observou-se um comportamento diferenciado entre os participantes, pois estes acessavam o ambiente em vários dias e horários durante as semanas de atividades. Participaram ativamente da formação do conhecimento e colaboravam na construção das práticas de saúde, fato que ficou demonstrado pelos resultados com significativa mudança nas práticas para prevenção e controle da dor musculoesquelética, reforçando as afirmações de Bezerra e Araújo (2012) sobre a importância de os participantes construir o seu próprio conhecimento de acordo com a maturação e o desenvolvimento dos seus esquemas mentais.

Verificamos que o fórum, ferramenta do ambiente virtual para discussão entre participantes de uma atividade, foi ativamente utilizado pelos sujeitos da modalidade EAD tanto para a troca de opiniões quanto para coleta e socialização de materiais para atingir os objetivos desse curso.

Portella et al. (2012) constataram a importância do fórum para a construção do conhecimento e para a relação de confiança entre os sujeitos, possibilitando a integração entre todos no processo de construção de práticas de saúde para prevenção e controle da dor musculoesquelética. Esses autores concluíram ainda que, por ser uma ferramenta assíncrona, permite a comunicação dos participantes em qualquer horário e local, facilitando a interação dos sujeitos, sendo que o ambiente virtual pode ser um espaço fértil de significação onde seres humanos e objetos interagem, potencializando a construção da aprendizagem.

Analisando nossa experiência com as duas modalidades de ensino, com a mesma base teórica construtivista, constatamos que a modalidade de educação a distância propiciou vantagens em relação à modalidade presencial pelo uso da internet como recurso ilimitado na busca de informações e pela facilidade de contato entre todos os participantes, inclusive com o professor, de maneira quase constante. Observamos que no ambiente virtual de aprendizagem tínhamos mais inter-relação com os alunos do que na modalidade presencial, cujos encontros ocorriam uma vez por semana.

Cabe relatar, ainda como resultado das nossas experiências na administração dos dois cursos, a constatação relativamente à escolha da modalidade pelos participantes, já que ficou evidente que os participantes do curso presencial fizeram a inscrição em função das suas dificuldades em dominar os recursos das novas tecnologias da informação disponíveis, como microcomputador, internet e e-mail, além de possuírem faixa etária mais elevada e menor escolaridade. Os participantes do curso a distância se enquadraram na geração Y ou geração da internet, pois estão plenamente familiarizados com as novas tecnologias da informação, possuem menor faixa etária e maior escolaridade.

No estudo de Portella (2012) ficou comprovado que sujeitos não familiarizados com as novas tecnologias da informação podem ser habilitados nessas ferramentas e participarem normalmente de curso de educação em saúde na modalidade a distância.

Considerações Finais

O rápido e constante avanço do conhecimento na atualidade representa um desafio para todos que necessitam estar sincronizados com as novas descobertas. Para tal, torna-se premente o desenvolvimento de modalidades de ensino que estejam alinhadas com estes desafios e permitam a educação e a atualização constantes, sendo a educação a distância uma destas estratégias. Nesse sentido, o uso da modalidade de educação a distância em um curso de educação em saúde mostrou-se adequado e eficiente para construir as práticas de saúde para controle da dor musculoesquelética.

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros e os cursos de formação profissional, devem estar atentos ao desenvolver educação em saúde de forma construtivista, pois na construção das práticas de saúde deve-se agregar o conhecimento e as práticas que o indivíduo traz consigo e que já desenvolvia.

A educação em saúde no ambiente virtual pode ser replicada para trabalhadores, professores, alunos e pais nas escolas, em qualquer instituição que utilize ambiente virtual. Acreditamos que os cursos de educação em saúde na modalidade EAD estão mais adequados ao momento presente e são indicados para a educação continuada em saúde pelos recursos existentes, pela disponibilidade de acesso à informação, e pela interação ilimitada entre os participantes, inclusive com os professores.

Os profissionais de saúde devem consentir que os sujeitos utilizem o seu conhecimento para, sempre que possível, permitir a adaptação de suas orientações ao conhecimento desses ou negociar ajustes, a fim de comprometê-los no tratamento.

Finalmente, consideramos que a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos, bem como as experiências vivenciadas nos diversos campos de estágios, e que contribuíram na formação do aluno (pesquisador), representaram o marco final na formação acadêmica deste aluno, que participou do desenvolvimento e da execução desse estudo.

Referências

ALVES, A. **Diferenças básicas entre o ensino a distância e o modelo presencial**, 2009. Disponível em: <<http://pt.shvoong.com/social-sciences/education/1958033-diferen%C3%A7as-b%C3%A1sicas-entre-ensino-dist%C3%A2ncia/>>. Acesso em: 27 out. 2012.

BEZERRA, G. F.; ARAUJO, D. A. C. Psicologia da educação: uma disciplina em crise no pós-construtivismo. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v.16, n.1, jun.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572012000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2012.

BOTH, I. J. **Educação a distância**: formação humana e qualificação profissional sem preconceitos. Fascinter, 2007. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/CI-074-02.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

LEININGER, M. **Transcultural nursing**: concepts, theories, research and practice. 2nd. ed. New York: McGraw-Hill, 1995.

MOISÉS, M. A Educação em saúde, a comunicação em saúde e a mobilização social na vigilância e monitoramento da qualidade da água para consumo humano. **Jornal do Movimento Popular de Saúde/MOPS**, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo2.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2012.

PORTELLA, V. C. C. **Educação em saúde para trabalhadores em ambiente virtual de aprendizagem com foco nos pressupostos teóricos de Leininger**. Porto Alegre, 2012. Tese (Doutorado), UFRGS, 2012.

PORTELLA, V. C. C. et al. Fórum em ambiente virtual na relação de confiança entre o profissional e o indivíduo cuidado. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, dez. 2012 .

SANTOS, N. C.; VEIGA, P.; GOBIRA, R. A. **A importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro.** Portal Educação - Cursos Online, 03/2012. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/10251/a-importancia-da-anamnese-e-do-exame-fisico-para-o-cuidado-do-enfermeiro/pagina-1>>. Acesso em: 9 dez. 2012.

SILVA, D.I.S. 2010. **Significados e práticas da espiritualidade para pacientes oncológicos adultos, enfermeiros e família no contexto dos cuidados paliativos: uma revisão integrativa.** [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010. 41 p. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/24706>>. Acesso em: 2 set. 2012.

SILVA, SA; FOSSATTI, P; SARMENTO, DF. Teorias implícitas sobre o ensino e a aprendizagem. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 15, n. 2, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572011000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 set. 2012.

APÊNDICE - Instrumento para conhecer as práticas de saúde dos sujeitos da amostra antes e depois da intervenção (curso)

PRÁTICAS DE SAÚDE

O que você faz quando deseja prevenir ou controlar a dor musculoesquelética?

- Q.1.** Tomo analgésico e vou para casa ();
- Q.2.** Tomo analgésico e continuo no trabalho ();
- Q.3.** Fico quieto(a) até passar ();
- Q.4.** Faço exercícios ();
- Q.5.** Vou ao médico. Especialidade ();
- Q.6.** Pergunto para colega o que fazer ();
- Q.7.** Vou a uma emergência ();
- Q.8.** Tomo chá / qual ();
- Q.9.** Procuro relaxar para diminuir ansiedade ();
- Q.10.** Imobilizo o local da dor ();
- Q.11.** Uso florais ();
- Q.12.** Uso homeopatia ();
- Q.13.** Aplico calor local ();
- Q.14.** Aplico gelo ();
- Q.15.** Outra, qual? ().



Fernanda Karla Metelski
Denise Zocche
Letícia Trindade
Caroline Ellen dos Santos
Eluani Rigon
Jéssica Vanessa Corradi Dalazen
Mariana Mendes
Mauricio Kirschner

Introdução

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) teve origem com movimentos políticos e sanitários iniciados na década de 1970, e culminou na institucionalização do direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros. Uma das principais dificuldades que vem sendo encontradas para a sua implementação é a formação de recursos humanos para a área da saúde, considerando que a complexidade do trabalho exige o desenvolvimento de competências, traduzidas em conhecimentos, habilidades e atitudes, voltadas a atuação multiprofissional na promoção da saúde (BENITO et al., 2012). Além disso, a mudança do modelo de atenção à saúde implica em uma reorganização das instituições formadoras, no sentido de atender a formação de “coletivos organizados de produção da saúde”, que vão além do debate

¹ Estudo original produzido a partir do Estágio Curricular Supervisionado I da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem com ênfase em Saúde Pública da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, Centro de Desenvolvimento do Oeste – CEO.

pedagógico, mas que passam pela discussão e implantação de novas diretrizes curriculares, em que o ensino deve ser voltado para o SUS, e a integralidade da atenção é o princípio orientador do trabalho em saúde. Neste contexto, as mudanças se deram no âmbito político, social e profissional, onde a área da saúde sofre um grande impacto: implementar ações e procedimentos a partir de um modelo de atenção voltado ao atendimento das necessidades individuais e coletivas (CECCIM; FERLA, 2011).

Diante das transformações decorrentes do quadro político-social e econômico no Brasil, a Enfermagem, enquanto profissão, deve ser reorganizada com o intuito de avançar não apenas na formação de um novo profissional, mas, principalmente, de um indivíduo crítico capaz de contribuir para a transformação do contexto em que está inserido (FAUSTINO et al., 2003; BRITO; BRITO; SILVA, 2009). A formação profissional deve ser fundamentada em conhecimentos e na ética, direcionada para a capacidade de identificar problemas, buscando alternativas para superá-los, como o desenvolvimento do raciocínio crítico, a autonomia, a criatividade e a comunicação (BARLEM et al., 2012). As competências referentes ao perfil do enfermeiro foram definidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e podem ser identificadas como: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2001).

Na busca pela formação de profissionais comprometidos, sente-se a necessidade de ampliar a discussão em relação à formação do estudante de enfermagem para além dos muros da universidade, de modo que este tenha maior oportunidade de vivenciar novos espaços de atuação e integrar-se com outros estudantes e profissionais durante o estágio curricular supervisionado (RODRIGUES; TAVARES, 2012). No caso da Enfermagem, assim como para Farmácia e Nutrição, a formação profissional deve atender as necessidades sociais e da saúde (CECCIM, 2012).

Nesse sentido, estima-se que as instituições de ensino comprometam-se com o desenvolvimento de profissionais

humanizados, críticos, reflexivos, éticos e políticos, impulsionando a profissão e repercutindo positivamente na formação de enfermeiros com maior inserção e participação social (COSTA; MIRANDA, 2010).

Este capítulo tem por objetivo tecer reflexões sobre o Estágio Curricular Supervisionado (ECS) e suas contribuições para gestão e gerenciamento de enfermagem a partir das experiências de acadêmicos de enfermagem em um Centro de Saúde da Família (CSF) no município de Chapecó, estado de Santa Catarina. O componente curricular desenvolveu-se com um grupo de cinco estudantes da oitava fase do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina entre os meses de abril e maio de 2014.

O relato de experiência possibilita explorar os aprendizados vivenciados por outras pessoas, comparando com a própria realidade vivenciada, resultando em que a experiência perpassa a área teórica com sua simples descrição, para propiciar novos debates e reflexões sobre a temática (CARVALHO et al., 2012). Segundo Bondia (2002), podemos ser transformados por tais experiências, e na própria experiência está a capacidade de formação ou de transformação, ou seja, é a experiência o que nos passa ou o que nos toca, ou que nos acontece. Somente o sujeito da experiência está aberto a sua própria transformação.

Desenvolvimento do Estágio Curricular Supervisionado

O ECS tem oportunizado a inserção dos estudantes de enfermagem na realidade vivenciada pelos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro em suas atividades de gestão e gerenciamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), possibilitando aos acadêmicos realizarem discussões, intervenções no processo de trabalho em saúde, e atuarem de

forma conjunta com a equipe de saúde da família, nos espaços de gestão e interinstitucional.

Os temas das discussões perpassaram a legislação referente às políticas de saúde, e a utilização de instrumentos de gestão que fazem parte do processo de trabalho das equipes de saúde da família. Toda essa discussão precisou ser explorada pelos acadêmicos para que fosse possível experimentar a sua aplicação no cotidiano de gestão do serviço de saúde pública. Nesse sentido, foi possível sentir e pensar sobre possíveis caminhos e jeitos de implementar ações e procedimentos institucionais a partir do mapa inteligente do território da UBS, bem como toda Atenção Básica (AB) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município. Para tanto, os espaços das reuniões de equipe e discussões de caso auxiliaram na compreensão da organização do processo de trabalho e no desenvolvimento do Planejamento Estratégico Situacional (PES), bem como oportunizaram o desenvolvimento de dinâmicas de interação entre a equipe multiprofissional e acadêmicos. Outro elemento importante nesse processo foi o conhecimento adquirido por meio do manuseio de sistemas de informação online, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Cadastro Nacional de Usuários (Cadsus Web). Além destes, o Sistema de Telemedicina e Telessaúde (STT) também foi explorado pelos acadêmicos, uma vez que oferece apoio ao processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.

Dentre as intervenções experienciadas pelos acadêmicos no ECS estão aquelas relacionadas à educação e ao cuidado em saúde. A educação em saúde foi desenvolvida a partir de temas indicados pelos profissionais e pela comunidade, envolvendo atividades relacionadas à educação permanente. O grupo desenvolveu atividades educativas por meio de rodas de conversa que envolveram os agentes comunitários de saúde, abordando temas como a tuberculose, hepatites e doenças sexualmente transmissíveis. Nas rodas surgiram relatos, casos e trocas de experiências, além do esclarecimento de dúvidas. Além disto, os acadêmicos participaram da reunião com grupos de hipertensos e diabéticos, com o objetivo de conhecer as necessidades desta

população e compreender os aspectos coletivos implicados no processo de adoecimento.

Sobre as atividades gerenciais, os acadêmicos puderam acompanhar o fechamento de mapas de produção do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), emissão de relatórios do software WinSaúde, e conhecimento e discussão dos planos operacionais elaborados pela equipe a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Neste sentido, esta atividade agregou valor à formação dos acadêmicos, já que o enfermeiro tem papel preponderante na administração, visto que usualmente assume o gerenciamento dos centros, com o objetivo de organizar os recursos disponíveis, facilitando a assistência (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

No papel de gestor do serviço de saúde, cabem ao enfermeiro as atividades de planejamento frente às políticas de saúde vigentes, a nível local. No caso desta experiência relatada, a implementação das ações do Programa Saúde na Escola (PSE) se constituía, naquele momento, um nó crítico para a equipe, o que motivou os acadêmicos a desenvolverem um PES para aquela realidade.

Cabe ressaltar que a UBS, em conjunto com a escola, encontrava-se no início das atividades, ou seja, o primeiro componente do programa, que é a avaliação clínica e psicossocial (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Segundo Santos et al. (2013), o planejamento das ações de cuidado é utilizado para caracterizar as atividades desenvolvidas visando a realização de práticas articuladas de cuidado. O planejamento das atividades se deu por meio do interesse dos envolvidos, em uma relação dialógica entre docente, discentes, profissionais do serviço e da escola, que acordaram as agendas com o intuito de atender as necessidades do serviço e da escola. Neste cenário, o planejamento das atividades, bem como a distribuição das responsabilidades e elaboração do cronograma, foram protagonizados pelo grupo de acadêmicos.

O desenvolvimento das atividades assistenciais e educativas consistiu na oferta de ações e procedimentos. As turmas da

escola eram recepcionadas na UBS, na sala de reuniões que foi reorganizada para o formato “sessão cinema”, ou seja, os estudantes assistiram parte do filme “Minha mãe é uma viagem” enquanto aguardavam a sua vez para serem chamados a realizar as atividades de cadastro no PSE, verificação e avaliação antropométricas, preenchimento da caderneta criança/adolescente, conferência do calendário vacinal, realização do teste de Snellen e avaliação odontológica.

Ao término da atividade, realizou-se uma avaliação, durante a reunião de equipe, por meio de uma roda de conversa, na qual foram expostos os dados gerados pelas fichas, preenchidas durante a intervenção e digitadas em uma planilha do Microsoft Excel. Os dados foram tabulados com o auxílio do software Epi Info 7 e entregues para a equipe em um relatório.

O estágio proporcionou aperfeiçoamento e potencialização das habilidades de raciocínio clínico e político voltados à gestão e ao gerenciamento em enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde da Família, desta forma tornando os acadêmicos mais confiantes, preparados e críticos frente aos desafios da profissão.

Considerações Finais

A partir do conhecimento teórico científico adquirido em sala de aula, a inserção dos acadêmicos em uma UBS permite o confronto com a realidade profissional, e, ainda, o resgate de temas voltados ao cotidiano do trabalho em saúde e enfermagem, como gestão e gerenciamento, que foram tão pouco trabalhados nos estágios anteriores.

A experiência proporcionada pelo ECS propiciou a reflexão sobre a aplicação da teoria na prática, e o quanto isto exige de capacidade de integrar e articular diversos saberes. Portanto, não é uma tarefa simples, pois requer dos participantes o comprometimento e o conhecimento das atividades propostas e a habilidade para integrá-las e organizá-las em conjunto com

a equipe de saúde. Sendo assim, o grupo percebeu-se mais crítico, capacitado e atuante para futuros estágios ou atividades profissionais.

O PSE revelou-se um espaço primordial para atuação do enfermeiro, especialmente no que se refere ao planejamento, liderança, educação em saúde e promoção da saúde. A interação entre os acadêmicos e estudantes da escola contribuiu para o fomento do autocuidado e da qualidade da assistência de enfermagem.

Referências

BARLEM, J. G. T. et al. Fragilidades, fortalezas e desafios na formação do enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 347-363, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000200020&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 set. 2014.

BENITO, G. A. V. et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 172-178, 2012.

BONDIA, J. L. Notas sobre experiência e o saber de experiência. **Rev. Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001**, institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**, aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011.

BRITO, A. M. R. de; BRITO, M. J. M.; SILVA, P. A. B. Perfil sociodemográfico de discentes de enfermagem de instituições de ensino superior de Belo Horizonte. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 328-333, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000200013&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 set. 2014.

CARVALHO, I. da S. et al. Monitoria em semiologia e semiótica para a enfermagem: um relato de experiência. **Rev. Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 2, 2012.

CECCIM, R. B. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. **Rev. Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, 2012.

CECCIM, R. B., FERLA, A. A. Abertura de um eixo reflexivo para a reflexão da saúde: o ensino e o trabalho. In: REGO, S. et al. (Org.). **Educação médica: gestão, cuidado e avaliação**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 258-277.

COSTA, R. K. de S.; MIRANDA, F. A. N. de. Opinião do graduando de enfermagem sobre a formação do enfermeiro para o SUS: uma análise da FAEN/UER na formação acadêmica do enfermeiro para o SUS na percepção de docentes e discentes da Faculdade de Enfermagem/UERN. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 39-47, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100007>. Acesso em: 15 set. 2014.

FAUSTINO, R. L. H. et al. Caminhos da formação de enfermagem: continuidade ou ruptura? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 343, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-71672003000400004>. Acesso em: 15 set. 2014.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, abr./jun. 2009.

RODRIGUES, L. M. S. R.; TAVARES, C. M. de M. Estágio supervisionado de enfermagem na atenção básica: o planejamento dialógico como dispositivo do processo ensino-aprendizagem. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1075-83, 2012.

SANTOS, J. L. G. et al. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 136-143, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013010300001&script=sci_arttext_pr>. Acesso em: 15 set. 2014.



Sabrina Lacerda

Érica Rosalba Mallmann Duarte

Carmen Maria Tomazelli Lunardi

Introdução

O Estágio Curricular é um momento importante na formação acadêmica, devendo proporcionar ao aluno discussões e esclarecimentos sobre a prática do profissional (SANTOS et al., 2013). Na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), os dois últimos semestres são o momento em que os acadêmicos realizam os estágios curriculares obrigatórios, tanto na rede hospitalar como na atenção básica.

A partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), fundamentadas na Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, os cursos da área da saúde passaram por várias alterações, buscando orientar a formação acadêmica. Além dos conteúdos teóricos e práticos, foram incluídos os estágios curriculares supervisionados em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades (BRASIL. Ministério da Educação, 1996; BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2001).

No caso da Escola de Enfermagem da UFRGS, o projeto político pedagógico do Curso de Enfermagem passou por uma segunda revisão, em 2013, para melhor atender as DCN. As diretrizes enfatizam a inserção dos alunos nos serviços de saúde

e determinam que 20% da carga horária total do curso deve ser desenvolvida em atividades de estágio curricular supervisionado. Neste estágio, o aluno poderá adquirir competências para desenvolver sua prática, quando profissional, de forma integrada e contínua com as instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, analisar os problemas da sociedade relativos à saúde e procurar soluções para os mesmos. A partir desse pressuposto, a grade curricular do curso teve a ampliação de mais dois estágios curriculares, alocados no oitavo e nono semestre.

O Estágio Curricular II – Serviços de Atenção Básica oportuniza ao aluno a realização de atividades em unidades de saúde no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (DGCC) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA).

Durante minha trajetória profissional como técnica de enfermagem acadêmica do curso de graduação em enfermagem, sempre na assistência ao paciente crítico, meu contato com a Atenção Básica havia sido somente em práticas assistenciais durante as disciplinas de Saúde Coletiva I e II. Entretanto, no último semestre, tive a oportunidade de experimentar a Atenção Básica no estágio curricular. Neste momento, parei para refletir de que forma a bagagem de conhecimentos e habilidades adquiridos até esse ponto do curso de graduação poderiam se “entrecruzar” com as necessidades e rotinas do serviço. Neste estágio, o aluno é provocado a agir como enfermeiro nos setores em que é realizado, proporcionando-lhe vivências que integram a prática cotidiana do profissional.

Unindo as informações das políticas de saúde a minha experiência profissional, e acreditando na importância social da ideia, o projeto de realizar uma atividade de capacitação sobre urgências e emergências foi tomando forma e se ampliando à medida que conversava com minha professora orientadora de estágio. A ideia estava embasada na Portaria nº 2048/2002 da Política Nacional de Atenção às Urgências, que descreve a responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde como unidades de atendimento pré-hospitalar fixo (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002), e na Portaria nº 648/2006 da Política Nacional de Atenção

Básica, que estabelece como característica do processo de trabalho dessas equipes a realização de primeiro atendimento às urgências clínicas e odontológicas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA, 2006).

Neste contexto, surgiu o Projeto “O que fazer até o SAMU chegar!”. Esta proposta teve como objetivo inicial criar momentos de discussão e reflexão sobre o atendimento às urgências e emergências na Atenção Básica e era direcionada a profissionais da saúde.

O objetivo desta narrativa é descrever a vivência da acadêmica ao elaborar e implementar o projeto na Unidade Básica, seu campo do estágio curricular, que ocorreu no período de 16 de julho a 10 de dezembro de 2013.

O Estágio na Unidade Básica de Saúde 1º de Maio

A Unidade Básica de Saúde (UBS) 1º de Maio localiza-se na Avenida Oscar Pereira nº 6199, bairro Cascata, pertence à Gerência Glória/Cruzeiro/Cristal da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre. Atende a uma população de 45.135 habitantes, conforme o último censo (IBGE, 2010), e oferece serviços de atenção primária à saúde. Seu horário de funcionamento é das 7h às 18h, de segunda a sexta-feira (PORTO ALEGRE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

A equipe é composta por enfermeiros, médicos, cirurgiã dentista, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnico de higiene bucal, pessoal administrativo, de portaria e de higienização. A equipe apresenta uma característica peculiar de possuir funcionários com vínculos municipais, estaduais e federais.

Os serviços oferecidos são de nível ambulatorial, como realização de curativos, teste de glicemia capilar, verificação dos sinais vitais, coleta do exame preventivo citopatológico de colo de útero, teste do pezinho, vacinas, consultas médicas com

clínico geral, ginecologista e pediatra, consultas de enfermagem e consulta odontológica. Além disso, também são realizadas visitas domiciliares de acompanhamento de pacientes e distribuição de material de curativos quando necessário e material em processos especiais.

Durante o estágio foi possível vivenciar os programas Prá-Nenê, Prá-crescer e Hiperdia, programas de vigilância em saúde voltados a parcelas específicas da sociedade (PORTO ALEGRE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013). Nesta Unidade funciona também o Programa de Educação pelo Trabalho (PET) Rede Cegonha, com uma enfermeira especialista em saúde da mulher como preceptora.

Uma das estratégias de organização do trabalho na Unidade são as reuniões de equipe, realizadas todas as quintas-feiras, nas quais são discutidos os assuntos pertinentes ao processo de trabalho e comunicações em geral.

Durante o período do estágio, a Unidade Básica iniciou o atendimento com acolhimento, como forma de encaminhamento das demandas da comunidade que a procura, o que proporcionou aos acadêmicos uma situação de intensa experiência.

Como se pode constatar, muitas são as habilidades que um acadêmico de enfermagem pode aprimorar neste campo, mas, entre as diversas atividades realizadas no período de estágio, escolhi aprofundar, neste relato, o desenvolvimento do projeto “O que fazer até o SAMU chegar!”.

O Projeto “O que fazer até o SAMU chegar!”

Ao apresentar a ideia do projeto “O que fazer até o SAMU chegar!” para a coordenadora da UBS, além de este ser bem aceito por ela, houve uma solicitação para ampliar o público alvo para incluir a comunidade da Unidade. Feliz e desafiada, pensei

em começar a movimentar a comunidade para torná-los atores da sua própria história (como a literatura diz), e que o cuidado individual e coletivo não fosse um fato isolado, mas parte da vida dessas pessoas.

O projeto foi bem aceito quando apresentado na reunião de equipe e aos usuários na reunião do Conselho Local de Saúde. Importante relatar que a equipe de enfermagem me auxiliou na apresentação na reunião mensal do Conselho Local de Saúde. Ao receber o aval de todos, iniciei as atividades.

A principal atividade do estágio curricular, então, foi a execução do projeto. Com a ampliação do público alvo, as ações do projeto iriam além dos horários e dos turnos do estágio. Optei, neste momento, em torná-lo uma atividade de extensão universitária, sob o número 24506. O projeto de extensão foi realizado, então, de julho a dezembro, atendendo um público de 483 pessoas (entre crianças e adultos), os quais receberam orientações sobre prevenção de acidentes e/ou como proceder durante as emergências clínicas mais comuns. Além disso, foi realizada uma simulação de atendimento em caso de incêndio numa escola de ensino fundamental.

Os Desafios

A apresentação do projeto às lideranças comunitárias e a pactuação foram realizadas durante a reunião mensal do Conselho Local de Saúde da UBS 1º de Maio. Os representantes sugeriram os locais de maior necessidade para a realização das oficinas de primeiros-socorros. Para o reconhecimento da área de abrangência da Unidade de Saúde (territorialização), realizado por mim para conhecer o ambiente e fazer novos contatos, fui acompanhada sempre por funcionários da Unidade Básica e por representantes sociais da localidade, que se empenharam para que o projeto fosse realizado.

O objetivo principal do projeto “O que fazer até o SAMU chegar!” foi capacitar os profissionais de saúde da Atenção Básica para identificar e atender situações de urgência e emergência. Os objetivos secundários foram: capacitar os profissionais das escolas para identificar e atender situações de urgência e emergência; instruir educandos para identificar e atender situações de urgência e emergência; e preparar a equipe para reconhecer e prestar os primeiros atendimentos nas situações de urgência e emergência até a chegada do Serviço Atendimento Móvel de Urgência, utilizando protocolos e recursos disponíveis na unidade, com vistas a prevenir falhas evitáveis e diminuir a morbi-mortalidade relacionada a estas situações.

O público alvo foram os profissionais de saúde da UBS 1º de Maio, alunos e professores de escolas da área de abrangência da Unidade e a comunidade em geral. O projeto desdobrou-se em quatro eixos: educação permanente, educação na escola, simulação de situações de agravos e oficinas de primeiros socorros.

Operacionalização

As atividades realizadas na UBS no eixo educação permanente foram temas escolhidos em grupo durante as reuniões de enfermagem. Entretanto, numa reunião geral de equipe, um médico pediu que, no encontro do mês seguinte, fosse discutido o atendimento ao paciente com acidente vascular cerebral (AVC) e o funcionamento do protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA, 2013), sendo que as oficinas foram ampliadas para toda equipe.

Foram realizadas oficinas de primeiros socorros com os educadores em três escolas de educação infantil, em duas escolas estaduais, com os professores das séries iniciais, em uma das escolas de ensino fundamental e médio, e uma só de ensino

fundamental. Realizou-se uma simulação de situação de agravo numa das escolas, que atendia somente séries iniciais. A ideia do simulado foi a de pensar a prevenção de incêndios e surgiu a partir da fala da diretora durante as oficinas de primeiros socorros nesta escola, em que esta disse: *“se a escola pegar fogo, pego minha bolsa, saio correndo e ainda grito... salvem as crianças! Pois não sei o que fazer!”*.

A simulação foi realizada no dia 4 de outubro, às 9h, e contando com a ajuda de 22 acadêmicos de enfermagem, que atuaram como coadjuvantes, para proporcionar a segurança das crianças na atividade. Para a realização da simulação, foi acionada a presença de serviços de emergência do município. Cabe ressaltar a participação dos pais e responsáveis durante o preparo do simulado, que estimulavam a realização do “evento”, como era chamado por eles.

As oficinas de primeiros socorros na comunidade se deram depois da divulgação na área e foram realizadas em local indicado pelos líderes comunitários. As oficinas foram realizadas aos sábados e contaram com a presença de 20 pessoas. Entretanto, teve uma peculiaridade neste grupo, pois não foi possível passar a lista de presença nem registrar o evento em fotos. Foi necessário preservar a identidade de um dos participantes, que queria muito aprender a identificar essas situações que faziam parte do seu cotidiano.

Considerações Finais

O projeto representou a realização de um sonho pessoal, sendo seu desenvolvimento possível graças ao apoio de diferentes pessoas e setores sociais.

A oportunidade de propor e gerenciar uma ação inovadora à comunidade, durante o estágio curricular e após, por meio da atividade de extensão, foi um desafio tanto para mim quanto para minha professora orientadora e minha enfermeira supervisora,

sendo ambas essenciais na minha reta final como acadêmica de enfermagem. Essenciais porque, com elas, consegui identificar que ser enfermeira perpassa o cuidar em situação de doenças, mas que todos nós, profissionais de saúde, temos, sim, um compromisso com os seres humanos, que é mostrar que todos somos autores de nossa própria história.

Conseguí ver, na prática, que a coresponsabilização é feita por usuários do sistema e por profissionais, implicados em mudar pequenas situações que podem interferir no seu bem-estar diário.

Falar sobre as situações de emergência foi o estopim para uma reflexão da comunidade e dos profissionais sobre o cuidado individual e coletivo, educação no ambiente de trabalho e o papel de cada indivíduo nesse contexto. E mais, o trabalho lado a lado da universidade/Unidade Básica de Saúde/usuários possibilitou-me extrapolar a teoria e colorir com a prática, colocando-me frente a frente com a importância do controle social neste cenário de saúde.

As escolas se mostraram um grande universo, com diferentes oportunidades de se trabalhar em questões de saúde. Trabalhar junto de crianças e professores foi uma experiência que me deixou com muita vontade de, cada vez mais, ter a escola como um local produtor de saúde, bem no sentido ampliado como direciona a Organização Mundial de Saúde.

Dentre as diversas ferramentas de trabalho do enfermeiro, acredito que os processos educativos são muito importantes, pois por meio deles conseguimos, de alguma forma, afetar e sermos afetados (CECCIM; FERLA, 2009) no momento de produção de saúde.

Realizar o estágio curricular na UBS 1º de Maio, ao lado de uma equipe tão acolhedora às ideias novas, de orientadora tão dedicada e de supervisora incentivadora de sonhos, foi uma experiência que só me proporcionou mais vontade de ser enfermeira promotora de saúde. E, depois desse estágio, descobri que não quero só *transitar* pela Atenção Básica, mas *ficar atuando* nesse nível de atenção à saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>> Acesso em: 01 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro,

v. 6, n. 3, p. 443-456, nov. 2008/fev. 2009. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/>>. Acesso em: 01 out. 2014.

IBGE. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. [Site] Porto Alegre: 2013. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=853>. Acesso em: 01 jun. 2013.

SANTOS, E. M. et al. A importância do estágio curricular na formação profissional do assistente social. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, Aracaju, v.1, n. 3, p. 51-60, jun. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/humanas/article/view/772/448>>. Acesso em: 01 out. 2014.



*Denise Tolfo Silveira
Janilce Dorneles de Quadros*

Introdução

A Lei do exercício profissional nº 7498, de 25 de junho de 1986, artigo 11, inciso I, alínea “i” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1993), legitima o enfermeiro para o pleno exercício da consulta de enfermagem (CE) com o indivíduo, seja no âmbito hospitalar, ambulatorial, domiciliar ou em consultório particular, sendo competência exclusiva do enfermeiro (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

Um dos cenários de maior atuação do enfermeiro, em que a realização da CE é de extrema importância, se dá na atenção básica, sendo na atenção primária onde ocorre um conjunto de ações que visam à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento e reabilitação nos âmbitos individual e coletivo. A importância da compreensão da realização da CE na atenção básica se deve ao fato deste serviço ser o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde.

Portanto, com base nas relevâncias já levantadas acerca da CE, se faz necessária a compreensão de sua atual situação no contexto da atenção básica em relação às dificuldades, competências e entendimentos acerca da prática da CE.

O presente estudo objetivou descrever as principais etapas envolvidas no planejamento/execução da CE adotadas pelos enfermeiros da atenção básica na realização da consulta de saúde da mulher e demonstrar o grau de importância atribuído pelos enfermeiros à realização da CE.

Revisão da Literatura

Caracterização da consulta de enfermagem para o cuidado em saúde

Atualmente, a CE já está implementada e respaldada legalmente, ocorrendo em diversos programas, como cuidado ao adulto, mulher, criança e idoso. Para o cumprimento dessa função, busca-se o conhecimento adquirido durante o curso de graduação, a base para a execução adequada do papel desempenhado.

Segundo Vanzin e Nery (2007), como método de assistência, a CE possibilita conhecer o cliente em todas as dimensões e fortalece o enfermeiro em suas prerrogativas. Um dos princípios estabelecidos pelas autoras é o alto índice de resolutividade dos problemas de saúde, incluindo a prescrição da assistência de enfermagem e encaminhamento a outros profissionais. Outro princípio é permitir que os clientes expressem seus sentimentos com privacidade, garantindo acolhimento singular, tendo como sujeito o ser humano e como objeto o cuidado de acordo com o princípio da integralidade, reforçando o vínculo profissional enfermeiro/cliente.

