

**XIV Semana Acadêmica de Enfermagem**

**XIV Mostra de Trabalhos Científicos**

**10 a 14 de agosto de 2015**

Local: AUDITÓRIO DO PRÉDIO 13  
Câmpus de Santo Ângelo

URI | SANTO ANGELO

Enfermagem

# XIV Semana Acadêmica de Enfermagem XIV Mostra de Trabalhos Científicos

10 a 14 de agosto de 2015

URI SANTO ANGELO  
Enfermagem



## XIV SEMANA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM E XIV MOSTRA DE TRABALHOS

XIV SEMANA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM E XIII MOSTRA DE TRABALHOS CIENTÍFICOS TEMA CENTRAL:  
«O ENFERMEIRO NOS DIFERENTES CENÁRIOS DE ATUAÇÃO»

DATA: 10/08/2015 A 14/08/2015

### PROGRAMAÇÃO OFICIAL

#### 10/08/2015 - SEGUNDA-FEIRA

##### MANHÃ

08h00min às 09h00min – Credenciamento  
09h00min às 10h00min - Abertura Oficial do Evento  
10h00min às 11h45min - Palestra de Abertura: "O Enfermeiro e sua atuação na Gestão da Saúde Pública: desafios e possibilidades no atendimento em redes de atenção". Alexandra Lentz - Secretária Municipal de Saúde do município de Ijuí/RS.

##### TARDE

13h30min às 15h15min - Palestra: "A importância da atuação do Enfermeiro na Estratégia da Saúde da Família". Carine Amabile Guimarães, Mestre em Ciências da Saúde – Professora do Curso de Enfermagem da URI – Campus Santo Ângelo/RS.  
15h15min às 15h30min - Coffee break  
15h30min às 17h00min - Palestra: "A atuação do Enfermeiro na Regulação". Enf.ª Márcia Lopes – Enf.ª da 12ª CRS, Secretaria Estadual da Saúde, Santo Ângelo/RS.

#### 11/08/2015 - TERÇA-FEIRA

##### MANHÃ

08h30min às 10h00min - Palestra: "A atuação do Enfermeiro na SUSEPE". Enf.ª Sabrina Wagner – Ijuí/RS.  
10h00min às 10h15min - Coffee break  
10h15min às 11h45min - Palestra: "A atuação do Enfermeiro Intensivista em UTI Adulto". Enf. Luciano Lemos – Hospital Regional da UNIMED, Santo Ângelo/RS.

##### TARDE

13h30min às 15h15min - Palestra: "A atuação do Enfermeiro na gestão de Enfermagem de um Hospital Privado". Enf. Luciano Lemos – Gerente de Enfermagem do Hospital Regional da UNIMED, Santo Ângelo/RS.  
15h15min às 15h30min - Coffee break  
15h30min às 17h00min - Palestra: "A atuação do Enfermeiro do Trabalho". Enf. Wendel Mombaque dos Santos – Hospital Universitário de Santa Maria/HUSM/EBSERV.

#### 12/08/2015 - QUARTA-FEIRA

##### MANHÃ

08h30min às 10h00min - Palestra: "A atuação do Enfermeiro na Gestão do SAMU". Enf. Alex Antunes – Responsável técnico pelo SAMU, Santo Ângelo/RS.  
10h00min às 10h15min - Coffee break  
10h15min às 11h45min - Palestra: "A atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos". Enf. Fabiana Dal'conte Buzatto – Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo/RS.

##### TARDE

13h30min às 15h15min - Palestra: "A atuação do Enfermeiro no Exército Brasileiro". Enf. Ademir Jones Antunes Dorneles – Major do HGUSM, Santa Maria/RS.  
15h15min às 15h30min - Coffee break  
15h30min às 17h00min - Palestra: "A atuação do Enfermeiro Intensivista em UTI Neonatal". Enf.ª Lidiane Vargas Luz – Hospital Santo Ângelo/RS.

#### 13/08/2015 - QUINTA-FEIRA

##### MANHÃ

08h30min às 10h00min – Relato de experiência: "Como morar e estudar enfermagem na Alemanha". Vanessa Beatriz Backes – Acadêmica do Curso de Enfermagem da URI – Campus Santo Ângelo/RS.  
10h00min às 10h15min - Coffee break  
10h15min às 11h45min – Palestra: "Atuação do enfermeiro na rede de saúde mental". Débora Schotelfield – Professora do Curso de Enfermagem da UNIPAMPA/URUGUAIANA/RS, Uruguai/RS.

##### TARDE

13h30min às 15h15min - Mini - curso: "Avaliação de exames complementares" – Enf. Gian Fábio Pimentel. Professor do Curso de Enfermagem do CESNORS/UFMS, Palmeira das Missões/RS.  
15h15min às 15h30min - Mini – curso: "O papel das Doulas no Brasil" – Enf.ª Amanda Pontin Sant'Ana, Panambi/RS.

#### 14/08/2015 - SEXTA-FEIRA

##### MANHÃ

08h00min às 09h00min - Fixação dos pôsteres  
09h00min às 12h00min - Apresentação dos pôsteres  
10h00min às 12h00min – Apresentação em plenária

##### TARDE

13h30min às 15h10min – Relato de experiência: "Residência em Enfermagem". Enf.ª Camila Weber Freitas, Residente da UNISC, Santa Cruz do Sul/RS.  
15h10min às 15h20min - Coffee break  
15h20min às 17h00min - Mesa Redonda sobre Enfermeiro Docente na Enfermagem – Enf.ª Marta Perim Motta; Enf.ª Márcia Cargnin; Enf.ª Márcia Gaita; Enf. Christian Fogaça Antunes.  
17h00min - Encerramento da Semana Acadêmica

##### Comissões de Trabalho:

Comissão de Patrocínio: Prof. Francisco Rodrigues  
Comissão Organizadora: Acadêmicos do 8º Semestre do Curso de Enfermagem  
Comissão de Hospedagem, Transporte e Jantar: Prof. Francisco Rodrigues, Prof. Alessandra Frizzo  
Comissão de Cerimonial, recepção e acolhida: Prof. Alessandra, Prof. Carine Amabile Guimarães  
Comissão de Apoio: Acadêmicos do 7º Semestre Curso de Enfermagem  
Comissão científica: GEPESE



**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS  
MISSÕES – URI – CAMPUS DE SANTO ÂNGELO**

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

## **ANAIS**

**XIV SEMANA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

**XIV MOSTRA DE TRABALHOS CIENTÍFICOS**

**“O ENFERMEIRO NOS DIFERENTES CENÁRIOS DE ATUAÇÃO”**

ORGANIZAÇÃO DOS ANAIS: Prof. Dr. Narciso Vieira Soares

SANTO ÂNGELO, 10 A 14 DE AGOSTO DE 2015

Catálogo na Fonte:

S471a XIV Semana Acadêmica de Enfermagem (1. : 2016 : Santo Ângelo, RS).

Anais da XIV Semana Acadêmica de Enfermagem e XIV Mostra de Trabalhos Científicos. O enfermeiro nos diferentes espaços de atuação / Organização: Narciso Vieira Soares. – Santo Ângelo: FuRI, 2015.

216 p.

ISBN 978-85-7223-368-2

1. Enfermagem - Anais 2. Saúde Pública 3  
Enfermagem Hospitalar - I. Mostra de Trabalhos Científicos 1. Soares, Narciso Vieira (org).

CDU: 614.2:061.3

Responsável pela catalogação: Fernanda Ribeiro Paz CRB 10/ 1720

UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES

REITOR: Luiz Mario Silveira Spinelli

PRÓ-REITORA DE ENSINO: Rosane Vontobel Rodrigues

PRÓ-REITOR DE PESQUISA, EXTENSÃO E PÓS-GRADUAÇÃO: Geovani Palma Bastos

PRÓ-REITOR DE ADMINISTRAÇÃO: Nestor Henrique de Cesaro

CAMPUS SANTO ÂNGELO

DIRETOR GERAL: Gilberto Pacheco

DIREÇÃO ACADÊMICA: Marcelo Paulo Stracke

DIREÇÃO ADMINISTRATIVA: Berenice Rossner Wbatuba

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

COORDENAÇÃO: Flavio Zambonato

COORDENAÇÃO DA ÁREA DO CONHECIMENTO: Carlos Augusto Fogliarini Lemos

CURSO DE ENFERMAGEM – CAMPUS SANTO ÂNGELO

COORDENADOR: Francisco Carlos Pinto Rodrigues

COORDENAÇÃO DA XIV SEMANA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

COORDENADOR DO EVENTO: Prof. Francisco Carlos Pinto Rodrigues

COMISSÃO ORGANIZADORA: Acadêmicos do 8º Semestre do Curso de Enfermagem

COMISSÃO DE CERIMONIAL, RECEPÇÃO E ACOLHIDA: Prof. Alessandra Frizzo da Silva e Carine Amábile

COMISSÃO DE APOIO: Acadêmicos do 8º Semestre de Enfermagem

COMISSÃO CIENTÍFICA: Profa. Dra. Rosane Teresinha Fontana, Profa. Ms. Neiva Claudete Brondani Machado, Prof. Dr. Narciso Vieira Soares

RESUMOS/ÁREAS TEMÁTICAS: Enfermagem na Saúde do Adulto, Enfermagem na Saúde da Criança, Enfermagem na Saúde da Mulher, Enfermagem na Saúde Coletiva, Enfermagem na Saúde do Trabalhador, Enfermagem e Educação, Administração dos Serviços de Saúde, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Enfermagem em Saúde Mental

## ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO

### CARACTERÍSTICAS DAS SÍNDROMES MIELODISPLÁSICAS EM UM SERVIÇO PRIVADO DE ONCO-HEMATOLOGIA NO NOROESTE DO RS

Jéssica Reichert Strochein, Kelly Meller Sangoi, Lourenço Moresco Sangoi  
Clínica de Oncologia e Hematologia das Missões – COHM - jessicareichert@hotmail.com

**Introdução:** A origem da palavra síndrome é grega e significa um conjunto de sintomas que ocorrem juntos, o prefixo mielo vem do grego e significa medula, deste modo, Mielodisplasia refere-se à forma e aparência anormais das células sanguíneas maduras. As Síndromes Mielodisplásicas (SMD) são um grupo heterogêneo de doenças clonais da medula óssea que têm como características a hematopoiese ineficaz, citopenias refratárias e tendência ao desenvolvimento de Leucemia Mielóide Aguda (LMA). Clinicamente, as SMD possuem ampla variação de manifestações clínicas e patológicas, quase sempre com citopenia de uma ou mais linhagens hematopoiéticas. Quando os sintomas aparecem, estão frequentemente relacionados à insuficiência das linhagens afetadas e, eventualmente, à transformação leucêmica. A maioria dos casos em adultos é primária, com anomalias citogenéticas em 40% a 60% dos casos. Os casos secundários estão relacionados com exposição a agentes tóxicos, como quimioterápicos e radiação ionizante. Em crianças, as SMD estão frequentemente associadas com anomalias hematológicas congênitas, como a anemia de Fanconi e a neutropenia congênita severa. As SMD ocorrem principalmente em indivíduos mais velhos, principalmente na faixa etária acima dos 65 anos de idade. Sua incidência é crescente com a idade e maior naqueles expostos a agentes mutagênicos terapêuticos, ocupacionais e/ou ambientais, como o contato constante com produtos químicos tais como o benzeno, presente na fumaça do cigarro, que danifica o DNA das células-tronco hematopoiéticas normais. Sua etiologia e evolução ainda são pouco compreendidas, uma vez que há participação de um complexo número de eventos anormais em sua patogênese. São cinco os subtipos mais comuns de Mielodisplasia, classificados de acordo com o grau de severidade e comprometimento da atividade medular, alterações citogenéticas e risco de progressão para leucemia aguda. Habitualmente, a patologia se apresenta com baixa contagem de leucócitos, plaquetas ou hemácias, podendo ocorrer em conjunto ou separadamente, dismorfias celulares núcleo-citoplasmáticas de grau variado e anormalidades cromossômicas. Sua severidade varia desde leve a muito grave e a condição pode se tornar crônica ou apresentar sintomas mais exacerbados que rapidamente progridem para um quadro leucêmico. Pacientes com SMD têm risco aumentado para o desenvolvimento de infecções, sendo um dos motivos de morte em 40% dos casos. Anormalidades funcionais, além das quantitativas, dos neutrófilos, monócitos e linfócitos T e B podem ser algum dos fatores que contribuem para este quadro, sugerindo um defeito intrínseco no sistema imunológico. Não existe um mecanismo específico causador desta patologia, sendo mais de 80% dos casos considerados idiopáticos, nem uma causa bem definida, apesar de existir uma relação com a exposição a agentes mielotóxicos, quimioterapia antineoplásica e transplante de medula óssea, caracterizando as SMD secundárias. As Síndromes Mielodisplásicas constituem-se em um grupo de doenças de ordem clonal da medula óssea descritas por pesquisas em todo o mundo. Estudos epidemiológicos que abordem as características sócio-demográficas e clínicas, relatando incidência, tempo de sobrevivência e evolução para leucemia são pouco encontrados na literatura brasileira, evidenciando a necessidade de maior investigação dessa malignidade em nosso meio para que se possa conhecer o real impacto da patologia em nossa população. Portanto, esta pesquisa se justifica devido à dificuldade em encontrar estudos e a

importância em conhecer as características clínicas e laboratoriais das Mielodisplasias, bem como o comportamento da doença e a evolução clínica. Neste sentido este estudo se propõe a estudar o perfil das SMD. A relevância desse projeto está na possibilidade de conhecer o perfil e o comportamento das SMD atendidas junto a um serviço privado de onco-hematologia, nicho ainda pouco explorado na comunidade científica. **Objetivos:** Conhecer a incidência o perfil e o comportamento das SMD atendidas no serviço da Clínica de Oncologia e Hematologia das Missões (COHM), caracterizando-as clinicamente. Descrever o comportamento da doença e a sua evolução clínica, delineando os períodos envolvidos no manejo dos casos e caracterizando sua evolução. Analisar este perfil nos últimos 60 meses. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal retrospectivo, com análise de prontuários de pacientes em tratamento no Serviço da COHM no período entre janeiro de 2009 até janeiro de 2014 que receberam diagnóstico de Síndrome Mielodisplásica. Os sujeitos da pesquisa foram informados sobre o seu objetivo e autorizaram o manuseio de seu prontuário médico para a coleta de dados. Os dados foram coletados no período de Janeiro de 2009 a Janeiro de 2014 utilizando Ficha de Coleta de dados específica. Foram respeitados os aspectos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pela resolução 466/12, onde utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos que participaram da pesquisa. **Resultados:** No período pesquisado foram encontrados 26 diagnósticos confirmados de Síndrome Mielodisplásica, deste total havia 11 (42 %) homens e 15 (57 %) mulheres. A média de idade dos pacientes foi de 77,8 anos, variando de 57 a 92 anos no momento do diagnóstico. Em relação à classificação da SMD segundo critérios da OMS, encontrou-se 6 pacientes com CRDUL, 13 com CRDML, 4 com AREB e 1 com LMMC. Das 12 pessoas do sexo feminino que se submeteram a algum tipo de tratamento, 33,33% receberam tratamento com hemoderivados/suporte, 33,33% foram submetidas a tratamento sintomático, nenhuma ao tratamento de quimioterapia exclusiva, 25% submetidas ao tratamento com hemoderivados e sintomáticos e 8,33% submetidas ao tratamento com hemoderivados e quimioterapia. Das 12 pessoas do sexo masculino que se submeteram a algum tipo de tratamento, observou-se que: 16,67% foram submetidas ao tratamento com hemoderivados/suporte, 25% foram submetidas a tratamento sintomático, 8,33% ao tratamento de quimioterapia, 25% submetidas ao tratamento com hemoderivados e sintomáticos e 25% submetidas ao tratamento com hemoderivados e quimioterapia. Em relação à evolução houve progressão para leucemia mielóide aguda em 4 pacientes ( 15,4% ). **Conclusão:** A anemia em pacientes idosos é um achado cada vez mais frequente na população mundial e brasileira, uma vez que sabidamente a expectativa de vida do brasileiro está aumentando. Neste contexto as desordens clonais da medula óssea devem entrar no diagnóstico diferencial da causa das anemias, uma vez que a SMD é a malignidade hematológica mais comum na faixa etária acima dos 80 anos. Nossos resultados estão compatíveis com estes dados epidemiológicos, com idade média de 77 anos ao diagnóstico. A relação de incidência em relação ao sexo demonstrou predomínio de mulheres, ao contrário do observado na literatura, onde existe predomínio masculino. A maioria dos subtipos de SMD, 79,1%, foi de citopenias refratárias com displasia uni e multilinhagem, o que justifica a pouca necessidade de tratamento quimioterápico e de evolução para leucemia mielóide aguda, estes achados também estão de acordo com dados da literatura onde o predomínio do diagnóstico é de citopenias refratárias, as quais sabidamente tem baixa taxa de progressão para leucemia. O melhor entendimento das características das SMD em nossa população deve ser buscado para que tenhamos total compreensão do impacto da patologia em nossa população. **Referências Bibliográficas:** 1.ABC.MED.BR, 2013. **Conheça a mielodisplasia: suas causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e evolução.** Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/sinais.-sintomas-e-doencas/371194/conheca-a-mielodisplasia-suas-causas-sintomas-diagnostico-tratamento->

e-evolucao.htm>. Acessado em: 19 jun. 2014. 2. BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acessado em: 19 jun. 2014. 3. GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5º ed. São Paulo: Atlas S.A; 2009. 4. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 5. NIERO-MELO, Lígia et al. **Diretrizes para diagnóstico morfológico em síndromes mielodisplásicas**. Rev. Bras. Hematologia e Hemoterapia., São José do Rio Preto, v. 28, n. 3, Set. 2006. 6. NIMER, S.D. **Myelodysplastic syndromes**. Blood. 2008;111 (10): 4841-51. 7. VASSALLO, José; MAGALHAES, Silvia M. M.. **Síndromes mielodisplásicas e mielodisplásicas/mieloproliferativas**. Rev. Bras. Hematologia e Hemoterapia, São Paulo, v. 31, n. 4, Ago. 2009. 8. FERREIRA Jr, Marcos Antônio. **Síndromes Mielodisplásicas**. Cadernos de Saúde Coletiva. Vol.21, nº 2. Rio de Janeiro, abril/junho, 2013. 9. HAMBLIN TJ, **Immunological abnormalities em myelodysplastic syndromes**. Sem.Hematol. 2006; 331 (50-62). 10. SWERDLOW SH, Campo E, Harris NL, et al, eds. **WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues**. Lyon, France: IARC Press; 2008. 11. HOWE RB, Porwit-MacDonald A, Wanat R, Tehrani R, **The WHO classification of MDS does make a difference**. Blood 2004; 103:3. 265-3.270.

## ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO

### RESPONSABILIDADE E ATENÇÃO NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL: O TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM UM NOVO OLHAR

Neiva Claudete Brondani Machado, Professora Orientadora do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, [neiva.machado@iffarroupilha.edu.br](mailto:neiva.machado@iffarroupilha.edu.br)

Adilson Sérgio de Matos de Menezes, aluno do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso Técnico em Enfermagem

Maria Cândida Rigoli, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso Técnico de Enfermagem

Liane de Fátima Aires Schorne, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso Técnico de Enfermagem

Miriam de Barros, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso Técnico de Enfermagem

Denise Bruckmani, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso Técnico de Enfermagem

**IFF – Instituto Federal Farroupilha – Campus Santo Ângelo**

## INTRODUÇÃO

Vivenciar durante as práticas técnicas a realidade das unidades de internação nos remonta a reflexão sobre as responsabilidades e diversas tarefas desempenhadas pela equipe de enfermagem, em especial, o técnico em enfermagem no contexto hospitalar. As



particularidades que envolvem o complexo momento de cuidar da vida de alguém nos remonta inicialmente a necessidade de reflexões sobre a importância desta aproximação. A presença e atuação do profissional técnico são essenciais, pois direciona a atenção ao cuidado de forma mais apurada e criteriosa. A área da saúde é uma profissão que requer muita responsabilidade, pois afinal o trabalho envolve vidas e um erro pode ser fatal. Por isso, os técnicos em enfermagem têm a obrigação de estar muito bem preparados e adotar uma postura de pessoas observadoras, cientes da responsabilidade das suas ações. Tudo isso se traduz ao cliente em forma de segurança na hora de serem abordados no leito. A enfermagem moderna requer dos novos profissionais o desafio de enfrentar novas situações de trabalho e uma postura mais dinâmica na questão de assumir novas tarefas e melhorar práticas existentes, partindo daí a iniciativa de envolver todos os profissionais do seu local de trabalho. Essa preparação deve partir desde a formação do profissional, onde os profissionais de enfermagem possam assumir sua profissão e tenham consciência que não será apenas mais um, mas sim aquele indivíduo que fará a diferença positiva nas ações de saúde. A existência de várias categorias de enfermagem tem dificultado, na prática, a determinação do limite das funções para cada agente, o que tem gerado conflitos entre as equipes. Na realidade, tem-se verificado que o enfermeiro toma a posição de gerente do serviço de enfermagem e, até certo ponto, da organização institucional, segundo a lógica do controle técnico e social (FERRAZ, 1995). Da maneira como alguns profissionais enfermeiros se portam com a equipe técnica pode advir desta relação o sentimento de dominação e dificuldade de trabalho em equipe. A postura do técnico em enfermagem deve, acima de tudo, suscitar o senso de responsabilidade para perguntar sempre que houver o surgimento de dúvidas. É preciso saber a hora de parar, respirar e pensar mais uma vez para ter a atenção necessária para executar os procedimentos de enfermagem e ações que envolvam ao paciente e a família. O profissional precisa ter certo medo na atuação profissional, o medo que o faça repensar todas as situações que envolvam o paciente, não um medo que o impeça de atuar. Nenhum profissional na área da saúde deseja cometer erro e causar dano ao paciente. Todavia, muitas vezes os profissionais estão expostos a condições de risco. A real necessidade de pactuar enquanto equipe de enfermagem uma postura de segurança que proporcione segurança ao paciente é essencial. A equipe de enfermagem tem papel fundamental no envolvimento com o cuidado e com a atenção ao paciente. Desta forma, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo COREN-SP e a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) no ano de 2010 assumiram o compromisso de promover uma campanha

para a categoria de enfermagem gerando um novo olhar, salientando para a identificação de falhas que possam gerar possíveis erros e práticas cotidianas. Cria-se a cartilha dos 10 passos para a segurança do paciente baseada em evidências científicas atualizadas. Os passos são a identificação do paciente; o cuidado limpo e cuidado seguro; a higienização das mãos; os cateteres e sondas; conexões corretas; cirurgia segura; sangue e hemo componentes; administração segura; paciente envolvido com sua própria segurança; comunicação efetiva; prevenção de queda; prevenção de úlcera por pressão e segurança na utilização de tecnologia. A cartilha foi produzida com o objetivo de esclarecer aspectos importantes sobre segurança do paciente, focando na essencialidade de todos os itens para o cuidado de enfermagem seguro (COREN SP, 2010). **OBJETIVOS:** Este estudo foi desenvolvido objetivando refletir sobre os cuidados e a assistência de enfermagem desenvolvida nos setores de internação hospitalar, assistindo ao cliente de forma humanizada, identificando as dificuldades na atuação dos profissionais de saúde. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de reflexão que descreve relatos dos autores na oportunidade de discussões dos alunos do 2º semestre do curso Técnico em Enfermagem. Este relato se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação, neste caso vivenciada pelo estagiário no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). **RESULTADOS:** Acredita-se que as instituições hospitalares precisam trabalhar mais a questão da segurança do paciente, focando na criação de uma cultura de segurança com protocolos a ser seguidos e educação continuada com as equipes de trabalho para que assim exista conscientização, padronização e reflexão sobre a qualidade do cuidado e a assistência refletida no bem estar do paciente. A equipe técnica possui papel fundamental, pois atua diretamente no cuidado ao paciente e o enfermeiro, por sua vez, coordena a equipe profissional. **CONCLUSÕES:** Ainda existe uma necessidade de conscientização sobre a importância do cuidado e da atenção no cotidiano de enfermagem nas instituições de saúde, é preciso capacitar a equipe técnica para atuar com segurança e voltados sempre para uma postura de atenção integral, prevenindo situações de risco e impedindo o evento adverso.

**Descritores:** profissional, enfermagem, responsabilidade.

## **REFERÊNCIAS**

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). 10 passos para a segurança do paciente. São Paulo: COREN-SP; 2010.

FERRAZ CA. A transfiguração da administração em enfermagem - da gerência científica à gerência sensível. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1995.

POLIT, DF.; BECK, CT. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 7 ed. Trad. Denise Regina de Sales. Porto Alegre: Artemed, 2011.

## **ENFERMAGEM NA SAÚDE COLETIVA**

### **O ENFRENTAMENTO DA DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: UMA AÇÃO EDUCATIVA**

EDILENE EVA GARCIA DA SILVA, GABRIELA PEREIRA DO NASCIMENTO, GISELE CARVALHO, ZALEIA PRADO DE BRUM

Universidade Regional Integrada do Alto do Uruguai e das Missões – Santo Ângelo. E-mail: dilly\_garcia@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** As doenças crônicas alteram de forma grandiosa, a vida das pessoas acometidas e seus familiares. Essas alterações vão se concretizar desde o momento em que se estabelece o diagnóstico, no qual sentimentos de apreensão e aflição tomam conta do indivíduo, muitas vezes impossibilitando o seu modo de agir e pensar. Diante dessa condição, o cuidado integral de saúde é extremamente importante, onde todos os aspectos do indivíduo vão estar envolvidos. Sendo eles os biológicos, culturais, sociais, econômicos e psicológicos (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011). A glicose é o açúcar após sofrer a digestão do intestino, ela é absorvida pelo sangue, onde é usada pelos tecidos como energia. Porém a sua utilização depende da presença de insulina, a qual é produzida pelo pâncreas. A partir do momento em que a glicose não é utilizada da forma correta, acaba se elevando no sangue e provocando a hiperglicemia. Diabetes é o aumento de açúcar na circulação sanguínea (BRASIL, 2015). A Diabetes muitas vezes é assintomática, com isso seu diagnóstico torna-se muitas vezes difícil, frequentemente, é detectada através dos fatores de risco, pois a mesma pode persistir sem presença de sintomas. Sendo assim é relevante que os profissionais da atenção básica, permaneçam atentos, aos fatores de risco dessa doença, os quais são alimentação inadequada, não prática de exercícios físicos e obesidade. A educação em saúde, juntamente com o controle glicêmico, é essencial para a prevenção de agravos e para continuidade do cuidado (BRASIL, 2013). Tem aumentando os casos de DM em todo o mundo, onde

habitualmente está associada, a pressão arterial elevada, disfunção endotelial, e dislipidemia. É considerada uma condição sensível à atenção primária, onde o controle evita internações e óbitos por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009). Segundo registros do Departamento de Informática do SUS, de janeiro a setembro do ano de 2014, 888 pessoas do Grande ABC foram internadas em função de complicações decorridas pela diabetes mellitus, média de 99 internações por mês. A pessoa é considerada pré-diabética quando os valores da sua glicemia, em jejum, variam entre 100 mg/dl (miligramas por decilitro) e 125 mg/dl e é considerado diabético se alcançar os 126 mg/dl. A taxa de mortalidade por diabetes mellitus chegou a 4,74%, em 2011, de 4,49% de 2008 (BRASIL, 2011). Para controle da doença, diversos fatores estão envolvidos, sendo um deles o acompanhamento dos pacientes. O controle da glicemia, e o aperfeiçoamento do autocuidado, são resultados esperados diante disso, contribuindo para melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente diminuindo as complicações. Além disso, as ações de saúde têm como finalidade, reduzir o número de morbimortalidade por essa doença. As atividades educativas, de forma elaborada e permanente, se tornam um instrumento essencial nesse meio, possibilitando a promoção à saúde e à prevenção de agravos (BRASIL, 2013). **OBJETIVOS:** Promover ações de promoção da saúde e prevenção primária em uma estratégia de saúde da família, com ênfase na diabetes e suas causas. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo em relato de experiência, em que quando um objeto de estudo é determinado, selecionam-se as variáveis que seriam eficazes de influenciá-lo, esclarecendo as formas de controle e de ponderação dos efeitos que a variável gera no objeto (MINAYO, 2007). Com análise qualitativa dos dados, na qual é verificada a relação dinâmica entre o sujeito e o mundo real, ou seja, uma condição inerente entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser levado em números (MINAYO, 2007). Tendo como objetivo, o de definir a distribuição de alguma patologia ou condições relacionadas à saúde, de acordo com o lugar, tempo e características da população, de forma a responder algumas indagações, do tipo: quando, onde e quem adquire alguma doença? Os estudos descritivos, juntamente com a epidemiologia descritiva podem fazer uso de dados secundários e primários (COSTA; BARRETO, 2003). Foram entrevistados usuários cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em determinada Estratégia de Saúde da Família (ESF), de um município do interior da região missioneira. As entrevistas ocorreram durante o estágio da disciplina de Saúde Coletiva IV, no momento de uma consulta de enfermagem. Na consulta de enfermagem o enfermeiro, torna-se conhecedor

da realidade na qual se encontra o usuário, onde deve planejar ações com ênfase na educação em saúde, e demais procedimentos necessários, de maneira singular, de acordo com cada sujeito (SANTOS; CUBAS, 2013). O conceito de saúde em determinação social é altamente amplo, onde os determinantes de saúde podem ser tanto biológicos, como socioculturais. Sendo genéticos ou ambientais ou determinantes biológicos, culturais ou psicológicos os determinantes socioculturais (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

**RESULTADOS:** Foram realizadas consultas de enfermagem, de usuários com diabetes e com suspeita de estar desencadeando a doença. A usuária diabética obteve um ferimento no membro inferior esquerdo, onde a cicatrização não estava obtendo boa evolução pelo fato de que a paciente tem dificuldades em seguir as recomendações oferecidas pelos profissionais da unidade. No entanto, foi estabelecido um vínculo pelos acadêmicos com essa usuária, e passado orientações de modo que ela pudesse compreender, usando terminologias usuais e simples. Porém a adesão e o entendimento não foram satisfatórios, pois a mesma encontrava-se de certa forma confusa e esquecida. Em outro caso, quando outra usuária procurou a Unidade Básica de Saúde, com história pregressa de depressão e fibromialgia, com suspeita de diabetes mellitus. Foi realizado o teste rápido de HGT durante a manhã, após a paciente confirmar o jejum, tendo como resultado 125mmg/dl. Logo essa paciente foi orientada em relação as suas medicações, que por ser grande o número de medicamentos em uso para as demais patologias, poderia estar desencadeando a diabetes. Orientou-se que a mesma relatasse isso ao seu medico psiquiátrica, pois os medicamentos para depressão que estavam em uso poderiam ser os principais provocadores desse aumento de glicose no sangue. Também foi aconselhado a prática de exercícios físicos e atividades de lazer, de forma que tivesse uma resposta satisfatória em sua qualidade de vida.

**CONCLUSÕES:** A consulta de enfermagem, muitas vezes é desconhecida pelos usuários, porque não é realizada pelo profissional de enfermagem. A grande demanda é um dos empecilhos relatados e também a escassez de tempo. Porém a consulta de enfermagem realizada de forma correta poderia ajudar nesse quesito e melhorar o atendimento a comunidade, de modo que essa população diminuísse e o tempo fosse aumentado de forma satisfatória aos usuários e ao profissional. As orientações passadas devem ser de forma clara e objetiva, de forma que as pessoas tenham entendimento e reflitam sobre o contexto na qual se encontram. Durante a prática do estágio, obtivemos a oportunidade de realizar algumas consultas de enfermagem, em que foi executada a educação em saúde e entrevistas com alguns usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A experiência foi satisfatória, na qual obtivemos a oportunidade de

perceber a importância desse processo na saúde da população. Tanto na promoção, prevenção e reabilitação da saúde, a consulta de enfermagem deve estar presente e fazer parte no atendimento às pessoas. O profissional de enfermagem é o protagonista nesse meio, e deve sempre incentivar a prática desse processo que é essencial na enfermagem.

**DESCRITORES:** Saúde Coletiva, Integralidade, Doenças Crônicas.

## **REFERÊNCIAS**

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 25, n. 6, 2009.

BRASIL. **Departamento de informática do SUS**. Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**/Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Sistemas de informações hospitalares do SUS-SIH/SUS**. Departamento de informática do SUS. Ministério da saúde, 2011.

COSTA Maria Fernanda Lima; BARRETO Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Volume 12 - Nº 4 - out/dez de 2003.

MINAYO MC. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

OLIVEIRA, Kelli Cristina Silva de and ZANETTI, Maria Lúcia. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. **Rev. esc. enferm. USP**[online].2011,vol.45,n.4,pp.862-868.

PAIM Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO Naomar de. **Saúde Coletiva: teoria e prática**.1ed – Rio de Janeiro: MedBook, 2014, 720p.

SANTOS, Álvaro da Silva; CUBAS, Marcia Regina. Saúde Coletiva: Linhas de Cuidado e Consulta de Enfermagem. **Cad. saúde colet.** vol.21,Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 304 p.

## ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

### CONTRIBUIÇÕES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NO PROCESSO DE TRABALHO

Jade de Medeiros Moura, Neiva Claudete Brondani Machado e Narciso Vieira Soares.

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai – Campus de Santo Ângelo

jade.medeiros@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** O trabalho constitui-se um fator fundamental para existência humana, embora muitas vezes ele gere insatisfação, não realização e infelicidade, podendo ser fonte de exaustão física e psíquica do sujeito. No mundo atual vemos uma maior preocupação na qualidade de vida do trabalhador, pois é comprovado que aquele que presta algum serviço, necessita de saúde emocional e não apenas física para desempenhar seu papel com maior qualidade (SANTOS e CEBALLOS, 2013). Nessa pauta seguimos, e encontramos mudanças também na área da Saúde onde o conceito atual de saúde se baseia na horizontalidade da atenção, sendo imperativo o trabalho em equipe, disso, se vê, a necessidade do compartilhamento de informações, com a intenção de que haja discussões e problematizações a respeito da melhor terapêutica do paciente. Por meio dessa proposta todas as equipes de saúde, baixa, média e alta complexidade devem se conformar desta forma de maneira que o atendimento ao paciente seja eficaz. Vemos então como os conceitos sobre equipe mudaram ao longo dos anos e se conformaram de maneira que haja um coordenador e não mais uma chefia. O coordenador ou gerenciador exerce a função daquele que é qualificado para atuar na organização e estruturação metódica de um determinado grupo, de modo que atue com serenidade e mantenha um bom relacionamento interpessoal com seu grupo de trabalho e por outro lado também exija um bom desempenho profissional de todos. Isso vem contra ao modelo hierárquico no qual as equipes vinham se configurando até então. Esse atual molde se deu, no momento em que, as necessidades da população já não vinham sendo plenamente atendidas com os antigos modelos de atenção à saúde, a partir disso nasceram teorizações e novas propostas que dessem conta desses usuários. O papel da Enfermagem diante da população é de extrema importância e vem para contribuir e fazer parte das equipes de saúde, e como o conceito de equipe e saúde mudaram ao decorrer dos anos, como já visto,

a Arte do Cuidar também teve seus momentos de mudanças acompanhando a evolução da sociedade. A Enfermagem dos dias de hoje é uma Enfermagem mais dinâmica, comunicativa, mais inovadora e também busca o melhor para sua equipe, o que possivelmente em estruturas anteriores não eram tão evidentes tais características. O Enfermeiro enquanto gerenciador e coordenador das atividades, tem nas suas mãos o desafio de realizar um bom atendimento ao usuário, ao mesmo tempo que mantém um bom relacionamento interpessoal com sua equipe, aliando à isso estratégias de educação ao seu grupo de trabalho, de modo que mantenha a atualização técnico-científica profissional que auxilie no tratamento do paciente. Isso se chama Educação Continuada, que mantém os profissionais atualizados quanto a novas propostas de tecnologias científicas e assistenciais e promove troca de saberes entre o grupo. Interessante citar que nos moldes atuais algo vem se apresentando mais fortemente, a Educação Permanente que toma semelhança a Continuada em seu significado, porém aborda não somente a capacitação dos profissionais, mas expande essa educação para todas as áreas onde há necessidade de troca de saberes ou formação, valorizando também a subjetividade e a essência humana. Por meio da Educação Permanente se vê uma preocupação maior não somente com a capacitação profissional, mas também com a relação grupal e a saúde da equipe, mantendo-se, na mesma medida, as atualizações necessárias do profissional diante de seus pacientes, promovendo um atendimento integral. O Enfermeiro deve ter a capacidade de promover essa educação com sua equipe e isso faz dele essencial na construção de uma assistência de qualidade. O enfermeiro necessita desempenhar seu papel de maneira ética promovendo um bom local de trabalho que também proporcione o bem estar para sua equipe, ao mesmo tempo em que exige o máximo dos serviços prestados por ela no cuidado aos pacientes. Estudo aponta que um bom gerenciamento exercido pelos enfermeiros, mantém a equipe unida, resultando na diminuição da rotatividade de profissionais, garantindo o uma assistência mais integrada e contínua. Ainda assim o enfermeiro que preza e promove uma boa relação entre seu grupo ganha em mais agilidade e resolutividade na assistência prestada por seus funcionários, proporcionando maior qualidade a seu trabalho (LANZONI e MEIRELLES, 2013). O papel fundamental de um profissional graduado em Enfermagem é de Liderança, implica em compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma eficaz. Há estilos diferentes de liderar e de ser um líder, dentre eles podemos identificar alguns como o democrático e o autoritário. Ambas lideranças aparecem aleatoriamente dependendo muito do profissional, porém



uma não elimina a outra, o líder democrático por algumas vezes deverá ser um líder autocrático e vice-versa (GUERRA E SPIRI, 2013). Essas teorias nos demonstram os prós e contras das lideranças trazendo para o profissional opções de melhoramento e escolha nas atitudes tomadas frente à sua equipe. O enfermeiro que possui inteligência emocional para desempenhar seu papel aliando a suas atribuições enquanto líder terá maior êxito diante de suas responsabilidades. Não excluindo que o profissional deve estar em constante aprimoramento, pois sem o saber teórico sua prática e atuação será duvidosa. Assim sendo é compreendido que “o bom líder ampara os funcionários, promove escuta e não age apenas de forma autoritária. Sua postura deve ser de compartilhamento com os liderados para o desenvolvimento de um bom relacionamento.” Dessa forma contemplamos a saúde emocional e física do funcionário, que tem como consequência um bom trabalho em equipe e um atendimento de qualidade prestado aos pacientes (GUERRA E SPIRI, 2013). **OBJETIVO:** Refletir sobre as implicações da inteligência emocional no processo de trabalho. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato descritivo vivenciado na unidade de internação clínica, pré e pós cirúrgica, de um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul ocorrido durante o estágio Supervisionado Hospitalar do 9º semestre, do 1º semestre do ano de 2015, no período da manhã. **RESULTADO:** Foi possível identificar os dois tipos de líderes na prática, o líder democrático atua, como o próprio nome diz, de maneira democrática, dando voz a cada um de sua equipe, respeitando as individualidades e dentro desse modelo ele cria um perfil de profissional flexível, aberto a opiniões, e preocupado com o bem estar da sua unidade gerenciada, por outro lado esse mesmo deve líder manter uma postura mais rígida quando necessário, não ultrapassando os limites das leis morais, se impondo e exigindo a assistência de qualidade, a postura ética e profissional de seus funcionários. É nítido como a Inteligência emocional é necessário no desempenho da função do Enfermeiro, pois sem ela há equívocos do profissional que desencadeiam inúmeros processos de desestruturação, sem que ela possa re-gerenciar, tornando um motivo para frustração do líder que se vê preso a problemas gerados por ele. “Ensinar é definido como facilitar a aprendizagem, criando condições para que o outro, a partir dele próprio aprenda e cresça”. Conforme vão surgindo as inovações, e teorias o profissional enfermeiro tem necessidade de manter-se atualizado, e também tendo como incumbência o aperfeiçoamento de sua equipe, proporcionando Educação Permanente sempre que possível (GUERRA E SPIRI, 2013). Dessa forma o Enfermeiro se faz líder e ocupa sua posição dentro do seu local de trabalho, sem desmoralizar ou passar por cima da sua equipe. Evitando conflitos

interpessoais no processo de trabalho cria-se um ambiente mais harmonioso, menos frustrante e com menor probabilidade a erros. O líder deve servir de exemplo ao mesmo tempo que é concebido como mais um membro da equipe, tornando isso claro ao grupo. Uma assistência de qualidade está embasada na boa liderança. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O líder muito autoritário é mais suscetível ao erro de seu gerenciamento, pois coloca a equipe em estado de subordinação e não mais de aprendizagem, o líder que corrige em particular e elogia em público evita a desmoralização e até mesmo o constrangimento dos os outros colegas. Sem perceber esse líder torna-se a causa dos seus próprios problemas, modificando e impossibilitando a boa integração entre o grupo, de modo que a própria equipe o desconsidera ou adocece, como o fato de haver profissionais adoecidos pelas condições de trabalho. Portanto o Enfermeiro deve pautar-se numa liderança democrática e quando necessário autocrática, ao mesmo tempo que molda o seu modelo de liderança, se ajustando a instituição, particularidades de atendimento e equipe. A enfermagem deve estar em constante atualização e para isso cabe a esse profissional trazer essa realidade ao grupo, projetando sempre um processo de trabalho e consequente assistência de qualidade ao usuário. **PALAVRAS CHAVES:** Liderança, Relações Interpessoais e Comunicação.

## REFERÊNCIAS

- GUERRAL, Karina Juliana; SPRILL Wilza Carla. Compreendendo o significado da liderança para o aluno de graduação em enfermagem: uma abordagem fenomenológica. Rev Bras Enferm, Brasília 2013 mai-jun; 66(3): 399-405.
- POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidência para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- LANZONII, Gabriela Marcellino de Melo; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. Rev Bras Enferm, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 557-63.

## ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO

### **ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)**

Emanuela Rosa Gomes, Narciso Vieira Soares, Neiva Claudete Brondani Machado

**INTRODUÇÃO:** A comunicação constitui-se de uma importante ferramenta para a organização do trabalho, pois é através de uma comunicação eficiente entre a equipe que se poderá traçar estratégias para a assistência e o cuidado do paciente. O hospital é considerado um ambiente de alta complexidade, no que se diz respeito a comunicação, pois tem grande fluxo de informações de vários setores distintos, mas para que essa informação chegue de forma correta e seja utilizada da maneira correta, é necessário que a pessoa que esta recebendo esta mensagem consiga decodifica-la e compreender seu significado, e a pessoa que esta enviando a mensagem tenha certeza que o receptor tenha compreendido, para que assim se tenha uma comunicação eficaz (PORTO ALEGRE, 2013). O fato de as equipes de saúde trabalharem em turnos requer muito mais atenção na troca de informações durante a passagem de plantão, pois a informação não relatada ou não compreendida pode aumentar potencialmente o risco de eventos adversos. Uma consequência comum de eventos adversos ocorridos devidos a falhas de comunicação é a suspensão de procedimentos cirúrgicos ou exames devido a comunicação não efetiva entre médicos, enfermeiros e nutricionistas. Outra situação é a com relação a comunicação não verbal, que são as falhas de redação e interpretação de prescrições médicas, um estudo realizado em cinco hospitais universitários brasileiros mostrou que 91,3% das prescrições médicas continham abreviaturas, 22,8% não continham dados dos pacientes e 4,3% não apresentavam data ou continham rasuras, o que pode contribuir para erros de administração (BRASIL, 2013). A passagem de plantão quando realizada por todos os membros da equipe torna-se mais eficiente, pois tem se a oportunidade de se falar de informações relevantes as vezes passada despercebidas por uma ou mais membros da equipe de saúde. **OBJETIVOS:** Refletir sobre a organização do trabalho da equipe multiprofissional para a continuidade da assistência à pacientes em UTI. Identificando a importância da passagem de plantão para a continuidade da assistência. Compreender a passagem de plantão multiprofissional como uma garantia de cuidado e segurança do paciente. **MÉTODOLOGIA:** Relato de vivência experimentado pela acadêmica de enfermagem do 9º semestre em Estágio Supervisionado em um hospital de grande porte do noroeste do Rio Grande Sul. O estágio foi realizado em uma unidade hospitalar de pacientes com cuidado intensivo, possui 10 leitos de internação, sendo 1 de isolamento, 1 leito para pacientes em hemodiálise, posto de enfermagem e prescrição,

rouparia, expurgo e sala de materiais, além de uma área externa com vestiário, sala de convivência, quarto médico, sala de atendimento psicológico e sala de espera. O período compreende entre os dias 13 de Abril a 13 de Maio de 2015. **DISCUSSÃO:** A continuidade da assistência no cuidado ao paciente somente é garantida quando as informações passadas de turno para turno é eficaz, ou seja, que todas as informações, mesmo aquelas que ao nosso ver julgamos não ser importantes para assistência, sejam passadas de forma clara e de que quem esteja recebendo a mensagem consiga compreender para dar a continuidade no decorrer do seu turno e saber assim, quais ações deverá tomar. Além da passagem de plantão verbal, é necessário que todas as informações também estejam registradas da forma escrita, utilizando-se então de termos científicos, e com todos os detalhes necessários. É importante cuidar durante a escrita, acentos e pontuação, pois muitas vezes uma vírgula pode influenciar na interpretação da frase.

A UTI é um ambiente diferenciado, pois além de possuir um dimensionamento de técnicos em enfermagem adequado, possui enfermeira assistencial e uma gerencial, além da presença médica 24 horas, fisioterapeuta em três turnos e nutricionista que acompanha os pacientes diariamente. Isso garante ao paciente um bom atendimento e a certeza de que se algo acontecer ele terá assistência imediata. Na unidade de estágio, a passagem de plantão multiprofissional ocorre durante a troca de plantão médico, onde se reúnem o médico que estava de plantão e o que está chegando, a enfermeira gerencial, enfermeira assistencial e a fisioterapeuta. A equipe então passa de leito em leito relatando o quadro clínico do paciente, alterações, exames realizados ou solicitados, quando paciente em ventilação mecânica, a fisioterapeuta contribui informando o quadro do paciente quanto ao suporte ventilatório, identificando junto com a equipe a possibilidade de desmame ou não. A enfermagem contribui no plantão relatando como o paciente passou o turno, informando alterações. A passagem de plantão multiprofissional dá a equipe uma garantia de que as informações passadas darão suporte para a continuidade da assistência. Existem algumas falhas ainda, tanto da enfermagem quanto dos médicos, algumas informações julgadas menos importantes ainda não são passadas nem verbalmente nem escrita, e por mais que durante a passagem de plantão se julgue desnecessário, no decorrer do turno ela vai mostra-se importante. Como mostrado na pesquisa, tive a oportunidade de observar que uma das principais causas da falha de comunicação é com relação a dieta do paciente que realizará algum procedimento cirúrgico. Muitas vezes passa despercebido pela equipe, e quando chega o momento da realização do procedimento, o mesmo deve ser cancelado pois o paciente não estava com dieta nada por via oral. Isso gera um transtorno

muito grande, tanto na equipe da unidade como na equipe do centro cirúrgico que se preparou para receber o paciente, mas que por uma falha de comunicação terá que cancelar e remarcar. A passagem de plantão multiprofissional permite a organização do trabalho, da a possibilidade de uma assistência continuada, visto que os pacientes que se encontram internados nesta unidade, são pacientes intensivos, que necessitam de cuidados em tempo integral e que na maioria das vezes não se comunicam com a equipe, precisando essa equipe, principalmente a enfermagem que é quem tem cuidados mais diretos com pacientes, estar atento para qualquer alterações que venham a acontecer durante o seu turno, mas a principal chave para isso, que garante a assistência continuada, é a passagem de informações de turno para turno, de forma clara e com garantia de que todas as informações foram relatadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Concluimos que a passagem de plantão é ferramenta essencial para a continuidade da assistência garantindo assim a segurança do paciente. E que a passagem de plantão quando realizada por todos os membros da equipe torna-se mais eficiente, visto a possibilidade de todos contribuírem com as informações pertinentes aos seus cuidados, mas que influencia em um geral para a continuidade da assistência. A UTI é um ambiente diferenciado, com pacientes de cuidado intensivo, porém nada impede que outras unidades obtenham como exemplo a passagem de plantão realizada na UTI, para que seja garantida de forma eficaz a continuidade da assistência e garantindo também a segurança do paciente.

**Descritores:** Equipe de Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva, Assistência à Saúde.

## **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

### **DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NOS ESTUDOS DE CASOS EM CLÍNICA MÉDICA**

Kelly Meller Sangoi, Juliane Dorneles, Carla Souza, Tatiane Steffens, Rafaela Lima,  
Eduarda Kreuning.

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Campus de Santo Ângelo/RS

[kellysangoi@gmail.com](mailto:kellysangoi@gmail.com)

**Introdução:** Repensando a área específica, mas bastante ampla da clínica médica, podemos entendê-la e reconhecer que essa clínica, essencialmente empírica, ancorada na ciência moderna, com olhar para os sinais e sintomas, na busca de um nome – o nome da doença- mostrou-se eficaz para responder a vários desafios do processo saúde-doença. E, a partir desta verificação ser capaz de diagnosticar e tratar o indivíduo, acompanhando

sua recuperação, de forma a reassumir suas atividades cotidianas, e constatar a potência desse conhecimento. Isso aumenta de importância quando falamos da enfermagem, que é ciência responsável pela arte do cuidado, e, como tal deve ser capaz de perceber, analisar e compreender os sinais e sintomas específicos das doenças. Dentro da assistência de enfermagem, o cuidado ao paciente clínico é complexo, uma vez que, envolve aspectos fisiológicos, psicológicos e todo o ambiente em torno deste. O enfermeiro é o profissional que irá sanar todas as dúvidas, explicar os procedimentos e acompanhar o paciente do início ao final do tratamento. Ele deve estar preparado pra analisar o caso, realizar exame físico e anamnese, identificar intercorrências e construir um plano de cuidados específico e completo (SILVA, 2012). A sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) é uma importante ferramenta de trabalho neste âmbito, pois proporciona a organização, planejamento e avaliação do cuidado prestado. Durante a SAE o sujeito precisa ser visto de maneira biopsicossocial, analisando os condicionantes e determinantes sociais envolvidos, respeitando sua autonomia e promovendo o bem-estar. Esta análise dos estudos de casos busca caracterizar os diagnósticos e intervenções de enfermagem no cuidado em diversas patologias clínicas(NANDA,2012). **Objetivos:** Identificar e caracterizar conforme a Taxonomia de NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) os estudos de casos realizados durante a prática hospitalar da disciplina Enfermagem no Cuidado do Adulto I. **Materiais e Métodos:** Análise dos estudos de casos desenvolvidos na disciplina de Enfermagem no Cuidado do Adulto I, pelos acadêmicos de enfermagem do quinto semestre durante a prática hospitalar, realizada em unidade de clínica médica de um hospital da região noroeste do Rio Grande do Sul. Foram realizadas técnicas como: anamnese, exame físico, estudo farmacológico, estudo da patologia, elaboração de diagnósticos de enfermagem associados à Taxonomia NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) e prescrições de enfermagem embasadas na NIC (*Nursing Interventions Classification*), objetivando identificar e caracterizar as doenças, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem que mais foram relatadas nos estudos de caso (BULECHEK,2010). **Resultados:** Ao total foram analisados quinze estudos de caso. Destes pacientes, cinco (33,5%) tem a idade entre 60 a 80 anos, 8(53,2%) tem a idade entre 25 a 50 anos. Na faixa etária abaixo de 25 anos tivemos apenas dois (13,3%). Referente ao gênero masculino e feminino obtivemos uma igual proporção de 50%. Entre os estudos analisados as patologias foram: Pneumonia: dois (13,3%) pacientes. Infecção dermatológica por Estafilococos: um paciente (6,6%). Câncer de mama: dois (13,3%) pacientes, sendo uma dessas com metástase. Trombose Venosa Profunda: um paciente (6,6%). AVE com sequelas: um paciente (6,6%). Insuficiência Renal Aguda: um paciente (6,6%). Câncer de estômago: um paciente (6,6%). Choque hipovolêmico: um paciente (6,6%). Insuficiência Renal Crônica: um paciente (6,6%). Melanoma: um paciente (6,6%). Doença de Hodking: um paciente (6,6%). Colecistite aguda: um paciente (6,6%). Hiperplasia prostática: um paciente (6,6%). Isso comprova a diversidade das doenças e a necessidade de um amplo conhecimento do acadêmico de enfermagem sobre a semiologia destas patologias, domínio para identificar os diagnósticos de enfermagem e conhecimento para implementar o plano de cuidados.