Além disso, a CE é fundamentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e na perspectiva de consolidação de modelos assistenciais voltados às necessidades de saúde da população (SANTOS; CUBAS, 2012).

Sistematização da consulta de enfermagem

Segundo a resolução 272/2002 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002), as fases da execução da sistematização da CE consistem em: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e evolução de enfermagem.

O histórico de enfermagem faz parte de uma avaliação inicial que consiste em uma coleta de dados sobre o estado de saúde, etapa geralmente caracterizada como subjetiva. O exame físico também faz parte desta avaliação inicial, e inclui a mensuração de sinais vitais, estatura e peso, além de técnicas como: inspeção, palpação, percussão e ausculta. Esta etapa é caracterizada como objetiva (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Por conseguinte, a etapa de diagnóstico de enfermagem representa um dos elementos fundamentais para a realização da sistematização da consulta de enfermagem (SAE), pois a precisão e a relevância de toda a prescrição de cuidados dependem de sua capacidade de identificar, de forma clara e específica, tanto os problemas quanto suas causas (NANDA, 2010).

A prescrição envolve o plano de cuidados, o qual é a determinação e execução de ações voltadas para o atendimento dos problemas identificados, incluindo: componente educativo para o autocuidado, orientação alimentar e medicamentosa, encaminhamentos para outros profissionais, entre outras atividades. Esta etapa é geralmente descrita como conduta (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Por fim, a evolução de enfermagem abrange o registro, acompanhamento e análise da situação de saúde do cliente, em termos da resolução ou não dos problemas identificados, perante as ações implementadas pelo enfermeiro, cliente e família (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Consulta de enfermagem na atenção básica: enfoque na saúde da mulher

Em 1994, o Ministério da Saúde instituiu um novo modelo de atenção à saúde da população, que buscava a reorientação do modelo tradicional vigente. A Unidade de Saúde da Família (USF) constitui-se em uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, estruturada a partir do fortalecimento da atenção à saúde, da ênfase na integralidade da assistência e do tratamento

do indivíduo integrado à família, ao domicílio e à comunidade (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2001). A proposta das Unidades de Saúde da Família baseia-se, sobretudo, no território adstrito e no processo de vinculação dos profissionais com a população (BARROS; CHIESA, 2007).

Segundo Saporoli e Adami (2007), a implementação da USF promoveu o avanço da implantação da CE em Unidades Básicas de Saúde, devido à contratação de maior número de enfermeiros que realizam esta atividade de forma contínua aos usuários destas unidades, constituindo uma estratégia de atendimento de caráter generalista, centrada no ciclo vital e na assistência à família.

Em maio de 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) e respeitando as características da nova política de saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS, 2004).

Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de análise qualitativa e quantitativa.

Campo ou contexto

O estudo foi realizado nas Gerências Distritais (GD) de Porto Alegre, compostas pelas Unidades de Saúde da Atenção Primária

em Saúde, Centros de especialidades e Serviços especializados ambulatoriais. As Gerências Distritais estão distribuídas na cidade em oito regiões de saúde: Centro, Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, Norte/Eixo Baltazar, Leste/Nordeste, Glória/Cruzeiro/Cristal, Sul/Centro-Sul, Partenon/Lomba do Pinheiro, Restinga/Extremo Sul (PORTO ALEGRE. SECRETARIA DE SAÚDE, 2012a).

População e Amostra

A população compreendeu 101 enfermeiros referentes às equipes da Unidade de Saúde da Família (PORTO ALEGRE. SECRETARIA DE SAÚDE, 2012b). A fim de assegurar a representatividade do total das Gerências Distritais, participaram da amostra dois enfermeiros de cada Gerência Distrital, que aceitaram participar do estudo, totalizando 16 enfermeiros, caracterizando amostragem do tipo não-probabilística por conveniência.

Além destes, para caracterização da CE, utilizaram-se 160 prontuários referentes aos atendimentos de enfermagem com enfoque na saúde da mulher.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semiestruturado, ao enfermeiro, com três perguntas abertas: “como você percebe a realização da CE?”, “qual o grau de importância para o cuidado em saúde que você percebe na realização da CE?” e “como você realiza a sistematização da CE?”. Além destas, o questionário contava com dados como formação profissional e média de consultas referentes à saúde da mulher realizadas na respectiva USF. Esse questionário foi respondido pelo próprio enfermeiro, não foram realizadas gravações.

O agendamento do questionário, assim como a coleta de dados dos prontuários, deu-se por meio de contato telefônico, correio eletrônico ou presencial, conforme a disponibilidade/agenda dos enfermeiros, e durante seu turno de trabalho, no período de outubro a novembro de 2012.

Sendo assim, foram coletados os registros da CE dos prontuários dos clientes atendidos na agenda de cuidado à mulher dos enfermeiros da USF. Os registros sistemáticos de enfermagem colhidos compreenderam o período de 2010 a 2012, com o objetivo de obter dados mais recentes. Foram analisados 10 prontuários de cada USF, utilizando-se uma evolução de enfermagem de cada prontuário, caracterizando amostragem do tipo não-probabilística por conveniência (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Análise de dados

Os dados qualitativos foram organizados e analisados pela análise de conteúdo proposta por Minayo (2008).

Os dados quantitativos foram tabulados em planilha do Microsoft Office Excel 2007® e analisados por meio de tratamento com estatística descritiva (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Considerações éticas

Os enfermeiros selecionados foram devidamente informados acerca dos objetivos do estudo e procederam ao preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo-se o protocolo acerca das condições estabelecidas nas Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução

196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Além disso, durante a apresentação dos resultados, foi conservado o anonimato das usuárias envolvidas, utilizando-se a letra E seguida do número de ordem de inclusão na pesquisa.

O projeto foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, número 23438, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Porto Alegre, número 828.

Resultados

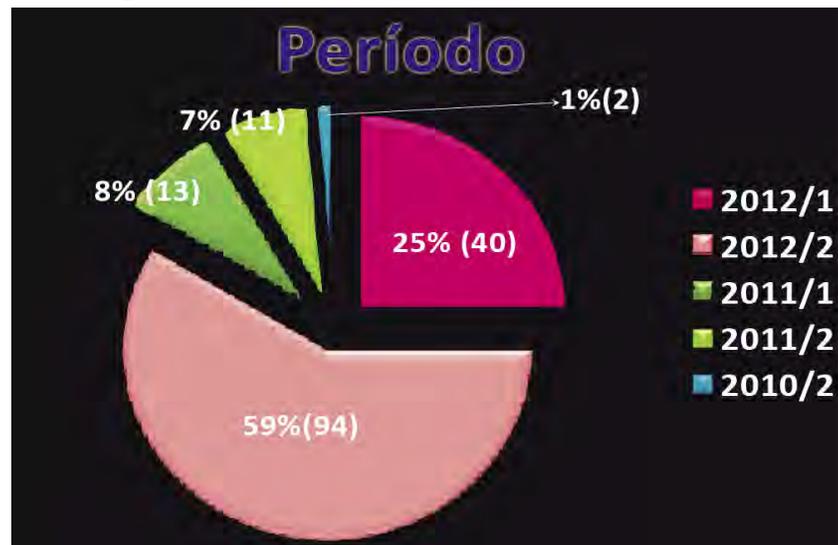
Caracterização da consulta de enfermagem

Quanto à caracterização da amostra, a média de idade entre as mulheres atendidas foi de 36 anos, sendo a moda 22 anos, com variação de 14 a 90 anos. Quanto ao estado civil, 40 mulheres (25%) eram casadas, 31 solteiras (19%) e 89 (56%) não constavam o estado civil no prontuário.

Quanto aos atendimentos realizados, a maioria caracterizava-se como coleta do exame preventivo do câncer de colo de útero (CP), com 90 atendimentos. Posteriormente, o acolhimento em que a mulher vinha à unidade com queixas gerais, sendo 37 atendimentos; pré-natal, 15 atendimentos; orientações de uso e/ou prescrição de método contraceptivo, 10 atendimentos; 5 atendimentos de puericultura; e 2 atendimentos de planejamento familiar.

Os dados presentes na Figura 1 mostram o período referente aos atendimentos dos prontuários analisados, sendo 84% (134 atendimentos) realizados em 2012, e os outros 16% distribuem-se em 2011 e 2010.

Figura 1: Dados relativos ao período dos atendimentos de enfermagem.

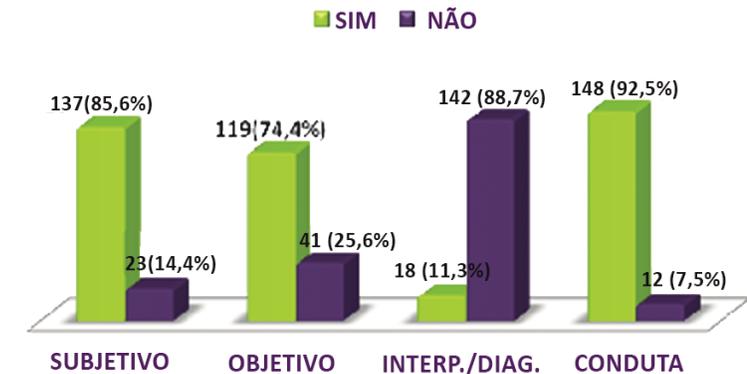


Fonte: Dados obtidos nas 16 Unidades de Saúde da Família. Porto Alegre, outubro a novembro de 2012.

Quanto à sistematização da CE, observou-se a presença, em grande parte dos atendimentos, das etapas subjetivo, objetivo e conduta (prescrição). Entretanto, no que diz respeito a interpretação/diagnóstico de enfermagem, os resultados foram inversos; na maioria dos prontuários não constava esta etapa, como demonstra a Figura 2.

Figura 2: Percentuais referentes a sistematização da CE.

SISTEMATIZAÇÃO DA CE



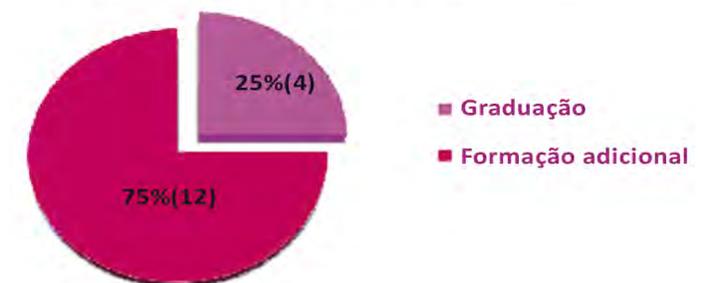
Fonte: Dados obtidos nas 16 Unidades de Saúde da Família. Porto Alegre, outubro a novembro de 2012. CE: Consulta de enfermagem.

Formação profissional

Em relação à formação acadêmica, 12 entre os 16 enfermeiros entrevistados possuíam alguma formação adicional (Figura 3).

Figura 3: Escores referentes a formação acadêmica

Formação acadêmica



Fonte: Dados obtidos nas 16 Unidades de Saúde da Família. Porto Alegre, outubro a novembro de 2012.

Para analisar, compreender e interpretar o material qualitativo fez-se necessário organizá-lo em temáticas, descritas a seguir.

Valorização do enfermeiro

Sobre a percepção da realização da CE, os enfermeiros relataram que trata-se de uma ferramenta que contribui para a valorização da categoria, a exemplo do depoimento do participante “E3”:

Acredito que seja uma conquista da categoria/classe dos enfermeiros, além disso, acredito que seja uma maneira de valorização desse profissional [...]. (E3)

Visão integral

Ainda sobre a percepção da realização da CE, os profissionais referiram o atendimento de maneira integral ao paciente, conforme demonstra a fala do enfermeiro “E2”:

[...] a consulta de enfermagem tem o objetivo integral da pessoa não só no momento da consulta, mas também sua vida em casa, trabalho. (E2)

Importância da consulta de enfermagem

Quando questionados sobre o grau de importância para o cuidado em saúde na realização da CE, os enfermeiros consideraram de grande valor para o cuidado, conforme cita o enfermeiro “E4”:

Muito importante, pois através da consulta de enfermagem é prestado o cuidado de forma continuada no território de atuação da Estratégia Saúde da Família, sendo possível diagnosticar as necessidades da comunidade [...]. (E4)

Diferenças em relação à consulta médica

Ainda sobre a importância da realização da CE para o cuidado, alguns enfermeiros relataram aspectos relacionando-a com a consulta médica, como cita o enfermeiro “E3”:

[...] através da consulta de enfermagem podemos ver o paciente de forma integral e na maioria das vezes não curativa, como a medicina atua, e sim de forma preventiva. (E3)

Sistematização da assistência de enfermagem

Quanto ao questionamento em relação à sistematização da CE, os enfermeiros referiram de maneiras diversas como a realizam. Entretanto, apesar da diversidade, a grande maioria citou apenas as etapas subjetivo, objetivo e conduta, como demonstra a fala do enfermeiro “E10”.

[...] no acolhimento, quando identificada a necessidade de CE, é realizada no modelo subjetivo, objetivo e conduta. (E10)

Etapa interpretação/diagnósticos

Na realização da sistematização da CE, poucos enfermeiros citaram a etapa de interpretação e/ou diagnóstico, conforme é demonstrado na fala do enfermeiro “E1”:

Basicamente o processo de CE inclui: histórico da demanda atual [...] dados subjetivos [...] dados objetivos, avaliação e conduta [...]. (E1)

Discussão

Com base nos resultados apontados, observa-se que a maioria da população de mulheres atendidas estava na faixa etária de 22 anos, sendo a média de 36 anos, caracterizando a grande frequência de mulheres jovens que buscam atenção nos serviços de saúde.

Em relação aos atendimentos realizados, 56,3% foram de coleta do exame preventivo do câncer de colo do útero, seguido de 23,1% de acolhimento, 9,3% pré-natal, 6,2% de orientações de uso e/ou prescrição de método contraceptivo e 3,1% de puericultura. O atendimento que menos constou foi de planejamento familiar (PF), caracterizando somente três atendimentos (2%). Estes dados demonstram que o que vem acontecendo é que ainda tem se dado mais ênfase nos aspectos ginecológicos da mulher, corroborando com Coelho et al. (2009), o qual refere que as equipes multiprofissionais, cuja formação se dá sob sujeição ideológica a referenciais de saber e poder, desenvolvem, sobretudo, ações de caráter biológico dirigidas à saúde sexual e reprodutiva, mantendo-se na obscuridade outros problemas vivenciados.

No que diz respeito à formação acadêmica dos enfermeiros, constatou-se que 75% deles possuíam formação complementar. Abordar a formação dos enfermeiros, segundo Silva e Sena (2008), constitui objeto de estudo necessário na identificação das necessidades de mudanças e das potencialidades no

desenvolvimento do ensino de enfermagem, que garantam uma formação profissional voltada ao reconhecimento e afirmação dos princípios do SUS.

A visão integral do paciente foi outro aspecto citado por muitos enfermeiros. Este enfoque holístico, característico da CE, assegura que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a doença. Essa percepção em relação à visão integral do paciente é reforçada por Fornazier e Siqueira (2006), ao dizerem que, na consulta de enfermagem, pacientes e familiares são abordados através de uma visão holística, procurando-se trabalhar a educação em saúde a partir dos problemas apresentados.

Silva (1998), no seu estudo sobre a percepção dos pacientes em relação à CE, demonstra que os clientes sentem-se valorizados e importantes durante a consulta de enfermagem, apesar do fato de alguns desconhecerem a especificidade da consulta e estarem no local de atendimento pela consulta médica.

Todos os enfermeiros consideram a CE importante para o cuidado em saúde, porque esta possibilita ao enfermeiro estreitar o vínculo com os pacientes/famílias assistidos. Além disso, a interação estabelecida entre profissional e família é muito importante no sentido de possibilitar a confiança mútua, fazendo com que a família e a comunidade adquiram mais respeito pelo profissional.

Contudo, os enfermeiros vivenciam dificuldades, como o fato de nem sempre terem um local adequado, ou mesmo um consultório, para realizar apenas as consultas (CAMPOS et al., 2011). Outro aspecto é a falta de tempo para o enfermeiro realizar as consultas; a grande demanda de trabalho dos enfermeiros numa USF muitas vezes impossibilita que realizem uma consulta plena, conforme citam Santos e Cubas (2012). Os mesmos autores referem que, dentre as dificuldades da aplicação do processo de enfermagem, sabe-se da existência de limitantes à sobrecarga de trabalho e à falta de tempo para aplicação, conforme citado por um dos enfermeiros, motivo pelo qual não conseguem realizar a sistematização da CE de forma completa.

Alguns enfermeiros referiram aspectos relacionados às diferenças da CE em relação à consulta médica. Um dos enfermeiros referiu a desvalorização da CE comparada à consulta médica. Entretanto, para a CE ser valorizada, esta não deve estar centrada no modelo biomédico, ou seja, foco na doença, mas, sim, centrada na saúde, nos aspectos de promoção e prevenção, pois cabe ao enfermeiro dizer quais são os fenômenos que lhe cabe focalizar na sua prática clínica.

Segundo Santos e Cubas (2012), os dicionários, ao exemplificar a aplicação do vocábulo ou do verbo consultar, ligam-no às profissões que tradicionalmente (e socialmente) têm em sua prática a consulta, ou seja, médicos, advogados e dentistas. Portanto, para superar essa limitação, se faz necessário ao enfermeiro exercitar rotineiramente a consulta, para, conseqüentemente, dar possibilidade de reconhecimento dessa face de seu trabalho, tanto pela equipe quanto por quem recebe atendimento.

Silva (1998), no seu estudo sobre a percepção dos pacientes em relação à CE, evidencia que os pacientes não conseguiram se expressar com clareza, entretanto, manifestaram, mesmo assim, a opinião de que a consulta de enfermagem é diferente da consulta médica, e proporciona o estabelecimento de uma relação mais próxima e individual.

Ao analisar-se a sistematização da CE nos prontuários, percebe-se que as etapas de subjetivo (do qual constam dados referentes ao estado de saúde, citados pela própria usuária), objetivo (exame físico) e conduta (plano de cuidados e/ou encaminhamentos), constavam em mais de 70% dos prontuários. No entanto, a etapa de diagnósticos (inferência e/ou impressões do profissional) apareceu somente em 11,3% dos prontuários analisados. A partir destes subsídios pode-se inferir que a etapa de diagnóstico não é exercitada na prática assistencial dos enfermeiros. Em consonância a isso, Garcia et al. (2010) referem que se faz necessário compreender que sistematização da CE deve ser utilizada no sentido de organização e respaldo das ações de enfermagem, baseada em lógica, execução,

supervisão e gerenciamento das ações. No entanto, é necessário um registro adequado de todas essas operações. Além destes aspectos, a sistematização da assistência de enfermagem é de suma importância para definição do papel do enfermeiro e para a delimitação do seu espaço de atuação profissional dentro da equipe de saúde.

Takahashi et al. (2008) demonstram, em seu estudo sobre a SAE, que o diagnóstico foi a fase em que as enfermeiras sentiram mais dificuldades, seguindo-se as fases de evolução e planejamento da assistência. Argumentam que estes resultados são similares aos encontrados em outros estudos.

Outro aspecto a ser discutido é a corresponsabilidade das instituições de ensino no preparo do enfermeiro para executar a CE, conforme já diziam Andrade e Vieira (2005) em estudo sobre a prática assistencial de enfermagem, que a formação acadêmica não exercita a busca de uma assistência sistematizada:

A formação acadêmica dos enfermeiros muitas vezes contribui para que estes não busquem nem apliquem uma assistência sistematizada, pois durante aulas práticas, pode-se perceber uma preocupação maior, tanto por alguns docentes quanto pela maioria dos alunos, em adquirir habilidades técnicas (ANDRADE; VIEIRA, 2005, p. 262).

Sob esse contexto, parte-se da premissa de que há necessidade da incorporação da sistematização da assistência de enfermagem não somente à prática assistencial, mas também, exercitada e trabalhada nas instituições de ensino formadoras de enfermeiros.

Portanto, desenvolver habilidades, comportamentos e atitudes que capacitem o enfermeiro para lidar de modo eficaz com a tarefa diagnóstica, e auxiliá-lo a incorporar o papel de diagnosticar, fazem parte dos desafios na prática clínica de enfermagem.

Considerações Finais

A CE consiste em uma ferramenta exclusiva do exercício profissional do enfermeiro. Além de ser uma ação, é um aprendizado, no qual profissional e paciente interagem, buscando solucionar problemas identificados. Para tanto, se faz necessário estabelecer uma assistência sistematizada de maneira individualizada, permitindo ao enfermeiro autonomia, e que assuma a responsabilidade quanto à ação de enfermagem a ser determinada frente aos problemas detectados e estabeleça sua intervenção, além de ser fundamental o conhecimento sobre a sistematização adequada da CE para desenvolver a melhor assistência possível.

Considera-se que os objetivos propostos inicialmente no estudo foram alcançados, visto que os enfermeiros descreveram como percebem a realização da CE para o cuidado em saúde e como realizam a sistematização do processo da consulta.

Como possíveis limitações deste estudo teve-se, durante o processo da pesquisa, grande dificuldade na busca de artigos que abordassem o tema em questão. Além disso, o acesso às Unidades de Saúde da Família foi dificultado pela distância e localização. Outra limitação, talvez a mais significativa, foi o contato com os enfermeiros para a participação do estudo.

Sugere-se que outros projetos com este desenho possam dar continuidade e levar a novas descobertas em relação à realização da CE, para que mais profissionais compreendam a realidade da CE, permitindo uma reflexão sobre o assunto, além de incentivar a aplicação da SAE nas faculdades de enfermagem, a fim de valorizar este instrumento de trabalho exclusivo da competência do enfermeiro.

Referências

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ANDRADE, J.S; VIEIRA, M.J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 261-5, maio/jun. 2005.

BARROS, G.D.; CHIESA, M.A. Autonomia e necessidade de saúde da Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, São Paulo, v. 41, n. esp, p. 793-8, set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: 4 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. **Normas e manuais técnicos: manual de enfermagem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, R.M.C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 45, n.3, p. 566-74, 2011.

COELHO, E.A. C. da. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, jan./mar. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 159/1993**: Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 272/2002**: Dispõe sobre SAE nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>>. Acesso em: 5 jun. 2012.

FORNAZIER, M.L.; SIQUEIRA, M.M. de. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **J. bras. psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 280-7, 2006.

GARCIA, T.R. et al. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MACHADO, M. M. T.; LEITÃO, G. C. M.; HOLANDA, F. U. X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 723-728, set./out. 2005.

MINAYO, M. C.S. de. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis, : Vozes, 2008.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PORTO ALEGRE. Secretaria de Saúde. **Coordenadoria Geral de Atenção Primária e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES)**. Porto Alegre, 2012a. Disponível em: <<http://www.capses.com.br/gd/>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

_____. **Serviços de saúde: Estratégia de Saúde da Família**. Porto Alegre, 2012b. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=858>. Acesso em: 26 nov. 2012.

SANTOS, A. S. da.; CUBAS, M.R. **Saúde coletiva: linhas de cuidado e consulta de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SAPAROLLI, E.C.L.; ADAMI, N.P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 55-61, 2007.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem- USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA, M.G. da. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - a percepção do cliente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 27-31, janeiro 1998.

TAKAHASHI, A. A. et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-38, 2008.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E.S. da. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social?** Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1996.



Fernanda Mattiello Zandoná

Rodrigo Pires dos Santos

Loriane Rita Konkewicz

Carem Gorniak Lovatto

Denise Tolfo Silveira

Nadia Mora Kuplich

Introdução

As mãos transportam um grande número de microorganismos aos pacientes por meio de contato direto ou através de objetos. Por isso, a higienização das mãos é uma ação importante de prevenção e controle das infecções hospitalares. No entanto, incluir esta ação como um comportamento rotineiro entre profissionais de saúde é uma tarefa difícil, uma vez que os microorganismos são invisíveis e os recursos disponíveis são precários (NOGUERAS et al., 2001; TIPPLE et al., 2009).

Ao tratar sobre infecção hospitalar, Florence Nightingale e Ignaz Philipp Semmelweis são pioneiros na aplicação da Epidemiologia e da Estatística, associando a teoria e a prática. São modelos e suporte no ideal de evitar que pessoas morram por infecções que há mais de um século já foram apontadas como passíveis de controle. Com medidas simples e viáveis, como lavar as mãos e organizar o ambiente de internação para preservar a dignidade dos pacientes, cada um projetou-se em sua atuação, conseguindo controlar, em seus tempos, as infecções e, conseqüentemente, diminuir a mortalidade a elas associada (CARRARO, 2004).

Seus trabalhos apontam para a necessidade de os profissionais da assistência adotarem postura tecnocientífica frente às infecções hospitalares pelo seu papel preventivo e pelas suas atividades, de acordo com os preceitos de prevenção e controle (CARRARO, 2004; BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009).

Em outubro de 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o primeiro desafio, com o tema “cuidado limpo é um cuidado mais seguro”. Teve como objetivo promover maior segurança para o paciente, explorar o comportamento subjacente dos profissionais da saúde e os aspectos relacionados à adesão a higienização das mãos, bem como elaborar novas diretrizes acerca da higiene das mãos (PALOS et al., 2009).

Apesar de a higienização das mãos ser considerada a principal medida para o controle de infecção hospitalar, ainda hoje os profissionais da área da saúde não a incorporaram totalmente a suas atividades diárias. Sendo assim, cabe às instituições fornecerem condições adequadas para a higienização das mãos dos seus colaboradores, já que a baixa adesão pode ser influenciada por fatores institucionais associados a fatores individuais (PALOS et al., 2009).

Infecção hospitalar é toda infecção adquirida ou transmitida no espaço hospitalar. Estima-se que, anualmente, 15,5% dos pacientes hospitalizados apresentem este tipo de infecção. Esta condição implica em elevados custos para o Sistema Único de Saúde, decorrentes do acréscimo do tempo de internação e de cuidados terapêuticos e diagnósticos adicionais. Cerca de 30% dos casos de infecções relacionadas à assistência à saúde são preveníveis por medidas simples, sendo a higienização correta das mãos pelos profissionais de saúde a mais efetiva delas (MARTINEZ; CAMPOS; NOGUEIRA, 2009; SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2007).

A pele é colonizada por microrganismos de baixa virulência, que encontram-se nas camadas mais profundas podendo se multiplicar e ser responsáveis por infecções sistêmicas graves, principalmente em pacientes debilitados através de

procedimentos invasivos. Portanto, a simples higienização das mãos com água e sabão é suficiente para a remoção da sujidade e remoção da microbiota transitória e, conseqüentemente, diminuição da incidência de infecção hospitalar (PALOS et al., 2009).

Tendo isto em vista, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) executa ações programadas de prevenção e controle de infecções, como a observação da higiene de mãos dos diferentes profissionais quanto à taxa de adesão.

A temática deste estudo teve origem a partir do estágio não curricular na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HCPA, no qual as tarefas de realizar a observação da higienização de mãos, preencher o formulário próprio e alimentar o banco de dados informatizado estão entre as atividades do acadêmico. Os dados analisados pelo CCIH por categoria profissional demonstram que, entre junho de 2006 e março de 2010, a adesão dos enfermeiros corresponde a 75,5%, dos técnicos de enfermagem corresponde a 53,7% e dos médicos, 43,7%. As áreas de maior atenção do serviço concentram-se nas unidades de terapia intensiva, já que são áreas de maior exposição a riscos de infecção.

A educação, através dos processos de aprendizagem e de ensino, envolve a troca constante de informações. No caso da educação a distância (EAD), esta comunicação ocorre entre pessoas que já não estão todas no mesmo local e que necessitam de recursos tecnológicos que propiciem a troca de informações. Pode ocorrer tanto por meio da rede interna (intranet) de uma empresa ou instituição quanto através de meios de telecomunicação (CARNEIRO, 2010).

Segundo Carneiro (2010), os principais fatores que propiciaram o surgimento e o posterior desenvolvimento da EAD são: necessidade de adaptação às constantes modificações no mundo em todos os setores; a crescente demanda por educação/ensino; grande percentual da população sem condições de atendimento pelo sistema formal; os elevados

custos da educação formal; a necessidade de flexibilizar a rigidez do sistema convencional; e o notável avanço das ciências da educação e as transformações tecnológicas que colocaram à disposição da educação um verdadeiro arsenal de instrumentos/aparelhos, possibilitando a diminuição das distâncias, através de condições para comunicação mais rápida e segura.

Os ambientes de aprendizagem apoiados pelas redes informatizadas viabilizam cenários virtuais, com interação mediada por computador, que podem assegurar uma aprendizagem significativa. Como ambiente de aprendizagem a distância, o *Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment* (MOODLE), desenvolvido pelo australiano Martin Dougiamas em 1999, é um *software* livre que vem sendo utilizado por diversas instituições, possuindo uma grande comunidade cujos membros estão envolvidos em atividades, que abrangem desde correções de erros e o desenvolvimento de novas ferramentas à discussão sobre estratégias pedagógicas de utilização do ambiente e suas interfaces. Pode-se dizer que qualquer instituição que utilize o ambiente MOODLE, com qualquer fim que seja, está colaborando com o seu desenvolvimento de alguma maneira, mesmo que de forma simples, como divulgar sua existência e possibilidades, identificar problemas ou experimentar novas perspectivas pedagógicas (ALVES; BRITO, 2010).

Então, questiona-se: que estratégias de ensino digitais podem ser exploradas para auxiliar no processo educativo sobre higiene das mãos dos profissionais de saúde, visando à maior taxa de adesão e diminuição das taxas de infecção hospitalar?

Importante citar que a motivação de se desenvolver um material educacional digital também surge para auxiliar o problema da baixa taxa de adesão de higiene de mãos detectado, sendo uma ferramenta para dar subsídios aos colaboradores para estes sentirem-se motivados a realizar diariamente rotinas adequadas de higienização de mãos, já que o não lavar as mãos não é apenas um problema de ensino-aprendizagem.

Este estudo objetivou avaliar o material educacional digital sobre normas e procedimentos corretos da higienização

das mãos para os profissionais da saúde. Este trabalho é relevante, já que pretende fazer com que os profissionais adquiram maior conhecimento e possam aplicar na prática os conteúdos abordados pelo *software*, com o foco na proteção do paciente e do próprio profissional, reduzindo as taxas de infecções hospitalares, e, dessa maneira, diminuindo o tempo de internação hospitalar.

Metodologia

Tipo de Estudo

Foi elaborado um projeto de desenvolvimento de produção tecnológica baseada na engenharia de *software* (MEILIR, 1988; ADDIE, 2000).

Campo ou Contexto

O estudo foi realizado na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), localizada no 2º andar da ala Norte. O hospital é um dos integrantes da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e está vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A CCIH conta com uma equipe executiva composta por cinco médicos, quatro enfermeiras, uma farmacêutica e uma secretária, além de nove acadêmicos de enfermagem e um de farmácia, um residente em enfermagem e um residente em farmácia.

Metodologia para projeto de desenvolvimento de produção tecnológica

Para o desenvolvimento do sistema, teve-se por base a metodologia de Projeto Estruturado de Sistemas. Esta abordagem foi baseada na teoria de “Ciclo de Vida do Sistema”, que é composta de cinco fases: análise, projeto, desenvolvimento, implementação e avaliação (ADDIE, 2000).

Análise

O problema foi reconhecido durante atividades desenvolvidas como estagiária na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Durante esse período, foi possível perceber a importância de se pensar nas tecnologias da educação para os profissionais, no sentido de melhorar a adesão da higienização das mãos por meio de algum recurso que os motivasse a adquirir maior conhecimento e a colocar em prática o que está preconizado na literatura específica atual sobre a temática.

A fase incluiu técnicas de pesquisa específicas, tais como análise das necessidades, análise de cargos e análise das tarefas. Os resultados desta fase incluíram os objetivos instrucionais e uma lista de tarefas a serem instruídos. Estes resultados tiveram a finalidade de produzir os subsídios para a fase de concepção do projeto.

Projeto

O projeto desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por meio de um material educativo digital, trata de um questionário sobre técnicas corretas de assepsia das mãos, bem como outras informações complementares e pertinentes à

melhoria na prestação de cuidados com o paciente, buscando reduzir as taxas de infecção hospitalar.

Foram realizadas reuniões sistemáticas com o coordenador da CCIH do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e demais adequações com a equipe da Coordenadoria de Gestão de Pessoas (GCP). O material para construção das questões foi previamente analisado por toda a equipe de profissionais da CCIH, composta por médicos, enfermeiros e uma farmacêutica. O processo de Inclusão Digital do MOODLE, após passar pela aprovação dos profissionais, se deu também pela equipe do CGP, que se responsabilizou por colocar o curso na intranet do Hospital para a realização dos testes.

Desenvolvimento

O MOODLE foi o sistema escolhido para o gerenciamento e criação de curso online, que pode ser instalado em diferentes plataformas que consigam executar a linguagem (ALVES, 2005).

O curso foi construído com base na literatura atualizada e *guidelines* propostos pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009) e ANVISA (BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2007) sobre higienização de mãos. O conteúdo elaborado foi inserido no MOODLE HCPA, o qual foi o mais indicado para gestão da aprendizagem e de trabalho colaborativo pelas suas ferramentas e pela facilidade de acesso para a realização de cursos a distância pelos profissionais de saúde.

Optou-se por desenvolver um teste-piloto com profissionais, residentes e estagiários da CCIH. Este teste ficou disponível na intranet apenas para as pessoas cadastradas e que faziam parte da CCIH, sendo que estes teriam uma semana para realizá-lo e depois responder um questionário de avaliação para que posteriormente pudessem ser feitos ajustes para o teste oficial.

Implementação

As telas do MOODLE foram dispostas com uma (1) questão por tela, contendo quatro (4) alternativas cada. Sempre após a marcação da resposta, estando certa ou errada, há um pequeno texto explicativo relacionado à questão, contribuindo com a justificativa do que foi lançado. A tela inicial da ferramenta educativa abre com a mensagem de apresentação e objetivos para o desenvolvimento do curso, seguida de instruções para a realização dos testes de conhecimento sobre Higienização de Mãos no Ambiente Hospitalar.

Na Figura 1 apresenta-se a tela inicial da ferramenta educativa desenvolvida.