<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Frequência dos Diagnósticos de Enfermagem (DE)</b>	<b>Prescrições de Enfermagem</b>
Dor relacionado à patologia evidenciado por relato verbal de dor.	5 (41,6%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar uma avaliação completa da dor.</li> <li>• Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia.</li> <li>• Ensinar os princípios de controle da dor.</li> </ul>
Constipação relacionada pela motilidade do trato gastrointestinal diminuída evidenciado pela incapacidade de eliminar fezes.	6 (50%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de constipação.</li> <li>• Orientar o paciente/família sobre a relação entre dieta, exercícios e ingestão de líquidos para constipação.</li> <li>• Avaliar a ingestão registrada quanto ao conteúdo nutricional.</li> </ul>
Estilo de vida sedentário relacionado à falta de interesse e motivação evidenciada pela ausência de atividade física.	9 (75%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar sobre importância de realizar pequenas atividades físicas diariamente.</li> <li>• Investigar as barreiras do exercício.</li> <li>• Auxiliar a pessoa a agendar períodos regulares para o programa de exercícios na rotina semanal.</li> </ul>
Ansiedade relacionado a doença evidenciado pela inquietação do paciente.	6 (50%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar abordagem calma e tranquilizadora.</li> <li>• Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que o paciente possa ter durante o procedimento.</li> <li>• Identificar mudanças no nível de ansiedade.</li> </ul>
Náusea relacionada a uso de medicamentos evidenciado aversão a comida.	3 (25%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar os fatores capazes de causar náusea ou contribuir para ela.</li> <li>• Assegurar que medicamentos antieméticos eficazes sejam dados para prevenir a náusea, quando possível.</li> <li>• Promover sono e repouso adequados para facilitar o alívio da náusea.</li> </ul>
Nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais, relacionado a fatores biológicos, evidenciado por tônus muscular insatisfatório.	6 (50%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar a escolha dos alimentos, se possível.</li> <li>• Pesar o paciente em intervalos adequados.</li> <li>• Ajudar o paciente a receber ajuda de programas nutricionais</li> </ul>

		adequados comunitários apropriados, conforme a necessidade.
Padrão de sono prejudicado relacionado ao quadro clínico evidenciado por mudança no padrão normal de sono.	4 (33,3%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudar a eliminar situações estressantes antes de dormir.</li> <li>• Adaptar o ambiente para promover o sono.</li> <li>• Conversar com o paciente e a família sobre técnicas que melhorem o sono.</li> </ul>
Padrão respiratório ineficaz relacionado por desequilíbrio na relação ventilação-perfusão evidenciado por respiração anormal.	4 (33,3%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações.</li> <li>• Monitorar a ocorrência de aumento da inquietação, ansiedade e falta de ar.</li> <li>• Instituir tratamentos terapêuticos respiratórios, se necessário.</li> </ul>
Risco a infecção relacionado de dispositivos invasivos.	11 (91,6%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a vulnerabilidade a infecções.</li> <li>• Orientar o paciente e à família maneiras de evitar infecções.</li> <li>• Promover ingestão nutricional adequada.</li> </ul>
Disposição para a melhora do autocuidado evidenciado por desejo de aumentar o conhecimento de estratégias de autocuidado.	3 (25%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levar em conta a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado.</li> <li>• Estabelecer uma rotina para atividades de autocuidado.</li> <li>• Encorajar o paciente a realizar atividades normas da vida diária conforme seu nível de capacidade.</li> </ul>
Disposição para processos familiares melhorados evidenciado por laços entre os membros da família.	5 (41,6%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar como a família resolve os problemas.</li> <li>• Dar informações importantes aos familiares sobre o paciente, de acordo com a preferência do paciente.</li> <li>• Determinar as alianças na família.</li> </ul>

Percebe-se a amplitude dos DE, e, que nem todas as prescrições estão diretamente relacionadas às patologias, mas sim no bem-estar geral do paciente, sendo o conforto e a segurança do indivíduo, os principais objetivos da enfermagem. **Conclusão:** A análise desses estudos de caso nos proporcionou uma melhor compreensão da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), assim como um estudo aprofundado das patologias,



dos diagnósticos e das intervenções. O processo de enfermagem torna-se fundamental no planejamento do cuidado, percebe-se a importância da SAE para proporcionar um cuidado individual e humanizado ao paciente, promovendo uma maior aproximação entre o profissional e o usuário. Além disso, a SAE permite um melhor planejamento das ações da equipe de enfermagem e proporciona maior autonomia para o enfermeiro e respaldo seguro através deste registro. Isto permite ao acadêmico de enfermagem um aprendizado mais amplo e teórico-prático.

**REFERÊNCIAS:** NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2012. BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne Mc. **NIC Classificação das intervenções de enfermagem**. 5ª ed. traduzida. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. BARROS, ALBA LUCIA BOTTURA – **Anamnese e Exame Físico**; ARTMED, 2010. SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. (Org.). Brunner & Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro; TANNURE, Meire Chucre. **SAE - Sistematização da assistência de enfermagem**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

## **ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO**

### **DESAFIOS NA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS QUANTO ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

Ana Paula Müller Coletto, Alessandra Frizzo da Silva  
[ana.coletto@hotmail.com](mailto:ana.coletto@hotmail.com)

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

**RESUMO:** Como futuro profissional de enfermagem é preciso cultivar a ética profissional, respeitado o paciente, bem como a sua escolha. **INTRODUÇÃO:** A enfermagem apresenta divisões hierárquicas: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, o que resulta para a grande maioria da sociedade, a visualização de apenas um profissional sem conseguir distinguir as classes hierárquica prevista pelo código de Ética profissional. (CALDONHA, MENDES e TREVIZAN, 2002 e JABBUR, COSTA e DIAS, 2012). Nesse sentido, precisamos considerar que o profissional enfermeiro necessita ter a percepção do seu papel, de forma a considerar seu modo de se comportar, de agir, de executar as funções que são de sua competência e principalmente priorizar o cuidado. Constantemente nos deparamos com o dilema entre a teoria e a prática, como junta-las? Será que conseguiremos ser capaz de executar as duas de maneira correta e eficaz? Esses questionamentos geraram medo, ansiedade e receios

principalmente quando o aluno se encontra no campo de estágio, período este, em que o aluno terá a oportunidade de sanar suas dúvidas. No processo de aprendizagem do aluno de enfermagem percebe-se que ocorre o desenvolvimento de ansiedade o que demanda uma aproximação entre professor e aluno (DIAS et al, 2014). As maiores dificuldades encontradas pelos alunos de enfermagem foram a discrepância entre a prática e a teoria, insegurança ao realizar os procedimentos, resistência por parte dos funcionários da instituição de saúde e dificuldades com o supervisor (EVANGELISTA e IVO, 2014). É no estágio que temos o nosso primeiro contato com o paciente/cliente e também, o desafio de conduzir uma situação totalmente nova, pois teremos que buscar uma resolutividade para a questão apresentada, pensando no bem-estar do paciente e dentro das possibilidades que temos no atual momento. O contato com o paciente é um fator que gera ansiedade por parte do acadêmico de enfermagem, essa está relacionada principalmente pelo desenvolvimento da comunicação (CARVALHO et al, 1999).

**OBJETIVOS:** O presente estudo tem como objetivo ressaltar a importância da postura ética e profissional do estudante em enfermagem. **METODOLOGIA:** A seguinte pesquisa trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelas autoras, durante a realização do Estágio Hospitalar Supervisionado IB, respectivo ao 9º semestre de Enfermagem. As práticas foram realizadas em ambiente hospitalar de caráter filantrópico, justificando-se pela necessidade de reflexão diante das práticas vividas e presenciadas. O relato de experiência se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação, vivenciada pela estagiária no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica. (POLIT; BECK, 2011). O estudo apresenta um olhar qualitativo, abordando a problemática vivenciada, tendo como referência o método observacional. **DISCUSSÃO E RESULTADOS:** As relações que o acadêmico de enfermagem constrói ou necessita construir durante o período de estágio são desafiadores, já que ele precisa relacionar-se com seus colegas, seu supervisor, com o pessoal da equipe da instituição de saúde e principalmente com os pacientes/clientes. O desafio maior pode ser designado no sentido de que o aluno está aprendendo a se comportar e a agir como um profissional, e carrega consigo insegurança e incertezas. A respeito das atribuições do profissional enfermeiro, as quais estão descritas no Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. Quanto a realização das atribuições e das práticas de responsabilidade do enfermeiro, ainda sendo uma acadêmica encontramos a dificuldade de conseguir distinguir o certo do errado. Ao nos encontrarmos frente a frente com o paciente/cliente temos a obrigação de compreender e aceitar a opinião e a vontade do mesmo. Como acadêmicos de enfermagem adotamos algumas condutas, que acreditamos serem de grande importância tanto para o respeito para com o paciente/cliente, quanto para a proteção para a aluno e para o supervisor do estágio. Na prática de estágio, sempre quando temos a oportunidade de realizar algum procedimento, por mais simples que ele possa parecer, desejamos e vamos realiza-lo. Alguns procedimentos ou ainda no início do estágio, solicitamos auxílio do supervisor, em outros casos, quando já estamos seguros e o supervisor já avaliou nossa conduta, temos a autorização para realizarmos sozinhos. Quando adentramos o quarto do paciente/cliente no primeiro momento nos apresentamos, explicamos que somos

acadêmicos e que a vontade do paciente/cliente será respeitada. A grande maioria dos pacientes/clientes aceitam facilmente a nossa permanência e a realização dos procedimentos por acadêmicos. No entanto, quando um paciente/cliente não deseja ou se sente inseguro com realização de procedimentos feita por um acadêmico, esta posição é respeitada. Ao respeitar a vontade do paciente/cliente, estamos contribuindo para um aprendizado saudável, que além de ensinar procedimentos técnicos conduz para uma aprendizagem humanizada. Nesse sentido também podemos ressaltar, que essa conduta contribui para a segurança da figura do acadêmico e do supervisor, não denegrindo a imagem de ambos. Como acadêmicos e futuros profissionais, que valoriza a vida e o cuidado humanizado, temos que ter consciência do quão desagradável uma experiência negativa pode gerar para o paciente/cliente e para nós, futuros profissionais. Para o paciente/cliente uma experiência ruim dentro do ambiente hospitalar pode contribuir para a sua piora no quadro clínico, gerar estresse para ele e para todos os seus familiares e desencadear uma série de problemas relacionados as relações interpessoais. Para o acadêmico, além de prejudicar a sua imagem como futuro profissional que ainda está em construção, colabora para o aumento da ansiedade e insegurança. O acadêmico sente-se, muitas vezes, inseguro diante a realização dos procedimentos, e essa insegurança é perceptível ao paciente/cliente que ao mesmo tempo também acaba por se sentir inseguro, cria-se uma situação conflituosa. O medo de ambas as partes pode tornar-se um empecilho para o processo de aprendizagem do acadêmico. É importante destacarmos que o paciente/cliente tem direito de consentir ou recusar-se a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. Assim, os profissionais de saúde e o aluno devem respeitar a vontade do paciente/cliente, e não encerrar tal situação como um problema, mas sim como um momento de aprendizagem. Vale ressaltar que na Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2009, temos o Artigo 5º que diz: “Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde” (BRASIL, 2009). Nesse sentido, podemos afirmar que o acadêmico de enfermagem, tem papel fundamental em fazer valer este direito do paciente/cliente, pois essa preocupação que faz parte do cuidado humanizado, tendo a responsabilidade de ter um olhar holístico e comprometido.

**CONCLUSÕES:** O acadêmico de enfermagem possui diversas incertezas e inseguranças, principalmente quando está no campo de prática, momento no qual possui a oportunidade de colocar em prática toda a teoria apresentada em sala de aula. A realização de procedimentos é um grande desafio, pois o acadêmico precisa superar seu medo e ainda conquistar a credibilidade e a confiança do paciente/cliente. Respeitar a vontade e a opinião do paciente/cliente é a forma mais segura e eficiente de aprendizagem, além de evidenciar a postura e a ética profissional do aluno. Assim, podemos ressaltar a necessidade de trabalharmos a questão da insegurança do aluno e as condutas éticas que ele deve tomar, frente situações delicadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** curso de enfermagem, assistência ao paciente, ética.

## REFERÊNCIAS

CALDONHA, Alessandra Mazzo, MENDES, Isabel Amélia Costa, TREVIZAN, Maria Auxiliadora *et al.* Nursing and the nurse in the view of in patients at a private hospital..

In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002, São Paulo. **Proceedings online...** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Available from: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000052002000100036&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100036&lng=en&nrm=abn)>. Acesso: 14 May. 2015.

CARVALHO, Maria Dalva de Barros et al. Expectativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em hospital. Rev. Esc. Enf. USP, v.33, n.2, p.200-6, jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n2/v33n2a12.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2015.

**BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009** Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília (DF), 2009.

DIAS, Emerson Piantino et al. Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 31, n. 94, 2014. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862014000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862014000100006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 14 maio 2015.

EVANGELISTA, Daniele Lima Evangelista; IVO, Olguimar Pereira. Contribuições do estágio supervisionado para a formação do profissional de enfermagem. Revista Enfermagem Contemporânea. 2014 Dez;3(2):123-130. Disponível em: <http://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/391/340>. Acesso em: 15 de maio de 2015.

JABBUR, Maria Fernanda de Lima e Oliveira; COSTA, Simone de Melo; DIAS, Orlene Veloso. Percepções de acadêmicos sobre a enfermagem: escolha, formação e competências da profissão. Ver Norte Min Enferm. 2012;1(1):3-16. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/viewFile/15/21>. Acesso em: 14 de maio de 2015.

POLIT, DF.; BECK, CT. . **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7º ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

## **ENFERMAGEM NA SAÚDE DO TRABALHADOR**

### **O ESTRESSE DO PROFISSIONAL DENTRO DA SUA UNIDADE BÁSICA, DESGASTE EMOCIONAL CAUSANDO SINDROME BURNOUT**

Ana Paula Müller Coletto, Etiane Antunes Backes, Jane Conceição Perin Lucca  
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
[ana.coletto@hotmail.com](mailto:ana.coletto@hotmail.com)

**RESUMO:** Esse estudo fala sobre o desgaste profissional na saúde, causando altos níveis de estresse do qual vem sendo popularmente mais conhecido e presente, seja ele no âmbito familiar, trabalho, escolar são muitas as situações que vem ocasionando essa

patologia dentre a sociedade, sugerisse que seja devido às mudanças em que estamos vivenciando na nova era global. INTRODUÇÃO: O mundo está em constante “rapidez” com ele vem o estresse, que nos traz um esgotamento psíquico e fisiológico, por inúmeros fatores como um deles de se adaptar as situações impostas no meio em que estamos inseridos e ajustar-se a pressão interna e externa. Ao falarmos mais cientificamente sobre o estresse pode-se dizer que é um conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física e psíquica capazes de perturbar o equilíbrio orgânico, apresentando sintomas com: perda de concentração mental, fadiga fácil, fraqueza, mal-estar, instabilidade emocional, descontrole, agressividade, irritabilidade, depressão, angústia, palpitações cardíacas, suores frios, tonturas, vertigens, dores musculares e de cabeça, dores de estômago, etc (SABBATINI 2002, p.1). Para se ter saúde é necessário ter boas condições de alimentação, habitação, trabalho, educação, lazer e acesso à saúde, condicionantes do qual não vem sendo priorizado na nossa realidade. Presenciamos todos os dias as pessoas independentemente de sexo e idade relatando; estou estressado, isso me deixa estressado, não consigo mais raciocinar com tanto estresse, tenho medo de cometer um erro dentro do meu trabalho por tanto estresse, assim afetando a saúde da população e principalmente dos profissionais da saúde que convivem com inúmeras situações a serem resolvidas dentro das suas unidades de trabalho. Segundo o médico Hans Selye transpôs o conceito de “Estresse” da física para a medicina e biologia e o dividiu didaticamente em três fases interdependentes sendo elas: 1º fase do alerta, 2º fase da resistência, 3º fase da exaustão ou esgotamento (FRANÇA E RODRIGUES 1996, p.20). Fase do alerta está conceituada por um estado a fim de proteger do perigo percebido e dá prioridade aos órgãos de defesa, ocorrendo reações corporais como: dilatação das pupilas; palpitação, pois a noradrenalina, produzida nas glândulas supra-renais, acelera os batimentos cardíacos e provoca uma alta da pressão arterial, permitindo uma melhor circulação do oxigênio; a respiração se altera e os brônquios se dilatam para poderem receber maior quantidade de oxigênio, o fígado libera o açúcar armazenado para que este seja usado pelos músculos; redistribuição da reserva sanguínea da pele e das vísceras para os músculos e cérebro; frieza nas mãos e pés; tensão nos músculos; inibição da digestão inibição da produção de fluidos digestivos, inibição dos movimentos peristálticos do percurso gastrointestinal; inibição da produção de saliva. (CARMELO ET.al 2004, p14). Na segunda fase de resistência, o organismo concentra a reação interna em um órgão-alvo, podendo desenvolver manifestação de sintomas como ansiedade, medo, isolamento social, oscilação do apetite, impotência sexual e outros. Já na terceira fase, nominada fase de