FIGURA 1 – Tela “Higienização de Mãos no Ambiente Hospitalar” – página inicial do curso.



Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Avaliação

Os testes do sistema foram realizados pelas pesquisadoras através do teste da plataforma do ambiente virtual MOODLE. Conforme os testes iam sendo realizados, a analista de sistemas do setor da Coordenadoria de Gestão de Pessoas (GCP) ia adequando os mesmos às demandas que surgiam.

As questões dos testes do curso foram elaboradas, revisadas e aprovadas pelos colaboradores da CCIH. Inicialmente, foram feitas aproximadamente 100 questões de escolha simples. Logo após, foi feita uma seleção das principais questões a serem implementadas por meio dos recursos disponibilizados no MOODLE pela ferramenta “questionário”. Optou-se por dividir o curso em três etapas, ou seja, três testes contendo 20 questões cada (Higienização de Mãos - Teste 1; Higienização de Mãos - Teste 2; Higienização de Mãos - Teste 3), sendo de 80% o mínimo de acertos para a aprovação em cada curso. Dessa maneira, as questões foram inseridas no MOODLE, com o apoio de uma analista de sistemas do CGP, que selecionou as cores das telas, o projeto gráfico, etc.

População e Amostra

A população do presente estudo correspondeu aos profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, residentes de farmácia) e estagiários do CCIH do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

A amostra do tipo não-probabilística por conveniência compreendeu 22 sujeitos, que aceitaram participar do estudo e apresentavam no mínimo dois meses de serviço em pleno exercício das atividades.

Coleta de Dados

A investigação foi constituída pela coleta de dados através de questionário baseado em Tarouco (2003) para medir os critérios de ergonomia, conteúdo e usabilidade da ferramenta educativa ISO/IEC 9241-11 (INTERNATIONAL STANDARDS ORGANIZATION, 2006) adaptado para este estudo (Apêndice A).

Após os participantes utilizarem a ferramenta educativa, eles receberam os questionários para avaliação da sua aplicabilidade. O questionário foi recolhido logo após o preenchimento, e os dados serão guardados pelas pesquisadoras por cinco anos e, após, destruídos. Os participantes do estudo tiveram a oportunidade de opinar sobre as cores das telas, aplicabilidade do programa e outros aspectos relacionados à parte técnica.

Esta coleta se configurou no teste piloto e de produção final da estrutura informatizada para a ferramenta educativa de higiene de mãos conforme parâmetros definidos pela Microsoft para qualidade no desenvolvimento de *software* (MICROSOFT CORPORATION, 2008).

Análise dos Dados

Os dados coletados por meio do questionário aplicado junto aos profissionais, residentes e estagiários que participaram do estudo foram analisados com auxílio do Microsoft Excel. A análise das informações ocorreu por meio do tratamento pela estatística descritiva (frequência absoluta e relativa).

Aspectos Éticos

As exigências éticas foram respeitadas, sendo essencial para que todo o conjunto de atitudes e comportamentos humanos facilitasse o desenvolvimento do presente estudo. Para tanto, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA, sob o número 100220, e pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da UFRGS em junho de 2010. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue aos participantes pelas pesquisadoras no momento do início da coleta de dados da pesquisa e devidamente assinado.

Resultados e Discussão

O material educacional digital sobre normas e procedimentos corretos da higienização das mãos para os profissionais da saúde foi disponibilizado na intranet do HCPA por meio do MOODLE, com o auxílio do Serviço de Inclusão Digital.

O teste piloto se deu na CCIH, contando com profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos), residentes e estagiários de enfermagem e farmácia do CCIH que aceitaram participar do estudo e apresentavam no mínimo dois meses de serviço, em pleno exercício das atividades, totalizando 22 sujeitos. Como dito anteriormente, o teste piloto foi ao "ar" com os três cursos em questão, contendo em cada curso 20 perguntas de múltipla escolha. Os cursos ficaram no ar por uma semana, possibilitando que os profissionais e estagiários pudessem realizá-los tanto nos computadores de seu ambiente de trabalho quanto em seus computadores particulares.

A partir dos dados obtidos, observou-se que, dos 22 integrantes do CCIH, 20 se inscreveram no curso. Dos 20 inscritos no curso, apenas 18 acessaram ao MOODLE e realizaram pelo menos um dos testes. Destes, 72% eram do sexo feminino e 28% do sexo masculino, 66% com idade entre 21 e 30 anos, 11% com idade entre 31 e 40 anos, e 17% com idade entre 41 e 50 anos.

Quanto à ocupação, nove eram estagiários, dois residentes, um farmacêutico, quatro enfermeiros e dois médicos. Quanto ao nível de conhecimento sobre informática, os achados foram os seguintes: nível avançado - 12%, nível intermediário - 55% e nível básico - 33%.

Verificando as estatísticas gerais da lição, o Teste 1 foi realizado por todos os participantes que acessaram o curso (100%). O Teste 2 foi realizado por 72,22% dos participantes e o Teste 3 por 66,66% dos participantes. A pontuação geral dos Testes 1, 2 e 3 foi, respectivamente, 87.5, 84.0 e 88.2. A pontuação média geral foi de 81,25%, sendo a pontuação mais alta de 95% de acertos e a mais baixa de 40% de acertos. O tempo médio para a realização de cada teste foi de 19 minutos e 17 segundos, e a pessoa que mais necessitou de tempo utilizou 33 minutos e 55 segundos.

As estatísticas gerais do MOODLE apontam que houve uma boa taxa de adesão ao curso pelos participantes, os quais demonstraram interesse e motivação em realizá-lo. O nível prevalente de instrução na área de informática foi o intermediário, o que contribuiu para a avaliação da ferramenta.

Avaliação dos critérios conteúdo, usabilidade e didática da ferramenta educativa

A seguir, apresentam-se os resultados obtidos na avaliação dos participantes (n=18) após a realização dos Testes do Curso de Higiene de Mãos, sendo que nem todos realizaram os três testes. Conforme dito anteriormente, foi solicitado que cada participante respondesse o questionário de avaliação, opinando conforme o grau de pertinência sobre o conteúdo, usabilidade e didática do referido curso.

Com base nos dados da Tabela 1 (Apêndice 1), percebe-se que o teste piloto teve uma taxa de adesão geral de 90%, já que dos 20 inscritos 18 acessaram e responderam a pelo menos um dos três Testes.

A partir das respostas do questionário de avaliação e do curso em si, pôde-se perceber que, nos critérios “conteúdo”, “usabilidade” e “didática”, os participantes apresentaram as seguintes variáveis: 37,1% concordaram completamente com as variáveis citadas e 53,1% apenas concordaram. Dentre todos os participantes, apenas um discordou completamente de um dos critérios.

Quanto ao critério “conteúdo”, a maioria dos usuários concordou com as variáveis (61,6%), e os que concordaram completamente foram em número médio de 33,5%, sendo uma minoria de 4,9% que discordaram.

Compreender como a valorização das medidas preventivas em saúde ocorre pode contribuir para a elaboração de estratégias inovadoras na educação permanente dos profissionais da área da saúde, tendo como alvo principal o próprio profissional. Por ser uma das medidas mais importantes de prevenção e controle de infecção hospitalar, sua operacionalização exige articulação das instituições de saúde, educadores, profissionais, pacientes e cuidadores (PALOS et al., 2009).

As Comissões de Controle de Infecção Hospitalar devem ter como estratégia primordial a capacidade de influenciar a mudança de comportamento das pessoas no cotidiano de seu trabalho, bem como aplicar medidas eficazes de controle das infecções, sendo a higienização das mãos uma das medidas mais relevantes (PALOS et al., 2009).

Quanto ao critério usabilidade, a maioria dos participantes concordou com os questionamentos (50%), sendo que houve certo grau de discordância no aspecto visual e quanto à qualidade do projeto gráfico (33% em ambos os itens), o que totalizou 16% de discordância quanto à usabilidade como um todo. Apenas uma pessoa dentre as 18 inscritas considerou o Curso completamente sem engajamento e motivação.

A educação com base nas tecnologias e/ou informatização permite o atendimento a grande número de pessoas de forma mais efetiva que outras modalidades e sem riscos de reduzir a qualidade dos serviços oferecidos (NUNES apud CARNEIRO, 2010).

Um sistema educacional utiliza ferramentas sistemáticas que controlam tarefas específicas no processo de ensino, que é o caso do computador, contribui muito para essa abordagem educacional e passa a ser muito valorizado pelos profissionais que compartilham dessa visão de educação. Isso significa que a análise de um sistema computacional com finalidades educacionais não pode ser feita sem considerar o seu contexto de uso. A avaliação do *software* só poderá ser obtida como boa ou ruim dependendo do contexto e do modo como é utilizado. Portanto, para qualificar um *software* é necessário ter muito clara a abordagem educacional a partir da qual ele será utilizado e qual o papel do computador nesse contexto (VALENTE, 2010).

Os principais motivos da expansão da educação a distância, em todo mundo, se devem ao aumento da demanda por formação ou qualificação, à multiplicação de meios técnicos que possam garantir a efetivação desse tipo de educação e a uma cultura que tem por base que o estabelecimento de situações de interação envolvendo pessoas situadas em contextos locais distintos (CARNEIRO, 2005).

Quanto ao critério “didática”, os participantes concordaram completamente (em média 45,5%) e apenas concordaram (em média 47%). Houve, ainda, uma percentagem de 2.75% que decidiu não opinar, além de 4,75% participantes discordarem com algumas das variáveis propostas.

A existência de uma CCIH por si só não se constitui em condição suficiente para solucionar o problema das infecções hospitalares. Para uma atuação efetiva no controle dessas infecções há que se redimensionar o problema para uma prática multidisciplinar, que abranja um elevado contingente de pessoal, no âmbito mais amplo de todo o sistema de saúde (LACERDA, 2010).

A interação com o computador por meio do programa desenvolvido requer a descrição de uma ideia em termos formais e precisos. O computador executa fielmente a descrição fornecida e o resultado obtido é fruto somente do que foi solicitado à máquina. O resultado obtido permite a reflexão sobre o que foi solicitado ao computador e, se o resultado não corresponde ao

que era esperado, existe a possibilidade de refinar a ideia-base por meio da aquisição de conteúdos ou de estratégias. A construção do conhecimento acontece pelo fato de o participante ter que buscar novas informações para complementar ou alterar o que ele já possui (VALENTE, 2010).

Sendo assim, deve-se ter muito claro o que é importante do ponto de vista desse tipo de ensino e como utilizar da forma mais adequada possível a tecnologia para atingir os objetivos estabelecidos. Informatizar o ensino é uma solução inovadora de mercado e de transmissão de conhecimento, que é eficaz se bem orientada, se atinge as pessoas de áreas pré-determinadas, se gera motivação e satisfação por parte destas que receberão o que foi construído (VALENTE, 2010).

Considerações Finais

Este estudo revelou que o material educacional digital sobre normas e procedimentos corretos da higienização das mãos para os profissionais da saúde foi avaliado positivamente pelos participantes. As avaliações realizadas permitem concluir que o sistema informatizado é adequado quanto ao conteúdo, usabilidade e didática, sendo importante destacar que ele necessitará de revisões e atualizações, já que está em fase de manutenção.

Importante salientar que, durante o desenvolvimento do projeto, alguns problemas foram evidenciados, como a velocidade de mudança de perguntas na tela, e demonstram a necessidade de maior informação e manutenção da ferramenta juntamente com a analista de sistema, o usuário e a instituição. É fundamental citar a importância do *software* educativo como ferramenta de apoio, que auxiliará os profissionais de saúde, de forma prática e não convencional, a testar seus conhecimentos e poder buscar cada vez mais informações sobre questões pertinentes. E, além da teoria proposta, motivá-los a se adequarem às normas de controle de infecção no dia a dia preconizadas, e assim diminuir os índices de infecção.

Estes resultados propiciaram a adequação para melhoria em alguns aspectos do Curso de Capacitação dos profissionais que foi lançado no ano seguinte, facilitando a utilização da tecnologia no processo educativo.

Referências

ADDIE. **Analysis, Design, Development, Implementation, and Evaluation of learning materials and activities**. Pensilvania: Instructional Systems, College of Education, Penn State University, 2000.

ALVES, L.; BRITO, M. O ambiente MOODLE como apoio ao ensino presencial. In: 12º Congresso Internacional de Educação a Distância: educação a distância e a integração das Américas, 2005, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABED, 2005. Disponível em: <<http://www.abed.org.br/congresso2005/por/pdf/085tcc3.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 2007.

_____. **Segurança do paciente em serviços de saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/higienizacao_oms.htm>. Acesso em: 17 nov. 2009.

CARRARO, T.E. Os postulados de Nightingale e Semmelweis: poder/vital e prevenção/contágio como estratégias para a evitabilidade das infecções. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2015.

CARNEIRO, M. L. F. **Educação e tecnologia**. Disponível em: <<http://www6.ufrgs.br/nucleoad/documentos/carneiroEducacao.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2010.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH**. Porto Alegre: HCPA, 2010. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/>>. Acesso em: 21 maio 2010.

INTERNATIONAL STANDARDS ORGANIZATION. **ISO/IEC 9241-11**. International Standards Organization/International Electrotechnical Commission. Usability net. 2006. Disponível em: <http://www.usabilitynet.org/tools/r_international.htm>. Acesso em: 12 mar. 2010.

_____. **ISO 9126**. Estabelece os guidelines de usabilidade. Disponível em: <http://www.usabilitynet.org/tools/r_international.htm#9126-1>. Acesso em: 12 mar. 2010.

MICROSOFT CORPORATION. Planejando o processo de testes. In: GUIA da equipe de recursos de teste. MICROSOFT Corporation, 2008. Disponível em: <<http://technet.microsoft.com/pt-br/library/bb490186.aspx>>. Acesso em: 15 abr. 2010.

NOGUERAS, M. et al. Importance of hand germ contamination in health-care workers as possible carriers of nosocomial infections. **Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo**, v. 43, n. 3, p. 149-152, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Salve vidas: higienize suas mãos**. Disponível em: <<http://www.who.int/gpsc/5may/en/>>. Acesso em: 17 nov. 2010.

PALOS, M.A.P. et al. Microbiota das mãos de mães e de profissionais de saúde de uma maternidade de Goiânia. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 3, p. 573-8, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a14.htm>>.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Divisão de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Coordenadoria de Controle de Doenças. Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo: análise dos dados de 2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 674-683, 2007.

TAROUCO, Liane Margarida Rockenbach et al. **Objetos de Aprendizagem para M-Learning**. Projeto CESTA – Coletânea de Entidades de Suporte ao uso de Tecnologia na Aprendizagem. S.ed.: Porto Alegre, 2003. Disponível em: <http://www.cinted.ufrgs.br/CESTA/objetosdeaprendizagem_sucesu.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2010.

TIPPLE, A.F.V. et al. Higienização das mãos: o ensino e a prática entre graduandos na área da saúde. **Acta Sci Health Sci**, Maringá, v. 29, n. 2, p. 107-114, 2009.

VALENTE, J.A. **O uso inteligente do computador na educação**. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/diaadia/diadia/arquivos/File/conteudo/artigos_teses/E_DUCACAO_E_TECNOLOGIA/USOINTELIGENTE.PDF>.



DESENVOLVIMENTO DE UM
BUSCADOR ELETRÔNICO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
CRUZEIRO DO SUL

Maximiliano Dutra de Camargo

Rejane Gheno

Isabella Migotto Fernandes

Érica Rosalba Mallmann Duarte

Denise Tolfo Silveira

Introdução

Este relato apresenta as contribuições que os acadêmicos do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul fizeram durante a vivência do Estágio Curricular II – Serviços da Rede Básica, realizado no último semestre do curso. O campo de prática foi a Estratégia Saúde da Família Cruzeiro do Sul (ESFCS), pertencente ao Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre (SMS/POA).

O estágio ocorreu no período de 1º de outubro a 21 de dezembro de 2012, totalizando 315 horas, das 8h às 17h, de segunda a sexta-feira. Seu objetivo é proporcionar ao aluno a oportunidade de realização de ações que demonstrem conhecimentos e habilidades (técnicas e interpessoais) esperadas do profissional enfermeiro, a partir de atitudes e ações focadas, principalmente, para a tomada de decisão, comunicação efetiva, liderança de grupo e gerenciamento de processos e da equipe (UFRGS, 2013).

As unidades de saúde, Estratégias de Saúde de Família (ESF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Porto Alegre estão organizadas dentro de Gerências Distritais (GD).

Constituem-se nas principais portas de entrada dos usuários na rede de atenção primária em saúde, por serem o local mais próximo e de fácil acesso, concentrando o maior conhecimento do cotidiano e da realidade das famílias na assistência a sua saúde (PORTO ALEGRE. SECRETARIA DE SAÚDE, 2012).

O Sistema Único de Saúde e a Estratégia Saúde da Família

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu de uma reformulação política e organizacional do sistema de saúde brasileiro, buscando estabelecer um reordenamento dos serviços e ações de saúde, e está estabelecido pela Constituição Brasileira de 1988. Esse novo sistema foi desenvolvido para dar ressignificação ao conjunto de unidades, serviços e ações que, em suas interações e agrupamentos, em rede, buscam atingir um fim comum. Neste significado, as variáveis integrantes do sistema devem realizar atividades de promoção, proteção e recuperação para a saúde da sociedade.

O programa da Estratégia Saúde da Família foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1994, para redirecionar o modelo de saúde no país, fortalecendo a atenção básica à saúde, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral, contínua e de qualidade, estimulando a organização da comunidade e efetiva participação popular.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais como a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliando a resolutividade da rede de cuidado para a promoção e prevenção e atendimento secundário.

As ESF devem estar instaladas perto da residência dos usuários, desempenhando um papel central na garantia do acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Sendo a família o objeto de atenção do cuidado para a saúde, torna-se relevante conhecê-la para entender melhor o trabalho e as habilidades necessárias à equipe no atendimento.

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. A ESF foi desenvolvida com o objetivo de atender a esses princípios. Na equipe da ESF, o trabalho dos profissionais deve ser coletivo, então conhecimentos e técnicas são atributos importantes para assistir indivíduos ou grupos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

Em Porto Alegre, a ESF iniciou em 1996 e atualmente conta com 101 equipes que atendem a uma população de 290 mil moradores da cidade. Estas equipes são compostas por médicos e enfermeiros de família, cirurgiões dentistas, auxiliares de enfermagem e de saúde bucal e agentes comunitários, sendo responsáveis, em média, por 850 famílias cada uma, correspondendo aproximadamente de 3,5 mil a 4 mil pessoas. As equipes trabalham com territórios delimitados, identificados em microáreas de risco, desenvolvendo ações programáticas e intersetoriais (PORTO ALEGRE. SECRETARIA DE SAÚDE, 2012).

Conhecendo a Estratégia Saúde da Família Cruzeiro do Sul (ESFCS)

A ESFCS está localizada na Rua Dona Otília, acesso A, nº 195, bairro Santa Tereza. É um local que há vários anos recebe acadêmicos dos cursos da saúde da UFRGS, e está organizada para realizar consultas de enfermagem e médicas, prestar atendimento ao recém-nascido, desenvolvendo os programas Pré-Nascer e Pré-Crescer, teste do pezinho e vacinas, Bolsa Família, cadastramento e acompanhamento de portadores

de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, entre tantas outras atividades desenvolvidas por uma ESF (PORTO ALEGRE. SECRETARIA DE SAÚDE, 2012).

A ESFCS possui uma equipe composta por uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, uma médica de família e três agentes comunitários de saúde. O Ministério de Saúde estabelece, como equipe multiprofissional da ESF, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (máximo de 750 pessoas por agente), podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

A Unidade participa de diversas atividades comunitárias, como reuniões em grupos escolares, creches, eventos e programas de promoção/proteção da saúde. Também realiza acolhimento com classificação de risco, em que o processo de regulação se dá por meio da queixa demanda e o encaminhamento pode levar à consulta imediata ou ao agendamento, conforme os critérios epidemiológicos e assistenciais. É uma ferramenta de atenção que dá segurança ao usuário de que este terá o atendimento em situações de morbidade aguda.

O cadastramento das 1.200 famílias da ESFCS é uma das atividades mais complexas do processo de trabalho. Manter seus prontuários atualizados, conforme seu endereço, com as fichas de todos os moradores, com informações como nome, data de nascimento, sexo, cor, nacionalidade, estado civil, endereço, profissão, escolaridade, doenças crônicas e as condições agudas de saúde de cada um dos membros da família é um desafio diário para a equipe. Os prontuários são organizados por arquivos, contendo: boletim diário de atendimento, ficha médica, requisição de exame, ficha de acompanhamento pré-natal e calendário básico de vacinas.

Esses dados ficam armazenados na sala de acolhimento da ESF, e os agentes comunitários de saúde (ACS) são os responsáveis pelo cadastramento das famílias que residem em sua área de atuação e pelas visitas domiciliares. Essas visitas têm como objetivo a busca ativa de faltosos, promoção e educação em saúde através de orientações e acompanhamento do estado de saúde dos participantes. Cada agente é responsável por cerca de 300 famílias, e essas informações são importantes para subsidiar o trabalho da equipe de enfermagem e médica.

Um estudo revelou que, na visão dos profissionais de saúde atuantes na ESF:

[...] o papel fundamental do agente comunitário é servir de elo entre a equipe de saúde e a comunidade. Essa ligação constrói-se a partir da troca de informações que esse profissional estabelece com ambos os lados. Todavia, salienta-se que o agente não pode constituir um elo isolado ligando duas partes, sem, contudo, interagir nessa corrente: ele deve promover uma verdadeira integração com os profissionais de saúde e a comunidade (COLOMÉ; LIMA; DAVIS, 2008, p. 258).

Observou-se, durante o estágio curricular, que o vínculo com os usuários e com a comunidade, o compromisso diário de estimular a organização das comunidades no controle social das ações de saúde e o monitoramento para as tomadas de decisões causam efeitos mais que positivos e, talvez, necessários entre os indivíduos, famílias e comunidade e a Unidade e sua equipe. Esta reflexão possibilitou que os acadêmicos ficassem mobilizados para tentar contribuir com essa interação.

A numeração dos prontuários, atrelada aos respectivos endereços nas microáreas, possibilitou a construção de um buscador eletrônico dos mesmos, por meio de planilhas do programa Microsoft Excel, que se constituiu em um banco de dados simples e de fácil aquisição de informações, tanto administrativas como epidemiológicas, pois alguns dados relevantes da ficha dos ACS foram transpostos.

Buscador Eletrônico

Após a categorização das famílias, os dados foram trabalhados pelos acadêmicos de enfermagem e processados em planilhas do programa Microsoft Excel, de forma que o sistema de busca fosse facilmente operado e retroalimentado por todos os profissionais da Unidade de Saúde, tornando-se sustentável mesmo após o término do estágio e a saída dos acadêmicos da unidade.

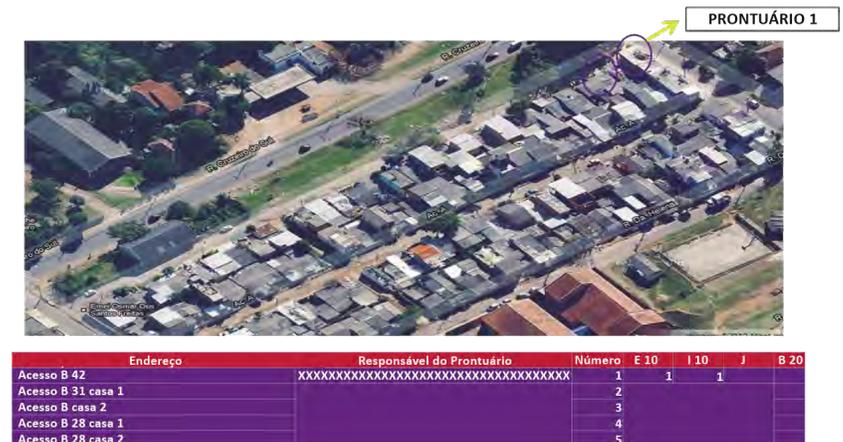
A figura abaixo (Figura 2) mostra parte da microárea roxa, cor escolhida nas rodas de conversa com os ACS da ESFCS, exemplificando a forma como os prontuários foram organizados na planilha e referenciados pela representação geográfica, ou seja, verificamos um círculo que identifica uma casa no mapa, sendo que a mesma corresponde ao prontuário nº 1 da microárea roxa.

Na prática, o usuário da unidade de saúde informa seu nome ou endereço na recepção, e o buscador eletrônico apresenta imediatamente o número e a cor do respectivo prontuário, além de disponibilizar o nome do responsável da família e apresentar a quantificação do número de usuários portadores de algumas patologias codificadas conforme os critérios da Ficha A dos ACS, que alimenta o sistema SIAB.

A parte inferior na figura 2 apresenta a interface do buscador. No exemplo citado, podemos visualizar que o endereço acesso B 42, corresponde ao prontuário nº 1 da área roxa, conforme ilustrado no mapa, além de nos informar que nessa

residência há um portador da patologia E10 e um portador da patologia 10, que são informações relevantes para a gestão de saúde desta família.

Figura 2: Ilustração do buscador eletrônico:



Fonte: Dados do relatório, 2012.

Considerações Finais

A vivência proporcionada por este estágio curricular enriqueceu a complementação da formação que os acadêmicos buscavam no campo de estágio. Muitas atividades foram realizadas e aprimoradas neste período, ações próprias dos enfermeiros e outras que são de responsabilidade de toda equipe da unidade, ou de cada um que esteja em condições de realizá-la no momento. Essa experiência possibilitou que entendêssemos o trabalho multidisciplinar no trabalho da unidade.

Esta experiência proporcionou uma vivência nova e diferente aos acadêmicos, pois puderam ver a preocupação da coordenadora da unidade e contribuir para a resolução de problemas do setor. Tiveram a possibilidade de realizar uma ação proativa e sugerir uma solução para parte do problema, desenvolvida e implantada antes do término do estágio.

O horizonte alcançado a partir da construção dessa vivência/conhecimento transcendeu a expectativa e os limites que imaginavam que um enfermeiro pudesse ter. Isso proporcionou uma reflexão sobre valores, conceitos e papéis sociais. Para tanto, perceberam a importância do amor empregado na realização das pequenas tarefas do cotidiano, qualificando o resultado alcançado.

O desenvolvimento do sistema dividiu os alunos em atividades e funções, mas o trabalho coletivo, complexo e qualificado os uniu para o benefício do próximo, neste caso, a equipe da Unidade e usuários. A implantação desta tecnologia foi útil para dar celeridade ao processo de atendimento dos pacientes na unidade, para melhorar o aproveitamento da área física da recepção e para proporcionar satisfação à equipe na realização de suas atividades diárias.

Referências

COLOMÉ, I.C.S.; LIMA, M.A.D.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-61, jun. 2008.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Secretaria Municipal de Saúde**. Porto Alegre: 2012. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=25&p_secao=837>. Acesso em: 2 dez. 2012.

UFRGS. Escola de Enfermagem. **Projeto político pedagógico**. Porto Alegre: UFRGS, 2012. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/comgradenf/curriculos/projeto-pedagogico-do-curso-de-bacharelado-em-enfermagem/at_download/file>. Acesso em: 12 jan. 2015.



O PREPARO DOS ENFERMEIROS PARA O PAPEL DE GESTOR DE DESEMPENHO: uma revisão integrativa

Luiza Bohnen Souza
Luiza Maria Gerhardt

Introdução

O universo do trabalho em constante mudança e a tendência cultural das organizações, cada vez mais voltada ao desenvolvimento dos seus funcionários, traz o foco ao progresso da organização a partir da gestão de pessoas. Seguindo essa configuração, o processo de acompanhamento do desempenho profissional passa a compor um modelo mais participativo e flexível, oportunizando aos trabalhadores o desenvolvimento de suas competências, o crescimento pessoal e profissional, além de reconhecer os potenciais de cada um, propiciando um maior compromisso com o trabalho (BRAHM; MAGALHÃES, 2007).

A gestão de desempenho é um processo que deve ser conduzido de forma participativa, com a valorização do diálogo entre avaliador e avaliado, em um acompanhamento contínuo, constante e abrangente do trabalho da equipe e de cada membro (CHIAVENATO, 1994). Segundo Marquis e Huston (2005), se utilizada da forma correta, a gestão de desempenho se torna uma excelente ferramenta para qualquer organização que queira desenvolver e motivar seus funcionários. Esse processo faz parte das funções administrativas do enfermeiro coordenador de equipe. O enfermeiro precisa estar preparado para a supervisão, avaliando o trabalho do seu funcionário cotidianamente, a fim de evitar resultados imprecisos que valorizem apenas questões recentes (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Ainda na década de 1990, um estudo já reuniu resultados a partir de pesquisas de satisfação quanto ao trabalho do enfermeiro, trazendo entre os fatores de insatisfação a qualidade da supervisão e o relacionamento com a equipe de trabalho (DEL CURA; RODRIGUES, 1999). Assim, pode-se apontar a relevância de uma boa gestão de desempenho, que proporcione reconhecimento, autonomia, bom relacionamento com a equipe, além de configurar uma supervisão em enfermagem de qualidade.

Em relação ao perfil do enfermeiro enquanto líder, a literatura considera como características positivas: credibilidade, bom relacionamento e comunicação, conhecimento, envolvimento e segurança. Já os pontos negativos considerados são a comunicação ineficaz e a insegurança (VIEIRA; KURCGANT, 2010). Isto aponta para a necessidade de preparo e capacitação para o desenvolvimento dessas habilidades de liderança.

Muitas vezes o despreparo do gestor e do gerenciado compromete a avaliação do desempenho profissional e, assim, a tomada de decisões quanto às intervenções e estratégias adequadas para a evolução do desempenho do avaliado é da mesma forma comprometida. Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi conhecer qual é o preparo que o enfermeiro recebe para assumir o papel de gestor de desempenho da equipe de enfermagem.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) da literatura, segundo Cooper (1982), que sintetiza e analisa resultados de pesquisas primárias para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico. Os procedimentos metodológicos ocorreram em cinco etapas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados, e apresentação dos resultados.

Na primeira etapa, a formulação da problemática deu-se através da seguinte questão norteadora: qual é o preparo que o enfermeiro recebe para desempenhar o seu papel como gestor de desempenho da equipe de enfermagem?

A etapa seguinte, de coleta de dados, deu-se a partir da escolha das bases de dados eletrônicas para a busca dos artigos científicos. Foram elas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de Dados Bibliográfica Especializada na Área de Enfermagem (BDENF).

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos científicos foram: artigos publicados em periódicos de enfermagem que abordassem a temática de gestão de desempenho; publicados em idioma português; no período de 2000 a 2013, resultante de pesquisas primárias e ou secundárias, relatos de experiência, estudos teóricos; artigos com acesso livre on-line do texto completo ou disponíveis na Biblioteca de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e sem custos para ter acesso.

Os seguintes descritores foram utilizados na busca de artigos: “enfermagem”, “gerência”, “avaliação de desempenho”. Desse modo, foram localizados na base de dados SciELO 11 artigos. Na base de dados BDENF foram encontrados 59 artigos, sendo um repetido, restando 58 publicações. E na LILACS, encontraram-se 67 publicações. Assim, a população desta RI constituiu-se de 136 artigos.

Ao aplicarem-se os critérios de inclusão nestas 136 publicações, por meio da leitura do título e dos resumos, foram descartados 98 artigos por não abordarem a temática ou por não estarem em idioma português. Desta etapa restaram 38 artigos.

Deu-se a leitura na íntegra dos 38 artigos, identificou-se que 36 artigos não respondiam à questão norteadora, visto que não apresentavam explicitamente estratégias de preparo do enfermeiro para o exercício da gestão de desempenho. Assim, ficaram dois artigos para compor a amostra. No entanto, para

responder pelo menos parcialmente à questão norteadora, decidiu-se levar adiante o estudo, e seis foram selecionados para somar a amostra, totalizando oito artigos.

Na terceira etapa, foi elaborado um instrumento para a coleta dos seguintes dados: autor(es), título, periódico, ano, volume, número, palavras-chave/descriptores, objetivo/question norteadora, metodologia, tipo de estudo, população/amostra, local do estudo, resultados/estratégias de preparação, propostas/recomendações e conclusões. Na quarta e quinta etapas, os resultados foram, respectivamente, analisados/interpretados e apresentados.

O respeito aos aspectos éticos consistiu na fidedignidade às ideias dos autores e na citação dos mesmos.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Os oito artigos selecionados foram publicados em diferentes periódicos de enfermagem: dois (25%) foram publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e dois (25%) na Revista Brasileira de Enfermagem. Os demais foram publicados nos periódicos Revista Investigación y Educación en Enfermería, Revista Ciência & Saúde Coletiva, Revista Paulista de Enfermagem e Revista Texto & Contexto Enfermagem, respectivamente um (12,5%) artigo científico em cada periódico.

Todos os artigos foram desenvolvidos em território nacional, porém as produções científicas tiveram origem predominantemente na região Sudeste do país, totalizando 4 (50%) publicações, seguido da região Sul, com 2 (25%), e das regiões Centro-Oeste e Nordeste, com uma (12,5%) publicação cada. No que se refere ao ano de publicação dos artigos, pode-se constatar que houve uma diminuição da produção científica nos últimos sete anos, compondo a amostra deste estudo apenas 3 (37,5%) artigos com publicação compreendida entre 2007 e 2012, se comparado ao período de 2002 e 2006, quando 5 (62,5%) publicações somaram-se a esta amostra.

Os estudos analisados neste trabalho apresentaram como participantes enfermeiros, enfermeiros chefes de serviços de enfermagem, gerentes de enfermagem, técnicos e auxiliares e outros profissionais. Destaca-se que os enfermeiros compuseram a população de estudo em 7 (87,5%) publicações. Em relação à metodologia, cinco (62,50%) são estudos qualitativos e três (37,5%) utilizam método quantitativo.

Ao se fazer a análise de acordo com os objetivos, identificou-se que dois artigos (FURUKAWA; CUNHA, 2011; SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006) objetivaram descrever o perfil e as competências necessárias ao enfermeiro para atuar como gestor de desempenho. Um estudo (ALMEIDA; PERES, 2012) buscou discutir o preparo que enfermeiros egressos de um curso de graduação em enfermagem receberam durante o período acadêmico para desempenhar este papel dentro das competências esperadas.

Identificou-se, também, que cinco artigos (FONTENELE, 2010; FERNANDES et al., 2006; GONÇALVES; LEITE, 2004; DALL'AGNOL; CIAMPONE, 2002; BALBUENO; NOZAWA, 2004) tiveram a intenção de avaliar o processo de gestão de desempenho através da opinião dos envolvidos. Constatou-se, assim, que há uma preocupação em identificar os pontos relevantes das metodologias gestoras de desempenho, a fim de grifar sua importância dentro do processo de trabalho, dando o devido valor à opinião de todos os envolvidos.

Dentre as competências citadas como necessárias ao perfil do enfermeiro gestor de desempenho pelos três artigos (FURUKAWA; CUNHA, 2011; DALL'AGNOL; CIAMPONE, 2002; SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006) que as comentaram, surgiram a liderança, foco no cliente, trabalho em equipe, especialização na área de gestão em saúde, experiência prévia em gerência de enfermagem, postura incentivadora do desenvolvimento, flexibilidade e boa comunicação. Um dos artigos (SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006) ainda salientou que a liderança deve ser libertadora/dialógica, promovendo troca de conhecimentos e privilegiando as raízes, valores, crenças e cultura de todos os membros da equipe profissional.

Buscou-se trazer também as características do processo de gestão de desempenho segundo os artigos analisados neste estudo. Apenas dois artigos (ALMEIDA; PERES, 2012; FURUKAWA; CUNHA, 2011) não abordaram essas características. Dentre os seis estudos (FONTENELE, 2010; FERNANDES et al., 2006; GONÇALVES; LEITE, 2004; DALL'AGNOL; CIAMPONE, 2002; BALBUENO; NOZAWA, 2004; SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006) que abordaram estas características, apenas um (BALBUENO; NOZAWA, 2004) caracterizou o processo como uma prática favorável. Balbueno e Nozawa (2004) consideraram o processo de gestão de desempenho como um meio de desenvolver as capacidades e potencialidades do enfermeiro, que é executado por profissionais capacitados para a detecção de falhas e proposição de soluções aos problemas encontrados, contribuindo para a valorização pessoal e profissional.

O processo também foi considerado favorável por outro estudo (FERNANDES et al., 2006), mas apenas quando realizado com a técnica de avaliação em grupo. Porém, esta é uma prática ainda pouco explorada na enfermagem, visto que a maioria dos artigos que compõem a amostra desta RI trazem práticas de caráter normativo, como uma atividade isolada, à qual é atribuído um valor excessivo, não fazendo parte do processo o acompanhamento prévio do funcionário avaliado, nem mesmo a busca de resolução de suas dificuldades.

Um artigo (GONÇALVES; LEITE, 2004) ainda traz a colocação dos enfermeiros que participaram da pesquisa quanto à supervisão de enfermagem, ao relatarem que não conseguem acompanhar mais de perto o desempenho do avaliado, fato este que evidencia o desconhecimento do processo de gestão de desempenho, comprometendo a qualidade da atividade de avaliar, esquecendo que a aplicação do instrumento de avaliação é apenas uma parte do processo. Este deveria representar um instrumento para o crescimento do avaliado, visando o aprendizado para as partes envolvidas na avaliação (FERNANDES et al., 2006).

Ainda foi possível observar que o processo gera sofrimento aos avaliados (DALL'AGNOL; CIAMPONE, 2002), por vincularem o momento da avaliação à fiscalização e punição, em que são apontados apenas as falhas e os erros (GONÇALVES; LEITE, 2004; DALL'AGNOL; CIAMPONE, 2002; SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006). Um dos artigos (DALL'AGNOL; CIAMPONE, 2002) ainda traz a crença, por parte dos pesquisados, na criação de um supermodelo de avaliação, negando a necessidade de uma reformulação das atitudes frente ao processo por parte de toda a equipe e não apenas a reconstrução de um instrumento de avaliação.

A seguir está o Quadro 1, no qual estão listados os artigos que discutiram o preparo que o enfermeiro recebe para gerenciar o desempenho da equipe de Enfermagem.

Quadro 1 – Preparo dos enfermeiros para o papel de gestor de desempenho.

ARTIGO	PREPARO DOS ENFERMEIROS	AUTOR
1	Os recém-formados manifestam ter suficientes conhecimentos, consideram-se hábeis e com atitudes favoráveis na área de gestão, ainda que na maioria dos temas os formados referiram ter mais conhecimento e habilidade do que atitude. Em contrapartida, nos formados com maior experiência trabalhista, ainda que considerem que têm suficiente conhecimento, sua habilidade é média e reportam uma atitude desfavorável para a gestão. A maioria dos sujeitos, em ambos os grupos, caracterizam-se com muito e médio conhecimento, pois tiveram os conteúdos questionados durante a graduação, mas referem dificuldades para mobilizar seu conhecimento.	ALMEIDA; PERES, 2012

2	Os gerentes de enfermagem tinham pós-graduação na área de gestão em saúde, porém a minoria teve experiência em gerência antes de assumir o cargo.	FURUKAWA; CUNHA, 2011
3	Evidenciou-se desconhecimento generalizado acerca da metodologia, critérios e objetivos estabelecidos para as avaliações. Pouco estímulo ao empreendedorismo e à criatividade, resultantes, principalmente, da prática do modelo de gestão piramidal e da quase invencível burocracia.	FONTENELE, 2010
4	NÃO DISCUTE NOS RESULTADOS.	FERNANDES et al., 2006
5	Os depoimentos apresentados exemplificam o despreparo dos enfermeiros gerentes de desempenho. A dificuldade em fazer os registros pode estar associada à dificuldade em avaliar e falar, que pode ser causada pela falta de capacitação. A avaliação falha pode advir da dificuldade em supervisionar, pois o preparo para a avaliação pressupõe, também, a capacitação para a supervisão, pois a avaliação de desempenho representa a supervisão executada ao longo de um período. Esse despreparo reflete nos pontos ora citados, tais como registros deficientes, não correlação entre prognosticadores, dificuldade de acompanhamento do desempenho, não aceitação da auto-avaliação ou da avaliação.	GONÇALVES; LEITE, 2004
6	NÃO DISCUTE NOS RESULTADOS.	DALL'AGNOL; CIAMPONE, 2002

7	NÃO DISCUTE NOS RESULTADOS.	BALBUENO; NOZAWA, 2004
8	NÃO DISCUTE NOS RESULTADOS.	SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Apenas quatro artigos trouxeram aspectos relacionados ao preparo/capacitação/conhecimento dos enfermeiros para o exercício do papel de gestor de desempenho (artigos 1, 2, 3 e 5 do quadro 1). Destes, dois estudos (3 e 5) evidenciaram a falta de preparo/conhecimento para o desempenho do papel por parte dos enfermeiros responsáveis pela gestão da equipe de enfermagem.

Enquanto um artigo (nº 2) comentou sobre a busca, na pós-graduação, pelo conhecimento e capacitação para gestão de desempenho, através de especialização na área de gestão em saúde, outro estudo (nº 1) abordou a questão do preparo durante a graduação, ainda que com dificuldades por parte dos recém-graduados em mobilizar o conhecimento adquirido durante a graduação em atitudes favoráveis para a gestão. O estudo nº 2 também evidenciou que apenas 30,8% dos gerentes de enfermagem possuíam experiência na área gerencial antes de tornarem-se gerentes (gerente equivale aqui ao papel de gestor de desempenho).

É esperado que, durante a sua formação, o enfermeiro seja preparado para o exercício da liderança de sua equipe, como coordenador/gestor deste grupo, desempenhando um trabalho rotineiro de avaliação para os devidos fins desta atividade (FERNANDES et al., 2006). Kurcgant (2005) fala do processo de avaliação de desempenho como uma ferramenta de gerenciamento que deve ser concebida com o intuito de promover o crescimento profissional e pessoal dos envolvidos, o que não se evidencia, a partir da análise da amostra deste estudo,

como prática usual dos enfermeiros, o que vai ao encontro dos resultados apresentados no Quadro 1, confirmando o despreparo dos gestores de desempenho.

Um dos estudos (nº 5) ainda traz um tema de extrema importância, quando fala da avaliação representar uma supervisão realizada ao longo de um período, e que uma capacitação deficiente para a supervisão pode refletir-se em uma avaliação insatisfatória, justamente pela dificuldade prévia em supervisionar. Visto que, segundo Brandão et al. (2008), o acompanhamento, seguido da avaliação e previsto por um planejamento, é o que se entende por gestão de desempenho.

No quadro abaixo (Quadro 2) são apresentadas as propostas dos autores dos artigos pesquisados, quanto à preparação ou capacitação que os enfermeiros devem receber para exercer o papel de gestor de desempenho de sua equipe de trabalho.

Quadro 2 - Propostas dos autores quanto à preparação/capacitação dos enfermeiros para desempenhar o papel de gestor de desempenho.

ARTIGO	PROPOSTAS DE PREPARAÇÃO/ CAPACITAÇÃO	AUTOR
1	Estruturas de ensino que posicionem o aluno como protagonista de sua aprendizagem junto aos cenários de atuação do enfermeiro; ensino por competências nas disciplinas de Administração em Enfermagem, com ênfase na associação da teoria com a prática.	A L M E I D A ; PERES, 2012

2	Exigência de especialização e experiência anterior em gerência de enfermagem. É preciso que o potencial para a área gerencial seja gradativamente desenvolvido, desafiando a aplicação de novas competências. <i>Master of Business Administration (MBA)</i> como curso recente, sobretudo na área da saúde, deve ser mais bem explorado pelos enfermeiros que desejam ocupar cargos de gerência.	F U R U K A W A ; CUNHA, 2011
3	Avanços e mudanças predominantemente culturais; valorização do ser humano e do processo de gestão de desempenho.	F O N T E N E L E , 2010
4	A necessidade de aprofundar reflexões e estudos sobre a temática gestão. Cabe às instituições de ensino instrumentalizar os futuros enfermeiros para o exercício da atividade de avaliação de desempenho dentro do processo de educação continuada, bem como às instituições de trabalho promoverem condições para realização adequada desta atividade, oferecendo respaldo e <i>feedback</i> às necessidades apontadas pelos trabalhadores. É fundamental a criação de espaços que valorizem a compreensão das relações humanas no trabalho em enfermagem.	FERNANDES et al., 2006

5	Valorizar a capacitação das pessoas, a compreensão do processo até a consecução dos objetivos. Necessidade de revisão de todo o processo de avaliação, no entanto, antes de qualquer intervenção, é imprescindível que sejam fartamente discutidos os aspectos técnicos e, sobretudo, os aspectos éticos e políticos envolvidos no processo de avaliação de desempenho profissional.	GONÇALVES; LEITE, 2004
6	Do avaliador se espera uma postura continente, incentivadora do desenvolvimento, e não a de juiz que aponta o certo/errado. Porém, os autores não abordam maneiras do avaliador desenvolver essa postura esperada.	DALL'AGNOL; CIAMPONE, 2002
7	O enfermeiro que gerencia a assistência de enfermagem deve estar preparado para implementar a avaliação de desempenho como um processo contínuo. É imprescindível que esta temática esteja presente no conteúdo dos cursos de graduação, em particular nas disciplinas de Administração em Enfermagem, objetivando preparar os futuros profissionais na correta execução de processos de avaliação de desempenho coerentes com a busca da qualidade da assistência dos serviços prestados e com o desenvolvimento do profissional de enfermagem.	BALBUENO; NOZAWA, 2004

8	NÃO DISCUTE NOS RESULTADOS.	SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006
---	-----------------------------	--------------------------------------

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Apesar de apenas um artigo (nº 8) não apresentar propostas, os autores deste estudo encontraram na sua pesquisa características desfavoráveis ao perfil dos enfermeiros estudados enquanto gestores das equipes de enfermagem, mas ainda assim não apresentaram propostas quanto à preparação/capacitação do público analisado. Porém, a partir da análise deste quadro, evidencia-se a preocupação dos demais autores com a busca por conhecimento e a capacitação dos enfermeiros enquanto gestores de desempenho, trazendo propostas em seus estudos quanto ao preparo que estes profissionais deveriam receber.

Pode-se observar, ainda, que um estudo (nº 6), apesar de apontar o comportamento e atitudes que são esperados de um avaliador, não acrescenta propostas de como pode ser desenvolvida esta postura. Este mesmo artigo também aponta para processos de gestão de desempenho falhos e com características desfavoráveis, citando inclusive aspectos da relação da vida cotidiana como fatores que influenciam os avaliadores na hora de descrever o desempenho profissional de um membro de sua equipe.

Esta prática, desfocada dos objetivos do processo de avaliação e do contexto do trabalho em equipe, traz à tona o seguinte questionamento: será que estes gestores/avaliadores estão recebendo das instituições de ensino formadoras e das empresas nas quais eles trabalham oportunidades de capacitação para as atividades exigidas? Ou seria uma dificuldade do profissional de colocar em prática seus conhecimentos teóricos?

Segundo Furukawa e Cunha (2011), apesar de os gestores buscarem as competências necessárias em cursos de pós-graduação, na prática esses profissionais são promovidos a esta função por meio de indicação, e não por processo seletivo, observando-se um profissional com conhecimento teórico

satisfatório, porém sem experiência prática na área de gestão. Ao encontro disto, os autores Almeida e Peres (2012) trazem a necessidade de discutir, nos campos de formação, a adoção de processos de educação permanente com a utilização de metodologias mais ativas, embasando o desenvolvimento de atitudes na prática profissional.

O artigo nº 1 traz propostas para as instituições de ensino com cursos de graduação em enfermagem, especialmente para o ensino de Administração em Enfermagem, assim como aos próprios campos de atuação do enfermeiro. Almeida e Peres (2012) propõem a figura do aluno como protagonista durante a sua formação, indicando o ensino por competências como uma possível transformação do formato tradicional de ensino, possibilitando assim uma posterior mobilização de competências em seu cotidiano profissional, não mais distanciando a teoria da prática.

Outro estudo (nº 7), que também fala da importância desta temática estar presente nos cursos de graduação, em especial nos conteúdos de Administração em Enfermagem, discute os objetivos desse investimento ao lembrar a necessidade de tornar as práticas de avaliação/gestão mais coerentes com a busca do desenvolvimento profissional. Acrescentando argumentos a esse assunto, os autores Fernandes et al. (2006) também grifam a instituição de ensino como responsável em instrumentalizar os estudantes de enfermagem para uma prática gerencial saudável, através do processo de educação continuada, atribuindo às instituições de trabalho a mesma responsabilidade por uma prática mais adequada aos reais objetivos de desenvolvimento humano.

Já o artigo nº 2 aponta para a necessidade de o enfermeiro que pretende um cargo de gerente investir na especialização, porém, em acréscimo a isso, traz a necessidade de experiência prévia em gerência. O MBA, como curso de especialização no Brasil e mestrado em outros países, com ênfase em administração, é valorizado também e indicado como meio de capacitação a ser mais explorado na área da saúde, em especial pelos profissionais que pretendem cargos gerenciais.

Três artigos (3, 4 e 5) trazem a necessidade de revisão e valorização do processo de gestão de desempenho nas instituições de atenção à saúde, atrelada a uma discussão que deve se aprofundar quanto a aspectos éticos e metodológicos. Sugerem também este como um assunto a ser mais explorado no campo da produção científica da enfermagem.

Considerações Finais

A partir dos resultados apresentados, é possível refletir sobre a falta de estudos quanto ao desenvolvimento de competências dos enfermeiros gestores de desempenho, apontando para a necessidade de investimento em novas pesquisas a respeito do tema, e priorizando a discussão sobre a capacitação dos profissionais, a fim de proporcionar melhorias ao processo de gestão de desempenho e ao desenvolvimento da equipe de enfermagem.

Apesar disso, todos os artigos estudados identificaram ou falha no processo gerencial ou perfis inadequados ao desenvolvimento da atividade em questão. Infere-se, então, uma possível deficiência quanto a este preparo, principalmente no que tange a experiência prática durante a formação. É imprescindível que, neste caso, os subsídios teóricos estejam atrelados ao aprendizado ativo em campo, proporcionando a vivência das dificuldades e peculiaridades de uma prática cotidiana, embasada em um processo diário e contínuo, e que não se restrinja à aplicação de uma ferramenta de avaliação como uma atividade isolada.

Referências

- ALMEIDA, M. de L.; PERES, A. M. Conhecimentos, habilidades e atitudes sobre a gestão dos formados de enfermagem de uma universidade pública brasileira. **Invest Educ Enferm**, Curitiba, v. 30, n. 1, p. 66-76, 2012.
- BALBUENO, E. A.; NOZAWA, M. R. Levantamento dos tipos de repercussões resultantes da avaliação de desempenho em enfermagem hospitalar. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 58-64, jan./fev. 2004.
- BRAHM, M. M. T.; MAGALHÃES, A. M. M. Opinião da equipe de enfermagem sobre o processo de avaliação de desempenho. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 415-421, 2007.
- BRANDÃO, H. P. et al. Gestão de desempenho por competências: integrando a gestão por competências, *o balanced scorecard* e a avaliação 360°C. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p.875-898, set. 2008.
- CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa**. São Paulo: Makron Books, 1994.
- COOPER, H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **Review of Educational Research**, Washington, v.52, p.291-302, 1982.
- DALL'AGNOL, C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Avaliação de desempenho: diálogos e representações de um grupo na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 363-369, jul./ago. 2002.
- DEL CURA, M. L. A.; RODRIGUES, A. R. F. Satisfação profissional do enfermeiro. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 21-28, 1999.
- FERNANDES, C. N. S. et. al. Repensando a avaliação de desempenho: novos conceitos e práticas. **Rev. paul. Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 183-188, jul./set. 2006.

- FONTENELE, M. de F. M. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um Hospital Geral de Fortaleza (CE). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 1315-1324, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700040&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio 2013.
- FURUKAWA, P. de O.; CUNHA, I. C. K. O. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jan./fev. 2011.
- GONÇALVES, V. L. M.; LEITE, M. M. J. Diagnóstico situacional de um processo de avaliação de desempenho profissional. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 430-433, jul./ago. 2004.
- KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- MARQUIS, B. L., HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- SANTOS, I. dos; OLIVEIRA, S. R. M. de; CASTRO, C. B. Gerência do processo de trabalho em enfermagem: liderança da enfermeira em unidades hospitalares. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 393-400, jul./set. 2006.
- VIEIRA, A. P. M.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 11-15, 2010.



*Daniela Cruz Corrêa
Nair Regina Ritter Ribeiro*

Introdução

Durante a internação hospitalar, muitas crianças e adolescentes são submetidas a procedimentos para os quais necessitam permanecer sem ingerir nada por via oral durante algumas horas antes da sua realização e, eventualmente, após também.

Entende-se por jejum pré e pós-procedimentos, um período de horas sem ingestão de qualquer tipo de alimento, líquido ou sólido. No contexto hospitalar, durante esse período, algumas vezes, permite-se apenas a ingestão oral de medicações com pequenos volumes de água.

Neste estudo, considerou-se como procedimentos exames laboratoriais, exames de imagem e cirurgias. Utilizou-se a sigla NPO, ou seja, “nada por via oral” para designar o jejum.

Durante o jejum, observa-se o estado de irritação da criança, que pode ser atribuído à fome devido aos períodos em que permanece sem ingestão alimentar. Segundo Correia e Silva (2005), esse tempo é suficientemente longo do ponto de vista metabólico para levar à depleção do estoque de glicogênio, o que tem impacto na resposta orgânica ao estresse, além de poder gerar desconforto.

A prática utilizada de extensos períodos de jejum pré e pós-procedimentos podem resultar em complicações para os pacientes, além do desconforto decorrente de muitas horas sem

se alimentar. A literatura tem apresentado evidências, através de estudos, que o período de jejum pode ser reduzido, contribuindo, deste modo, para o bem-estar do paciente.

A prática de extensos períodos de jejum pré e pós-procedimentos pode resultar em complicações para os pacientes, além do desconforto decorrente de muitas horas sem se alimentar. A prática de manter os pacientes em jejum prolongado vem sendo aplicada desde Simpson, um dos percussores da anestesia no século XIX. Atualmente, existem recomendações diferenciadas descritas pela *American Society of Anesthesiologists* (ASA) quanto ao tempo de jejum necessário e a liberação de alguns alimentos no período de jejum pré-operatório. Isto posto, tem-se como hipótese que as crianças e adolescentes têm permanecido em jejum por tempo maior do que o necessário, gerando irritabilidade e desconforto ao paciente, decorrentes da resposta orgânica ao stress e à depleção do glicogênio.

A realização do jejum pré-procedimentos tem como objetivos a redução do risco de aspiração broncopulmonar e suas complicações devidas ao possível retorno do resíduo gástrico durante a indução anestésica.

A American Society of Anesthesiologists (2011) publicou relatório com diretrizes focadas em recomendações para o jejum pré-operatório, bem como para a administração de agentes farmacológicos que modificam o volume e a acidez do conteúdo gástrico neste período. As diretrizes fornecem recomendações baseadas em revisão da literatura e na opinião de especialistas. Referem-se à população de pacientes saudáveis, de todas as idades e submetidos a procedimentos eletivos. As recomendações não se aplicam a pacientes com maiores riscos, que sejam portadores de doença que dificulte o esvaziamento gástrico ou de condições que possam afetar este esvaziamento. O período de jejum deve ser diferente conforme o tipo de alimentos e é descrito resumidamente como segue:

- Líquidos sem resíduos (água, chá, café, suco de fruta sem polpa, todos sem álcool e com pouco açúcar): jejum de 2 horas para todas as idades;

- Leite materno: jejum de 4 horas para recém-nascidos e lactentes;

- Dieta leve (chá e torradas) e leite não materno: se aceita até 6 horas de jejum para crianças e adultos;

- Fórmula infantil: jejum de 6 horas para recém-nascidos e lactentes;

- Sólidos: jejum de 8 horas para crianças e adultos.

A indicação do jejum pós-operatório faz parte dos cuidados de rotina prescritos até que haja eliminação de flatos ou de fezes. Isso, em geral, ocorre até o terceiro ou quarto dia pós-operatório (CORREIA; SILVA, 2005). Já em procedimentos não operatórios, como a coleta de sangue para hemograma, a dieta é liberada imediatamente após o mesmo.

A hospitalização, para a criança, é uma nova experiência em sua vida, e geralmente desagradável, pois altera suas rotinas, hábitos e ambiente. Segundo Ribeiro e Bernardes (2012, p. 64): “muitas crianças podem percebê-la como uma ameaça ou castigo. Além de vivenciar situações novas, a criança observará coisas que não compreende, aumentando sua ansiedade e intranquilidade”.

As crianças, ao jejuarem, diminuem o volume e a acidez do conteúdo estomacal e, dessa maneira reduzem o risco de aspiração e de regurgitação do conteúdo gástrico durante a cirurgia. Segundo Brady et al. (2009), novas práticas terapêuticas têm possibilitado o incentivo à mudança de política no padrão “nada por via oral” para regimes de jejum mais relaxados. No entanto, esta mudança tem sido lenta por questões relacionadas ao tempo de jejum, tipo e quantidade de ingestão permitida.

Diante do exposto, este trabalho torna-se relevante ao fornecer subsídios ao cuidador para entender as alterações decorrentes do jejum e propor alterações no cuidado à criança e ao adolescente, visando o cuidado integral e o bem-estar da criança e do adolescente. Ao aumentar a satisfação desta população, reduz-se a necessidade de atenção às intercorrências relacionadas ao jejum, como a irritabilidade e desconforto. A

variedade de períodos de jejum preconizados levou aos seguintes questionamentos: qual o tempo de jejum que o paciente tem permanecido para a realização de procedimentos? Qual a percepção de crianças e adolescentes e/ou seus familiares sobre o tempo permanecido em jejum?

Objetivos

Identificar os períodos de jejum pré e pós-procedimentos aos quais os pacientes pediátricos e adolescentes estão sendo submetidos, descrever o tipo de procedimento e o tempo de jejum correspondente, e conhecer e descrever as percepções dos pacientes e seus familiares acerca do período de jejum.

Método

Estudo misto, tipo exploratório sequencial realizado em duas etapas, uma quantitativa e outra qualitativa. A etapa quantitativa foi prospectiva com corte temporal das situações de jejum às quais são submetidas as crianças e os adolescentes internados em Unidades Pediátricas. Na etapa qualitativa, se buscou a percepção da criança e do adolescente ou de sua família sobre o período de jejum.

Os dados foram coletados nas Unidades de Internação Pediátrica de um hospital geral universitário de Porto Alegre/RS no mês de maio de 2013.

A população foi composta pelos pacientes internados ao longo do mês de maio, e a amostra, por 88 pacientes que permaneceram em jejum no período pré e/ou pós-procedimentos.

Na etapa qualitativa participaram oito sujeitos (S1, S2...). Utilizou-se o critério de saturação de dados para definição do número de participantes, ou seja, “o tamanho da amostra está

relacionado com o ponto em que não há mais informações novas e se alcançou a redundância” (POLIT; BECK, 2011, p. 356).

Na etapa quantitativa, o critério de inclusão foi o de ser paciente submetido a algum procedimento que exigisse um período de jejum antes ou depois do mesmo. Na etapa qualitativa, o critério foi o de ser paciente com capacidade de responder aos questionamentos e que tivesse familiar presente no período de jejum. Foram excluídos, na etapa qualitativa, crianças, adolescentes e seus familiares com dificuldade de entendimento.

Para a coleta dos dados da etapa quantitativa, foram buscadas informações nos prontuários dos pacientes submetidos ao jejum pré e/ou pós-procedimentos, cujos dados foram transcritos para uma planilha. Na etapa qualitativa, foi realizada entrevista semiestruturada com a criança, adolescente e/ou seus familiares (MINAYO, 2008).

Para a análise dos dados quantitativos utilizou-se a estatística descritiva, sintetizando e descrevendo os dados por meio de médias e porcentagens (POLIT; BECK, 2011). Através da análise de conteúdo temática proposta por Gomes (2008), foram analisados os dados qualitativos.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ-EENF), sob número 24260, pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG-HCPA), sob número 130147, e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP-HCPA) através da Plataforma Brasil, sob registro CAEE número 13194113800005327.

Para a utilização dos dados dos prontuários, foi preenchido e assinado pelas autoras o Termo de Compromisso para Uso de Dados Institucionais, conforme norma da instituição. O áudio das entrevistas foi transcrito e ficará guardado durante cinco anos quando será apagado, conforme Lei dos Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1998).

Resultados

Identificou-se o tempo de jejum em 88 pacientes internados, na faixa etária de um mês a 18 anos, no mês de maio de 2013, uma vez que três prontuários não foram localizados pelo Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) da instituição.

Constatou-se que 7% (6) dos pacientes permaneceram em jejum de duas a quatro horas. A American Society of Anesthesiologists (2011) permite que até duas horas antes do procedimento o paciente possa ingerir líquidos sem resíduos e até quatro horas antes, leite materno. Outros 7% (6) dos pacientes permaneceram em jejum de quatro a seis horas. Nestas situações, a literatura recomenda a ingestão de fórmula infantil, leite não materno e dieta leve até seis horas antes do procedimento.

Verificou-se que 30% (27) dos pacientes permaneceram em jejum por um período de seis a oito horas e outros 30% (27) por um período de oito a dez horas e 17% (15) permaneceu em jejum de dez a catorze horas. Há crianças que permaneceram de catorze a dezoito horas sem se alimentar, representando 7% (6) da população. E 1% (1) permaneceu em jejum por mais de dezoito horas.

O estudo identificou diversas crianças que iniciaram o jejum após a meia-noite, não sendo tolerada, após esta hora, a ingestão de qualquer tipo de alimento e líquidos. A literatura aponta que a prática de jejum após a meia noite ainda é presente em várias instituições mesmo após estudos terem evidenciado que práticas mais liberais de jejum podem ser aplicadas para os pacientes pediátricos sob certas condições (SCARLETT et al., 2002).

Os períodos do pós-procedimento não foram possíveis de serem computados, pois não há registros no prontuário da hora de início e término do procedimento. Os dados ficaram restritos à hora do encaminhamento e retorno do paciente ao procedimento. Algumas vezes, quando o paciente necessita

permanecer em sala de recuperação, é possível a liberação da dieta naquele local. Contudo, não foi possível a confirmação, na amostra em estudo, da continuação ou não do jejum pela falta de registros nos prontuários.

Após o procedimento, a criança ou adolescente retorna para a unidade e, conforme orientação da equipe médica, a dieta é liberada. Na maioria das ocasiões, a dieta do paciente foi liberada assim que o mesmo retornou para a unidade. Contudo, houve exceções em casos de pacientes em recuperação de sedação, procedimento cirúrgico e/ou paciente clinicamente instável.

A maior parte da amostra do estudo, 72% (63), aguardou, em média, 16 minutos entre o momento de liberação da dieta e o recebimento da mesma. Considerou-se este tempo adequado, em vista do processo de trabalho da unidade e do Serviço de Nutrição. Outros 18% (16) pacientes do estudo aguardaram aproximadamente uma hora e outros 6% (5), duas horas.

Tipo de procedimento e o tempo de jejum correspondente

Os pacientes pediátricos e adolescentes estudados apresentaram períodos variados de jejum para as diversas situações a que se submeteram. Os períodos de jejum variaram conforme o procedimento. Os procedimentos foram agrupados em categorias como segue:

- Cirurgias;
- Exames de imagem;
- Exames invasivos;
- Colocação/retirada de cateter;
- Biópsia;
- Outros procedimentos - radioterapia, “passagem” de sonda nasoentérica, doação de medula óssea e quimioterapia;

- Procedimentos cancelados.

Nota-se que as cirurgias são os procedimentos em que os pacientes pediátricos e adolescentes, que participaram do estudo, permanecem maior período em jejum, em média 12 horas, com o período máximo de 21 horas.

Para a realização de exames de imagem o tempo médio de jejum foi aproximadamente de 8 horas, neste caso, 14 horas foi o período máximo. Já as categorias “exames invasivos” e “colocação/retirada de cateter” apresentaram uma média de 10 horas de jejum, com períodos máximos de 17 e 16 horas respectivamente, até a realização do mesmo. Os pacientes que realizaram biópsia permaneceram em média 9 horas em jejum. Na categoria de “outros procedimentos” a média do tempo de jejum foi de 7 horas e 30 minutos, com o maior período de jejum de 12 horas para a realização de uma quimioterapia intratecal.

Os pacientes com procedimentos cancelados representam 14,77% (13) do total da amostra do estudo. O tempo de jejum destas crianças e/ou adolescentes variou entre 3 a 14 horas. Portanto, permanecendo em média 7 horas em jejum até que recebessem a notícia do cancelamento do procedimento.

São diversos os motivos para ocorrer o cancelamento do procedimento: falta de leito na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP); falta de horário na agenda no local do procedimento; instabilidade clínica da criança; entre outros. Apenas em 3% (3) o motivo do cancelamento foi por instabilidade clínica do paciente.

Algumas vezes, o tempo de jejum se elevou por falha na comunicação, entre as equipes responsáveis pela criança, quanto ao cancelamento do procedimento. A falha na comunicação ocorreu tanto entre as equipes médicas quanto entre as equipes médicas e as equipes de enfermagem.

Outro motivo que eleva o tempo de jejum das crianças e adolescentes é a espera por “encaixe” nas agendas para realizar o procedimento, que ocorre quando algum procedimento é cancelado e, outras vezes, por atrasos nos horários agendados do procedimento.

Percepções dos pacientes e seus familiares acerca do período de jejum

A etapa qualitativa do estudo consistiu na participação de oito sujeitos: sete mães e um pai de crianças na faixa etária de um mês a 13 anos.

As crianças foram submetidas aos seguintes procedimentos: passagem de sonda nasoenteral (SNE), gastrostomia, retirada de lesão, ressonância magnética (RNM), colocação de cateter e tomografia. A análise das entrevistas possibilitou a construção de duas categorias: comportamento da criança e do adolescente em jejum e reações dos pais frente ao período de jejum da criança e do adolescente.

Comportamento da criança e do adolescente em jejum

Durante o jejum, na espera para realizar o procedimento, alguns pacientes relataram que sentiram fome e sede durante este período. Os pais também relatam que as crianças pedem para comer ou beber algo, mas o que podem fazer é dizer que não pode. Há também crianças que são amamentadas no peito e se manifestam procurando o seio materno.

Aí é fome, é o estresse de esperar. (S2)

Ele fica procurando... Procurando o seio e não acha. (S1)

Ela pede água, pede pra comer. [...] A mãe diz “não pode”. (S7)

Outras reações do organismo por causa do jejum também foram manifestadas, como garganta seca, dor de cabeça, tontura e fraqueza.

Me sinto mal. [...] A minha garganta fica seca. (S7)

Ela até meio que começou a passar mal, com dor de cabeça, ficou tonta... Ela fica muito fraca. (S5)

Uma pesquisa realizada no Canadá, envolvendo 152 adolescentes de 13 a 19 anos, avaliou 50% destes com jejum após a meia noite e outros 50% com jejum de três horas para líquidos claros. Os autores concluíram que a ingestão de líquidos claros por adolescentes saudáveis não afeta o conteúdo gástrico, além de reduzir a sede e a fome (SPLINTER; SCHAEFER, 1991).

Quando questionado aos pais e crianças sobre o comportamento delas durante o período de jejum, a maioria utilizou termos como: irritada, agitado, choroso, inquieto, estressado e nervoso. Algumas falas abaixo exemplificam estes comportamentos:

Ele ficou bem irritadinho, bem agitado, ficou choroso, inquieto. (S1)

Aí ele se irrita, ele não quer ficar... (em nenhuma posição). Ele não quer ficar na cadeira, ele não quer ficar no colo. (S2)

Ela fica mais agitada, chora mais. Fica meio estressada assim. (S4)

Alguns comportamentos diferentes dos citados acima, também foram evidenciados como:

“tava se puxando os cabelos de estressado”. (S2)

Em outro estudo realizado por Scarlett et al. (2002), os autores afirmam que o padrão de jejum pré-operatório conservador causa desconforto e, em alguns casos, o sofrimento dos pacientes, sendo desnecessário para aqueles sem fator de risco. A implementação de diretrizes mais liberais de jejum tem resultado na diminuição da irritabilidade, ansiedade, sede e fome no período pré-operatório. Crianças submetidas a períodos de jejum mais liberais ficam mais confortáveis e o período pré-operatório é mais bem tolerado.