exaustão, há a manifestação de doença orgânica, consumo exagerado de energia decorrendo em exaustão orgânica (CARMELO ET.al 2004, p14). Podemos ainda acrescentar entre a fase de resistência e exaustão a fase, LIPP, da qual ela se manifesta por um enfraquecimento da pessoa, porém ela não é tão grave quanto à fase seguinte a exaustão. (LIPP Mem. 2000). Sabemos que a partir do momento em que o nosso organismo entra em estresse tem como consequência a redução do sistema imunológico, dando a oportunidade da manifestação de doenças. Existe um tipo de estresse chamado Síndrome de Burnout, que se caracteriza pela insatisfação profissional, ela atinge não somente a equipe de enfermagem, mas também médicos das unidades básicas. (*Stephanie GIULIANNE ET.al2015*). A alta prevalência de burnout em médicos da Atenção Primária e enfermagem deveriam surtir uma grande preocupação por meio dos gestores da saúde, uma vez que a Atenção Primária é à base de sustentação dos sistemas de saúde e que a síndrome de Burnout repercute na qualidade do cuidado oferecido à população, podendo comprometer a efetividade de todo o sistema. Conhecer os fatores associados ao Burnout permite elaborar estratégias de intervenção e de prevenção. O Burnout pode ser considerado um grande problema no mundo profissional da atualidade, ao vivenciar dentro do campo de estágio inúmeros episódios do estresse profissional, devido à grande sobrecarga, a falta de uma equipe unida e organização por meio do enfermeiro dentro da sua unidade deixam brecha para que a desorganização tome conta do seu local de trabalho, fazendo com que perca o prazer em trabalhar. Trabalhar em uma unidade básica (UBS) requer a colaboração de todos os profissionais de diferentes especialidades, seja do servente de limpeza ao médico, exige um trabalho coletivo e coordenado, a jornada de trabalho dentro das UBS não é tão grande quanto na área hospitalar, mas a sobrecarga emocional e cognitiva para lidar com todas as situações que presenciamos ao passar um dia dentro da unidade requer um psicológico muito bem elaborado. **OBJETIVO:** Averiguar os estressores no trabalho, uma vez que desenvolvidas as possíveis soluções para minimizar seus efeitos, estas podem tornar o cotidiano do enfermeiro mais produtivo, menos desgastante e, possivelmente, valorizá-lo mais como ser humano e profissional. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa, do tipo observacional descritivo. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis. **RESULTADOS:** Cada indivíduo responde de uma maneira ao meio em que está exposto, com isso muitos desses não tem a preparação para

enfrentar o campo de trabalho da rede básica, por muitas vezes a precariedade e demanda da clientela faz com que o estresse no final do dia seja tão grande levando a reações como o choro e desespero psicológico e a síndrome de Burnout. Somos moldados durante toda trajetória acadêmica a trabalhar de forma humanizada ofertando uma qualidade de serviços prestados, porém se o profissional não estiver em completamente bem-estar físico e mental, que tipo de serviço ele irá ofertar, sendo que à sua saúde está ficando debilitada. **CONCLUSÃO:** Pode-se concluir que é evidente a quantidade de profissionais da saúde que estão adoecendo, devido as condições de trabalho que estão sendo impostos. Nos futuros profissionais da saúde, devemos ter um olhar mais clínico voltado para o estresse, não tratar apenas como uma desculpa do profissional para não ir trabalhar, averiguar as fontes, procurar apresentar ações ou um acompanhamento desses, com a finalidade de prevenir algumas situações que pode pôr em risco à saúde do paciente e do profissional, Existe uma grande necessidade de humanizar o trabalho do profissional para obter, conseqüentemente, uma boa atenção aos pacientes, objeto de sua responsabilidade, mas para isto é necessária uma atenção especial à sua própria saúde, que precisa ser valorizada e reconhecida. **PALAVRAS CHAVES:** enfermagem, estresse, Burnout.

#### REFERÊNCIAS

- CAMELO SHH, ANGERAMI ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. Rev Latino-Am Enferm 2004.
- LIPP MEN. Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
- MAURO, M. Y. C., et al. Condições de Trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, p. 13 – 21, abr – jun. 2010. Disponível em: Acesso em: 13 de abril de 2015
- SABBATINI, RENATO M. E. O Estresse – O que é e como combatê-lo. São Paulo, 1998. Disponível em: <<http://www.nib.unicamp.br/slides/estresse/>>. Acesso em: 12 ago., 2002.
- STEPHANIE GIULIANNE SILVA MORELLI, MÁRIO SAPEDE, ANDRÉA TENÓRIO CORREIA DA SILVA. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. 2015.

## **ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

### **O PAPEL DO GESTOR:**

#### **INCENTIVANDO LIDERANÇAS PROFISSIONAIS NO AMBIENTE**

#### **HOSPITALAR**

Neiva Claudete Brondani Machado, Professora Orientadora do IF Farroupilha –  
Campus Santo Ângelo/RS, neiva.machado@iffarroupilha.edu.br  
Marcelle Colpo de Lima, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso  
Técnico de Gerência em Saúde  
Jenifer Franco de Lima, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso  
Técnico de Gerência em Saúde  
Jeferson Luis Marafiga, aluno do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso  
Técnico de Gerência em Saúde

#### **IFF – Instituto Federal Farroupilha – Campus Santo Ângelo**

**INTRODUÇÃO:** O ambiente hospitalar traduz um desafio muito grande. Para além dos assuntos administrativos e burocráticos está a gestão de pessoal em diferentes setores. Considerando diversas situações de tomada de decisão diária, o mercado exige cada vez mais um profissional líder, com tomada de decisão, focado para decisões coletivas e cada vez, com mais autonomia. O gestor inovador dentro do seu ambiente de trabalho procura incentivar seus liderados na busca constante de qualificação, atualização e um conjunto de habilidades complementares diferentes, tendo em vista sua própria valorização profissional, sendo esta refletida na sua própria prestação de serviço. A crescente importância do tema da liderança na área de organizações pode ser medida pela força com que esse assunto se apresenta tanto na literatura acadêmica quanto naquela endereçada ao público executivo. Apesar de ser um objeto de estudo desde muito tempo presente nas pesquisas das áreas de recursos humanos e comportamento organizacional (BERGAMINI, 1994), somente há alguns anos é que vem ganhando força a ideia de que a liderança é uma atividade distinta da gerência. Na verdade, por mais controverso que esse entendimento possa ser – tendo em conta que a ideia de que líderes não são gerentes (BENNIS, 1996; VIZEU, 2011). O debate perpassa a questão de que nem todo líder precisa ser gestor e de que nem todo o gestor é um líder. Entretanto, é necessário envolver a equipe de trabalho direcionando a sua atuação profissional para as questões cernes em discussão na organização e a liderança precisa ser confiável. Muitas vezes, os empregados percebem-se envolvidos principalmente em relações de dependência profunda da empresa, com receio de serem enganados, de terem a sua autoestima e os seus destinos profissionais afetados por líderes não confiáveis. Para se sentirem mais seguros, monitoram o comportamento dos líderes, procurando identificar se falam a verdade, se cumprem



o que prometem. O respeito às características pessoais e às expectativas, buscando atendê-las, surge como possível comportamento dos líderes capazes de indicar aos liderados que eles são confiáveis (TEIXEIRA, 2003). Baseando-se nas teorias de gestão de qualidade com enfoque no usuário e considerando a satisfação das necessidades do cliente, o profissional de saúde desempenha seu atendimento de forma humanizada e eficiente, tornando-se um agente de mudanças com o propósito de melhorar a organização. Sobretudo, isso somente irá ocorrer se este profissional se sentir valorizado e motivado para tal por sua gestão direta e indireta. O gestor possui um papel fundamental e a capacidade de gerenciar de forma coerente, inovadora e de manter o nível de qualidade do serviço. Mas o foco nas tomadas de decisão deve ser coletivo, transformando profissionais em líderes e priorizando a satisfação do cliente e do prestador de serviço. **OBJETIVOS:** Buscar debater sobre as questões de liderança nas organizações de saúde e de como o gestor precisa estar atento para sua condição de profissional que possa proporcionar a formação de novas lideranças. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de reflexão que descreve relatos dos autores na oportunidade de discussões dos alunos do 4º semestre do curso técnico de Gerência em Saúde. Este relato se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação, neste caso vivenciada pelo estagiário no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). **RESULTADOS:** A imponência do líder administrativo no processo de trabalho é imensa, pois age como educador, catalizador e facilitador de debates que auxiliam na retirada e remoção de barreiras e obstáculos existentes. O papel de educador é tido como uma forma de aproximar os colaboradores da administração propriamente dita. Os administradores ao longo dos anos, de certa forma, vêm passando por mudanças de filosofia e certamente encontram dificuldade para adequar-se às novas exigências no mercado de trabalho, em especial, em se tratando de saúde. É necessário catalisar para além dos aspectos econômicos, líderes envolvidos e que aceitem a causa da saúde como algo com condições de transformações e inovações. **CONCLUSÕES:** O trabalho em equipe é essencial para o feedback nos relacionamentos interpessoais. É preciso aproximar às premissas básicas na administração a realidade das organizações de saúde em uma perspectiva participativa com os colaboradores. Na implantação de uma conduta de captação de lideranças é preciso valorizar aos profissionais, avaliar e discutir questões como crenças, valores e utilizar uma linguagem única buscando objetivos comuns. O verdadeiro comprometimento do líder demonstra no discurso e na atitude um comportamento sólido e confiável. As instituições de saúde anseiam por lideranças que tenham a capacidade de compreender todos os processos de trabalho envolvidos no cuidado a seres humanos e como essa atividade pode tornar-se desgastante aos profissionais, uma vez que, convive cotidianamente com

a dor e o sofrimento de pessoas. É necessário dar condições de trabalho, é essencial respeitar o dimensionamento de pessoal e a valorização poderá transformar este cenário.

## REFERÊNCIAS

BENNIS, W. *A formação do líder*. São Paulo: Atlas, 1996.

BERGAMINI, C. W. Liderança: uma revisão histórica. In: \_\_\_\_\_. *Liderança: administração do sentido*. São Paulo: Atlas, 1994. p. 23-74.

POLIT, DF.; BECK, CT. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7 ed. Trad. Denise Regina de Sales. Porto Alegre: Artemed, 2011.

TEIXEIRA, Maria Luísa Mendes; POPADIUK, Silvio. Confiança e desenvolvimento de capital intelectual: o que os empregados esperam de seus líderes?. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba , v. 7, n. 2, p. 73-92, jun. 2003 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-65552003000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552003000200005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 06 ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552003000200005>.

VIZEU, Fabio. Uma aproximação entre liderança transformacional e Teoria da Ação Comunicativa. **RAM, Rev. Adm. Mackenzie (Online)**, São Paulo , v. 12, n. 1, p. 53-81, fev. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-69712011000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-69712011000100003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 06 ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-69712011000100003>.

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA UM  
PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE PONTE TROMBOENDARTECTOMIA  
ILÍACO FEMORAL ESQUERDA- BYPASS: RELATO DE CASO

Eliane Maria Rodrigues, Nicolli Follak, Fabiano Pereira dos Santos, Cleci Lourdes  
Schmidt Piovesan Rosanelli.

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ

[elianewr80@hotmail.com](mailto:elianewr80@hotmail.com)

**INTRODUÇÃO:** Na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento para efetivação de trabalho do enfermeiro, que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, por isso considerado uma das grandes conquistas da profissão. Nesse contexto, durante o Curso de Graduação em Enfermagem ocorre a instrumentalização dos acadêmicos sobre SAE e PE, a contextualização e operacionalização, com a realização de estudos de caso. Desta forma, este estudo foi desenvolvido a partir de vivências de acadêmicos de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital porte IV, localizado no interior do Rio Grande do Sul. As atividades foram realizadas no primeiro semestre de 2015, no decorrer do componente curricular Prática do Cuidado em Enfermagem. **OBJETIVO:** Descrever a operacionalização do Processo de Enfermagem, utilizando os métodos científicos na resolução de problemas de enfermagem de forma lógica, abrangente e seguindo as cinco fases direcionadas para uma rápida identificação e solução dos problemas encontrados. **METODOLOGIA:** Foi planejada e executada a SAE na busca de entender o processo do cuidado e a individualização do tratamento, a partir de vivências nas atividades práticas do componente curricular de Prática do Cuidado de Enfermagem à pacientes no pós-operatório. Foram seguidas as cinco etapas do PE, quais sejam: histórico de enfermagem, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, as quais são inter-relacionadas, interdependentes e proporcionará avaliação clínica, o julgamento crítico e a tomada de decisão. **RESULTADOS:** Para elaboração do Histórico de Enfermagem foi realizada entrevista com a paciente F.T.S.G, sexo feminino, 57 anos, de cor branca, casada, brasileira, nascida e residente na cidade de Cruz Alta, internada na unidade de clínica cirúrgica de um hospital de porte IV, da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, para avaliações e tratamento de alta complexidade vascular, Embolia e Trombose de Artéria não Especificada. A partir do diagnóstico, paciente foi submetida à cirurgia de Ponte Tromboendartectomia Ilíaco - Femoral Esquerda. A entrevistada relatou que antes de ser diagnosticada sua patologia, apresentava limitações motoras e necessita de auxílio para manter o equilíbrio na marcha, dor contínua de grau cinco em uma escala de zero a dez no tornozelo esquerdo ao toque e movimento, não pratica nenhum exercício físico, pois tem dificuldade de movimentar-se, tosse produtiva pela manhã com secreção amarelada, tabagista há 30 anos, possui histórico de câncer uterino, quando se submeteu a tratamento de radioterapia e cobalto. As tradições culturais e familiares promovem um equilíbrio entre as limitações e o enfrentamento de seus problemas, os recursos para seu tratamento médico é exclusivamente hospitais conveniados do SUS. No momento do exame físico a paciente encontrava-se em repouso no leito, consciente, comunicativa, orientada no tempo e espaço, memória recente e anterior preservada. Ao exame físico se apresentou normotensa, normocárdica, eupneica, normotérmica, referiu presença de dor e tosse. Olhos castanhos, esclera branca, pálpebras simétricas e de movimentação simultânea, acuidade visual e auditiva normal. Mucosa oral íntegra de cor rósea, arcada dentária inferior incompleta, dentes amarelados, presença de cáries, prótese dentária superior com presença de resíduos alimentares. Na ausculta pulmonar presença de murmúrios vesiculares nos ápices direito e esquerdo, tosse produtiva, porém sem dificuldade respiratória. Curativo em incisão cirúrgica na altura da região clavicular esquerda com boa cicatrização. Mamas simétricas e pele íntegra. Na ausculta abdominal presença de ruídos hidroaéreos audíveis e som maciço à percussão, abdômen globoso. Unhas das mãos curtas, com sinal de baqueteamento e manchas de fumo. Cateter de cano curto, nº 20, salinizado, no dorso da mão direita. Curativo na região ilíaca e terço anterior da coxa esquerda, com boa cicatrização. Úlcera de estase com lesão média de 10 cm de extensão no tornozelo esquerdo, com presença de tecido de granulação. Edema na região tibial, tornozelo e pé esquerdo, com presença de enchimento

capilar, mas sem pulso pedioso e tibial tátil. Perna esquerda sem alterações cutâneas, unhas dos pés compridas e amareladas. Auto percepção positiva e autoestima situacional. Após acompanhamento da paciente, realizou-se uma análise e interpretação criteriosa dos dados e do levantamento de necessidades, problemas, preocupações e respostas humanas, com identificação dos principais Diagnósticos de Enfermagem, baseados na NANDA (2009-2011), que foram: Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional, relacionado ao estilo de vida sedentário e imobilidade; Deambulação prejudicada, relacionada a dor evidenciada pela capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias; Estilo de vida sedentário, relacionado a conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde, falta de motivação, evidenciado ao verbalizar a preferência por atividades com pouco exercício físico e demonstra falta de condicionamento físico; Mobilidade física prejudicada, relacionada ao desconforto, dor e estilo de vida sedentário, evidenciada na amplitude limitada de movimento no MIE e capacidade limitada de desempenhar as habilidades motoras grossas e mudanças na marcha; Perfusão tissular periférica ineficaz, relacionada ao estilo de vida sedentário e tabagismo, evidenciada pelo edema, pulso diminuído e pela dor nas extremidades do MIE; Baixa autoestima situacional, relacionada a prejuízo funcional, evidenciada por expressões; Comportamento de saúde propenso a risco, relacionado ao tabagismo, evidenciado por não conseguir agir de forma a prevenir problemas de saúde e não conseguir alcançar uma completa sensação de controle; Risco de infecção, relacionado a procedimentos invasivos; Dentição prejudicada, relacionada a higiene oral ineficaz e uso crônico de tabaco, evidenciada por cáries na coroa dos dentes e falta de alguns dentes; Integridade da pele prejudicada, relacionada a circulação prejudicada do MIE, evidenciada no rompimento da superfície da pele; Risco de disfunção neurovascular periférica, relacionado a obstrução vascular; Dor crônica, relacionada a incapacidade física crônica no MIE, evidenciada por expressão facial e relato verbal de dor. Em seguida, foi planejada a Prescrição de Enfermagem, sendo que os cuidados/intervenções de enfermagem foram prescritos com base nos diagnósticos de enfermagem e de acordo com os resultados esperados. A prescrição integrou os seguintes itens: Avaliação cuidadosa dos sinais vitais e neurológicas (função motora e sensorial), se alteração comunicar o enfermeiro; Manter a cabeceira elevada em 30° (ajuda na permeabilidade das vias aéreas e minimiza o estresse); Realizar verificações neurovasculares frequentes do membro afetado – MIE (perfusão periférica, enchimento capilar, sensibilidade, verificar pulso poplíteo, tibial e pedioso); Inspeccionar os MMII a procura de novas áreas de ulceração ou extensão de úlceras já existentes; Incentivar uma dieta balanceada para intensificar a cicatrização das feridas (ferida operatória e úlcera de estase); Incentivar a deambulação ou a realização de exercícios de amplitude total de movimento para aumentar o fluxo sanguíneo (para aumentar a circulação colateral), conversar com a nutricionista a possibilidade de ofertar uma dieta alternativa; Incentivar a deambulação ou a realização de exercícios de amplitude total de movimento para aumentar o fluxo sanguíneo (para aumentar a circulação colateral); Avaliar os sintomas físicos da dor e queixas físicas; Manter o MIE elevado para diminuir o edema, elevar acima do nível do coração, repousar nesta posição por duas a quatro horas durante o dia e a noite; Realizar a troca do curativo da incisão cirúrgica (axilo-femural) e avaliação da mesma (atentando para sinais flogísticos); Instalar colchão piramidal para aliviar a pressão; Realizar a troca do curativo da úlcera de estase (tornozelo) e avaliação da aparência, temperatura e aspecto, com ácidos graxos para melhor remoção na próxima troca e hidratação; Mediar a paciente com analgésico, conforme prescrição médica, 30 minutos antes da troca de curativo, se a mesma relatar dor; Incentivar o paciente a realizar períodos de deambulação de acordo com sua tolerância; Observar permeabilidade do acesso venoso e local da

punção, antes de administrar medicações EV; Controle de diurese, observar presença, frequência e aspecto da diurese; Observar reação alérgica as medicações, observar reações cutâneas, respiratórias, edema, gastrointestinal, prurido. **CONCLUSÕES:** Considera-se que o PE e a SAE implicam em conhecimentos específicos, pensamentos críticos nas tomadas de decisões e facilita o gerenciamento dos cuidados, por meio das etapas seguidas. Assim, confere-se melhor qualidade na assistência, já que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE. Nesse aspecto, o campo de prática oportunizou vivenciar e conhecer a prática gerencial do enfermeiro de forma ampla diante das necessidades humanas básicas, estreitando relações entre o profissional enfermeiro e o paciente. Como a enfermagem é ciência de assistir o cliente como um todo, esta atividade possibilitou relacionar conteúdos teóricos abordados em sala de aula com a realidade assistencial, na aplicação da SAE, pois observou-se a fisiopatologia e etiologia da paciente assistida diante das manifestações clínicas e diagnósticas, o que proporcionou uma avaliação ampla e possibilitou intervenções de enfermagem fundamentais, que ajudaram na melhora das respostas da paciente. Diante disso, procurou-se satisfazer as expectativas e necessidades da cliente, que encontrava-se num período de vulnerabilidade e que buscava nos profissionais de saúde, além de cuidados e orientações técnicas, acolhimento, confiança, incentivo e esperança.