Após o procedimento e a liberação da dieta, os pais citam os adjetivos “satisfeito” e “tranquilo” para caracterizar a criança neste momento:

Ficou satisfeito... Logo adormeceu. (S1)

Foi tranquilo. (S2)

Fica com o estomagozinho cheio, não dá mais nada, passa rápido. (S4)

Pode-se perceber que a satisfação da criança está relacionada ao seu cuidado e o atendimento às suas necessidades imediatas como a fome.

Reações dos pais frente ao período de jejum da criança e do adolescente

Os pais também foram questionados quanto aos seus sentimentos frente à situação de jejum da criança/adolescente. Observou-se que se sentiram nervosos, impotentes, tristes e com pena da criança. Em situações mais extremas houve algumas mães que relataram ter chorado e que queriam dar mais conforto a criança. Nas falas abaixo pode-se conferir algumas verbalizações dos pais:

A gente fica nervosa, chora junto. O que eu vou fazer?... a gente se sente impotente. (S2)

A gente fica bem angustiada, triste... fica com pena. (S1)

Só queria que ela ficasse um pouco mais confortável. Ela tá tanto tempo sem comer, sem se alimentar. [...] Aí comecei a chorar. Fiquei desesperada, por que já tava demais... (S5)

Estes sentimentos estão relacionados ao comportamento de desconforto que a criança apresenta ao longo do período de jejum.

Também foi possível observar, no discurso de uma mãe, que este período não atinge somente os pacientes. A irritação e o estresse da criança durante o jejum acabam resultando também em estresse e cansaço dos pais. Apesar dos sentimentos e comportamento dos pais, eles demonstram saber da necessidade do jejum para que o procedimento possa ser realizado com segurança.

Ah, amanhã tomara que seja rápido, daí ele não tem aquele estresse. [...] Cansada, tu fica cansada... Aí a gente tem que aguentar no tranco ali com ele. (S2)

Mas quando é necessário, tem que deixar (em jejum). (S1)

A gente sabe que não pode dá a alimentação. [...] Por que é pro bem dele. (S2)

É natural que os pais apresentem cansaço e estresse, pois a criança em jejum mostra manifestações de irritação e choro exigindo mais atenção e paciência dos mesmos e, somado a isto, tem-se o longo período de internação hospitalar durante o qual, muitas vezes, os pacientes permanecem. As unidades pediátricas da instituição contam com o Grupo de Pais, que possibilita espaço e momentos para que a família possa compartilhar vivências, sentimentos e experiências, auxiliando o enfrentamento destas situações (ISSI et al., 2007).

O conhecimento das reações de um filho é observado quando uma mãe cita que o choro da criança é de fome e tenta lidar com a situação distraindo-a.

A gente já conhece o choro é diferente, é de fome. [...] Dá um jeito de distrair ela, pra ela ao ficar tão nervosa mesmo. Distrai um pouco até passar o tempo. (S4)

O choro do bebê é uma forma de comunicação dele com as pessoas ao seu redor. Os pais reconhecem o choro do bebê, seja ele de fome, frio ou de outras necessidades. Sabendo disso, no caso da criança em jejum, tentam a distração como método para deixar a criança mais confortável. Durante as entrevistas, vimos que o choro é mais comum nos lactentes e crianças pequenas, os adolescentes não apresentam mais essa manifestação durante o jejum.

Alguns pais manifestaram, durante o seu discurso, a insatisfação quanto ao tempo de espera para realizar o procedimento, resultando num tempo maior em que a criança/

adolescente permaneceu em jejum. Foi citada também a falta de comunicação e de compromisso em realizar o procedimento deixando a criança desnecessariamente mais tempo em jejum.

Ela ficou 15 horas sem comer, foi bem complicado... Erro do pessoal da recepção lá do bloco. [...] A única coisa que eu achei de ruim... Não sei o que foi. Falta de atenção, de comunicação. Mas foi errado! (S5)

Eles podiam dizer tal hora vamos fazer e daí fazer. Não vim avisar: "Eu vou fazer" e não vim fazer. (S7)

Demora pra fazer o procedimento, aí é pior ainda. [...] Só que eles demoram muito... E eles não chamam nunca, nunca. (S3)

De acordo com os direitos da criança e do adolescente hospitalizados (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1995), os mesmos têm o "direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos". Kendrick e Taylor (2000) definem como abuso do sistema a prestação inadequada dos serviços de saúde infantil, não atendendo as suas necessidades. Assim, caracteriza-se como negligência institucional desencadear desconforto e sintomas clínicos por períodos desnecessariamente longos de jejum.

Conclusão e Recomendações

O estudo avaliou as rotinas de jejum a que os pacientes internados nas unidades pediátricas estão sendo submetidos. Os resultados apontam que as crianças e adolescentes têm permanecido em jejum por tempo maior do que o necessário, gerando irritabilidade e desconforto ao paciente. A literatura tem evidências de que estes períodos podem ser reduzidos, desde que seja avaliado o risco para cada paciente.

Denota-se a importância da revisão dos períodos de jejum necessários para os procedimentos, através da elaboração de rotinas, que possam ser seguidas pela equipe multidisciplinar, tanto onde o procedimento será realizado quanto pela equipe de enfermagem e o serviço de nutrição nas unidades pediátricas.

Conclui-se, também, que, além dos longos períodos de jejum, outro fator contribuinte de estresse para o paciente e a sua família são os atrasos ou cancelamentos de procedimentos e a ausência de hora pré-determinada para a sua realização. Ressalta-se a necessidade de rever a prática de marcação dos procedimentos como “encaixes” na agenda.

Acredita-se que, frente à sensibilização da equipe administrativa da instituição e a criação de um espaço exclusivo para a realização de procedimentos para a criança e o adolescente, muitos procedimentos deixariam de serem suspensos, diminuindo o estresse da criança hospitalizada e da família e qualificando o cuidado das mesmas.

Observa-se que as crianças e adolescentes estão sujeitos aos desconfortos causados pelo jejum prolongado, gerando preocupação nos pais.

Na literatura nacional encontram-se poucos artigos que tratam dessa temática. Ressalta-se a importância do desenvolvimento de estudos quanto às rotinas de jejum pré e pós-procedimentos nas instituições de saúde brasileiras.

Referências

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. **Rev. Anesthesiology**, Park Ridge, v. 114, n. 3, p. 495-511, 2011. Disponível em: <http://journals.lww.com/anesthesiology/fulltext/2011/03000/practice_guidelines_for_preoperative_fasting_and.13.aspx>. Acesso em: 30 nov. 2012.

BRADY, M. C. et al. Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. **Cochrane Database of Systematic Rev.**, Oct. 2009. Disponível em: <<http://www.epistemonikos.org/pt/documents/442a4feb159a452f7832808cea8b818b2254c99c>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei 9610 de 19 de fevereiro de 1998**. Lei Dos Direitos Autorais. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995**. Direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Brasília: Ministério da Justiça, 1995.

CORREIA, M. I. T. D.; SILVA, R. G. da. Paradigmas e evidências da nutrição perioperatória. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 342-347, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912005000600012&lng=pt&userID=-2>. Acesso em: 16 nov. 2012.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. (org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis : Vozes, 2008.

ISSI, Helena Becker et al. Em foco a família: a construção de uma trajetória da enfermagem pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 39-42, 2007. Disponível em: <<http://www.aafesp.org.br/biblioteca/AssistenciaEnfermagem/Artigo%20A%20familia%20em%20foco.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

KENDRICK, A; TAYLOR, J. Hidden on the ward: the abuse of children in hospitals. **J Adv Nurs.**, v. 31, n. 3, p. 565-73, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718875>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

MINAYO, M. C. de S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIBEIRO, N. R. R.; BERNARDES, N. M. G. A dor do corpo e o sofrimento da criança na unidade de terapia intensiva pediátrica. In: MOTTA, Maria da graça Corso da; RIBEIRO, Nair Regina Ritter; COELHO, Débora Fernandes (organização). **Interfaces do cuidado em enfermagem à criança e ao adolescente**. Porto Alegre: Expansão, 2012. p. 63- 86.

SPLINTER W. M.; SCHAEFER J. D. Ingestion of clear fluids is safe for adolescents up to 3 h before anaesthesia. **Br J Anaesth.**, v. 66, n. 1, p. 48-52, Jan. 1991. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1997058>>. Acesso em: 21 jun. 2013.



Marsam Alves de Teixeira
Ana Paula Gossmann Bortoletti
Beatriz Waldman

Introdução

O Brasil vem passando por um processo de envelhecimento da população, premissa que revela a necessidade de uma adaptação do sistema de saúde para atender às necessidades, o Ministério da Saúde apresenta estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) que apontam que, de 1950 a 2025, o número de idosos no Brasil aumentará em quinze vezes, o que levará o país a ocupar o sexto lugar em número de idosos INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Com o crescimento do número de idosos, surgem problemas de saúde que se apresentam com maior frequência nesse grupo de indivíduos, uma vez que se mostram mais suscetíveis a algumas doenças. Esses problemas de saúde podem comprometer a qualidade de vida do idoso e de seus familiares, pois podem interferir nos hábitos de vida e no cotidiano das pessoas.

Segundo Knorst et al. (2002, apud Souza et al., 2009), um dos principais problemas de saúde pública em países em desenvolvimento refere-se ao atendimento do idoso, pois as precárias condições socioeconômicas acarretam inúmeras afecções, perda de independência e dificuldade de adaptação do idoso, o que muitas vezes os conduz ao isolamento social. Sendo assim, concluímos que países como o Brasil devem

elaborar políticas e programas de atenção aos idosos, assim como estimular a capacitação dos profissionais da área da saúde para que estes estejam aptos a lidar com problemas específicos e de maior prevalência nesta população.

Entre as afecções mais frequentes nos idosos e com grande impacto na vida social do paciente encontra-se a incontinência urinária (IU), definida pela Sociedade Internacional de Continência apud Oliveira et al. (2010) como toda a perda involuntária de urina. Conforme o Ministério da Saúde, este problema afeta milhões de pessoas no mundo, atingindo aproximadamente 10% a 15% dos homens idosos, e 20% a 35% das mulheres idosas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2007).

Honório e Santos (2009) afirmam que os indivíduos com IU frequentemente apresentam problemas sexuais, ocupacionais, domésticos e psicossociais, dentre eles o isolamento social, embaraço e perda de autoestima. Ou seja, a IU vem acompanhada de problemas físicos e sociais que afetam fortemente a qualidade de vida do idoso.

Seleme (2006) acrescenta ainda que, entre as possíveis consequências da IU, estão as infecções do trato geniturinário, maceração e lesões da pele na região perineal com subsequente formação de escaras, a interrupção do sono, e a predisposição a quedas.

Saura et al. (2001), além de abordarem os impactos na qualidade de vida do paciente incontinente, abordam o impacto que este problema gera na sociedade e nos serviços de saúde. Esclarecem que existem custos diretos e indiretos, como custos com o diagnóstico, tratamento, produtos não farmacológicos e acessórios, ajuda técnica e pessoal, tempo de trabalho, cuidados de rotina, e ainda a perda de mão de obra em consequência de morte ou invalidez.

Rodrigues e Mendes (1994) expõem a necessidade dos enfermeiros conhecerem o impacto da IU na população idosa, assim como os tipos de incontinência e suas causas, visto que representam aspectos fundamentais a serem considerados na

avaliação da pessoa idosa e para um posterior planejamento do cuidado, seja em hospitais, serviços ambulatoriais, instituições de longa permanência, ou em domicílio.

De acordo com o Ministério da Saúde, muitos dos indivíduos afetados por este problema, devido à vergonha que os mesmos sentem, aliada à crença de este ser um processo natural do envelhecimento, não relatam a existência da IU espontaneamente e não procuram auxílio para o mesmo. Tal fato mostra a necessidade de se indagar a respeito desta condição durante a avaliação do idoso (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2007).

Reis et al. (2003) relatam que a IU tem sido subestimada e negligenciada por parte dos profissionais da saúde, que não tem destinado a devida atenção a este problema, muitas vezes por falta de informações sobre seus fatores de risco, o que de certa forma acaba por prejudicar o diagnóstico precoce.

Saura et al. (2001) afirmam que cerca de 60% dos pacientes incontinentes se sentem envergonhados ou preocupados com os sintomas, 60% das mulheres evitam sair de suas casas, 45% não utilizam transporte público, e 50% rejeitam atividade sexual.

Percebe-se que o problema da IU é, muitas vezes, identificado pelo senso comum como algo natural ao envelhecimento e sem causas passíveis de tratamento. Ao se compreender o fato de que grande parte da população de idosos sofre com esse problema, sem receber as devidas intervenções, seja pela dificuldade de alguns profissionais em identificá-lo, ou por desconhecimento de boa parte dos afetados e de seus familiares, essa pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de identificar as causas da IU em idosos, de forma a verificar se é verossímil a ideia de que esse problema é um processo fisiológico e natural do envelhecimento, ou se representa um processo patológico que afeta um maior número de idosos devido aos mesmos se encontrarem mais vulneráveis.

Pretende-se ainda, elencar elementos para subsidiar a discussão sobre a importância de profissionais da saúde, pacientes e familiares destinarem mais atenção a este problema.

Metodologia

Para a elaboração da presente Revisão Integrativa (RI), as seguintes etapas foram observadas, de acordo com referencial de Cooper (1982): formulação do problema, coleta dos dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados, e apresentação dos resultados.

Tendo em vista a problemática levantada na introdução e a delimitação clara do objetivo, a questão que norteou este estudo foi: *quais as causas da Incontinência Urinária em idosos?*

A etapa de coleta de dados foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas para a busca de artigos científicos: BIREME, PUBMED, Portal CAPES e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Foram estabelecidos os seguintes descritores na busca dos artigos: “incontinência urinária”, “idoso” e “envelhecimento”.

Como critérios de inclusão para a seleção dos artigos, considerou-se publicações nacionais e internacionais em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, disponíveis *online* na íntegra, com acesso gratuito, resultantes de estudos de natureza qualitativa, quantitativa, quali-quantitativa e/ou de revisão teórica, que foram publicadas no período entre 1994 a 2011.

Foram localizados 21 artigos na base de dados SciELO, 12 na BIREME, 14 na PUBMED, e 8 no Portal de Periódicos da CAPES, totalizando 55 produções científicas. Após leitura criteriosa dos artigos na íntegra, com objetivo de refinar as informações, foram selecionados 13 artigos, que constituem a amostra da RI, dentre os quais se encontrou sete (53,84%) publicados na língua inglesa, quatro (30,76%) na língua espanhola, três (23,07%) na língua portuguesa brasileira e um artigo (7,69%) na língua alemã.

Para avaliação, os dados foram agrupados para permitir uma apurada seleção focando aqueles que realmente se mostraram relevantes ao estudo. Foi elaborado um instrumento para registro das informações que contemplou os seguintes itens: título do artigo, nome do periódico, ano de publicação, nome e titulação

dos autores, fonte de localização do artigo, descritores, objetivo, metodologia, resultados, conclusões e recomendações.

Apresentação e Análise dos Resultados

Dos 13 artigos incluídos na análise, quatro (30,76%) foram captados na base de dados da BIREME, quatro (30,76%) na base de dados SciELO, três (23,07%) na base de dados PUBMED, e dois (15,38%) no Portal de Periódicos da CAPES.

Para melhor visualização da análise dos 13 artigos, apresentam-se no Quadro 1 seus autores e a numeração correspondente a cada artigo.

Quadro 1 - Autores e forma de apresentação dos artigos.

AUTORES	APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS
GOMES; ARAP; ROCHA, 2004	1
NYGAARD; BARBER; BURGIO, 2008	2
GOEPEL; HERMANN, 2010	3
BOTLERO et al., 2009	4
BUMP; NORTON, 1998	5
CASTLEDEN; CHEATER 2000	6
COLL; GUERRA, 2005	7
TAMANINI et al., 2009	8
DUBEAU et al., 2001	9
RODRIGUES, MENDES, 1994	10
REIS et al., 2003	11

ROBLES, 2006	12
SILVA; SANTOS, 2005	13

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A multifatorialidade da IU em idosos foi revelada pela análise dos estudos e compreende categorias que representam alguns de seus fatores determinantes, identificados nos textos como fatores patológicos, iatrogênicos, fisiológicos e comportamentais, apresentados nas Tabelas 1, 2, 3 e 4.

Tabela 1 - Fatores patológicos que compõem a multifatorialidade da IU em idosos.

CAUSAS DA IU EM IDOSOS/FATORES PATOLÓGICOS	ARTIGOS													(n)%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Fatores neurológicos: psicose, demência senil, acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, lesão da medula espinal, hemiplegia, ataxia, cauda equina, mielomeningocele sacral, delirium, estenose espinal, perda cognitiva, doença de Parkinson, confusão mental, doença de Alzheimer, traumatismo crânioencefálico, distúrbios psiquiátricos, entre outras condições neurológicas	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	(13) 100%

Restrição de mobilidade, imobilidade: reumatismo, artrose, paraplegia, fratura óssea	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	(10) 76,92%
Hiperplasia prostática benigna e hiperplasia prostática maligna	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	(8) 61,53%
Infecção e/ou inflamação do trato urinário: cistite, uretrite, entre outros	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	(8) 61,53%
Obesidade, extremos do Índice de Massa Corporal (IMC)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	(7) 53,84%
Problemas endócrinos/eletrolíticos: alterações hormonais, hiperglicemia, hipercalcemia, hipopotassemia	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	(5) 38,46%
Diabetes e suas consequências, com o: polineuropatia, mobilidade reduzida, retinopatia diabética, nefropatia diabética	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	(10) 76,92%

Problemas psicológicos, como: hostilidade, raiva, depressão, ansiedade	*					*	*	*	*			(5) 38,46%
Insuficiência renal, deficiência congênita, intoxicação por metais pesados, insuficiência vascular (arteriosclerose)				*	*							(2) 15,38%
Cardiopatia: insuficiência cardíaca congestiva				*			*	*				(3) 23,07%
Doenças respiratórias: asma, pneumonia	*			*	*	*	*					(5) 38,46%
Vaginite atrófica, estenose uretral, esclerose do cólon vesical, esclerose do assoalho pélvico	*	*			*	*	*	*				(6) 46,15%
Prolapso genital, litíase vesical, massa pélvica (fibroma, tumor vesical)					*	*		*	*			(4) 30,76%
Miopatia	*			*						*		(3) 23,07%
Elemento de obstrução			*		*							(2) 15,38%

Fonte: dados da pesquisa, 2014.

A Tabela 1 apresenta os fatores patológicos associados às causas da IU em idosos mencionados nos 13 artigos analisados (100%), demonstrando que muitos autores convergem para os mesmos fatores. A etiologia da IU é um problema multifatorial causado por patofisiologias, entre elas os problemas neurológicos. A associação entre a IU e a demência sugere que não podem ser causalmente relacionadas, existindo outras etiologias com múltiplas causas tratáveis. Doenças como a hemiplegia, a ataxia, e o acidente vascular cerebral, entre outros, podem ocasionar a hiperatividade do músculo detrusor em idosos, com conseqüente IU (CASTLEDEN; CHEATER 2000; DUBEAU et al., 2001; TAMANINI et al., 2009; RODRIGUES; MENDES 1994; REIS et al., 2003; SILVA; SANTOS, 2005; BOTLERO et al., 2009; BUMP; NORTON, 1998; NYGAARD; BARBER; BURGIO, 2008; ROBLES, 2006; BARTH et al., 2010; COLL; GUERRA, 2005; GOMES; ARAP; ROCHA, 2004).

O déficit na inibição motora do reflexo miccional está associado ao acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, esclerose múltipla e alterações na medula. Ainda afirma-se que a uretra, a bexiga e o assoalho pélvico são estruturas indispensáveis para a continência, e, para que essa se mantenha, é necessário o perfeito funcionamento de tais estruturas, assim como sua inervação e seu controle em nível superior, o córtex cerebral (BARTH et al., 2010; COLL; GUERRA, 2005; RODRIGUES; MENDES, 1994).

Fatores como a incapacidade física, a restrição da mobilidade, assim como a imobilidade propriamente dita, podem impedir o idoso de alcançar o toalete, o que pode levar à perda involuntária de urina (RODRIGUES; MENDES, 1994; SILVA; SANTOS, 2005).

Patologias como a hiperplasia prostática podem ocasionar esvaziamento vesical insuficiente, bem como infecção e/ou a inflamação do trato urinário, como a cistite, e provocam impulsos advindos de receptores sensoriais, contribuindo para a ocorrência da IU (BUMP; NORTON, 1998; ROBLES, 2006).

O aumento da pressão intra-abdominal, ocasionado pela obesidade e os extremos do índice de massa corporal, causam

impacto negativo no tônus perineal, levando à IU (NYGAARD; BARBER; BURGIO, 2008; BOTLERO et al., 2009; BUMP; NORTON, 1998; CASTLEDEN; CHEATER, 2000; COLL; GUERRA, 2005; TAMANINI et al., 2009).

O diabetes está entre as causas da IU devido às consequências que acarreta, como as modificações no reflexo sensorial devido à polineuropatia, a mobilidade reduzida relacionada ao pé diabético, a visão prejudicada devido retinopatia diabética e as alterações na ingestão de líquidos devido à nefropatia diabetogênica (NYGAARD; BARBER; BURGIO, 2008; BARTH et al., 2010; BUMP; NORTON, 1998; COLL; GUERRA, 2005; TAMANINI et al., 2009; DUBEAU et al. 2001; RODRIGUES, MENDES, 1994; REIS et al., 2003; ROBLES, 2006; SILVA; SANTOS, 2005).

A ocorrência da IU pode ser devida à insuficiência cardíaca congestiva, em consequência do aumento da produção de urina. Algumas manifestações nos idosos, como a pneumonia, podem causar IU devido ao quadro confusional agudo relacionado à infecção ou à fadiga aumentada, fato que prejudica a ida ao banheiro, situações que não ocorreriam em pessoas mais jovens (DUBEAU et al., 2001).

Tabela 2 - Fatores iatrogênicos que compõem a multifatorialidade da IU em idosos.

CAUSAS DA IU EM IDOSOS/FATORES IATROGÊNICOS	ARTIGOS													(n)%	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Medicamentos: sedativos, diuréticos, anticolinérgicos, estrógenos, psicotrópicos, entorpecentes, bloqueadores alfa adrenérgicos, opiáceos, antidepressivos, bloqueadores de Ca e K, antipsicóticos, analgésicos, narcóticos, hipnóticos, anti-hipertensivos, antiácidos, anti-convulsivantes, anestésicos, relaxantes musculares, tranquilizantes, antiparkinsonianos, anti-espasmódicos, digoxina, anti-inflamatórios não esteroides, antiemético, broncodilatadores, drogas midríaticas, antiarrítmicos, anti-diarréicos, anti-histamínicos, plantas medicinais, beta agonista simpaticolíticos	*		*	*	*	*	*		*		*		*		(9) 69,23%
Cirurgias abdominais e cirurgias pélvicas: histerectomia, prostatectomia, cirurgias uroginecológicas, entre outras	*		*	*	*	*	*		*		*		*		(9) 69,23%
Radioterapia	*				*	*	*				*				(5) 38,46%

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na Tabela 2 apresentam-se os fatores iatrogênicos associados às causas da IU em idosos. Castleden e Cheater (2000) afirmam que a polifarmácia e medicamentos como os anticolinérgicos podem levar à IU por promover um volume residual de urina e ocasionar a instabilidade, hipoatividade ou ausência de atividade do músculo detrusor.

Durante cirurgias como a prostatectomia, a histerectomia e cirurgias abdominais podem ocorrer danos por compressão ou estiramento de nervos, assim como alterações musculares e lesões no esfíncter que podem levar à IU. Tratamentos radioterápicos na região pélvica também podem alterar a micção (COLL; GUERRA, 2005).

Tabela 3 - Fatores Fisiológicos que compõem a multifatorialidade da IU em idosos.

CAUSAS DA IU EM IDOSOS/ FATORES FISIOLÓGICOS	ARTIGOS													(n)%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Baixa capacidade funcional: física (déficit de força motora e destreza) e cognitiva	*	*			*	*	*	*	*	*			*	(9) 69,23%
Alterações hormonais: aumento da secreção do hormônio natriurético e da vasopressina, menopausa					*	*	*	*			*		*	(6) 46,15%

Alterações decorrentes do envelhecimento: diminuição da musculatura, diminuição da capacidade vesical, diminuição da habilidade de adiar a micção, aumento das contrações involuntárias da musculatura vesical, aumento do volume residual pós-miccional, diminuição do comprimento da uretra em mulheres, alterações teciduais do assoalho pélvico	*	*	*					*	*	*		*	*	(8) 61,53%
Noctúria e polaciúria	*							*		*	*	*		(5) 38,46%
Idade avançada	*		*										*	(3) 23,07%

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A Tabela 3 mostra os fatores fisiológicos associados às causas da IU em idosos, registrando os processos fisiológicos do envelhecimento que podem levar à IU, ou apenas predispor a esse problema, sem, no entanto, ser causador isolado.

Rodrigues e Mendes (1994) afirmam que a IU funcional se dá pela incapacidade ou falta de vontade de usar o toalete apropriadamente, estando essa associada às perdas cognitivas e físicas dos idosos.

Dentre as alterações fisiológicas contribuintes para a IU estão as alterações hormonais, como a queda nos níveis de estrógenos, ocorrida durante a menopausa, e o aumento da secreção de vasopressina presente em alguns idosos (BUMP; NORTON, 1998; CASTLEDEN; CHEATER 2000; COLL; GUERRA, 2005; TAMANINI et al., 2009; REIS et al., 2003; ROBLES, 2006; SILVA; SANTOS, 2005).

Coll e Guerra (2005) afirmam que as mudanças nas estruturas do assoalho pélvico podem aumentar a probabilidade da IU se instalar, mas que, no entanto, não causam a IU por si só.

Dubeau et al. (2001) esclarecem que muitos idosos urinam mais no período da noite, e que essa noctúria contribui para a IU noturna, porém, apesar de tornar o idoso vulnerável, não é considerada uma causa isolada de IU.

Tabela 4 - Fatores Comportamentais que compõem a multifatorialidade da IU em idosos.

CAUSAS DA IU EM IDOSOS/ FATORES COMPORTAMENTAIS	ARTIGOS													(n)%	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Fecaloemia / constipação, ingestão excessiva de líquidos, consumo de álcool, cafeína, tabagismo	*		*		*	*	*	*	*				*		(8) 61,53%
Mau hábito miccional, micção frequente						*	*								(2) 15,38%

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Além dos aspectos psicofisiológicos envolvidos na IU, existem ainda os fatores comportamentais associados a esta (Tabela 4). Dubeau et al. (2001) referem como fatores comportamentais precipitantes da IU a ingestão excessiva de líquidos, álcool ou cafeína, afirmando que esses dois últimos agem como fatores irritativos da bexiga.

Conclusão

Após análise dos artigos, constatou-se que as causas da IU em idosos são multifatoriais, ou seja, fatores patológicos, iatrogênicos, fisiológicos, e/ou comportamentais podem levar o idoso ao desenvolvimento deste problema.

O estudo apresentou limitações devido às divergências entre os resultados dos artigos no que diz respeito às causas da IU. Isso impossibilita concluir que o envelhecimento é causa da incontinência urinária, bem como que a IU não é causada pelo processo do envelhecimento, pressupondo, portanto que a lógica da avaliação integral do idoso é fator fundamental na determinação da etiologia da IU.

Por se tratar de um problema de grande frequência na população idosa, a IU é um tema sobre o qual se faz necessário a realização de discussões nos mais variados setores da sociedade, dentre eles as universidades, que, por serem locais criadores de conhecimento e difusores de ideias, são parceiras indispensáveis no avanço dessa temática.

É preciso que mais pesquisas sejam realizadas sobre o tema, principalmente pelo profissional enfermeiro, visto este atuar tanto na prevenção, quanto em todas as etapas do tratamento da IU, podendo identificar, formular diagnóstico de enfermagem, e planejar um plano terapêutico e redutor de danos, atentando-se não somente na IU de forma isolada, mas sim aos seus fatores desencadeantes, de maneira a realizar o cuidado de forma integral, colaborando para que a situação de incontinente seja menos desconfortável aos idosos.

Enfatiza-se, ainda, a importância de uma intervenção multiprofissional junto ao idoso com IU, já que a atuação de profissionais de diversas áreas possibilita um atendimento integral à saúde do paciente, sendo fundamental para a qualidade da prevenção e da reabilitação do paciente.

Referências

BARTH, A. W. et al. Urinary incontinence in the elderly. **Deutsches Arzteblatt International**, p. 531-536, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2925344/?tool=pubmed>>. Acesso em: 01 jan. 2014.

BOTLERO, R. et al. Age-specific prevalence of, and factors associated with, different types of urinary incontinence in community-dwelling Australian women assessed with a validated questionnaire. **Rev. Maturitas**, Victoria, v. 62, n. 2, p. 134-139, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512208004027>>. Acesso em: 7 jan. 2014.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm>. Acesso em: 4 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BUMP, R. C.; NORTON, P. A. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am.*, Durham, v. 25, n. 4, p. 723-46, Dec. 1998. Disponível em: <<http://www.mdconsult.com/das/article/body/256264622-2/jorg=journal&source=&sp=10452525&sid=0/N/128911/1.html?issn=0889-8545>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

CASTLEDEN, C. M.; CHEATER, F. M. Epidemiology and classification of urinary incontinence. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, Leicester, v. 14, n. 2, p. 183-205, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7897455>>. Acesso em: 17 de fev. 2014.

COLL, M. A. V.; GUERRA, M. J. Gallardo. Incontinência urinária, una visión desde la Atención Primaria. *Semergen*, Barcelona, v. 31, n. 6, p. 270-283, 2005. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/en/node/2039464>>. Acesso em: 9 fev. 2014.

COOPER, H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **Review of Educational Research**, Washington, v. 52, p. 291-302, 1982.

DUBEAU et al. Diagnosis and management of urinary incontinence in the older patient. **Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 82, p. 134-138, jan. 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11239300>>. Acesso em: 01 mar. 2014.

GOMES, C. M.; ARAP, S.; TRIGO-ROCHA, F. E. Voiding dysfunction and urodynamic abnormalities in elderly patients. **Rev. Hosp. Clin. Fac Med São Paulo**, São Paulo, v. 59, n. 4, p. 206-15, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-87812004000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2014.

HONÓRIO, M. O.; SANTOS, S. M. A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 51-6, jan./fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100008>. Acesso em: 24 fev. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. População residente, por situação do domicílio, sexo e grupos de idade. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=cd&o=3&i=P&c=3107>>. Acesso em: 6 jan. 2014.

NYGAARD, I.; BARBER M.; BURGIO, K. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. **JAMA**, Chicago, v. 300, n. 11, p. 1311-1316, 17 Sept. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2918416/?tool=pubmed>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

OLIVEIRA, E. et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 688-690, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000600019&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 fev. 2014.

REIS, R. B. et al. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 18, supl. 5, p. 47-51, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502003001200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2014.

ROBLES, J. E. La incontinencia urinaria. **An. Sist. Sanit. Navar.**, Pamplona, v. 29, n. 2, p. 219-232, ago. 2006. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2014.

RODRIGUES, R. A.; MENDES, M. M. R. Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 5-20, jul. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691994000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2014.

SAURA F.M. et al. Incontinencia urinaria: una visión desde atención primaria. **Medifam**, Madrid, v. 11, n. 2, p. 55-64, fev. 2001. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000200002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2014.

SELEME, M. R. **Incontinência urinária**: um problema social da saúde pública. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. 243 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós Graduação, Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.ess.ufrj.br/siteantigo/teses_2006/maura-saleme.pdf> Acesso em: 24 jan. 2014.

SILVA, A. P. M.; SANTOS, V. L. C.G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 36-45, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 mar. 2014.

SOUZA, C. E. C. et al. Estudo comparativo da função do assoalho pélvico em mulheres continentas e incontinentes na pós menopausa. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 13, n. 6, p. 535-541, nov.-dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552009000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2014.

TAMANINI, J.T.N. et al. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1756-1762, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2014.



Natália Gomes Lisboa

Denise Tolfo Silveira

Introdução

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) ocorre em 8 a 28% dos pacientes sob suporte ventilatório invasivo, com uma mortalidade associada que pode ultrapassar 50% (CHASTRE; FAGON, 2002; SILVA et al., 2004; RELLO; LISBOA; KOULENTI, 2014). Segundo Safdar et al. (2005), tal situação está associada a custos de internação mais elevados, tanto na unidade de terapia intensiva quanto no hospital, maior tempo de permanência e, frequentemente, a uma mortalidade até duas vezes maior do que aquela de pacientes sem PAVM (GASTMEIER et al., 2009).

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é encarregada de executar ações de vigilância epidemiológica e auditoria de processos, programadas a fim de prevenir e controlar infecções, como busca de registros da realização de cuidados não farmacológicos para prevenção de PAVM em centro de terapia intensiva, de acordo com o protocolo institucional deste hospital, a fim de verificar a adesão de medidas pré-estabelecidas e o armazenamento destes dados em um banco para posterior correlação entre a realização ou não de tais cuidados e o evento de PAVM (VIEIRA, 2009).

Neste processo de coleta de informações e posterior digitação de dados, observa-se que há um lapso de tempo até que aconteça o *feedback* para a equipe de trabalho envolvida

na realização dos cuidados, visto que a coleta de dados está dissociada da digitação dos dados, caracterizando um trabalho adicional. Primeiro, os dados são coletados e registrados em um formulário de papel e posteriormente são digitados em um banco de dados informatizado. Além disso, a chance de perder dados ou cometer um erro é maior, pois o trabalho é realizado em diferentes etapas e por diferentes pessoas. Então, se questiona: como a tecnologia móvel poderia contribuir para um melhor registro e coleta de dados referentes à prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica em centro de terapia intensiva?

Os avanços tecnológicos auxiliam diversos profissionais, tanto na assistência como na administração da assistência, no ensino e na pesquisa. Além disso, o uso de sistemas informatizados diminui o tempo despendido no registro de dados, aumenta o tempo disponível para prestar o cuidado direto ao paciente, reduz erros por omissão e melhora a qualidade da documentação (ROSETTI; CARQUI, 2009; MARIN, 2003).

Segundo Goulart et al. (2006), os desenvolvimentos tecnológicos em saúde possibilitam uma ampla utilização e compartilhamento de informações. A utilização de redes sem fio com conexão à internet permite que as informações sejam atualizadas instantaneamente. Esta tecnologia possibilita o acompanhamento simultâneo de dados em tempo real (GOULART et al., 2006).

Nesta perspectiva, este trabalho visa apresentar a construção da estrutura do registro informatizado, avaliando como a tecnologia móvel poderia contribuir para um melhor registro e coleta de dados referentes à prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica em centro de terapia intensiva. Assim, se espera contribuir com informações que favoreçam o trabalho de vigilância destes processos, realizado pela equipe de enfermagem do CCIH, em relação à coleta, gerenciamento e processamento destes dados.

Material e Método

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo metodológico e de produção tecnológica que, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), descreve as investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, abordando a elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas da pesquisa, e transversal não comparado, uma vez que é apropriado para descrever a situação, o status do fenômeno, além de examinar os dados num determinado ponto do tempo, sem um grupo controle (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa porque objetivou avaliar os critérios de qualidade de um registro e coleta de dados referentes à prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica em centro de terapia intensiva através de um dispositivo móvel.

Campo de Estudo

O campo escolhido para realizar o estudo foi a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HCPA, localizada no 2º andar da ala norte. O hospital é um dos integrantes da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e está vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Metodologia para Construção do Sistema

Para o desenvolvimento do sistema foi utilizada a metodologia de Projeto Estruturado de Sistemas. Esta abordagem é baseada na teoria de “Ciclo de Vida do Sistema”, que é composta de sete fases, e é importante destacar que estas etapas podem se sobrepor (MEILIR, 1988).

A metodologia para construção do sistema foi aplicada por meio das seguintes fases:

Estudo de viabilidade

Nessa etapa foram estimados custos, recursos necessários, vantagens, desvantagens e outros pontos importantes para o desenvolvimento do sistema.

Análise

A análise consiste em entrevistar o usuário a respeito das atividades do sistema atual, das características adicionais que desejam e quais especificações o novo sistema deve satisfazer.

Na fase de análise, o projeto foi aprovado eticamente no HCPA e pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e, após, se contratou a empresa para desenvolver o sistema em tecnologia móvel. Os três dispositivos móveis (PDA – *Personal Digital Assistant*) utilizados para a pesquisa são de propriedade da CCIH.

Projeto

A fase de projeto utiliza as especificações produzidas durante a análise e estabelece como organizar as especificações de uma forma apropriada para execução em computador. O projeto preliminar é seguido pelo projeto detalhado, no qual são desenvolvidos fluxogramas de programas, *layouts* dos arquivos, descrição dos dados e outros (MEILIR, 1988).

Durante a fase do projeto foi construída a estrutura visual e algoritmos, conforme as especificações técnicas sugeridas pelo desenvolvedor do sistema de registro.

Implementação

Na fase de implementação, todo o material resultante das fases anteriores foi traduzido para uma linguagem compatível com o sistema do HCPA. Mediante todas as tecnologias utilizadas para o desenvolvimento do sistema, surgiu então o sistema para registro da adesão dos cuidados de prevenção de PAVM.

Testes

Os testes do sistema para registro dos cuidados de prevenção de PAVM foram realizados no mês de novembro de 2010 pelas pesquisadoras e pela equipe da CCIH por meio de testes para o preenchimento e processamento de dados no sistema informatizado. Conforme os testes foram sendo realizados, o analista contratado adequava o sistema às necessidades que surgiam, com o intuito de facilitar a visualização e o preenchimento de dados no dispositivo móvel. Cada estagiário e residente utilizou o equipamento no mínimo cinco vezes a fim de avaliar critérios de qualidade da tecnologia móvel.

Manutenção

Ao chegar à fase de manutenção, o sistema já passou pelos testes de aceitação e é considerado pronto para entrega. Qualquer alteração que aconteça ao sistema a partir da entrega é chamada de manutenção (MEILIR, 1988). O sistema para registro da adesão dos cuidados de prevenção de PAVM encontra-se na fase de manutenção e necessitará de constantes revisões e atualizações.

Tecnologias Envolvidas no Desenvolvimento do Sistema

O sistema implantado na CCIH é composto de dois módulos. O primeiro módulo é operacional e será utilizado na forma móvel, ou seja, através de computador de mão que permite a utilização do módulo em qualquer local do hospital. O dispositivo móvel escolhido caracteriza-se por equipamentos tipo PDA Pocket PC e o acesso se faz através do sistema MobiCCIHPAVM implantado nos dispositivos.

População do Estudo

A população do estudo foi constituída por uma amostra intencional não probabilística. Foi composta dos profissionais responsáveis pela vigilância de processos na prevenção de PAVM na CCIH do HCPA, respeitando os critérios de inclusão: residente de enfermagem, residente de farmácia, estagiários de enfermagem e farmácia da CCIH com experiência de, no mínimo, dois meses no serviço e na utilização do instrumento em papel para o registro da auditoria do processo de prevenção de infecção/pneumonia em pacientes submetidos à ventilação mecânica em Centro de Terapia Intensiva. Critérios de exclusão: ausência de experiência ou menos de dois meses atuando na vigilância de processos no serviço.

Coleta de Dados

A investigação foi constituída pela coleta de dados por meio de questionário fundamentado na ISO/IEC 9126 (INTERNATIONAL STANDARDS ORGANIZATION, 2010) (APÊNDICE A) para medir os critérios de funcionalidade, confiabilidade, usabilidade, eficiência, manutenibilidade e portabilidade. Os itens foram distribuídos em uma escala de avaliação com os

seguintes graus de pertinência: (1) Excelente, (2) Muito Bom, (3) Bom, (4) Regular e (5) Ruim.

Os participantes deste estudo, após utilizarem o equipamento móvel com o sistema informatizado de registro da auditoria do processo de prevenção de PAVM, realizaram a avaliação do dispositivo móvel por meio de questionário (APÊNDICE A).

O módulo para coleta de dados do sistema informatizado para o registro da adesão dos cuidados de prevenção de PAVM foi criado para ser acessado através de um dispositivo móvel, tipo PDA. O acesso é realizado através do programa MobiCCIHPAVM instalado nos dispositivos móveis. O passo-a-passo do processo de coleta está descrito detalhadamente no APÊNDICE B.

O protótipo foi desenvolvido por uma equipe multiprofissional formada pelas pesquisadoras e um analista de sistemas. A fase da coleta de dados que se configurou no teste-piloto aconteceu da seguinte forma:

- a. As pesquisadoras realizaram a abordagem coletiva dos participantes a fim de orientá-los e treiná-los quanto à utilização do dispositivo móvel. Neste momento, entregou-se aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este treinamento ocorreu no dia 05 de novembro de 2010, nos turnos manhã e tarde.
- b. Durante o período de 15 dias, os dispositivos móveis estiveram disponíveis durante o expediente de trabalho para a coleta de dados. Os participantes puderam acessar o sistema informatizado para o registro dos dados por meio do dispositivo móvel quantas vezes julgaram necessário e nos momentos em que consideraram pertinentes.
- c. Após este período, as pesquisadoras entregaram os questionários de coleta de dados que avaliavam a aplicabilidade do dispositivo. Os questionários foram recolhidos logo após o preenchimento.

Análise dos Dados

Os dados coletados por meio do questionário fundamentado na ISO/IEC 9126 (INTERNATIONAL STANDARDS ORGANIZATION, 2010) aplicado junto aos participantes do estudo foram analisados com auxílio do Microsoft Excel quanto à frequência e aos percentuais.

Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da UFRGS (projeto 027/2010) e pela Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do HCPA com o número 100249.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos participantes no momento do início da coleta de dados da pesquisa. Os dados serão guardados com as pesquisadoras por cinco anos e após serão eliminados.

Apresentação e Discussão dos Resultados

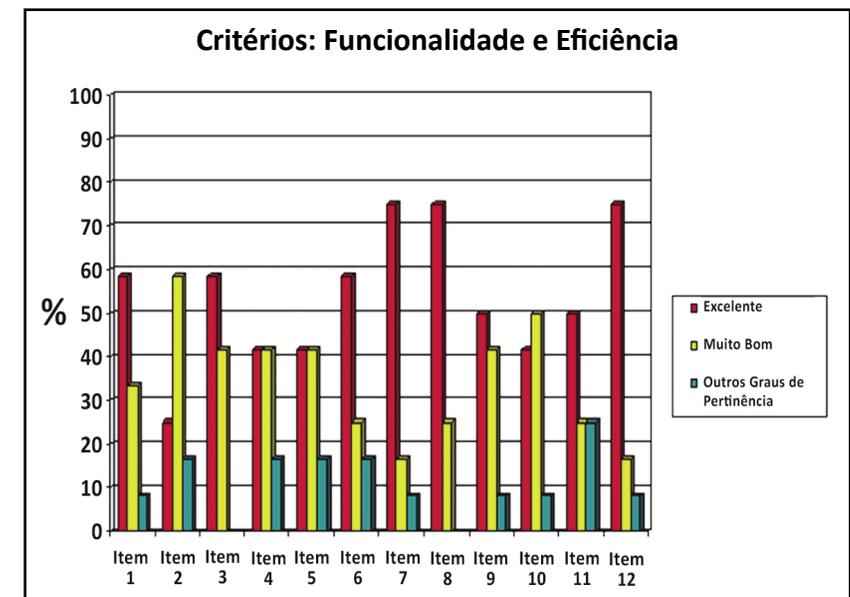
Participaram da avaliação um total de nove estagiários de enfermagem, uma estagiária de farmácia, um residente de farmácia e uma residente de enfermagem. Dos doze participantes, oito eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. A idade dos participantes variou de 19 a 34 anos. A idade média dos sujeitos foi de 24,2 anos. Quanto ao tempo de atuação na área da CCIH, variou de 3 a 36 meses. O tempo médio de atuação nesta área foi de 10,6 meses.

No instrumento de avaliação (APÊNDICE A), os critérios foram agrupados da seguinte forma: a) funcionalidade e eficiência; b) confiabilidade; c) usabilidade; d) manutenibilidade e portabilidade. A cada sujeito do estudo foi solicitado a indicar

sua opinião sobre cada um dos itens listados quanto aos seguintes graus de pertinência: (1) Excelente, (2) Muito Bom, (3) Bom, (4) Regular e (5) Ruim. Os itens específicos avaliados encontram-se detalhados no APÊNDICE A.

A Figura 1 apresenta as opiniões de cada avaliador em relação aos 12 itens que compõem a avaliação do critério funcionalidade e eficiência do sistema informatizado.

Figura 1: Avaliação dos Critérios de Funcionalidade e Eficiência da Tecnologia Móvel.



Fonte: Dados coletados para a pesquisa. Porto Alegre, novembro de 2010.

Pode-se observar nos resultados apresentados que os critérios de funcionalidade e eficiência foram considerados como “excelente” na maioria dos itens avaliados. Segundo ISO/IEC 9126 (INTERNATIONAL STANDARDS ORGANIZATION, 2010), a funcionalidade é caracterizada pela capacidade de um software prover funcionalidades que satisfaçam o usuário em suas necessidades e trabalho. Além disso, a eficiência refere-se

ao tempo de execução e os recursos envolvidos com o nível de desempenho do software.

Concorda-se com Barra e Dal Sasso (2010) que a mudança do processo de registro de dados e informações em papel para o registro eletrônico impõe desafios aos profissionais de saúde. O sistema deve incluir as necessidades dos usuários e ao mesmo tempo ser dinâmico, seguro e eficiente no que diz respeito à coleta e processamento das informações.

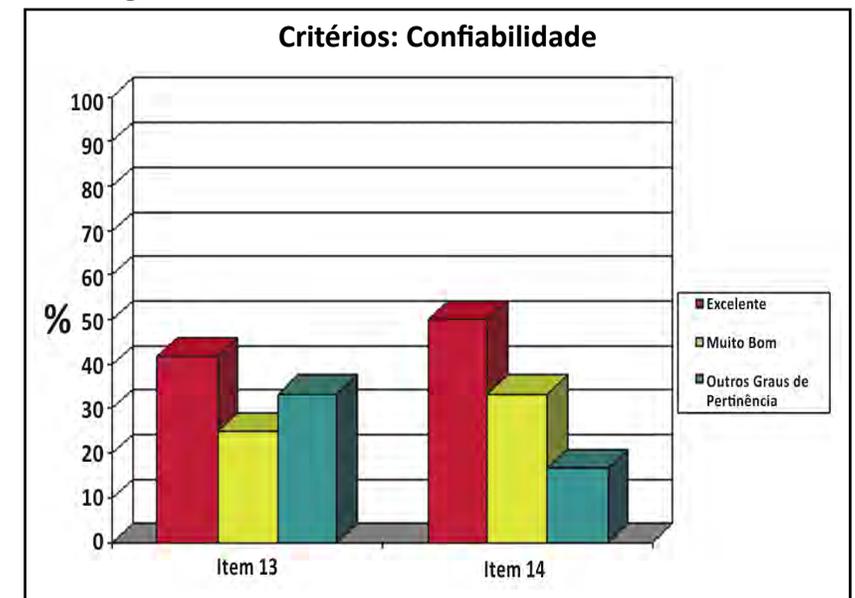
Nesta perspectiva, destaca-se a importância do usuário conhecer o método para a coleta de dados, assim como utilizar de maneira adequada o equipamento móvel. Por isso, ressalta-se a importância da capacitação dos usuários quanto à utilização da tecnologia móvel e a necessidade constante de revisão das rotinas e elucidação de dúvidas que possam surgir.

Em contrapartida, podem-se destacar os aspectos positivos da eficiência da utilização da tecnologia móvel. Segundo Lu et al. (2005), a ampla adoção da tecnologia de computação móvel pode potencialmente melhorar o acesso à informação e aumentar o fluxo de trabalho. Para Kuiper (2010), a utilização do PDA por estudantes de enfermagem foi útil para reduzir o tempo relativo à busca de dados sobre diversos assuntos referentes a sua área de conhecimento.

O sistema criado para registro da adesão dos cuidados de prevenção de PAVM mostra-se um recurso rápido e prático para coleta e processamento de dados. As informações que antes eram coletadas por estagiários em papéis e posteriormente digitadas por uma secretária, agora são coletadas e armazenadas a um banco de dados no PDA e, assim que concluído o sistema de retaguarda para armazenamento e análise dos dados (módulo fixo), estarão disponíveis para fazer uma espécie de *feedback* quanto à adesão destes cuidados.

A Figura 2 apresenta as opiniões de cada avaliador em relação aos dois itens que compõem a avaliação da confiabilidade do instrumento informatizado.

Figura 2: Avaliação do Critério de Confiabilidade da Tecnologia Móvel



Fonte: Dados coletados para a pesquisa. Porto Alegre, novembro de 2010.

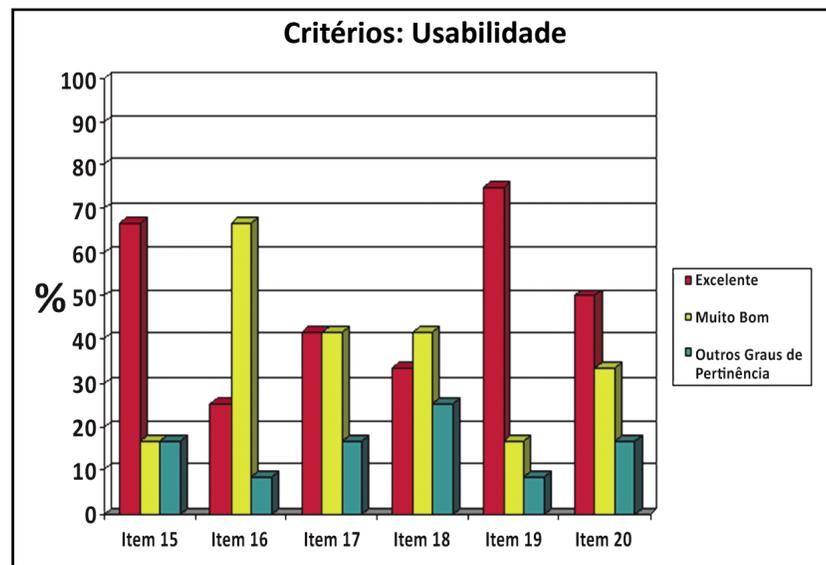
De acordo com o padrão ISO/IEC 9126 (INTERNATIONAL STANDARDS ORGANIZATION, 2010) a confiabilidade de um *software* pode ser avaliada pela frequência com que esse apresenta falhas e quanto à autenticidade e organização das informações. Na avaliação dos participantes, observa-se pelos resultados que o sistema informatizado satisfaz o usuário em relação ao critério confiabilidade.

Concorda-se com Benito e Licheski (2009) que a tecnologia em saúde tem auxiliado diversos profissionais no que diz respeito ao monitoramento de ações e processamento de dados. Em instituições de saúde, as informações devem ser coletadas de forma organizada e sistematizada com o intuito de favorecer a coleta, o processamento e o compartilhamento dos dados. Segundo Rivera et al. (2008), os PDAs melhoram a precisão e a qualidade dos dados coletados, além de fornecer informações mais completas.

Nesta perspectiva, pode-se destacar que o sistema para auditoria dos cuidados de prevenção de PAVM registra e armazena as informações no local da observação, identifica a hora de início e término da coleta e o usuário que realizou a observação. Além disso, uma vez que os dados são salvos no PDA, estes não podem ser alterados. Com a utilização desta ferramenta pode-se diminuir erros de digitação, já que antes os dados eram coletados e digitados em dois momentos e por diferentes pessoas.

A Figura 3 apresenta as opiniões de cada avaliador em relação aos seis itens que compõem a avaliação da usabilidade do instrumento informatizado.

Figura 3: Avaliação do Critério de Usabilidade da Tecnologia Móvel.



Fonte: Dados coletados para a pesquisa. Porto Alegre, novembro de 2010.

Segundo a ISO/IEC 9126 (INTERNATIONAL STANDARDS ORGANIZATION, 2010), a usabilidade é avaliada por meio de sua interface, ou seja, o sistema deve satisfazer o usuário, proporcionar conforto, atender as necessidades, ser facilmente compreendido e aprendido. Na avaliação dos participantes, observa-se pelos resultados que o sistema informatizado contemplou o critério usabilidade.

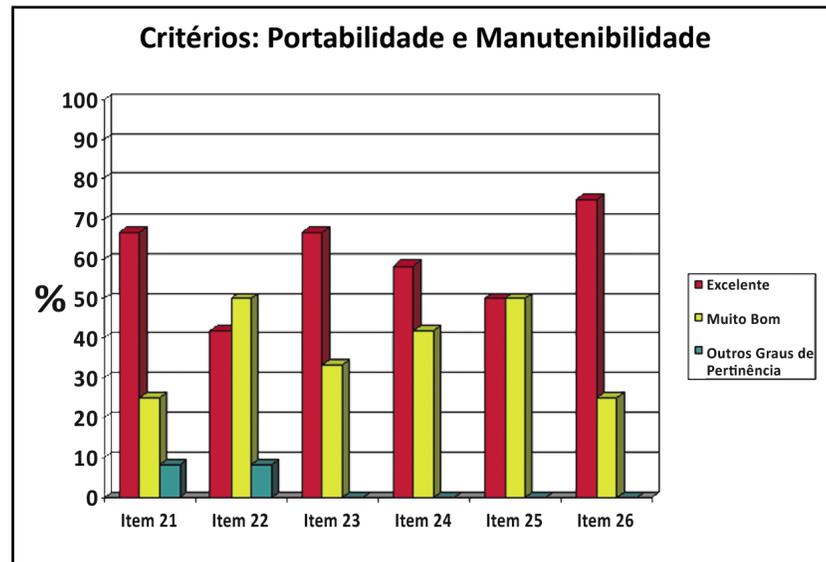
Concorda-se com Lu et al. (2005) que ainda existem algumas barreiras à adoção deste tipo de tecnologia, como a usabilidade, ou seja, a interface, a aparência das telas e o conforto visual. Contudo, não se pode evidenciar nada relativo a este aspecto já que não houve nenhum relato dos avaliadores para tal.

Um estudo realizado com o objetivo de avaliar junto a enfermeiros de Terapia Intensiva critérios de ergonomia e usabilidade de um sistema informatizado em tecnologia móvel enfatizou que a atenção deve estar focalizada no design da interface apresentada ao usuário. Neste estudo, os participantes atribuíram a menor média para o item conforto visual para manuseio do sistema. Tal fato pode estar relacionado a diversos fatores, tais como: tipo de dispositivo móvel utilizado, tamanho reduzido da tela, características específicas dos avaliadores, sistema informatizado ser novo e pouco conhecido pelos avaliadores, e a pouca habilidade em manusear o dispositivo (BARRA; DAL SASSO, 2010).

Considerando que a satisfação do usuário e a confiança na exatidão das informações dependem da maneira como estas são apresentadas, é importante modificar o sistema conforme a necessidade dos usuários.

A Figura 4 apresenta as opiniões de cada avaliador em relação aos seis itens que compõem a avaliação da portabilidade e manutenibilidade do formulário informatizado para registro da adesão aos cuidados de prevenção de PAVM.

Figura 4: Avaliação dos Critérios de Portabilidade e Manutenibilidade da Tecnologia Móvel.



Fonte: Dados coletados para a pesquisa. Porto Alegre, novembro de 2010.

Segundo a ISO/IEC 9126 (INTERNATIONAL STANDARDS ORGANIZATION, 2010), a manutenibilidade é a capacidade ou facilidade do produto de software ser modificado, incluindo tanto as melhorias ou extensões de funcionalidade quanto as correções de defeitos. A portabilidade é a capacidade de o sistema ser transferido de um ambiente para outro.

Pode-se observar durante a coleta de dados que os critérios portabilidade e manutenibilidade foram considerados em sua maioria como “excelente”. Segundo Hannah, Ball e Edwards (2009), um sistema deve estar disponível no lugar e no tempo certo a fim de ser útil à tarefa a que se destina. No caso, o sistema informatizado para registro, em tecnologia móvel, dos cuidados de prevenção de PAVM está disponível e pode ser utilizado em qualquer lugar do hospital, proporcionando mobilidade ao usuário.

Conclusão

Os sistemas eletrônicos de coleta e gerenciamento de dados podem auxiliar a obter informações com qualidade, proteger a segurança dos dados, proporcionar uma interface mais fácil e facilitar o acesso a uma única coleção de dados para diversas aplicações, podendo ser utilizada por diversos usuários. As facilidades obtidas com a coleta através deste tipo de tecnologia podem estar associadas à diminuição da carga de trabalho, unificando observação e registro da informação em uma única etapa de trabalho, e a maior confiabilidade, portabilidade e minimização do risco de perda de dados. A validação desta ferramenta ainda está pendente de ser realizada, através de outros estudos que possam detectar falhas não verificadas nesta primeira avaliação.

Além disso, a maior agilidade no registro e posterior análise dos dados pode auxiliar na implementação de estratégias de *feedback* que auxiliem no desenho de estratégias para melhorar a adesão e redesenhar aspectos imperfeitos do protocolo.

Desta forma, diante dos resultados obtidos, das análises e das reflexões realizadas, é possível concluir que o sistema informatizado para registro da adesão aos cuidados de prevenção de PAVM possui critérios de qualidade conforme a ISO/IEC 9126 e poderá ser objeto de futuros estudos para sua implementação como método de eleição na coleta e registro de dados na vigilância dos processos na prevenção da PAVM no HCPA.

Referências

BARRA, D. C. C. **Processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva em ambiente PDA (Personal Digital Assistant) a partir da Cipe® Versão 1.0.** Florianópolis, 2008. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, UFSC.

BARRA, D. C. C. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da Cipe® **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 54-63, jan./mar. 2010.

BARRA, D. C. C.; DAL SASSO, G. T. M. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da CIPE 1.0. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 54-63, jan./mar. 2010.

BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 447-450, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Controle de infecção em serviços de saúde: Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar**. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/controle/programa.htm>>. Acesso em: 17 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: abr. 2010.

CHASTRE, J.; FAGON, J.Y. Ventilator-associated pneumonia. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 165, n. 7, p. 867-903, Apr. 2002.

GASTMEIER, P. et al. Early - and late- onset pneumonia: is this still a useful classification? **Antimicrob Agents Chemother**, v. 53, n. 7, p. 2714-8, Jul. 2009.

GOULART, L. J. et al. **Saúde e tecnologia da informação: convergência e mobilidade**. Bauru: UNESP, 2006. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/1056.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2010.

HANNAH, K.J.; BALL, M.J.; EDWARDS, M.J.A. **Introdução à informática em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HCPA. **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar**. Porto Alegre: Portal Web do HCPA, 2010. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/1123/1069/>>. Acesso em: 10 jun. 2010.

HCPA. **Tecnologias da informação: histórico**. Porto Alegre: Portal Web do HCPA, 2009. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/2360/1220/>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

INTERNATIONAL STANDARDS ORGANIZATION. **ISO/IEC 9126. Estabelece os guidelines de usabilidade**. Disponível em: <http://www.usabilitynet.org/tools/r_international.htm#9126-1>. 2003. Acesso em: 19 Mar. 2010.

INTERNATIONAL STANDARDS ORGANIZATION. **ISO/IEC 9241-11 – International Standards Organization/International Electrotechnical Commission. Usability Net**. 2006. Disponível em: <http://www.usabilitynet.org/tools/r_international.htm>. Acesso em: 18 mar. 2010.

KUIPER, R. A. Metacognitive factors that impact student nurse use of point of care technology in clinical settings. **International Journal of Nursing Education Scholarship**, v. 7, n.1, p 1-15, 2010.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LU, Y.C. et al. A review and a framework of handheld computer adoption in healthcare. **International Journal Medicine Information**, v. 74, p. 409-422, 2005.

MARIN, H.F. Os componentes de enfermagem do prontuário eletrônico do paciente. In: MASSAD, et al. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003. p. 73-83.

MARTINEZ, M. R.; CAMPOS, L. A. A. F.; NOGUEIRA, P. C. K. Adesão à técnica de lavagem de mãos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, p.179-85, 2009.

MEILIR, P. J. **Projeto estruturado de sistemas**. São Paulo: McGraw-Hill, 1988.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

RELLO, J.; LISBOA, T.; KOULENTI, D. Respiratory infections in patients undergoing mechanical ventilation. **Lancet Respir Med**, v. 9, p. 764-774, 2014.

RIVERA, M. L. et al. Prospective, randomized evaluation of a personal digital assistant-based research tool in the emergency department. **BMC Medical Informatics & Decision Making**, v. 8, p. 3, 2008.

ROSSETTI, A. C.; CARQUI, L. M. Implantação de sistema informatizado para planejamento, gerenciamento e otimização das escalas de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.1, p. 83-88, 2009.

SAFDAR, N. et al. Clinical and economic consequences of ventilator-associated pneumonia: A systematic review. **Crit Care Med**, v. 33, n. 10, p. 2184-93, Oct. 2005.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Divisão de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Coordenadoria de Controle de Doenças. Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo: análise dos dados de 2005. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 674-683, 2007.

SILVA, E. et al. Brazilian sepsis epidemiological study (BASES study). **Crit Care**, v. 8, n. 4, p. 251-60, Aug. 2004.

VIEIRA, D. F. V. **Implantação de protocolo de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: impacto do cuidado não farmacológico**. 2009. 32 f. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

APÊNDICE A - Questionário de Avaliação da Tecnologia Móvel

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE,
CONFIABILIDADE, USABILIDADE, EFICIÊNCIA,
MANUTENIBILIDADE E PORTABILIDADE DA TECNOLOGIA
MÓVEL**

Caracterização dos Respondentes:					
1. Qual a sua idade? _____anos.					
2. Sexo: () Feminino () Masculino					
3. Estagiário de Enfermagem CCIH () Estagiário de Farmácia CCIH () Residente de Enfermagem CCIH () Residente de Farmácia CCIH					
4. Atua há quanto tempo na área de CCIH? _____					
Avaliação da Funcionalidade, Confiabilidade, Usabilidade, Eficiência, Manutenibilidade e Portabilidade da tecnologia Móvel					
Variáveis	Grau de Pertinência				
	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Ruim
Conteúdo					
1. Claro e conciso					
2. É relevante					
3. Inclui quantidade apropriada de material					
4. Apresenta qualidade (redação e edição)					

Avaliação da Funcionalidade, Confiabilidade, Usabilidade, Eficiência, Manutenibilidade e Portabilidade da Tecnologia Móvel					
Grau de Pertinência					
Variáveis	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Ruim
5. A organização e o modo de acesso favorecem a execução eficiente do instrumento informatizado de prevenção de PAVM no dispositivo móvel.					
6. Facilidade de operacionalização.					
7. Atende aos objetivos da pesquisa.					
Interface					
8. Interface entre o usuário e o programa – aparência de telas					
9. Estrutura lógica dos dados – como as informações aparecem ao usuário.					

10. A quantidade de informação é suficiente para a utilização do instrumento informatizado de prevenção de PAVM.					
11. Conforto Visual para manuseio do sistema.					
Técnico					
12. Os dados foram organizados no sistema de forma a permitir um raciocínio compatível com o uso do instrumento informatizado de prevenção de PAVM em tecnologia móvel.					
13. Segurança e privacidade das informações.					
14. Funcionamento adequado do sistema.					

Usabilidade					
15. O programa roda facilmente no dispositivo móvel, sem interferências.					
16. As telas do sistema são claras, fáceis de ler e interpretar.					
17. O usuário é capaz de acessar o sistema/programa facilmente.					
18. O programa permite o manejo eficiente dos dados que utiliza.					
19. As exigências de memória não impedem o programa de rodar.					
20. O sistema operacional exigido está disponível ou pode ser obtido.					
21. O sistema possui segurança de dados.					
22. O sistema não aceita dados inexistentes.					

23. As exigências de hardware são compatíveis com a realidade.					
24. É fácil de adaptar a outros ambientes.					
25. É fácil de instalar em outros ambientes.					
26. Está de acordo com os padrões de portabilidade.					

Fundamentado em: A ISO 9126 estabelece os Guidelines de Usabilidade disponível no site: http://www.usabilitynet.org/tools/r_international.htm#9126-1



*Gabriela Carpin Pagano
Mariene Jaeger Riffel*

Introdução

Entre as ações para se alcançar a integralidade na assistência à mulher, estão as de prevenção do câncer do colo do útero. Este é o segundo tipo de câncer mais comum entre mulheres no mundo, sendo registrados, em 2008, cerca de 530 mil casos novos (WHO, 2008) e quase 80% destes em países em desenvolvimento (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou para o ano de 2014 uma incidência de 15.590 casos de câncer de colo do útero para o Brasil (INCA, 2014).

Dentre os fatores de risco associados ao câncer uterino, estão o início precoce das relações sexuais, primiparidade precoce, multiparidade, promiscuidade pessoal ou do parceiro, tabagismo, deficiência imunitária, uso de anticoncepcionais orais, irradiações ionizantes e deficiência de vitaminas A e C, infecções pelo papilomavírus humano (HPV) tipo 16, 18, 31 e 45, pelo Herpes II e pelo citomegalovírus (HALBE, 2000; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

A maioria das infecções por HPV ocorre em mulheres com menos de 30 anos e regride espontaneamente, ao passo que, acima dessa idade, a persistência do vírus no organismo feminino é mais frequente (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA

¹ Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Enfermagem da UFRGS em 3 de julho de 2014.

DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

A infecção pelo HPV tem sido associada diretamente ao câncer do colo uterino, em que o vírus é encontrado em 95% dos casos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

É uma infecção, na maioria das vezes assintomática, com lesões visíveis após aplicação de reagentes como o ácido acético e a solução de Lugol sobre o colo uterino e por meio de colposcopia.

Existem 13 tipos de HPV reconhecidos como oncogênicos pela Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer. Desses, considera-se que os mais oncogênicos sejam o HPV16 e o HPV18 (INCA, 2002), para os quais há duas vacinas aprovadas e disponíveis no Brasil. Tais vacinas são eficazes, principalmente se utilizadas antes do contato com o vírus, uma vez que tal contato tende a diminuir a efetividade da imunização (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

A adoção destas vacinas não elimina a necessidade da prevenção secundária por meio do Papanicolau, visto que a proteção oferecida por elas não abrange 30% dos casos de câncer do colo do útero causados por outros vírus oncogênicos para os quais não há vacina (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV, atingida parcialmente através do uso de preservativos durante a relação sexual com penetração, considerando-se que o contato com a pele da vulva, da região perineal, e da bolsa escrotal não estão protegidos por tais dispositivos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

O câncer de colo uterino é uma doença de evolução lenta que, de suas fases pré- invasivas e não malignas até a forma invasiva e maligna, pode durar aproximadamente 20 anos. Esse período, relativamente longo, permite ações preventivas

eficientes e alterações do quadro evolutivo da doença (HALBE, 2000; PINHO, MATTOS, 2002). Entre tais ações encontra-se o exame citopatológico, ou Papanicolau, introduzido em 1941 nos Estados Unidos como um primeiro esforço sistemático para a detecção precoce das lesões pré-invasivas de câncer de colo uterino. A partir de sua implementação como exame de rastreamento nos países desenvolvidos, reduziu a incidência e mortalidade deste câncer em 80% e 75% respectivamente (SANKARANARAYANAN et al, 2005).

Desde 1988, o Papanicolau é preconizado para detecção precoce de neoplasia de colo de útero no Brasil (INCA, 2002) e é priorizado para mulheres de 25 a 64 anos “uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos” (INCA, 2011a, p. 32). No entanto, quando houver motivo que justifique sua realização fora destas faixas etárias, como sangramento vaginal espontâneo, após coito ou esforço, leucorréia ou dor pélvica (que podem estar associadas a queixas urinárias ou intestinais nas situações mais avançadas), ou fora do intervalo trianual, o exame também deverá ser realizado. Há poucas evidências objetivas sobre a idade em que as mulheres deveriam parar de realizá-lo e as recomendações atuais da Organização Mundial de Saúde são de que “em países com população de alta longevidade, não há dados objetivos de que o rastreamento seja útil após os 65 anos” (WHO, 2007, p. 33).