**DESCRITORES:** Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

## **ENFERMAGEM NA SAÚDE COLETIVA**

### **CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM FRENTE AO ADOECIMENTO POR LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**

Fabiano Pereira dos Santos, Cristiane Lamberty, Eliane Maria Rodrigues, Elisângela Salete Vettorato, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí,  
fabiano.santos@unijui.edu.br

**INTRODUÇÃO:** Segundo Noro & Torquato (2015), as atividades extramurais são importantes para a discussão da questão social, religiosa, psicológica, econômica, cultural e patológica das pessoas envolvidas na rotina da Equipe de Saúde da Família. A Visita Domiciliar (VD) é um meio de realizar educação em saúde, abordando o usuário de forma a cuidá-lo integralmente. É fundamental o enfermeiro realizar orientações em relação às possíveis complicações da saúde dos indivíduos acometidos por alguma patologia, levando em conta todos os pressupostos humanos, não apenas os aspectos clínicos do sujeito. Na VD é possibilitado o levantamento de problemas e o desenvolvimento de ações apoiadas na realidade local. Neste contexto, este estudo irá abordar a vivência frente

ao adoecimento por lúpus eritematoso sistêmico (LES). O qual pode ser definido como uma doença inflamatória crônica, de natureza autoimune que afeta múltiplos órgãos e é caracterizada pela presença de diversos auto anticorpos. Estudos apontam para a combinação de fatores genéticos, hormonais e ambientais, especialmente os raios ultravioleta, infecções virais, hormônios sexuais, substâncias químicas e fatores emocionais como fatores predisponentes (CORDEIRO & ANDRADE, 2013).

**OBJETIVO:** Socializar a vivência realizada em campo de prática do componente curricular de Prática em Enfermagem em Saúde Coletiva a partir de uma visita domiciliar com um usuário com lúpus eritematoso. **PROBLEMATIZAÇÃO:** O relato de experiência em VD possibilita dessa forma, observar as transformações sociais, sanitárias e científicas, isto é, procura entender o adoecer do ser humano de maneira mais abrangente ao integrar as esferas biopsicossociais do indivíduo (ASSO et. al, 2013), para posterior realização de orientações em saúde. **METODOLOGIA:** Relato de experiência, desenvolvido com usuária com (LES), em uma ESF localizada na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. As atividades foram desenvolvidas no mês de maio de 2015, em consonância as atividades práticas curriculares do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. **RESULTADOS:** Paciente descobriu ser portadora do (LES), quando consultou na sua ESF de referência, com suspeita de pneumonia. Relatou que sentia-se muito cansada e que não conseguia fazer trocas gasosas adequadas, além das manchas na pele que eram doloridas. Atualmente faz uso de medicamentos para o controle de sua patologia. Durante a VD foi verificado o não cumprimento do tratamento prescrito, a má alimentação, uso em excesso de tabaco, a falta de exercícios físicos e os problemas familiares. A escuta terapêutica promoveu nesse momento uma interação entre o paciente e os acadêmicos de enfermagem, onde os mesmos escutaram os relatos do paciente. **CONCLUSÃO:** Por meio da educação em saúde foi orientado a realização e organização dos horários corretos de tomada de medicamentos, caminhadas leves, equilíbrio da dieta alimentar, redução do uso de cigarro de forma gradativa e tentativa para resolução dos problemas familiares através do diálogo entre as partes. Afim de ocorrer uma redução dos agravos de sua doença. Esse trabalho contribuiu para o crescimento acadêmico e desenvolveu a capacidade de escutar e orientar o paciente em consonância com suas queixas de saúde e problemas familiares.

**Palavras-chave:** Enfermagem em saúde comunitária. Visita domiciliar. Educação em saúde.

## Referências

ANDRADE, M.B.T; CORDEIRO, S.M. Desvelando a percepção do familiar da pessoa com lúpus eritematoso sistêmico. Rev. Enferm. UFPE online, Recife, v.7, n.3, p. 422-429, 2013.

ASSO, R.N; AFFONSO, V.R; SANTOS, S.C; CASTANHEIRA, B.E; ZAHA, M.S; LOSADA, D.M; SANTOS, J. Avaliação das visitas domiciliares por estudantes e pelas famílias: Uma visão de quem as realiza e de quem as recebe. Rev. Bras. Edu. Médica, Marília, v.37, n.3, p. 326-332, 2013.

NORO, L.R.A; TORQUATO, S.M. Visita domiciliar: Estratégia de aproximação à realidade social? Rev. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 145-157, 2015.

## ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

### IDENTIDADE DO ENFERMEIRO NAS ATIVIDADES REALIZADAS

GLÁUCIA LUCIANE FENNER, ALESSANDRA FRIZZO DA SILVA

URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santo  
Ângelo  
glalu1@hotmail.com

Gerenciar uma unidade de internação clínica e cirúrgica é um grande desafio para o enfermeiro, pois requer competência, dedicação, inovação, responsabilidade e acima de tudo liderança. O enfermeiro devera desenvolver habilidade na administração da unidade e na assistência ao paciente. Como supervisor da equipe, seu desempenho terá repercussão entre os colaboradores de enfermagem, devendo ter liderança, objetivando a melhoria e o crescimento da equipe profissionalmente, através de uma aprendizagem interrupta, incentivando os liderados na melhoria de suas atividades. Com isso, buscando o desempenho de sua principal função: o cuidado ao sujeito enfermo. Em algumas instituições o enfermeiro desempenha múltiplas funções envolvendo-se em atividades burocráticas e gerenciais, fazendo com que seu trabalho não tenha visibilidade perante o paciente, seus familiares e acompanhantes. O acúmulo de trabalho e muitas vezes, com um número reduzido de funcionários, faz com que o enfermeiro busque desenvolver técnicas para o melhoramento a assistência ao paciente e a sua unidade. O tempo é fundamental e na maioria das vezes torna-se pouco para poder dar conta de todas as tarefas a serem desenvolvidas. O enfermeiro tem que ter uma visão ampla, muitas vezes devendo ser

criativo, podendo visualizar o paciente não só pela patologia que fez com que internasse, mas sim num todo e tudo o que ocorre ao seu redor e em sua unidade. Segundo Almeida et al (2011), a inadequada administração do tempo é uma consequência marcante na rotina diária do enfermeiro. A falta de planejamento, não conseguir tempo hábil para desenvolver todas as tarefas propostas e racionalizar o trabalho gerencial. Por vez, fazer um trabalho repetitivo e sem reflexão é não otimizar o tempo disponível. O diálogo na enfermagem é de extrema importância para obtermos um bom andamento das tarefas que a enfermagem desempenha, assim como com os pacientes e seus acompanhantes, com isso fica cada vez mais clara a importância da organização do enfermeiro em desenvolver juntamente com a equipe de enfermagem um cuidado amplo e completo, embasado numa educação continuada, podendo ao mesmo tempo melhorar a interatividade no cuidar em saúde. A visibilidade e identificação do enfermeiro em suas funções atribuídas principalmente com relação no contato com os pacientes tem uma relevância fundamental para a profissão Enfermeiro, pois acontece em alguns casos à falta dessa identificação tornando ele um profissional quase que invisível perante os olhos do paciente, mas não por ele não realizar seu trabalho na unidade, mas por não se identificar. Um momento de extrema importância para o enfermeiro se identificar é na visita de enfermagem que ele deve realizar todos os dias. A visita diária do enfermeiro aos pacientes é o momento de maior visibilidade do enfermeiro mediante ao paciente onde o mesmo deveria se identificar falando seu nome e sua atribuição para assim ocorrer a distinção das categorias profissionais. No primeiro momento da visita de enfermagem dedica-se exclusivamente para as queixas principais do paciente como, por exemplo, dor, dieta, eliminações, sinais vitais, curativos, dúvidas relacionada aos procedimentos e a doença, entre outros. No segundo momento ele vê o paciente num todo, acesso venoso, cateteres, sondas, drenos, validade de acessos e materiais, o leito do paciente. No terceiro momento dedica sua atenção para o espaço em que o paciente se encontra o habitat/ambiente onde o paciente está internado: luminosidade, ventilação, manutenção do quarto, serviço de higienização e nutrição entre outros. E com isso buscar parcerias intersetoriais dentro do próprio hospital, para a melhoria na qualidade do serviço. Dessa forma o enfermeiro terá mais tempo disponível para outras atividades administrativas e também na atenção especializada. Segundo Costa et al (2010), a visita de enfermagem como uma assistência fundamental, tal procedimento vem sendo realizado no Brasil desde 1975. Ele consiste em um recurso usado para levantar dados sobre o paciente, por intermédio dos quais se detectam os problemas ou alterações relacionadas aos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais do paciente e planejar a assistência de



enfermagem a ser prestada no período de internação hospitalar. O Enfermeiro tem varias oportunidades de expor sua profissão, com isso objetivou para realização desta vivência a discussão sobre a visibilidade/invisibilidade do enfermeiro no ambiente de trabalho. O objetivo geral foi discutir sobre a visibilidade/invisibilidade do enfermeiro no ambiente de trabalho e os objetivos específicos foram identificar os fatores que levam a invisibilidade do enfermeiro, buscar estratégias para obtermos mais visibilidade no trabalho do enfermeiro. Este trabalho trata-se de um relato de reflexão que descreve relatos da autora na oportunidade de vivências durante o período Estagio Supervisionado Hospitalar (ESH), respectivo ao 9º semestre de enfermagem. Realizado no interior do estado do Rio Grande do Sul, no mês de abril de 2015. Este relato de vivência se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação neste caso vivenciada pelo estagiário no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). Apesar de todas as variáveis no dia à dia de uma unidade de internação a identificação/visibilidade do enfermeiro faz parte da administração ou gerenciamento do seu setor assim como representa uma liderança frente a equipe, um enfermeiro presente traz tranquilidade e consegue passar mais segurança para seus componentes de equipe muitas vezes evitando desgastes com problemas que possam ser solucionados com sua presença. Nestas situações quando o enfermeiro se defrontar com problemas que não são por ele solucionados, deve buscar junto aos demais profissionais qualificados da área hospitalar, como, manutenção, sanificação, costura, nutrição, informática, serviço de psicologia entre outros, para que desenvolvam tarefas que são de suas atribuições e com isso possa solucionar os mesmos. Dentro das instituições hospitalares o profissional enfermeiro vem tornando cada vez mais visível diante das suas atribuições tanto administrativas, operacionais, assistenciais e gerenciais. Pois em nossa realidade hospitalar temos enfermeiro na parte administrativa como a gerente, no faturamento, na sanificação, na internação, com isso percebemos o potencial dos enfermeiros enquanto profissionais qualificados com uma ampla abrangência de atuação. Contudo percebemos a falta da identificação como enfermeiros, pois a população em geral tem dificuldade de diferenciar a categoria profissional da enfermagem onde temos uma ampla área de atuação, mas, porém com falta de identificação. Portanto esta faltando o profissional enfermeiro facilitar a identificação apresentando-se e informando seus cargos e sua atribuição seja administrativa ou assistencial. Ao longo deste estudo, buscamos enfatizar a importância da identificação/visibilidade nos procedimentos realizados pelo profissional Enfermeiro ao paciente internado a fim de qualificar o atendimento ao cliente,

buscando qualidade na assistência de forma segura e tranquila, fazendo a equipe refletir na importância do tempo na segurança do paciente. E também ressaltando a qualidade da educação em que as instituições de ensino superior, qual é a formação destes profissionais e qual a visão dos mesmos frente sua profissão. Há uma urgente necessidade de se repensar no atendimento prestado ao sujeito internado e qual o seu nível de satisfação e reconhecimentos dos profissionais que os prestam assistência. Com esta vivência procuramos fazer uma meditação sobre nossa visão como enfermeiros e o que procuramos mudar para prestar uma atenção integral na assistência humanizada na arte de cuidar.

Descritores: identidade, identificação, tarefas, enfermagem.

## **ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO**

### **EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O TRABALHO INTERDISCIPLINAR DO PET VIGILÂNCIA**

Cherly Barrozo de Medeiros, Zaléia Prado de Brum, [Daiana Reuse](#)

Universidade Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus Santo Ângelo  
[daianareuse@hotmail.com](mailto:daianareuse@hotmail.com)

**INTRODUÇÃO:** O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância em Saúde (PET/VS) é um programa promovido pelos Ministérios da Saúde e da Educação, e desenvolvido por universidades em parceria com Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde e visa à formação do aluno através do trabalho, oferecendo oportunidades de troca de conhecimento e experiência entre profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) e alunos de cursos de graduação da área da saúde. Além disso, oportuniza a realização de estudos sobre vigilância em saúde e amplia a integração entre serviços de saúde e instituições de ensino superior. Este programa é desenvolvido por tutores, preceptores e alunos de Cursos de Graduação. O município de Santo Ângelo foi contemplado com o PET em 2013, por meio da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- campus Santo Ângelo. Com a implantação do PET houve um grande crescimento no processo de ensino-aprendizagem. A interdisciplinaridade e o trabalho multiprofissional que o programa proporciona nos remetem a uma ampla reflexão em torno do trabalho, assim como nos instiga a produzir artigos em periódicos e trabalhos em eventos científicos. Outro ponto a ressaltar é o planejamento das atividades

do PET que envolve os bolsistas, preceptores e tutores do programa, sendo este fundamental para um bom desempenho melhorando significativamente a assistência prestada á população (FERREIRA, HADDAD, BRENELLI Et. al. 2012). O comprometimento dos acadêmicos com os usuários é fundamental para estabelecer uma relação de vínculo e confiança, levando o futuro profissional, agora na figura de bolsista, a conhecer os determinantes e condicionantes sociais daquele indivíduo envolvendo ações de melhoria, o que acarreta em mudanças no modelo de assistência biomédico hegemônico que predomina (TANAKA, ORTIZ, NEVES, et. al. 2010). Nesse contexto, surge por meio do PET/VS a educação em saúde como ferramenta fundamental neste trabalho, no sentido de acrescentar na formação do profissional, que tem nesta atividade um eixo norteador para a sua prática nos diversos cenários assistenciais (JESUS, SANTOS, MERIGHI, et. al. 2012). **OBJETIVO:** Apontar a importância do trabalho interdisciplinar no PET-VS. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado pelas acadêmicas de Enfermagem durante o PET-VS. O trabalho realizado foi o de educação permanente em saúde com os Agentes Comunitários de Saúde, onde os encontros ocorreram com periodicidade quinzenal nas dependências da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI Santo Ângelo. Os temas abordados foram voltados para promoção e prevenção da saúde, com assuntos pertinentes ao cotidiano de trabalho dos ACS como alimentação saudável, não ao álcool e as drogas, saúde da mulher, saúde do homem, saúde da criança e do adolescente, saúde do idoso, importância da atividade física, saúde do trabalhador, saúde mental entre outras. A equipe de bolsistas do PET constituía-se por acadêmicas dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Educação Física e foi dentre estas que ocorreu o trabalho de maneira interdisciplinar na elaboração dos encontros, pois os mesmos eram elaborados de maneira não apenas biológica, mas buscando a integralidade do sujeito, abordando o biopsicossocial respeitando a autonomia e singularidade. Os resultados foram obtidos através da vivência das acadêmicas de enfermagem durante a elaboração dos encontros onde a troca de saberes era constante entre as diferentes áreas de conhecimento e foram aqui relatados. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Como o trabalho realizado pelo PET-VS foi a educação continuada com ACS, tornou-se fundamental o trabalho interdisciplinar entre as áreas de enfermagem, farmácia, psicologia e educação física, pois todos os temas das oficinas puderam ser abordados levando em conta o social, o psicológico, o biológico, assim como a qualidade de vida e a autonomia dos usuários. Os ACS puderam levar estes conhecimentos para o seu cotidiano de trabalho, o que acarretou

em um melhor atendimento à população. No cotidiano de trabalho, o profissional de saúde muitas vezes vê o indivíduo de maneira fragmentada, dentro do seu núcleo de conhecimento. Podemos vivenciar este fato em algumas Estratégias de Saúde da Família onde existe a equipe multiprofissional, porém muitas vezes o trabalho ocorre de forma individualizada, sem ocorrer a troca de saberes, assim como a intersetorialidade entre os diferentes profissionais atuantes. Este trabalho fragmentado, onde os saberes não se complementam, e não há um trabalho em conjunto, acarreta em consequências para o usuário. No âmbito da educação para saúde, esta troca de conhecimentos é fundamental, pois precisamos ver o indivíduo de maneira integral, conhecendo os determinantes e condicionantes sociais assim como as crenças e costumes para podermos realizar um planejamento de modo a gerar uma assistência da qualidade para a população, desvinculando-se do modelo biomédico hegemônico. Sendo assim cada uma das áreas tem a contribuir para com a construção de conhecimento levando o indivíduo em questão a refletir. **CONCLUSÃO:** Através da experiência única proporcionada pelo PET percebemos a importância do trabalho interdisciplinar tanto para o crescimento pessoal e acadêmico, assim como para melhorar a assistência prestada ao usuário, buscando sempre contemplar a integralidade. Na elaboração dos encontros para os ACS esta parceria dos cursos foi fundamental gerando amplo debate e ótimos resultados no final da capacitação. Como acadêmicos, obtivemos um crescimento pessoal e principalmente profissional, pois tivemos a oportunidade de conhecer as diferentes realidades da saúde do município e, por meio do trabalho interdisciplinar, propor mudanças para a melhoria na qualidade da assistência prestada. **DESCRITORES:** Comunicação Interdisciplinar, Integralidade em Saúde, Educação em Saúde. **REFERÊNCIAS:** FERREIRA, José Roberto et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: experiências exitosas de integração ensino-serviço. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 3-4, Mar. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300001&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 July 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300001>; TANAKA, Elisa Emi et al. Projeto PET-Saúde: ferramenta de aprendizado na formação profissional em saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 136-140, Mar. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300019&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 July 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300019>; JESUS, Maria Cristina Pinto et al., VIVÊNCIA DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM EM

## ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO

### O LÚDICO COMO FERRAMENTA DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Cherly Barrozo de Medeiros, Keli Jaqueline Staudt, Zaléia Prado de Brum, [Daiana Reuse](mailto:daijanareuse@hotmail.com)  
Universidade Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus Santo Ângelo  
[daijanareuse@hotmail.com](mailto:daijanareuse@hotmail.com)

**INTRODUÇÃO:** As formas de aprendizagem na contemporaneidade aponta desafios como aprender a aprender, aprender fazendo, aprendizagem significativa, inovações tecnológicas, a velocidade da comunicação e de informações, fazendo com que o ato de ensinar sofra mudanças graduais ao longo dos anos. Dentre estas surgem novas tecnologias para fazer educação em saúde como o uso da ludicidade. Por ser um tema relativamente novo ele ainda gera certo incomodo ao ser mencionado. Porém seu uso dentro de salas de aula, em práticas de educação em saúde, entre outros podem trazer vários benefícios no que diz respeito a metodologia de ensino (PIMENTEL, PIMENTEL 2009). O PET/saúde (programa de educação pelo trabalho em saúde) é um programa criado pelo ministério da saúde, e que possui vários eixos de atuação. No município em questão o PET surgiu com ênfase na vigilância em saúde no ano de 2013. Um dos eixos deste programa é a Educação Permanente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e nestas oficinas de educação que se passou a utilizar o lúdico como a principal metodologia de ensino. **OBJETIVO:** Refletir a forma pedagógica e as metodologias adotadas nas oficinas de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência com a abordagem sócio-histórica cultural. Nas palavras de Vygotsky (1991): “A internalização das atividades socialmente enraizadas e historicamente desenvolvidas constitui o aspecto característico da psicologia humana” (p. 65). O trabalho realizado foi o de educação permanente em saúde com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), onde os encontros ocorreram com periodicidade quinzenal nas dependências da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI Santo Ângelo. Os temas abordados foram voltados para promoção e prevenção da saúde, com assuntos pertinentes ao cotidiano de trabalho dos

ACS. A metodologia destes encontros foi a ludicidade por meio de jogos, dinâmicas, rodas de conversa, exposições dialogadas, vídeos, cantos, cartazes, teatro, atividades físicas, dentre outras. Os resultados foram obtidos através da vivência das acadêmicas de enfermagem durante os encontros, onde o registro das informações observadas era relatado no diário de campo o qual se caracterizou por ser um instrumento de registro de informações sobre conversas informais, comportamentos, linguagem gestual, interação grupal, comunicação, atitudes. Através da pedagogia do diário que se reflete e intervém na realidade. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Durante as oficinas de educação permanente foram utilizadas várias metodologias lúdicas, dentre elas podemos citar o teatro que é uma forma de arte em que um ator ou conjunto de atores, interpreta uma história ou atividades para o público em um determinado lugar, no caso dos ACS o tema em questão era violência de gênero, e os mesmos interpretaram, através do teatro, fatos do cotidiano de trabalho onde eles se deparam com estas situações, assim como ações que precisam ser desenvolvidas perante estas circunstâncias. Os jogos também foram constantemente utilizados, dando ênfase em um encontro onde foi utilizado um tabuleiro com dicas de alimentação saudável, onde cada participante, conforme acertava a pergunta( tais como importância das verduras na alimentação, malefícios do sódio e álcool, etc) avançava no jogo. A premiação ao ganhador foram frutas, afinal remetem ao tema trabalhado. Apresentamos o jogo como um componente metodológico através do qual o educador pode conhecer seu aluno e a realidade do grupo. Este método é um importante recurso para o desenvolvimento de habilidades do pensamento como: imaginação, interpretação, tomada de decisão, criatividade, levantamento de hipóteses a novas situações que acontecem quando jogamos, estimulando assim, as habilidades e construção do conhecimento. Com o lúdico abrimos a possibilidade de se aprender brincando e todos os conteúdos podem ser ensinados através de brincadeiras e jogos, em atividades predominantemente lúdicas. Surgiram inclusive “surpresas” e descoberta de talentos durante os encontros, como por exemplo o recitar de poemas, canções, teatros, momentos de apoio mútuo, conversas e trocas de experiências, o que trouxe aprendizagem tanto para os ACS quanto para as bolsistas. Muitos dos ACS argumentaram sobre a continuidade do programa (que teve duração de dois anos), pois o desejo dos mesmos era realizar estas oficinas de educação em saúde na comunidade com a população, utilizando uma linguagem adequada á mesma, abordando as necessidades e problemas assim como trabalhando com a promoção e prevenção da saúde com oficinas voltadas a qualidade de vida, alimentação saudável, prática de atividade física, dentre

outras. Este pedido de justifica, pois, muitas vezes, devido a demanda, a equipe da Estratégia de Saúde da Família não consegue realizar grupos de saúde focados na prevenção e promoção, o que acarreta em consequências e desconhecimentos por parte dos usuários do sistema. **CONCLUSÕES:** Como não tínhamos vínculo com as ACS antes das oficinas, acreditamos que a metodologia adotada foi fundamental para estabelecer uma relação dialógica, de confiança, superando contradições e conflitos. O lúdico enquanto ferramenta propiciou que de forma gradual os ACS passassem a interagir, relatando fatos do cotidiano de trabalho, dificuldades, apreensões, medos, angustias, potencialidades, problemas e necessidades. Através do uso da ludicidade, os temas abordados não foram monótonos, e proporcionaram grande interação por meio do público alvo que eram os ACS. Este também era um dos objetivos da educação permanente, a troca de saberes, o conhecimento do cotidiano de trabalho deste profissional, o vínculo e a confiança que se estabeleceram ao longo destes dois anos. Para as bolsistas trata-se de uma experiência única e inigualável, pois as oficinas surpreenderam-nos desde a sua elaboração, até sua execução e resultados alcançados. O cotidiano de trabalho entre as bolsistas e a troca de saberes com os profissionais proporcionaram grande conhecimento as acadêmicas. As atividades lúdicas foram adotadas, pois são uma possibilidade de abrir espaço para os debates, atenção a saúde, relação de confiança e vínculo estabelecendo conexões entre o interlocutor e o receptor, no caso as bolsistas e os ACS. **DESCRITORES:** Educação em Saúde, Saúde Pública, Agentes Comunitários de Saúde. **REFERÊNCIAS:** LARA PIMENTEL, Renata Marcelle; GOMES DE ASSIS PIMENTEL, Giuliano. DISCURSO DO LÚDICO NOS DISCURSOS SOBRE O LÚDICO. *Forma funcion, Santaf, de Bogot, D.C.*, Bogotá, v. 22, n. 1, June 2009. Available from. <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120338X2009000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120338X2009000100008&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 July 2015; MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA, *o desafio do conhecimento, 14ª edição, 2014*; VYGOTSKY, L. S. (1991). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.

## **ENFERMAGEM DO CUIDADO À MULHER**

### **EDUCAÇÃO EM SAÚDE: GRUPOS DE GESTANTE REFERENTE À IMPORTÂNCIA DO SULFATO FERROSO NA GESTAÇÃO**

**ALESSANDRA FRIZZO, ALESSANDRA TELLES, BIANCA RAFAELA  
CORRÊA,  
EDILENE EVA GARCIA DA SILVA, GABRIELA PEREIRA DO  
NASCIMENTO,  
GISELE CARVALHO, KAROLINI FROES**

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO DO URUGUAI E DAS  
MISSÕES URI- CAMPUS SANTO ÂNGELO**

dilly\_garcia@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** A gestação exige adaptações ao organismo da mãe. São necessários ajustes fisiológicos para a ocorrência do desenvolvimento adequado do feto. Muitas dessas alterações têm seu início precoce e transgridem por toda a gravidez, chegando até a fase de amamentação (RODRIGUES; JORGE, 2010). A forma de percepção da gestação é singular e particular de cada mulher e seus familiares. São diversos os contextos em que envolvem a gestante, sendo eles sociais, pessoais, entre outros. Sendo assim o atendimento a toda gestante deve ser de forma integral e humanizada, onde os profissionais de saúde, e as instituições prestem um cuidado de forma abrangente, tanto para mulher, quando para o feto e também a seus familiares, estabelecendo vínculo e gerando confiança, na qual contribuíra de forma significativa em todo esse período, até o parto (HOGA; REBERTE, 2007). No diagnóstico da gestação deve ser solicitado o exame de hemograma, da forma mais precoce possível, e depois com 28 semanas. Também de forma precoce deve-se ser dosada a hemoglobina da gestante. Os valores que definem a anemia durante gravidez são (HB) abaixo de 11g/dl. Toda gestante vinculada, tem direito a esse exame precocemente. Durante a gestação a anemia pode estar relacionada a um risco de mortalidade perinatal, trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer. Os fatores de risco para anemia na gestação são basicamente, dieta deficiente de ferro, vitaminas e minerais. Perda excessiva de sangue, existência de alguma doença grave ou de longo prazo, como câncer, diabetes, doença do fígado, AIDS, além de infecções prolongadas e historia familiar de anemia herdada. Apesar de causar efeitos gastrointestinais, a administração via oral de suplementação melhora os índices hematológicos (BRASIL, 2012). O acompanhamento pré-natal é essencial, além de prevenir, identificar e solucionar complicações de saúde que possam vir a acontecer durante a gravidez. O pré-natal reduz as chances de essas complicações acontecerem. (BRASIL, 2008). A educação em saúde é caracterizada por um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde, na qual se propõe ao aperfeiçoamento temático da população. Sendo um conjunto de práticas da área da saúde, contribuindo na autonomia do sujeito, no autocuidado e no debate com os profissionais de saúde e gestores, a fim de



obter uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006). Uma pesquisa realizada em São Paulo demonstrou que o desenvolvimento da abordagem corporal facilita maior acordo grupal e intimidade entre seus participantes. O ambiente fortalece a troca de experiências de forma mais acentuada, de acordo com os aspectos relativos às vivências próprias da gestação (REBERTE; HOGA, 2005). A participação em grupo de gestante é caracterizada como oportunidade de propiciar assistência para um vivencia adequada do período da gestação e o pós-parto e o cuidado aprofundado durante a gravidez, o parto e puerpério, além da preparação para a maternidade (BRASIL, 2011). Desta forma, o maior fomento desse trabalho foi desenvolver um diálogo entre a gestante e o profissional de saúde, estabelecendo vínculo, quebrando paradigmas e proporcionando o aperfeiçoamento no acompanhamento da gestação. **OBJETIVOS:** Orientar as gestantes sobre a importância da dieta rica em alimentos com ferro, vitaminas e minerais associada com a suplementação de sulfato ferroso, para o desenvolvimento adequado do feto e afastamento de anemia e suas complicações. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência, sendo de abordagem qualitativa descritiva exploratória, com o objetivo de descrever, nas falas das gestantes, as dúvidas durante a gestação. Na abordagem qualitativa, participar, compreender e interpretar os eventos sociais necessitam ser tarefas do pesquisador (MINAYO, 2004). A pesquisa exploratória e descritiva é um tipo de estudo que tem como objetivo observar, descrever e documentar fatos de uma situação que ocorre naturalmente (POLIT; HUNGLER, 1996). O grupo ocorreu em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual deve ser composto por uma equipe multiprofissional que possui, no mínimo, 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 (ACS). Contando também com os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012). O grupo teve sua realização em um município do interior do Rio Grande do Sul, durante as práticas de estágio da disciplina em Enfermagem no Cuidado a Saúde da Mulher. As gestantes foram convidadas a fazer parte do grupo durante as consultas médicas, da forma em que o médico convidava e orientava a importância da participação das mesmas nesse meio. O grupo tem a periodicidade semanal, todas as sextas-feiras, as gestantes são convidadas a participar de forma voluntária, onde os temas abordados são variados, abrangendo todo o período gestacional. **RESULTADOS:** O grupo contou com a participação de uma gestante, um médico da unidade básica de saúde (UBS), uma professora da disciplina de Enfermagem no cuidado a saúde da mulher, e seis estudantes do sétimo semestre do curso de graduação em Enfermagem. Os grupos de gestante nesse local são novos tanto para as gestantes, quanto para os profissionais, sendo assim justifica-se a inclusão ser de forma gradativa e de certa forma lenta. Em relação a gestante presente, a mesma não havia realizado nenhuma consulta médica e não estava fazendo acompanhamento da gestação através do pré-natal, pois não tinha consciência da gravidez, mesmo estando aproximadamente com quase 24 semanas de gestação de acordo com a altura uterina, sendo essa a única forma de identificar no momento a idade gestacional, pois a gestante não lembrava a data da última menstruação. Durante o grupo, foram levantadas as

principais dúvidas acerca de anemia na gestação, importância da dieta rica em ferro, vitaminas e minerais associadas à suplementação de sulfato ferroso. As dúvidas foram esclarecidas no decorrer das sessões de educação para a saúde, com utilização de estratégia participativa e dialogada. Os termos técnicos foram decodificados para a linguagem popular. O número de participantes foi pequeno, porém o aproveitamento das orientações foi significativo. A gestante participou, dialogando e expondo suas dúvidas, onde os estudantes e profissionais foram respondendo. Da mesma forma, foi abordada a importância do pré-natal e do acompanhamento da gestação de forma integral e contínua, onde no caso da gestante presente não era realizado de forma adequada. A gestante mostrou-se interessada pela temática, e confiante nas orientações. Foi agendada a primeira consulta médica e a gestante foi encaminhada para realização dos exames rápidos de HIV e sífilis. **CONCLUSÕES:** O cuidado de toda mulher gestante, deve-se ser integral e humanizado. Tanto a mulher, quanto os familiares vão estar repletos de dúvidas e indagações, mesmo não sendo a primeira gravidez, pois todas são diferentes, sendo assim as dúvidas serão diferentes. O profissional de enfermagem nesse contexto entra como norteador e prestador de apoio, tanto para a gestante, quanto para família. Em meio a isso, um grande facilitador desse apoio são os grupos de gestante, onde as dúvidas são sanadas e as orientações oferecidas de forma mútua. O vínculo estabelecido diante desse contato semanal, entre os profissionais e as gestantes, acarretara em uma evolução satisfatória durante toda a gestação até o momento do parto. O medo e as dúvidas geram a angústia, com a participação em grupos a mulher melhora seu desempenho como gestante, e também a autoconfiança, aprimorando a satisfação com a gestação. É essencial que o profissional estabeleça essa confiança, de forma gradual e contínua. O vínculo é estabelecido a partir do momento em que a gestante sente-se segura diante das orientações fornecidas, e isso requer uma busca avançada de conhecimento e aprimoramento de idéias. Sendo assim, os grupos de gestante merecem uma maior atenção, e incentivo por parte dos profissionais, de forma que esses orientem as gestantes em relação a importância dos grupos, usando dinâmicas e temáticas nas quais chamem a atenção da mulher. Foi possível avaliar a compreensão do tema delimitado pelo grupo, onde a gestante teve dúvidas e colocações positivas, possibilitando uma troca de conhecimento mais abrangente e uma absorção de informações desejada por nós acadêmicos de enfermagem.