A priorização do controle do câncer do colo do útero é reafirmada no Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013) e, para isso, é indispensável a captação adequada de mulheres nas Estratégias de Saúde da Família (ESF). Estes serviços devem ser capazes de realizar o seguimento dos exames, identificar as faltosas e ter acesso facilitado às informações, a fim de que possam ter suas ações avaliadas. Após o recebimento de um resultado que indique preocupações quanto a sua evolução ou malignidade, cabe ao serviço de saúde realizar o acompanhamento dessa usuária, encaminhando-a ao serviço de referência para confirmação

diagnóstica e realização do tratamento. Nesse processo, é fundamental a avaliação da compreensão que a usuária tem sobre a doença e o estímulo à adesão ao tratamento (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

Salienta-se a importância do uso de instrumento padronizado e informatizado de coleta dos dados para alimentar o SISCOLO, cujo preenchimento é de responsabilidade dos profissionais dos serviços de saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

No Brasil, como nos demais países em desenvolvimento, as taxas de câncer de colo do útero aumentam a cada ano (SISCOLO, 2013). A necessidade de conhecer como tem sido feita a cobertura do exame de Papanicolau nos serviços foi o mote da investigação sobre a cobertura deste exame na Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Jardim Cascata para que, então, a partir dos achados, reflita-se sobre as ações direcionadas à prevenção do câncer do colo do útero nesta ESF. Foram coletados dados referentes aos exames realizados nos anos de 2009 a 2013 para melhor evidenciar o seguimento das mulheres conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A pergunta motivadora do estudo foi: como se dá a cobertura de exames de Papanicolau na ESF Jardim Cascata?

Objetivos

O objetivo geral foi descrever a cobertura de realização de exame Papanicolau na ESF Jardim Cascata no período de 2009 a 2013. Em seus desdobramentos, o estudo visou caracterizar a população de mulheres que realizaram Papanicolau conforme a faixa etária, listar e quantificar os diagnósticos identificados por meio do exame Papanicolau, e verificar a periodicidade da realização do exame entre as mulheres da ESF Jardim Cascata.

Metodologia

Estudo de caráter descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, de série temporal, realizado a partir dos resultados de exames citopatológicos coletados no período compreendido entre janeiro de 2009 e dezembro de 2013 em mulheres pertencentes à área de abrangência da ESF Jardim Cascata, no município de Porto Alegre, sul do Brasil, que já tiveram relações sexuais, independente da idade. As informações foram coletadas a partir de registros dos exames realizados na ESF, contidos no “livro preto”². O critério de inclusão de dados para a amostra foi a realização do exame preventivo para câncer de colo de útero de 2009 a 2013. Foram excluídas informações sobre coletas de exames de mulheres que compareceram à ESF para sua realização, mas não o fizeram nem retornaram em outro período para a coleta.

Ressalta-se que o exame de Papanicolau detecta lesões pré-malignas, lesões malignas ainda em fases iniciais, lesões intraepiteliais, e também evidencia infecções, doenças sexualmente transmissíveis (DST), como herpes, gonorréia, sífilis e trichomoníase, e vaginoses por *Gardnerella Vaginalis* sp. e *Candida Albicans*. Por isso, alterações não oncogênicas identificadas no resultado do exame também foram analisadas.

Os dados coletados foram organizados em planilha de Microsoft Excel com o nome da usuária, data da coleta, idade, endereço e resultado do exame. Cada mulher foi incluída na planilha a cada realização e para cada categoria foram inseridos códigos que facilitassem a visualização dos resultados. O nome permitiu que se identificasse a quantidade de exames de uma mesma usuária. O endereço foi a segunda opção para busca e complementação das informações quando necessário, e também

² Livro preto. Assim é denominado, pelo Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013, p. 86), o caderno com dados de identificação dos exames citopatológicos realizados nas unidades de saúde, que deve ser de “fácil acesso aos profissionais e fácil localização das mulheres”.

foi útil para o reconhecimento das microáreas e da densidade de exames realizados em cada uma delas.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se os recursos de filtros e de classificação do programa Excel. Os achados foram descritos conforme a distribuição de frequência dos exames para câncer de colo uterino por ano de realização, faixa etária e diagnósticos. Os resultados são apresentados em tabelas, gráficos e percentuais ajustados sem casas decimais. O banco de dados coletado para a realização deste estudo foi disponibilizado para a ESF Jardim Cascata para conhecimento e possível utilização.

Em relação aos aspectos éticos, o projeto que deu origem a este estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 8 de janeiro de 2014, sob o número 26184. Foi autorizado pela Prefeitura Municipal de Saúde de Porto Alegre, à qual se submeteu o Termo de Compromisso para Utilização dos Dados, e, finalmente, ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o parecer número 617.901 de 9 de abril de 2014. Os dados autorais foram referenciados e citados conforme a norma NBR 10520 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002).

Análise e Discussão dos Dados

São apresentados e discutidos dados coletados conforme objetivos e metodologia propostos.

A população feminina nesta área é de 2.180 mulheres: 1.349 mulheres estão na faixa etária dos 10 aos 49 e 310 mulheres possuem idade igual ou superior a 65 anos (IBGE, 2010). Não foi possível discriminar o número total da população feminina abaixo de 10 anos e dos 50 aos 64 anos. A seguir são apresentados dados referentes às faixas etárias das usuárias no momento da realização do primeiro exame de Papanicolau registrado na ESF no período estudado e resultados.

Tabela 1 – Exames de Papanicolau realizados na ESF Jardim Cascata, Porto Alegre/RS nos anos de 2009, 2010, 2011, 2012, e 2013 conforme faixa etária e resultados.

FAIXA ETÁRIA	N DE USUÁRIAS	N. DE EXAMES	N. DE ALTERAÇÕES
12 aos 24 anos	133(22%)	162(18%)	95(23%)
25 aos 64 anos	431(72%)	685(77%)	313(75%)
Igual ou > que 65 anos	33(5%)	45(5%)	10(2%)
Não Informado	2(0%)	2(0%)	0
TOTAL	599(100%)	894(100%)	418(100%)

Fonte: PAGANO, G. C. Cobertura de exames de Papanicolau em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre/RS. Banco de dados.

Os percentuais relativos ao N de exames e de alterações foram calculados sobre o N de usuárias. Dos 894 exames, 685(77%) foram coletados em mulheres com idades entre os 25 e os 64 anos. Destes, 313 (46%) apresentaram algum tipo de alteração. É nesta faixa etária que ocorre o pico de incidência das lesões precursoras para o desenvolvimento do câncer do colo do útero no Brasil (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

Na população com 65 anos ou mais (35%), foram coletados 45 (5%) dos exames, sendo que em 10 deles (2% do total de exames alterados) constataram-se alterações não oncóticas. Salienta-se que, conforme recomendação do Ministério da Saúde, mulheres acima de 65 anos, já rastreadas para o câncer de colo uterino, não necessitam continuar no programa de rastreamento (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

Dos 162 exames coletados em mulheres na faixa etária entre os 12 e os 24 anos, 95 (58,6%) deles, ou 23% do total, apresentaram alterações não precursoras de câncer. Segundo o INCA (2011a) antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser acompanhadas conforme recomendações clínicas. Neste estudo, esta foi a faixa etária com menor índice de retorno para novas coletas.

Salienta-se que, apesar de preconizado prioritariamente para mulheres entre os 25 e 64 anos de idade, não foram identificados exames com algum grau de malignidade nesta faixa etária. No entanto, exames com alterações de malignidade foram identificadas justamente em faixas etárias extremas, que não fazem parte dos critérios de inclusão para o exame.

Uma usuária de 16 anos apresentou diagnóstico de lesão intraepitelial de grau I e uma usuária de 90 anos apresentou diagnóstico de lesão intraepitelial de grau II e III. Segundo o INCA, se a mulher com idade igual ou maior do que 65 anos tiver realizado exames preventivos regularmente e estes não apresentarem resultados alterados, o risco de constatação do câncer cervical nesta faixa etária é reduzido (INCA, 2011a). A seguir apresenta-se a distribuição das mulheres quanto à realização ou não do exame de Papanicolau em cada um dos anos pesquisados.

Tabela 2 - Distribuição das usuárias quanto à realização e número de exames de Papanicolau na ESF Jardim Cascata, Porto Alegre/RS nos anos de 2009, 2010, 2011, 2012, e 2013.

PERÍODO	2009		2010		2011		2012		2013		Total
		EXAMES									
NOVAS USUÁRIAS POR ANO	143		151		139		52		114		599 100%
		143		195		216		131		209	
USUÁRIAS DE ANOS ANTERIORES	0		44		77		79		95		
		0		44		77		79		95	
TOTAL DE USUÁRIAS POR ANO	143 (24%)		195 (32%)		216 (36%)		131 (22%)		209 (35%)		
TOTAL DE EXAMES		143 16%		195 22%		216 24%		131 15%		209 23%	894 100%

Fonte: PAGANO, G. C. Cobertura de exames de Papanicolau em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre/RS. Banco de dados.

Observa-se nas tabelas anteriores que um total de 599 (100%) usuárias realizaram o Papanicolau na instituição estudada. No entanto, ao analisarem-se individualmente os exames, verificou-se que os resultados anteriores e consecutivos foram negativos para células malignas, mostrando que os mesmos foram realizados fora dos períodos preconizados pelo Ministério da Saúde. Além disto, 158 usuárias não pertencem à faixa etária preconizada para rastreamento, ou seja, 26% das mulheres não necessitaria submeter-se à coleta. Portanto, a Tabela 2 suscita perguntas como: existe controle da realização dos exames nas mulheres que necessitam retorno anual? As mulheres estão sendo comunicadas da necessidade de realizarem exame anual ou trienalmente conforme preconiza o Ministério da Saúde? A busca das mulheres que não comparecem nos prazos preconizados é realizada? Na Tabela 3, pode-se visualizar a distribuição dos exames de Papanicolau realizados e o número de exames com algum tipo de alterações no período estudado.

Tabela 3 - Distribuição de exames Papanicolau na ESF Jardim Cascata, Porto Alegre/RS nos anos de 2009, 2010, 2011, 2012, e 2013, conforme alterações não oncológicas.

ANO	N EXAMES	N ALTERAÇÕES	OBSERVAÇÕES
2009	143	34	10 usuárias fizeram exame em 2010, das 10 que retornaram, 2 fizeram exame em 2011
2010	195	72	17 usuárias fizeram exame em 2011; das 17 que retornaram, 5 fizeram exame em 2012; destas 5, 3 fizeram exame em 2013.
2011	216	70	Destas 70, 12 retornaram em 2012; das 12, 6 retornaram em 2013.
2012	131	43	Destas, 14 retornaram em 2013.
2013	209	88	
TOTAL	894		

Fonte: PAGANO, G. C. Cobertura de exames de Papanicolau em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre/RS. Banco de dados.

Nota-se, pelas observações descritas na Tabela 3, que 72 exames sem alterações oncológicas foram realizados fora dos prazos preconizados pelo Ministério da Saúde.

A Tabela 4 apresenta a distribuição das 418 alterações constatadas em 316 (34,8%) exames.

Tabela 4 – Diagnósticos conforme número de exames Papanicolau e de usuárias da ESF Jardim Cascata, Porto Alegre/RS, nos anos de 2009, 2010, 2011, 2012, e 2013.

DIAGNÓSTICOS NOS EXAMES	TOTAL	N. DE MULHERES
<i>Gardnerella vaginalis</i>	200	107
Cândida sp	14	14
<i>Trichomonas Vaginallis</i>	3	3
Herpes	1	1
Alterações Celulares Benignas Reativas ou Reparativas	198	120
Lesão Intraepitelial de Grau I e Grau II/III	2	2
	418	247

Fonte: PAGANO, G. C. Cobertura de exames de Papanicolau em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre/RS. Banco de dados.

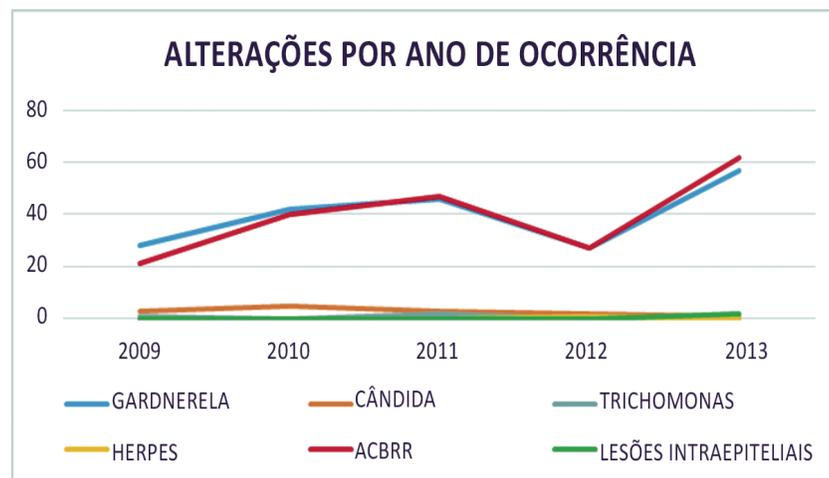
Entre as 599 usuárias do estudo, foram identificadas outras alterações, que o Papanicolau oportuniza evidenciar, além das lesões intraepiteliais, como DST e vaginoses, em 247 mulheres. Constataram-se 418 alterações em 316 exames dos 894 realizados. Salienta-se que 352 (59%) mulheres ou 476 (53%) exames não apresentaram alterações, 178 mulheres apresentaram alguma alteração somente uma vez e 69 (11%) mulheres apresentaram exames com alterações em mais de uma vez.

A *Gardnerella vaginalis*, associada ou não a outra alteração, esteve presente em 33% de todos os exames que apresentaram alterações tendo sido o fator causal mais frequente de alteração: em 104 (97%) das 107 ocorrências, não esteve associada a outra alteração. A maior prevalência foi em mulheres entre os 20 e 49 anos de idade, com picos em mulheres dos 20 aos 24 anos e dos 44 aos 49 anos. A *Gardnerella vaginalis* juntamente com Alteração Celular Benigna Reativa ou Reparativa (ACBRR), esteve presente em 94 (30%) de 198 exames em que esteve presente.

As ACBRR se caracterizam por serem inflamações no colo do útero ou vagina sem identificação de agente, geralmente determinadas pela ação de agentes físicos, os quais podem ser radioativos, mecânicos ou térmicos e químicos, como medicamentos abrasivos ou cáusticos, quimioterápicos e acidez vaginal sobre o epitélio glandular (INCA, 2011b). Dos 316 exames alterados, pode-se constatar que as ACBRR apareceram isoladamente em 98 (31%) resultados; no entanto, juntamente com a *Cândida sp.*, as ACBRR apareceram em 5 (2%) resultados e em um único exame foi diagnosticada juntamente com herpes.

O diagnóstico de trichomoníase foi constatado em três exames: um deles não associado a outra alteração e dois associados com as ACBRR. Chama-se a atenção desta ocorrência por ser, junto com o herpes, as DST (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2006) diagnosticadas no estudo. A seguir, apresenta-se o Gráfico 1 para melhor visualização das alterações por ano de ocorrência, indicando uma possível associação entre a presença da ACBRR com a *Gardnerella vaginalis sp.*

Gráfico 1 – Alterações descritas nos resultados de exame de Papanicolau realizados na ESF Jardim Cascata, Porto Alegre/RS nos anos de 2009, 2010, 2011, 2012, e 2013.



Fonte: PAGANO, G. C. Cobertura de exames de Papanicolau em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre/RS. Banco de dados.

Observa-se que nos anos de 2009 e de 2013 houve, respectivamente, o menor e o maior percentual de alterações nos exames. Nos 209 exames coletados no ano de 2013, constataram-se 122 (58%) alterações. As ACBRR mantiveram-se em ascensão e superaram a *Gardnerella vaginalis* (47%) em número de ocorrências com 62 (51%) casos.

Considerações Finais

De 2009 a 2013, 599 mulheres realizaram 894 exames de Papanicolau na ESF Jardim Cascata, na cidade de Porto Alegre/RS. Destas, 247 mulheres apresentaram alterações não oncológicas e duas apresentaram lesões epiteliais, uma de grau I e outra de grau II/III.

Salienta-se que foram incluídos exames de mulheres não pertencentes à faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde, pois isso representaria melhor o que é efetivamente realizado para o rastreamento do câncer de colo de útero no serviço estudado. E foi em faixas consideradas não prioritárias que, em 2013, as duas lesões intraepiteliais foram diagnosticadas em usuária de 16 anos (grau I) e em usuária de 90 anos (grau II/III).

Informações sobre diferentes faixas etárias específicas e referentes à área adstrita à ESF Jardim Cascata, como dos 25 aos 64 anos, não são disponíveis pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ou prefeitura de Porto Alegre. Isto impediu o confronto com informações estatísticas sobre a população do estudo para esta faixa etária.

Pôde-se identificar 133 (22%) mulheres com menos de 25 anos de idade que realizaram Papanicolau na ESF, 431 (72%) dos 25 aos 64 anos - faixa prioritária no programa para realização do exame - e 33 (5%) mulheres com idade superior aos 65 anos de idade.

A alteração mais frequente foi por *Gardnerella Vaginalis* (200 exames em 107 mulheres), seguida por ACBRR (198 exames em 120 mulheres) e *Cândida sp.* (14 exames em 14 mulheres).

A análise permitiu, através da individualização dos exames e das mulheres, verificar que a distribuição da realização do citopatológico não obedece ao preconizado pelo Ministério da Saúde, considerando-se o intervalo de três anos a partir da obtenção de dois resultados consecutivos negativos para células neoplásicas. A distribuição da realização dos exames é desordenada e a cobertura ideal, de 80%, não é atingida.

A identificação de 158 (26%) mulheres que realizaram o exame fora da faixa etária preconizada leva a pensar que gastos financeiros poderiam ser direcionados a outros programas, bem como melhorar-se o gerenciamento do tempo e dos profissionais além de evitarem-se usos desnecessários de materiais.

Os dados, atualizados em planilha de Microsoft Excel, foram disponibilizados à ESF Jardim Cascata para a continuidade nas ações de inclusão das informações em meio eletrônico. Estes dados poderão contribuir para a gestão das ações empreendidas pelo serviço por meio da identificação do número de mulheres que realizam o acompanhamento conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e as potencialmente faltosas, além de incluir “novas” usuárias no sistema de registro e auxiliar na estimativa do impacto das campanhas empreendidas na cobertura de realização do exame, uma vez que foi realizado um levantamento minucioso de informações.

Recomenda-se que algumas questões estejam constantemente presentes ao se pensar na prevenção e controle do câncer do colo do útero, quais sejam: existe controle da realização dos exames de Papanicolau das mulheres moradoras da área adstrita ao serviço? As usuárias estão sendo comunicadas da necessidade de retornarem no prazo de um ou três anos conforme preconiza o Ministério da Saúde? Há busca ativa de mulheres que não comparecem nos prazos preconizados? Estão sendo promovidas ações de orientação para prevenção primária do câncer de colo, tais como a importância do uso de preservativos, a não adesão ao uso de tabaco, informações sobre DSTs e fatores de risco para este tipo de câncer? Os profissionais são capacitados para a atenção qualificada a este programa?

Referências

ABNT. **Informação e documentação – citações em documentos – apresentação**: NBR 10520. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/ccs/pdf/Normas%20ABNT/ABNT_NBR_10520%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero**. Sumário Executivo. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Sumario_executivo.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle de cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n.13. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf>. Acesso em: 05 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: 2012. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res466.htm>>. Acesso em: 04 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2014.

HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. v.3.

IBGE. **Geosaude/SMS/PMPA**. Porto Alegre, 2010.

INCA. Coordenação geral de ações estratégicas. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** – Inca. Rio de Janeiro: 2011a. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2013.

INCA. **Sistemas de informação do controle do câncer de mama e do colo uterino**. Manual gerencial. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em: <www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Manual_gerencial.pdf>. Acesso em: 20 out. 2013.

INCA. **Prevenção do câncer do colo do útero**. Manual técnico. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/normas.pdf>. Acesso em: 30 out. 2013.

INCA. **Estimativa 2014**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

LATORRE, M. R. D. O; CARDOSO, M. R. A; Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 145-152, nov. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2001000300002>. Acesso em: 20 jun. 2014.

PINHOA, A; MATTOS M. C. F. I. Validade da citologia, cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 225-231, Jul. 2002. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_37_04/rbac3704_07.pdf>. Acesso em: 06 out. 2013.

SANKARANARAYANAN, R. et al. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. **Int J Gynaecol Obstet.**, Ireland, v. 89, suppl. 2, p. S4-S12, May 2005. Disponível em: <http://www.rho.org/files/IJGO_89_S2_2005_02.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero. **Exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora**. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siscolo/ver4/DEF/Brasil/BRCCOLO4.def>>. Acesso em: 10 maio 2014.

WHO. **Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes**. Module 2. Geneva, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/modules/>>. Acesso em: 15 nov. 2013.



O TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: apontamentos a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica

*Maria Luiza Ferreira De Barba
Clarice Coelho de Oliveira
Alcindo Antônio Ferla*

Nota Introdutória

Este estudo visa analisar o trabalho em equipe desenvolvido no âmbito da Atenção Básica a partir dos dados coletados na avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em seu primeiro ciclo, realizado em 2012. No estado do Rio Grande do Sul, 786 equipes aderiram ao Programa, correspondendo a 67,45% das equipes de saúde existentes. Evidenciaremos os dados relativos à organização da agenda das equipes para fomentarmos a discussão sobre o cuidado em saúde. Primeiramente, apresentamos uma breve retomada dos marcos legais do Sistema Único de Saúde, a fim de destacar o papel estratégico que é proposto à Atenção Básica. Após, apresentaremos com mais detalhes como foi realizada a avaliação externa do PMAQ-AB nas equipes de Atenção Básica e, finalmente, discutiremos os dados coletados, relativos à organização das agendas e do trabalho das equipes.

O papel da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal do Brasil determina que a saúde é dever do Estado e direito de todos os cidadãos (BRASIL, 1988). O arcabouço legal do Sistema Único de Saúde determina que o acesso aos serviços de saúde deve ocorrer de forma universal,

equitativa e integral, primando a qualidade, independentemente do nível do âmbito da atenção ou da complexidade do cuidado (BRASIL, 1990a).

Mais recentemente, o Decreto nº 7.508/11, que tem entre seus objetivos dispor sobre a organização do SUS, define a Atenção Básica como porta de entrada e ordenadora do acesso universal e igualitário aos serviços da rede de atenção à saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA, 2012b). No Brasil, a Atenção Primária à Saúde incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designação “Atenção Básica à Saúde” para enfatizar a reorientação do modelo assistencial. A partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde, sua concepção desenvolveu-se com os princípios da universalidade, descentralização, integralidade e participação popular, sendo desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida dos cidadãos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012a).

Em conformidade com a Constituição Federal e a Lei nº 8.080/90, a nova Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2011, introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção à Saúde, avançando na concepção de uma atenção acolhedora e resolutiva, capaz de desenvolver a gestão e coordenação do cuidado do usuário nos demais pontos da rede (BRASIL, 2012a). Ao mesmo tempo, propôs mudanças nas diretrizes com o objetivo de incentivar os gestores locais a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida, articulando-a com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, avançando no reconhecimento de um leque de modelagens e formatos de equipes para diferentes populações, a fim de valorizar as especificidades locais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012a). Além disso, constituiu a Saúde da Família como a principal estratégia de

configuração da atenção à saúde no Brasil, recebendo incentivos financeiros, visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção.

Frente a estes desafios colocados às equipes e também com a intenção de reconhecer e incentivar o trabalho já desenvolvido, o Ministério da Saúde propôs o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a fim de induzir mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012). A seguir, faremos uma breve contextualização da Avaliação como prática de gestão e, na sequência, do PMAQ-AB.

Avaliação em Saúde como Prática de Gestão

A avaliação dos serviços de saúde com ênfase na qualidade da assistência foi mais proeminente no Brasil no final da década de 1990, com a instituição do controle social e a valorização da participação da comunidade nas ações de planejamento e avaliação (BRASIL, 1990b). A partir de então, a avaliação realizada pelos usuários em relação aos atendimentos e serviços do SUS começou a ser considerada. Esse crescente interesse levou ao desenvolvimento de instrumentos que abordam componentes múltiplos da atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

O destaque à Atenção Básica como porta de entrada e proposta de reestruturação tecnoassistencial do sistema de serviços de saúde foi também o fio condutor para absorver, nesse âmbito do sistema, a prática avaliativa buscando indicadores de qualidade. A avaliação da qualidade dos serviços permite repensar e aprimorar as práticas profissionais, tanto técnicas quanto de gestão, através da comparação com os padrões instituídos, possibilitando a identificação de dificuldades e desempenho que produzam impacto sobre a saúde e bem-estar da população.

O desenvolvimento do SUS, especialmente em função da descentralização, acarretou aos municípios importantes demandas no âmbito da gestão. Essas demandas incluem a necessidade de compor e gerir equipes de trabalho, dispor de estrutura física e tecnológica, organizar os insumos e as estratégias para operar o sistema de saúde, além de produzir e disponibilizar conhecimento para o conjunto da população de modo a promover equidade e integralidade do cuidado (BRASIL, 1990a).

A análise dos processos de gestão é relevante para identificar tecnologias que estão sendo construídas e implementadas, as quais incluem certos saberes constituídos para organizar as ações humanas nos processos produtivos singulares (MERHY, 2002). Também apontam a sua efetiva capacidade de garantir a expressão dos diferentes interesses dos atores envolvidos e das heterogêneas realidades dos seus territórios (BARRIOS, 2009). Segundo Merhy e Franco (2003), por meio do jogo de pressão e disputas, cria-se uma correlação de forças que definirão a política de saúde, combinando interesses diversos, fazendo com que essa política favoreça ou não determinados grupos e interesses.

Ferla et al. (2007) salientam o processo de privilegiamento e submissão da medicina científica ao caráter biológico e, portanto aos procedimentos e utilização de tecnologias hegemônicas médicas. Seus desdobramentos estão presentes no processo de trabalho cotidiano e nas práticas de gestão, interferindo nas relações sociais, políticas e econômicas capazes de produzir mudanças na sociedade e impactos na construção do conhecimento. No escopo da Saúde da Família, a modificação desses processos é importante para ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012a).

Atuando na lógica de reorganização do modelo assistencial, a composição das equipes de Saúde da Família é multiprofissional, sendo a equipe mínima formada por um

médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, e agente comunitário de saúde suficiente para cobrir 100% da população cadastrada. Pode-se acrescentar a esta composição, quando dispor de equipe Saúde Bucal, um cirurgião-dentista e um auxiliar e/ou técnico de saúde bucal (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012a).

O PMAQ-AB como estratégia para qualificar a Gestão da Atenção Básica

O PMAQ-AB almeja a permanente e progressiva ampliação do acesso e a melhoria da qualidade das práticas de gestão, cuidado e participação na Atenção Básica. Nesse cenário, traz dentre as suas diretrizes envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes e os usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da Atenção Básica. Além disso, visa estimular a mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários. Somado a isso, busca desenvolver cultura de negociação e contratualização que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados, e o caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e pró-atividade dos atores envolvidos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2011).

O Programa foi organizado em quatro fases, sendo a primeira denominada “Adesão e Contratualização”, a segunda “Desenvolvimento”, a terceira “Avaliação Externa” e a quarta, o começo de um novo ciclo, denominada “Recontratualização” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2011).

A fase de “Avaliação Externa” foi realizada em parceria com instituições de ensino e pesquisa de todo o país e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio da Coordenadoria da Saúde (CooSaúde) e da Escola de Enfermagem, integrada a Coordenação Nacional, sendo responsável pela execução em seis estados, assim como a rede científica que se desenvolve em torno do projeto de cooperação entre a Universidade e o Ministério da Saúde, chamada Rede Governo Colaborativo em Saúde.

Notas Metodológicas

Utilizamos dados secundários originados da base de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, chamada terceira etapa do que consistiu na pesquisa em Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, no ano de 2012. Realizamos um estudo transversal com abordagem quanti-qualitativa. O território analisado foi o estado do Rio Grande do Sul, e a amostra foi composta pelas 786 equipes (67,45%) que aderiram ao Programa. Os dados foram analisados através de método estatístico descritivo, utilizando-se o software SPSS 20.0.

A base de dados é de domínio público, e pode ser acessada no ambiente virtual do PMAQ-AB no site do Ministério da Saúde. O estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sob nº de matrícula 24220, e integra o projeto de pesquisa “Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS sob matrícula nº 21904.

A organização do trabalho em equipe no âmbito da Atenção Básica apresentada pelo PMAQ-AB

Dentre as atividades relacionadas no formulário de Avaliação Externa do PMAQ-AB sobre o trabalho da equipe de saúde, foram selecionadas as variáveis que permitissem refletir sobre o tema do trabalho em equipe com a integralidade do cuidado.

Das 786 equipes avaliadas, 61,7% (n=485) possuem agenda compartilhada entre os profissionais. A tabela a seguir apresenta as atividades que compõem a agenda compartilhada avaliada pelo PMAQ.

Tabela 1 – Organização da agenda compartilhada entre os profissionais das equipes avaliadas pelo PMAQ-AB no estado do Rio Grande do Sul, 2012.

Atividades da agenda	% (n=485)
Realização de visitas domiciliares e atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde.	88,9
Apenas realização de visitas domiciliares.	5,8
Apenas realização de atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde.	4,7
Não realiza visitas domiciliares, nem atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde.	0,6

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012.

Conforme apresentado na Tabela 1, a maioria das equipes que organizam a agenda de forma compartilhada e disponibilizam espaços para realização de visitas domiciliares e atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde. Reconhecemos que possam existir outras atividades compartilhadas pelas equipes. No entanto, esse cenário já é suficiente para demonstrar a tendência dessas equipes operarem na lógica da interdisciplinaridade.

Quando avaliada a existência de uma agenda semanal de atividades pactuada pelo conjunto de profissionais que integram a equipe, 77,1% (n=606) das equipes referem possuir. A tabela a seguir apresenta as atividades da agenda pactuada pela equipe.

Tabela 2 – Pactuação da agenda das equipes avaliadas pelo PMAQ-AB no estado do Rio Grande do Sul, 2012.

Programação da agenda	% (n=606)
Programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado e realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas.	72,3
Apenas programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado.	18,5
Apenas realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas.	6,9
Não programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado, nem realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas.	2,3

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012.

A Tabela 2 nos permite identificar as ações que são frequentemente pactuadas pelas equipes na agenda compartilhada. Em relação a esses dados, percebemos que 72,3% das equipes programam consultas e ações para usuários que fazem parte de programas ou grupos prioritários e necessitam

de cuidado continuado, e realizam a renovação de receitas para usuários de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas.

Os resultados apresentados nas Tabelas 1 e 2 demonstram, também, que algumas equipes ainda atuam sob a lógica hegemônica do trabalho fragmentado, despersonalizado, com oferta predominante de tecnologias duras e leve-duras (MERHY, 2002), na qual o usuário é reificado à categoria paciente e o trabalhador predominantemente capturado pela técnica e pelo conhecimento estruturado. A tabela a seguir apresenta as formas de acesso disponibilizadas na agenda das equipes avaliadas.

Tabela 3 – Disponibilidade de vagas na agenda das equipes avaliadas pelo PMAQ-AB no estado do Rio Grande do Sul, 2012.

Reserva de vagas na agenda	% (n=786)
Realiza reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames e/ou para sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação.	39,6
Apenas realiza a reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames.	20,2
Apenas realiza reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação.	9,0
Não realiza reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames, nem para sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação.	31,2

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012.

Os resultados da Tabela 3 demonstram que parte das equipes já realizam atividades que buscam construir a integralidade nas linhas de cuidado, e ampliação e melhoria do acesso. Esse processo possibilita suprir a busca por práticas cuidadoras capazes de responder às necessidades dos sujeitos que demandam os cuidados, pela oferta de projetos terapêuticos singulares, pelo acesso a uma rede de serviços como malha de cuidados progressivos, por uma regulação (macro e micro) da atenção cuidadora, e pelo resultado do cuidado produzindo qualidade de vida e autonomia do indivíduo e da comunidade (FERLA et al., 2008).

Entretanto, percebemos que um grande número de equipes (31,2%) permanece atuando na lógica biomédica. De acordo com estudos realizados anteriormente (DE BARBA; OLIVEIRA; FERLA, 2015?), essa tendência está, por vezes, associada à formação dos profissionais, que têm demonstrado a necessidade de experimentação dentro dos serviços de Atenção Básica, os quais possibilitam o desenvolvimento da capacidade de intervenção para a produção de mudanças nos processos de cuidado e de trabalho, e promovem a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

A potência do trabalho em equipe na produção da saúde

Considerando a produção de saúde como um processo do *trabalho vivo em ato*, as equipes que buscam atuar de forma interdisciplinar utilizam uma lógica inovadora direcionada para a coordenação do cuidado, com o domínio de tecnologias leves voltadas para a produção de relações cuidadoras. Fundamentando-se nos critérios de reconhecimento *das tipologias do trabalho em equipe* (PEDUZZ, 1998; 2001), podemos supor que essas sejam *Equipes Integração*. Segundo a autora (PEDUZZ, 1998; 2001), está presente nessas equipes a comunicação intrínseca ao trabalho, na qual a micropolítica (MERHY, 2002) ocorre como parte integrante do trabalho e, dependendo do modo como

é posta a serviço do cuidado, qualifica a atenção oferecida ao usuário. Propõe-se um projeto assistencial comum, no qual se respeita as diferenças técnicas existentes entre os trabalhos especializados e as especificidades dos mesmos, usando-as como reconhecimento do trabalho do outro, como forma de aprendizado, permitindo a flexibilização da divisão do trabalho e a autonomia técnica de caráter interdependente. O trabalho se torna, então, um processo de *Educação Permanente em Saúde*, com grande potencial criativo (CECCIM, 2005).

Nas *Equipes Integração*, também é possível falar dos membros da equipe como um *Coletivo Organizado*. Segundo Ceccim (2005), ao se referir a um *Coletivo Organizado*, não se fala dos trabalhadores individualmente e nem da sociedade dos trabalhadores, mas sim de agrupamentos articulados por um fim. A noção de coletivo dispõe em relação a um grupo de pessoas interligadas por uma tarefa, a qual constitui finalidade produtiva. A noção de *Coletivo Organizado* põe a esse agrupamento de pessoas uma convergência, uma composição de roda. Ainda segundo Ceccim (2005, p. 5):

[...] Um coletivo organizado, entretanto, não configura necessariamente uma unidade, ele não é um organismo, mas um dispositivo. Não se propõe como um espírito de corpo ou em um fisiologismo, mas em produção de encontro, de intercâmbio de provocações, de alteridade. O que dá organização ao dispositivo coletivo organizado não é a identidade entre seus membros, mas seu objetivo de produção [...].

Uma *Equipe Integração*, formando um *Coletivo Organizado*, põe em articulação produtiva a capacidade técnica de todos os trabalhadores, as dúvidas do cotidiano e os desafios do trabalho. Mais do que o domínio de um certo conjunto de conhecimentos e tecnologias, a capacidade requerida aqui é a da própria interação com os demais trabalhadores e com o contexto.

Todavia, os dados demonstram também a existência de equipes que se assemelham a tipologia das *Equipes Agrupamento* proposta por Peduzzi (1998; 2001). Nessas equipes a comunicação

ocorre externa ao trabalho e estritamente pessoal. As diferenças técnicas entre trabalhos especializados e as especificidades dos mesmos se apresentam como arguição da desigualdade dos trabalhos especializados, primando pela autonomia técnica plena, se não, ausente (PEDUZZI, 1998; 2001).

Considerações Finais

O PMAQ-AB foi desenvolvido para fornecer uma fotografia da atual situação das equipes de saúde da Atenção Básica, além de induzir a transformação do modelo de atenção instituído, proporcionando visualizar os entraves que dificultam a oferta de um amplo acesso a serviços qualificados. O estudo possibilitou a análise do trabalho em equipe realizado no Rio Grande do Sul sob a perspectiva da organização da agenda das mesmas, considerando que esses dados refletem como é planejado o acesso ao serviço e em qual lógica é planejado, se converge à tendência de um modelo médico-centrado ou se pressupõe uma atuação interdisciplinar. No entanto, a amostra não representa a totalidade das equipes existentes no estado, e sim as que realizaram a adesão ao Programa, ou seja, uma amostra qualificada. Também não foi possível realizar a estratificação dos dados por porte populacional e localização geográfica dos municípios, o que seria interessante considerar para estudos futuros que possam embasar o planejamento de ações em Educação Permanente em Saúde, pois há uma grande diversidade regional.

Através da análise dos dados apresentados, buscamos trazer alguns pontos de como as equipes atuam no cotidiano, e como se organizam os processos de cuidado na Atenção Básica. Identificamos a progressiva mudança do modelo assistencial promovida pelas ações da Estratégia Saúde da Família, mas também a necessidade de qualificação das ações desenvolvidas por algumas das equipes, e de sujeitos com capacidade de atuação criativa e protagônica nos cenários do sistema de saúde, com capacidade de aprender continuamente no “mundo do trabalho”.

Referências

BARRIOS, S. T. G. **Micropolítica e gestão regionalizada da saúde: estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do Estado do Rio Grande do Sul**. Santa Maria, 2009. Dissertação de Mestrado – Centro de Ciências em Saúde, Universidade Federal de Santa Maria. Orientador Profª. Drª. Adelina Giacomelli Prochnow.

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** Brasília, DF: 2006.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília, DF: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011. Regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. v.1; 3. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - 20/09/1990, Página 18055, 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - 29/12/1990, p. 26057, 1990b.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, São Paulo, v. 9, n.16, p.161-77, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>>.

_____. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005.

DE BARBA, M. L.; OLIVEIRA, C. C.; FERLA, A. Trabalho em saúde no âmbito da Gestão da Atenção Básica no Rio Grande do Sul: o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica como indutor de reflexões sobre a formação dos profissionais da saúde. **Saúde & Sociedade**, 2015? No prelo.

FERLA, A. et al. A saúde a partir de um olhar amazônico: implicações, perspectivas, tensões e compromissos com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (ou: porque o SUS precisa de uma saúde com devir açaí). In: OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. (Org.). **A desigualdade regional e o território da saúde**. Belém : UFPA, 2008. v. 1, p. 12-18.

FERLA, A. et al. **Desafios para o fazer institucional frente às disposições da legislação federal e aos compromissos éticos e políticos de uma instituição comunitária de ensino**. Universidade de Caxias do Sul, 2007.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**, 1998. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia/ Multiprofessional healthcare team: concept and typology. **Rev Saúde Pública**. v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>>. Acesso em:

_____. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462003000100007>>. Acesso em:

PINTO, H.A; SOUSA, A; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, Supl., ago. 2012. Disponível em: www.reciis.icict.fiocruz.br. Acesso em:

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, Unesco, 2002.



Carmen Lúcia Mottin Duro

Carolina Charão da Silva

Claudiane Ochoa Henn

Desire Pozebom

Diego Macedo Soares

Érica Rosalba Mallmann Duarte

Kamilla Silveira

Sabrina Lacerda

Shirlei da Silva Machado

Vanessa Daniele Mizevski

William Dartora

Estágio Curricular I

Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o curso de Enfermagem implantou, no ano de 2009, a partir das diretrizes curriculares nacionais (DCN), os 20% de carga horária para os Estágios Curriculares (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). As DCN para os cursos da área da saúde, aprovadas entre 2001 e 2004, consistem em recomendações destinadas às instituições de ensino e às coordenadorias de cursos para a elaboração dos currículos, com a finalidade de construir um perfil acadêmico e profissional visando atingir competências e habilidades nos profissionais de saúde, para atuarem com qualidade e resolutividade no Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUZA; BASTOS; BOGO, 2013).

Tais diretrizes se apresentam como mudança paradigmática do processo de educação superior, de um modelo centrado na doença e, portanto, biomédico e curativo, para outro, orientado pelo binômio saúde e doença, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência (STELLA; PUCCINI, 2008). Assim, as DCN objetivam adequar a formação de recursos humanos para o trabalho em saúde visando à consolidação do SUS.

Tal formação tem como base o entendimento de saúde como resultado de um processo de trabalho interdisciplinar e multiprofissional de equipe no contexto dos serviços de saúde. No âmbito da atenção à saúde, as DCN preconizam que a formação deve ser realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, motivando os alunos a pensar criticamente sobre os problemas da sociedade e procurar soluções para os mesmos.

Com esse objetivo, a organização curricular do Curso de Enfermagem buscou uma estruturação que permite ao aluno um desenvolvimento coerente e gradual, garantindo a aquisição de conhecimentos e habilidades necessários à formação profissional. As competências, habilidades e conhecimentos previstos para a formação dos futuros enfermeiros orientam-se, quanto à adequação do currículo, às necessidades e exigências do SUS (LAMPERT et al., 2009).

Para isso, a grade curricular vem sendo aprimorada. A disciplina de Administração em Enfermagem, realizada no oitavo semestre, possuía, em 2009, uma carga horária de 360 horas. Entretanto, em 2010, com a necessidade de consolidar as 4.000 horas necessárias ao curso de enfermagem, para atender às mudanças curriculares, a disciplina foi modificada. Atualmente, compreende duas atividades de ensino: uma disciplina e um estágio curricular, cada um com 180 horas. Desta forma, o currículo atual possui três estágios curriculares: Estágio Curricular I – Administração em Enfermagem (180hs), Estágio Curricular II – Serviços da Rede de Atenção Básica (315hs) e Estágio Curricular III – Serviços Hospitalares (315hs).

O *Estágio Curricular I – Administração em Enfermagem* busca tornar o aluno capaz de realizar o gerenciamento da produção dos cuidados de enfermagem e de saúde, a partir das bases teóricas que fundamentam a prática administrativa, e refletir sobre a prática cotidiana de enfermagem, realizando uma análise crítica dos modelos de gestão utilizados nos serviços de saúde. O estágio é desenvolvido durante três meses, de segunda a quinta feira, no período da manhã, das 7 às 13 horas e 30 minutos.

Este artigo apresenta o relato da experiência de alunos e professores do *Estágio Curricular I - Administração em Enfermagem* no semestre de 2014/1.

Cenário do Estágio Curricular I – Administração em Enfermagem

A Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre (SMS/POA), em 2008, compôs, juntamente com as universidades de Porto Alegre, a criação de distritos docentes assistenciais com a finalidade de agregar atividades práticas do cuidado de diferentes núcleos profissionais. Essa integração tem provocado positivamente trabalhadores, docentes e estudantes, num movimento de construção na forma de pensar e atuar na saúde pública e coletiva.

Entre os oito distritos sanitários do município, localizado na região centro-sul da cidade de Porto Alegre, o Distrito Glória/ Cruzeiro /Cristal (DGCC) é o cenário preferencial de práticas disciplinares e estágios da UFRGS. Ele conta com 24 estabelecimentos divididos em Unidades de Saúde (US), numa área de 6,82 km² que corresponde a 1,43% do território da cidade, atendendo uma população estimada de 160.000 habitantes (OBSERVAPOA, 2014).

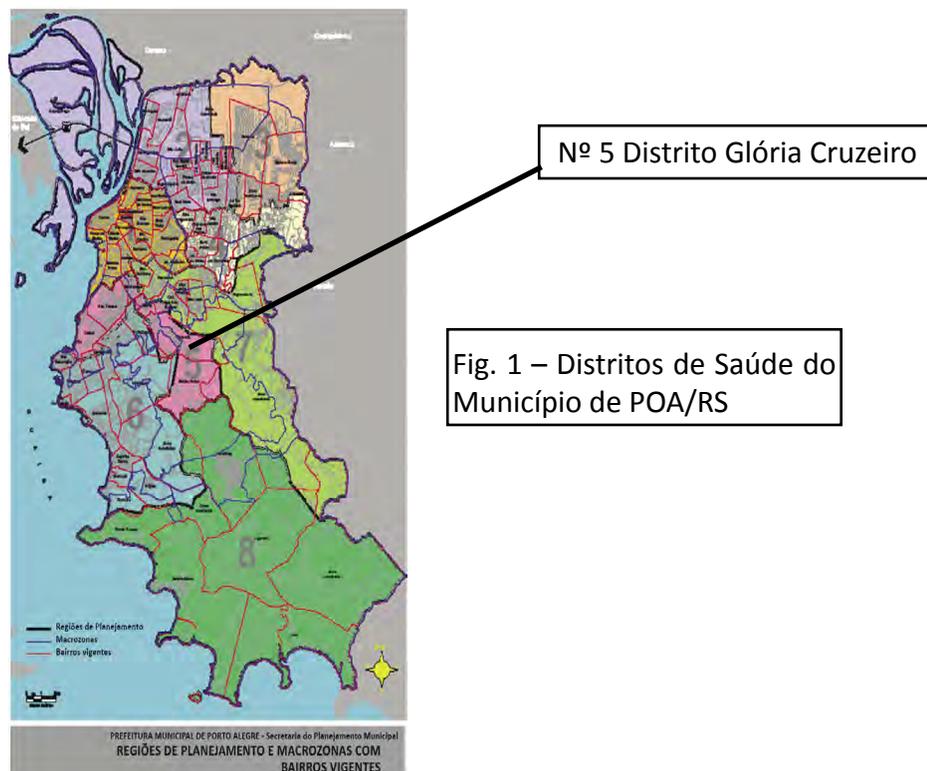


Fig. 1 – Distritos de Saúde do Município de POA/RS

Fonte: ObservaPOA, 2014.

Um dos campos de prática do *Estágio Curricular I – Administração em Enfermagem* é a Unidade Básica Cristal (UBSC). Seu funcionamento é das 7 às 18 horas. Possui agendamento diário e disponibiliza aos usuários diversos tipos de atendimento, entre eles: acolhimento, assistência odontológica, consultas médicas de clínica geral, ginecologia e pediatria, e procedimentos de enfermagem, como curativos, vacinação, nebulização, teste do pezinho, visitas domiciliares, entre outras demandas. Realiza programas do Ministério da Saúde (MS) e SMS/POA, como: Pré-natal, Pré-Nenê, Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Bolsa Família, Matriciamento de Saúde Mental, Programa de Educação para o Trabalho para a Saúde (PET Saúde) Rede Cegonha.

A equipe é composta por duas enfermeiras, duas dentistas, duas ginecologistas, duas pediatras, três clínicos gerais, oito

técnicos de enfermagem, um técnico e um auxiliar de saúde bucal, um auxiliar de serviços gerais e uma estagiária de administração.

Os acadêmicos realizaram todas as atividades ofertadas na UBS, contudo, será dada ênfase, neste trabalho, às atividades em que houve ampliação com novas ações desenvolvidas pelos acadêmicos de enfermagem no período de estágio.

Diferencial nas atividades desenvolvidas pelos acadêmicos na Unidade de Saúde Cristal

Denominamos de diferencial aquelas atividades que, além da realização, os alunos contribuiriam com propostas diferenciadas para qualificar o atendimento ao usuário e auxiliaram o trabalho em saúde na unidade e com a equipe de trabalho.

Neste momento, serão descritas as atividades desenvolvidas pelos acadêmicos de enfermagem no período de abril a junho de 2014. Entre as atividades, estão o PSE, as visitas domiciliares, o matriciamento em saúde mental, o Programa Bolsa Família (PBF) e as atividades ligadas à educação permanente em serviço junto à equipe de trabalho da unidade de saúde.

Atividades desenvolvidas no Programa de Saúde na Escola

Os acadêmicos participaram de atividades de formação do PSE na DGCC durante o mês de maio de 2014. As atividades abordaram temáticas sobre avaliação antropométrica para crianças e adolescentes, que inclui peso e altura conforme as tabelas de Índice de Massa Corporal (IMC) do Ministério da Saúde, testes de acuidade visual e metodologias para a realização de oficinas educativas. Além disso, foram pactuadas entre os presentes as estratégias de inclusão de escolas ainda não contempladas com o PSE.

Após a capacitação, os acadêmicos de enfermagem puderam realizar a avaliação antropométrica e o teste de acuidade visual de estudantes da Escola Estadual de Ensino Fundamental Paul Harris. A faixa etária das crianças nesse estabelecimento é de 6 a 16 anos.

Ao se contabilizar as atividades realizadas no PSE, obtivemos os resultados apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Total de atividades realizadas no semestre na Escola Estadual do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e encaminhamento realizado junto à Unidade de Saúde Cristal, POA, 2014.

Atividade	Número	Encaminhamento ao oftalmologista	Encaminhamento ao nutricionista
Acuidade visual	104	14	-
Antropometria	98	-	29
Oficinas	10	-	-

Fonte: Dados do relatório de estágio, 2014.

Quanto às atividades educativas, foram elaboradas e aplicadas oficinas sobre higiene corporal, primeiros socorros, mudanças corporais e sexualidade. As atividades foram desenvolvidas com turmas da 1ª à 4ª série. Foi elaborado um cronograma de atividades junto aos professores da escola que expuseram suas demandas e disponibilizaram local e horário para a realização das atividades.

Na 1ª série, as crianças tinham de seis a oito anos. Foram realizadas oficinas sobre higiene corporal e pediculose, com apresentação do conteúdo temático de forma lúdica. Ainda, foi realizada oficina explicativa sobre o que é alimentação saudável e sua importância. Para isso, foi desenvolvida uma gincana, com um prêmio previsto para as crianças que trouxessem um alimento saudável de casa para o lanche durante o mês de maio.

A 3ª série apresentava crianças na faixa etária de 10 a 14 anos. Foi realizada roda de conversa e as crianças foram indagadas sobre o que significaria higiene no seu contexto de vida e convidadas a realizar desenhos sobre o tema. Após, foi realizada palestra sobre o assunto.

Na 4ª série, foram abordadas nas oficinas as temáticas da sexualidade e das mudanças que ocorrem no corpo nas fases do desenvolvimento humano. Foi utilizada como método a roda de conversa, na qual houve levantamento das dúvidas referentes às mudanças do corpo. Os questionamentos foram respondidos em linguagem adequada à faixa de idade dos escolares.

Algumas imagens das oficinas realizadas:



Fig.2 - Cartaz Alimentação Saudável
Fonte: Dados do relatório de estágio, 2014.



Fig.3- Oficina primeiros socorros
Fonte: Dados do relatório

Atividades dos acadêmicos de enfermagem na atenção domiciliar

A atenção domiciliar (AD) tem sido conceituada, classicamente, como uma modalidade geral da atenção à saúde prestada no domicílio (BRASIL, 2011a). A finalidade da atenção é oferecer cuidados à saúde ao indivíduo e sua família em

suas residências, procurando promover, manter ou restaurar a saúde, maximizando o nível de independência, e minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura (FAVERO et al., 2009).

O fazer da enfermeira da Estratégia Saúde da Família na atenção domiciliar tem sido realizado por meio da visita domiciliar (VD), que permite conhecer as condições de vida dos usuários e ter uma maior compreensão das relações existentes no contexto domiciliar. Ao realizar a VD, o foco do cuidado é o acompanhamento clínico e as atividades de educação junto aos cuidadores. Na avaliação das demandas de VD, as enfermeiras procuram acolher as necessidades dos usuários da ESF, identificando as principais demandas de atendimento, os indivíduos com doenças crônicas, acamados, com dificuldade de locomoção e idosos (LIONELLO et al., 2012).

Durante o estágio, os acadêmicos realizaram as visitas domiciliares verificando as necessidades de materiais especiais para usuários portadores de lesões e feridas. As visitas contemplaram principalmente usuários portadores de úlceras por pressão, úlceras varicosas, problemas de vascularização em membros inferiores e ostomias. Também foram realizadas instalações de sondas uretrais, retirada de pontos, e orientações em visita de puerpério imediato.

No entanto, entre as visitas domiciliares realizadas pelos acadêmicos, destacaram-se aquelas para as avaliações de feridas, que possibilitaram a criação de um fluxo de encaminhamento dos usuários com curativos de maior complexidade, atendidos na unidade e encaminhados para acompanhamento pelo serviço de especialidades do Centro de Especialidades Vila dos Comerciantes (CEVC). O trabalho desenvolvido pelos acadêmicos constituiu-se em elo para integração do serviço com o ensino, resultando na reestruturação da forma como era realizado o atendimento junto aos domicílios.



Fig. 4– Lesão de usuário visitado. Fonte: Dados do relatório de estágio, 2014.



Fig. 5 – Desbridamento da lesão. Fonte: Dados do relatório do estágio, 2014.



Fig. 6 –Lesão da usuária pós-desbridamento. Fonte: Dados do relatório do estágio, 2014.

Fonte: Caderno da Saúde Coletiva volume 4, artigo Utilizando o whatsapp em registros de lesões de pele como forma de agilizar o atendimento ao usuário.

Atividades dos acadêmicos de enfermagem no Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado em 2004, sob a coordenação e gestão do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em parceria com os Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2009).

Tem por objetivos promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; combater a pobreza; e promover a intersetorialidade (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2009).

O PBF atua a partir da transferência de renda, de forma direta, às famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza. O repasse da verba está vinculado ao cumprimento de condicionalidades pactuadas pela família e gestores na área de educação, saúde e assistência social (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2009).

As condicionalidades são compromissos assumidos pelas famílias beneficiárias, quando realizam o Cadastro Único no Centro de Atenção e Assistência Social de referência. As famílias deverão realizar o acompanhamento de crianças de zero a sete anos, de peso e altura, e situação vacinal. A presença de aleitamento materno é assinalada para crianças menores de dois anos. Para as gestantes, é registrada a situação gestacional, a data da última menstruação e o acompanhamento do pré-natal, que deve ser mensal. As mulheres em idade fértil, de 14 a 44 anos, deverão ter registro mensal do peso e altura. No âmbito escolar, é controlada a frequência escolar.

Essas condicionalidades compõem um compromisso que as famílias assumem quando fazem parte do PSE (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2009).

As famílias devem ser assistidas na rede de atenção básica, que as esclarece quanto aos seus deveres para a manutenção do recebimento do benefício (BRASIL. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2009).

Os acadêmicos de enfermagem atuaram no PBF através de estratégias para realizar a busca ativa de famílias para que atualizassem os dados das condicionalidades exigidas. Os acadêmicos realizaram a busca ativa por meio de telefone e através de bilhetes entregues na Escola Estadual de Primeiro Grau Paul Harris, unidade vinculada ao campo de estágio, fazendo chamamento para irem até o posto para atualização de dados. Foram, entregues, no período, 230 bilhetes para os alunos que recebem esse benefício.

Quadro 2 - Ações realizadas pelos acadêmicos de enfermagem de abril a junho de 2014. Porto Alegre, 2014.

Contato por telefone	58 famílias
Busca de dados nos prontuários	28 famílias
Famílias que mudaram de endereço	57 famílias
Inclusão no benefício	67 pessoas
Total de famílias da área UBS Cristal com benefício	403 famílias

Fonte: Dados do relatório de estágio, 2014.

Atividades dos acadêmicos de enfermagem no matriciamento em Saúde Mental

O conceito de matriciamento, ou apoio matricial, significa um novo modo de produzir assistência com a conjugação de equipes para desenvolvimento e aplicação de intervenções pedagógico-terapêuticas em saúde mental. Matriciamento significa, ainda, uma possibilidade de retaguarda especializada, suporte técnico e reforço de vínculo, diferenciando-se da prática de supervisão, pois o matriciador participa ativamente do processo terapêutico (BRASIL, 2011b).

No município de Porto Alegre, iniciou-se a aplicação do matriciamento na rede de atenção primária em 2014 (PORTO ALEGRE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010). Com a realização das escutas terapêuticas nas unidades básicas, se rompeu a lógica das consultas com clínico e dos encaminhamentos para psiquiatria. Na UBS Cristal, as enfermeiras realizam as escutas terapêuticas de acordo com a demanda da unidade.

Os alunos participaram, em um primeiro momento, acompanhando as consultas e, após, realizando as escutas aos usuários. Durante a consulta, se permite a fala aberta e com o

mínimo de interrupções possível, com o objetivo principal de valorizar o relato e todas as suas especificidades. Além disso, é preenchido o formulário de apoio matricial, com os dados do usuário, genograma, história pregressa, medicações que faz uso, grupos que participa, diagnóstico e o plano terapêutico.

Após a escuta, o formulário é encaminhado para a equipe de matriciamento, ou seja, a equipe de saúde mental do DGCC, sendo o caso avaliado por uma enfermeira matriciadora e um psiquiatra que definem seu seguimento: se mantém medicações receitadas pelos médicos clínicos da unidade ou se inicia acompanhamento com psicólogo/psiquiatra.

No âmbito da unidade, foram atendidas 18 pessoas pelos alunos nas escutas, distribuindo-se em 11 adultos e 7 crianças. Um dos casos de paciente adulto foi encaminhado, pela equipe de matriciamento, para internação no Hospital Espírita. Dos sete casos enviados, dois foram encaminhados para acompanhamento e cinco voltaram para a unidade, prosseguindo com acompanhamento clínico geral da UBS.

Atividades dos acadêmicos de enfermagem na Educação Permanente em Saúde

Na atividade de Educação Permanente, as necessidades de conhecimento e a organização de demandas educativas são geradas no processo de trabalho, apontando caminhos e fornecendo pistas ao processo de formação. Sob este enfoque, o trabalho não é concebido como uma aplicação do conhecimento, mas entendido em seu contexto sócio-organizacional e resultante da própria cultura do trabalho. Diferencia-se, assim, das listas de demandas individuais por treinamento, resultantes da avaliação de cada um sobre o que lhe falta ou deseja conhecer, e que, frequentemente, orientam as iniciativas de capacitação (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar

a democratização institucional, o enfrentamento criativo das situações de saúde, o trabalho em equipes matriciais e qualificar o cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Na UBS Cristal, a educação permanente era realizada pela coordenadora da unidade que, no caso, era uma enfermeira. Os alunos do 8º semestre da UFRGS deram continuidade a essa atividade, após o afastamento dessa enfermeira, realizando atividades de educação com temas demandados pelos profissionais e de acordo com as necessidades do serviço da UBS.

Quadro 3 - Oficinas desenvolvidas no Estágio Curricular I pelos acadêmicos de enfermagem.

Atividades	Alunos que realizaram
Atendimento a vítimas de arma de fogo e branca	Desirée e Claudiane
Classificação de risco	Shirley e William
Curativos de feridas	Vanessa e Kamilla
Fluxos de atendimento da unidade, verificação de sinais vitais	Caroline e Diego

Fonte: Dados do relatório de estágio, 2014.

Os acadêmicos deixaram cópia gravada em CD das apresentações em multimídia para a equipe da UBS.

Reflexões a partir da Prática

Durante o *Estágio Curricular I – Administração em Enfermagem*, os alunos realizaram atividades no âmbito da atenção primária à saúde que possibilitaram a aprendizagem e a aquisição de competências para a intervenção com senso de responsabilidade social, promovendo a saúde integral do ser humano nas situações de saúde e de doença.

No decorrer das atividades, os acadêmicos aplicaram as teorias da administração no mundo do trabalho, tendo exemplos práticos das dinâmicas de trabalhar em equipe e dos processos de trabalho na assistência direta ao paciente.

O trabalho em equipe se constituiu em um aprendizado para o grupo de alunos, pois, no decorrer do estágio, acadêmicos e equipe da unidade foram se conhecendo e juntos aprendendo a trabalhar, resultando em uma retroalimentação positiva, isto é, uma troca de conhecimentos entre a academia e o mundo do trabalho.

Pode-se inferir que, para além da aprendizagem, houve a criação de modos diferenciados de fazer saúde das formas tradicionais. As formas aprendidas por eles, e reformatadas a partir da inserção no cenário da UBS, possibilitaram contemplar a finalidade que vem sendo perseguida como ideário das propostas curriculares, isto é, a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

Além do aprendizado, as propostas desenvolvidas pelos acadêmicos resultaram na qualificação do atendimento ao usuário, somado à contribuição de novas estratégias de cuidar para a equipe de trabalho. Assim, constitui-se em possibilidade de utilização no futuro de outras formas de exercer e tomar decisões no cuidado de enfermagem aos usuários da UBS, embasadas nas experiências dos acadêmicos aqui descritas.

Os acadêmicos, neste sentido, constituíram-se não somente em elo para integração do serviço com o ensino, mas em possibilidade de reestruturação da prática desenvolvida referente ao PSE, às visitas domiciliares e ao Programa Bolsa Família.

O grupo agradece a todos os profissionais da equipe da UBS Cristal, em especial às enfermeiras que dividiram seus conhecimentos com os alunos.

Referências

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES nº 1.133, de 07 de agosto de 2001.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces1133.pdf>>. Acesso em: out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de orientações sobre o Bolsa Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo:** Programa Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_pse.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 2011a. Seção 1. p. 44.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Condicionalidades de saúde.** Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/condicionalidades>>. Acesso em: out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

CECIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.**

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

FAVERO L. et al. Aspectos relevantes sobre o cuidado domiciliar na produção científica da enfermagem brasileira. **Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 585-591, 2009.

LAMPERT, J. B. et al. Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n.1, Supl. 1, p. 5-18, 2009.

LIONELLO, C. D. L. et al. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 103-110, 2012.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610, set./out. 2004.

OBSERVAPOA. **Observatório de Porto Alegre**. Disponível em: <<http://www.observapoa.com.br/>>. Acesso em: jun. 2014.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Políticas de Saúde, Saúde Mental**. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=1&p_secao=686. Acesso em: jun. 2014.

SOUSA, I. F.; BASTOS, P. R. H. O.; BOGO, D. Diretrizes curriculares nacionais: desafios na formação dos farmacêuticos para atuação no Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 15, n.1, p. 129-134, 2013.

STELLA, R. C. R.; PUCCINI, R. F. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. In: PUCCINI, R. F.; SAMPAIO, L. O.; BATISTA, N. A. (Org.). **A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social**. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. p. 53-69.



SOBRE OS AUTORES

Alcindo Antônio Ferla: Doutor em Educação e Saúde (UFRGS). Professor adjunto do Bacharelado em Saúde Coletiva e Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva/UFRGS. Email: ferlaalcindo@gmail.com

Ana Paula Gossmann Bortoletti: Pós-Graduando do Curso de Saúde Pública. Enfermeira. E-mail: ana.bortoletti@gmail.com

Beatriz Waldman: Professora na Escola de Enfermagem/UFRGS. Doutora em Gerontologia Biomédica. E-mail: waldman.beatriz@gmail.com

Carem Gorniak Lovatto: Mestre, Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Carmen Lúcia Mottin Duro: Doutora em Enfermagem (UFRGS). Professora adjunta do Curso de Bacharelado em Enfermagem. E-mail: carduro@gmail.com

Carmen Maria Tomazelli Lunardi: Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher. Coordenadora da Unidade Básica de Saúde 1º de Maio. E-mail: carmen.lunardi@sms.prefpoa.com.br

Carolina Charão da Silva: Enfermeira. E-mail: carolinacharao@gmail.com

Caroline Ellen dos Santos: Acadêmica do Curso de Enfermagem da UDESC. E-mail: carolineellen2212@gmail.com

Clarice Coelho de Oliveira: Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFRGS.

Claudiane Ochoa Henn: Graduanda da Escola de Enfermagem da UFRGS. E-mail: clau-ochoa@hotmail.com

Daniela Cruz Corrêa: Graduanda da Escola de Enfermagem da UFRGS. E-mail: novo.dani.c@gmail.com

Denis Iaros Silva da Silva: Enfermeiro Especialista em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e CME. Mestrando em Enfermagem (UFRGS). Enfermeiro do Hospital Nossa Senhora da Conceição (Porto Alegre/RS). E-mail: denis.iaros@yahoo.com.br

Denise Tolfo Silveira: Doutora, Professora Associada, Escola de Enfermagem/UFRGS. Email: dtolfo@enf.ufrgs.br

Denise Zocche: Doutora em Enfermagem pela UFRGS. Professora da UDESC. E-mail: denise9704@gmail.com

Desiree Leopoldo Pozebom: Enfermeira do Hospital São Lucas da PUCRS. E-mail: desireepozebom@gmail.com

Diego Macedo Soares: Graduando do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFRGS.

Elizeth Heldt: Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS e do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem/UFRGS. Mestre e Doutora em Psiquiatria. E-mail: eheldt@hcpa.ufrgs.br

Eluani Rigon: Acadêmica do Curso de Enfermagem da UDESC. E-mail: eluani_rigon@hotmail.com

Érica Rosalba Mallmann Duarte: Enfermeira. Doutora em Engenharia de Produção. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem/UFRGS) E-mail: ermd@terra.com.br

Fernanda Karla Metelski: Mestra em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais pela Unochapecó. Enfermeira. Professora colaboradora da UDESC. E-mail: fernanda.metelski@gmail.com

Fernanda Mattiello Zandoná: Enfermeira no Hospital Santa Casa de Misericórdia, Porto Alegre. Email: nandamattiello@gmail.com

Gabriela Carpin Pagano: Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: gabriela.pagano@hotmail.com

Gabriela Vieira Soares: Enfermeira, Coordenadora Técnica do Centro de Saúde do Trabalhador da Prefeitura Municipal de Gravataí/RS. Especialista em Saúde da Família. E-mail: gabrielavsoares@gmail.com

Isabella Migotto Fernandes: Enfermeira. Coordenadora da ESF Cruzeiro, SMS/Porto Alegre. E-mail: isabella@sms.prefpoa.com.br

Janilce Dorneles de Quadros: Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: janilcequadros@yahoo.com.br

Jéssica Vanessa Corradi Dalazen: Acadêmica do Curso de Enfermagem da UDESC. E-mail: jeh_dallazen@hotmail.com

Kamilla Silveira: Enfermeira graduada na Escola de Enfermagem da UFRGS - E-mail: Silveira_Kamilla@hotmail.com

Letícia Trindade: Doutora em Enfermagem pela UFSC. Professora da UDESC. E-mail: letrindade@hotmail.com

Loriane Rita Konkewicz: Mestre, Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Luiza Bohnen Souza: Enfermeira Residente em Saúde Mental do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: luizabs@hotmail.com

Luiza Maria Gerhardt: Enfermeira, Professora Doutora da Escola de Enfermagem/UFRGS. E-mail: luizamaria@cpovo.net

Maria da Graça Oliveira Crossetti: Enfermeira Doutora em Filosofia na Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem/UFRGS. E-mail: mgcrossetti@gmail.com

Maria Luiza Ferreira De Barba: Mestranda em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFRGS. Email: marialuizadebarba@hotmail.com

Mariana Mendes: Acadêmica do Curso de Enfermagem da UDESC. E-mail: marianaf.mendes@hotmail.com

Mariene Jaeger Riffel: Enfermeira. Doutora em Educação. Professora da Escola de Enfermagem/UFRGS. Email: marieneriffel@ig.com.br.

Marsam Alves de Teixeira: Enfermeiro da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Pós Graduado em Saúde Pública, com Ênfase em Saúde da Família (IBPEX). E-mail: marsamtx@gmail.com

Mauricio Kirschner: Acadêmico do Curso de Enfermagem da UDESC. E-mail: mauriciokirschner@hotmail.com

Maximiliano Dutra de Camargo: Enfermeiro Graduado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: maximilianodutra@hotmail.com

Nadia Mora Kuplich: Mestre, Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Nair Regina Ritter Ribeiro: Enfermeira. Professora Doutora da Escola de Enfermagem/UFRGS. E-mail: nair.ribeiro@ufrgs.br

Natália Gomes Lisboa: Enfermeira do Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: nlisboa@hcpa.ufrgs.br

Rejane Gheno: Enfermeira e Pedagoga. E-mail: rejaneghen@gmail.com

Rodrigo Pires dos Santos: Doutor, Médico, Coordenador da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Sabrina Lacerda: Enfermeira Socorrista do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU) do município de Alvorada/RS. Professora no Curso Técnico de Enfermagem – Universitário/Alvorada. Oficineira no Projeto “O que fazer até o SAMU chegar”. E-mail: binalacerda@hotmail.com

Sérgio Paulo de Souza Crippa: Enfermeiro graduado na Escola de Enfermagem da UFRGS. E-mail: spcrippa@gmail.com

Shirlei da Silva Machado: Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFRGS.

Vanessa Daniele Mizevski: Enfermeira graduada na Escola de Enfermagem da UFRGS E-mail: vanessamizevski@outlook.com

Vera Catarina Castiglia Portella: Professora da Escola de Enfermagem DEMC. E-mail: veraportella@gmail.com

William Dartora: Enfermeiro graduado na Escola de Enfermagem da UFRGS. Mestrando em Epidemiologia. E-mail: dartorawilliam@gmail.com



Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries

Clássicos da Saúde Coletiva

Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Série Arte Popular, Cultura e Poesia

Série Interloquções: Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Série Atenção Básico e Educação na Saúde

Série Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Série Vivências em Educação na Saúde

Periódicos

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

editora



redeunida

www.redeunida.org.br