**DESCRITORES:** Educação em Saúde, Gestação, Integralidade.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.** Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conversando com a gestante.** Brasília/DF, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília/DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica(DAB),** 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gerência de Saúde Comunitária. Atenção à Saúde da Gestante em APS.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

HOGA, Luiza AkikoKomura and REBERTE, Luciana Magnoni. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2007, vol.41, n.4, pp. 559-566.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

POLIT, D. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1996.

REBERTE, Luciana Magnoni and HOGA, Luiza AkikoKomura. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2005, vol.14, n.2, pp. 186-192.

RODRIGUES, Lilian P. and JORGE, Silvia Regina P. F. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** [online]. 2010, vol.32, suppl.2, pp. 53-56. Epub June 07, 2010.

## **ENFERMAGEM NO CUIDADO À MULHER**

### **HUMANIZAÇÃO NO PRÉ E TRANS OPERATÓRIO DE CESÁREA: UM RESPEITO AO NASCIMENTO**

Daiana Reuse, Leoceni Dornelles Nene, Neiva Brondani, Vanise Mirella Kessler,  
[Cherly Barrozo de Medeiros](mailto:cherly-medeiros@hotmail.com)

Universidade Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus Santo Ângelo  
[cherly-medeiros@hotmail.com](mailto:cherly-medeiros@hotmail.com)

**INTRODUÇÃO:** A gestação é um momento único da vida da mulher. Durante ela ocorrem alterações físicas, fisiológicas, anatômicas e principalmente emocionais. Os sentimentos variam conforme avança a gestação podendo citar a ansiedade para saber o sexo do bebê, o peso, a posição do mesmo que influenciará no parto dentre tantas outras. Ela envolve também os medos da parturiente perante as modificações corporais e desconhecimento quanto aos eventos que antecedem o trabalho de parto e parto. A enfermagem deve estar acompanhando esse processo oferecendo apoio e sanando dúvidas da gestante (LEITE, RODRIGUES, ANTONIELLY et. al. 2014). Dentre as preocupações mais relevantes que as mulheres possuem estão: à dor, se o parto será difícil ou não, o

medo de não reconhecer os sinais do trabalho de parto, do aborto, da anestesia, de estar sozinha na hora do parto, dentre outros medos e aflições diversas (SOUZA, 2015). E é por esses temores que a mulher precisará sentir-se segura de suas escolhas e de seu papel durante o parto. Os profissionais de saúde devem se mostrar sensibilizados com a situação da puérpera bem como se solidarizarem com as expressões de dor, medo e alegria (OLIVEIRA, 2010). Há todo um processo envolvido da espera do bebê até o seu nascimento. Uma rotina que acompanha esse processo deverá ser o acompanhamento pré-natal. Criado pelo ministério da saúde o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) incentiva as gestantes a buscarem o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas de pré-natal. Estas quando a gestação for de baixo risco poderão ser realizadas na Estratégia de Saúde da Família pelo profissional enfermeiro e acompanhadas pelo médico quando for necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2012). O enfermeiro deve oferecer apoio social, por meio da valorização das emoções e sentimentos da gestante, transformando a consulta de pré-natal em um momento de troca de informações e experiências, baseada na escuta ativa trabalhando também com a educação em saúde nos âmbitos de promoção, e prevenção de agravos. Através deste acompanhamento nas consultas pré-natais a gestante cria um laço de confiança e vínculo com a equipe profissional. O vínculo com a equipe e com o profissional médico é fundamental. Porém muitas vezes isso não ocorre de maneira integral no Sistema único de saúde, pois a parturiente realiza as consultas pré-natal nas Estratégias de Saúde da Família com uma equipe multiprofissional, e o parto é realizado em ambiente hospitalar com outra equipe que estará de plantão naquele momento. Este fator muitas vezes acarreta em ansiosos, medos e desconfianças desencadeando processos estressores para a mulher durante o parto (PROGIANTI, COSTA 2012). Além disso, para a realização de um cuidado integral com a parturiente é necessário a presença de uma equipe multidisciplinar, contando com a presença e posicionamento ético dos profissionais de saúde frente o ato cirúrgico, neste caso, a cesárea. A humanização também significa melhoria das condições de trabalho do profissional de enfermagem, para que possam desempenhar suas funções de maneira harmoniosa, sem que os estressores externos afetem e prejudiquem seu trabalho frente a uma gestante que está presenciando o momento único na vida que é o parto (GOMES, CÂMARA, LÉLIS, et.al 2011). Os ansiosos e expectativas estão muito presentes com relação ao parto. Os mesmos são aumentados quando trata-se de um ato cirúrgico: a cesárea. Há muitos paradigmas, mitos e representações sociais que envolvem este ato. Há também a falsa idealização de

que o parto cesáreo seria sem dor. Seguem juntamente os desconhecimentos sobre pré operatório, anestesia, cirurgia, pós operatório e recuperação lenta e gradativa o que muitas vezes não correspondem com as expectativas das mulheres gestantes (PEREIRA, FRANCO, BALDIN 2011). Adicionalmente, o bom desenvolvimento do trabalho de parto é necessário não somente para o bem estar físico, mas também ao estado emocional da mulher, o que favorece a redução dos riscos e complicações. Para tanto, o respeito ao direito da mulher a privacidade, a segurança e conforto, com uma assistência humana e de qualidade, aliado ao apoio familiar durante a parturição, transformam o nascimento num momento único e especial. A proposta de humanização do parto sofre influências diretas de modelos institucionais, do envolvimento e aderência desta proposta por gestores e profissionais, assim como sua capacitação. Entretanto, a implantação efetiva da humanização do parto estará sempre mais dependente da relação entre a mulher e o profissional de saúde, responsáveis por restituir o papel maternal de maneira mais ativa em um modelo de assistência de maior qualidade. **OBJETIVO:** Refletir acerca da humanização durante o processo de nascimento, em cirurgia cesariana. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de reflexão que descreve relatos das autoras na oportunidade de vivências do estágio hospitalar, respectivo ao 7º semestre de enfermagem. Realizado na unidade maternidade e centro Obstétrico de um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul, no mês de junho de 2015 no período da manhã. A unidade possui 11 leitos de internação para puérpera e recém-nascido, distribuídos em quartos de enfermaria, semi-privativo e privativo, onde a prática do alojamento conjunto está edificada. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Muitas vezes a rotina de trabalho, a demanda maior do que a quantidade de profissionais na unidade faz com que o serviço prestado fique mecanizado e biologicista, esquecendo, ou muitas vezes não realizando por falta de tempo, toda a assistência necessária a parturiente, esclarecendo dúvidas da mesma e desvendando medos e mitos acerca da cirurgia cesariana. Como o pré-natal é realizado por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família a gestante passa a ter um vínculo com aqueles profissionais. Já no hospital a mesma é atendida pelo profissional de plantão muitas vezes desconhecido por ela, rompendo dessa maneira a relação de vínculo e confiança, gerando certa insegurança no pré parto e parto. Por tratar-se de uma cesárea as mitificações em torno da mesma são ainda maiores, pois envolvem a anestesia, a recuperação mais lenta, a dor na ferida operatória, o leite que demora mais a “descer”, risco de infecção dentre outros. Além do mais a humanização durante o trans operatório é fundamental. A mulher gestante precisa saber o que está acontecendo com

ela e com o seu bebê naquele momento. É importante responder as indagações da mesma, dar a ela um respaldo quanto á situação do Recém Nascido assim como do decorrer da cirurgia. Seguindo estes passos ela se sentirá mais segura e obterá confiança na equipe.

**CONCLUSÃO:** Portanto, percebe-se a importância da humanização no processo do trabalho de parto e parto da gestante. A confiança na equipe de saúde é fundamental para que a gestante sinta-se acolhida e segura naquele ambiente hospitalar em que ela se encontra. A espera do bebê é um momento único na vida da mulher e da família e devemos tratar o mesmo com a sua devida importância. Humanizar o cuidado e prestar uma boa assistência de enfermagem são passos fundamentais para um bom atendimento a parturiente atendendo todas as suas necessidades. **DESCRITORES:** Parto Humanizado, Cesárea, Educação em Saúde.

**REFERÊNCIAS:** GOMES, Ilvana Lima Verde et al. **Humanização na produção do cuidado à criança hospitalizada: concepção da equipe de enfermagem.** Trab. educ. saúde (Online), Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 125-135, Junho 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198177462011000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462011000100009&lng=en&nrm=iso) ;

JORGETTO, Giovanna Vallim; NORONHA, Rachel; ARAÚJO, Izilda Esmenia Muglia. **Assistência de enfermagem a pacientes cirúrgicos: avaliação comparativa.** Revista Eletrônica de Enfermagem, [S.l.], v. 7, n. 3, dezembro 2006. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/907/1107>

LEITE, Mirlane Gondim et al . Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 19, n. 1, p. 115-124, Mar. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722014000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000100013&lng=en&nrm=iso)>. access

on 01 June 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-7372189590011>. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde. OLIVEIRA, Andressa Suelly de; RODRIGUES, Dafen Paiva; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; FELIPE, Gilvan Ferreira. Percepção de mulheres sobre a vivência de trabalho de parto e parto. Rev Rene. 2010; 11 (esp.): 32-41. PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 3, p. 579-589, Sept. 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300005&lng=en&nrm=iso)>. access

on 01 June 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000300005>. PROGIANTI, Jane Márcia; COSTA, Rafael Ferreira da. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 2, p. 257-263, Apr. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200009&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 June 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200009>. SOUZA, Monique Gonzales de; VIEIRA, Bianca Dargam Gomes; ALVES, Valdecyr Herdy; RODRIGUES, Diego Pereira; LEÃO, Diva Cristina Morett Romano; SÁ, Angela Mitrano Perazzini de. A preocupação das mulheres primíparas em relação ao trabalho de parto e parto. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2015. jan/mar. 7(1): 1987-2000.

## **ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO**

### **EQUIPE DE ENFERMAGEM: RESPEITO É ÉTICA PROFISSIONAL**

Neiva Claudete Brondani Machado, Professora Orientadora do IF Farroupilha –  
Campus Santo Ângelo/RS, [neiva.machado@iffarroupilha.edu.br](mailto:neiva.machado@iffarroupilha.edu.br)

Ana Paula Zavacki, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso Técnico  
em Enfermagem

Elenir de Fátima Ribeiro Nascimento dos Santos, aluna do IF Farroupilha – Campus  
Santo Ângelo/RS, curso Técnico de Enfermagem

Viviane da Silva Lemos, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso  
Técnico de Enfermagem

Sônia Rith Angrizani, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso  
Técnico de Enfermagem

Maria de Fátima da Silva, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso  
Técnico de Enfermagem

Jociane Terezinha dos Santos Ben, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS,  
curso Técnico de Enfermagem

**IFF – Instituto Federal Farroupilha – Campus Santo Ângelo**

## **INTRODUÇÃO**

De acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), os hospitais são instituições complexas de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsáveis pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, exigindo-se assistência

contínua com internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a rede de assistência a saúde (BRASIL, 2013). O cuidar no ambiente de atenção a saúde pressupõe a ética e o respeito na equipe profissional. São estes elementos fundamentais e componentes muito importantes na qualificação da conduta profissional. Para ter a confiança das outras pessoas ao seu redor, é preciso cultivar uma postura profissional que transmita confiança e com isso, segurança ao paciente. A ética deve estar presente em todos os aspectos da enfermagem, desde um simples procedimento até uma conversa com o paciente. É preciso transmitir confiança ao paciente e com isso, mas aproximação à equipe terá em seus atendimentos. Para que isso aconteça, torna-se fundamental também cultivar o respeito um pelo outro dentro da equipe de trabalho, o respeito com o paciente, com o enfermeiro, com o médico e outros envolvidos no processo profissional. Para a equipe assumir uma postura de respeito e ética precisa saber trabalhar em conjunto, respeitando as diferenças e opiniões de ambos os lados, seja do paciente, familiar, profissional de enfermagem e ou outros. E como futuros profissionais técnicos em enfermagem, se importar com o bem-estar do paciente. A maneira de percepção do universo é diferente e variável entre as pessoas, o que acaba interferindo no pensamento crítico e ação profissional. Na saúde essa forma diferente de ver o mundo leva muitas vezes a um tratamento apenas patológico, sem considerar as emoções e o estado psicossocial do paciente. Essa postura precisa ser repensada e o resgate do ser humano no contexto do adoecimento, se traduz, na identificação do cliente como sujeito participativo nas decisões sobre sua saúde. A comunicação com os familiares e esclarecimento do estado de saúde de seu ente querido também é importante, pois ameniza o sofrimento e a possível criação de pensamentos negativos, além de proporcionar conforto e alívio emocional. Nesta relação de envolvimento com a família e com o paciente, é imprescindível reconhecer que o enfermeiro que se impõem demais acaba perdendo o controle da equipe, pois perde a capacidade de ouvir a equipe e realizar uma construção baseada no diálogo profissional. Devido a grande complexidade tecnológica e profissional envolvendo os hospitais, por vezes as equipes de saúde apresentam dificuldades em dialogar e problematizar situações presentes no cotidiano de trabalho, privilegiando apenas os sujeitos dotados de conhecimentos (GUEDES et al, 2009). Essa postura precisa ser modificada. O respeito e a ética andam juntos para a equipe profissional ter sucesso. Não é fácil trabalhar em um lugar onde se vê muito



sofrimento e gritos de dor, porém ver alguém indo embora recuperado e agradecido pelo trabalho realizado é recompensador. É preciso no contexto do cuidado que as capacitações sejam uma constante e a educação permanente faça parte do dia-a-dia dos profissionais de enfermagem. No Brasil a educação permanente tem sido adotada como política de qualificação dos profissionais de saúde utilizando a pedagogia da problematização como proposta de aprendizagem que produza sentido e proporcione a transformação das atividades profissionais mediante a reflexão crítica sobre as práticas reais dos serviços de saúde (BRASIL, 2007). **OBJETIVOS:** Refletir sobre a postura ética da enfermagem no cotidiano de trabalho e o respeito essencial para a harmonia da equipe de trabalho. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de reflexão que descreve relatos dos autores na oportunidade de discussões dos alunos do 4º semestre do curso técnico de Gerência em Saúde. Este relato se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação, neste caso vivenciada pelo estagiário no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). **RESULTADOS:** A necessidade de uma postura profissional de atendimento humanizado dentro do cenário hospitalar e entre os profissionais enfermeiros e técnicos em enfermagem são os fatores principais para que de fato a humanização, o respeito e a ética permeiem a atuação da enfermagem. Isso posto, os benefícios serão para a equipe de trabalho, para o paciente e para a família. **CONCLUSÕES:** A rotina e regras impostas pelas unidades de internação limitam-se muitas vezes a própria condição clínica dos pacientes, limitando também os laços afetivos com os familiares. Essa miscelânea de sentimentos muitas vezes é incompreendida pelos profissionais de saúde. É preciso a aproximação, é necessário a ética e o respeito serem lapidados dia-a-dia.

**Descritores:** enfermagem, ética, profissão.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Endereço eletrônico [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, n.162, ago.2007.

GUEDES, CR, Pitombo L, Barros MEB. **Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde.** Physis 2009; 19(4):1087-1109.

POLIT, DF.; BECK, CT. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 7 ed. Trad. Denise Regina de Sales. Porto Alegre: Artemed, 2011.

## **ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO**

### **O USO DA TECNOLOGIA X HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO: UMA DUALIDADE ATUAL**

Ana Paula Müller Coletto, Alessandra Frizzo da Silva  
[ana.coletto@hotmail.com](mailto:ana.coletto@hotmail.com)

**RESUMO:** A assistência de saúde é um processo que depende de várias tecnologias, as quais podemos considerar as leves, leves-dura e as duras, todas elas necessitam serem usadas de forma complementar. A tecnologia dura vem ganhando cada vez mais destaque, sendo o seu uso priorizado, no entanto, não podemos nos distanciar da importância da tecnologia leve, a qual abrange uma visão mais holística do paciente, considerando o cuidado humanizado, a formação de vínculo e o processo de acolhimento.

**INTRODUÇÃO:** A tecnologia no campo da saúde tem ganhado cada vez mais ênfase, tendo em vista que os processos tecnológicos voltados ao cuidado do paciente/cliente se solidificam na busca de melhorar e contribuir para uma recuperação mais rápida e dinâmica. Nesse sentido, é importante destacar que os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, possuem o dever de investir na compreensão dessa temática. Um enfoque básico que o profissional enfermeiro deve conduzir é saber manejar os equipamentos voltados ao cuidado de enfermagem, associando o cuidado assistencial com o cuidado humanizado (SILVA e FERREIRA, 2014). A tecnologia está facilmente a disposição, e é de saber comum que o próprio Ministério da Saúde desenvolve estratégias para incentivar a tecnologia, como o Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o Sistema Único de Saúde (SUS), que existe desde o ano de 2002. No entanto, o profissional necessita ser capacitado para conhecer e saber como utilizar as novas tecnologias de forma correta e eficaz. A tecnologia assume um papel fundamental no processo de recuperação saúde/doença, já que constitui uma ferramenta que auxilia no

tratamento do paciente/cliente. No Brasil, o campo de Tecnologia Biomédica é considerado uma atuação nova, que segundo o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) é a aplicação de tecnologia para a solução de problemas médicos. Quando nos referimos à tecnologia na área da saúde precisamos considerar necessidades e temáticas diferentes, sendo assim, podemos classificar diferentes tipos de tecnologias voltadas ao processo de trabalho da saúde: a) Leves: relações como formação de vínculo, acolhimento, gestão; b) Leve-duras: clínica-médica, clínica psicanalítica, saberes estruturados; c) Duras: material concreto, maquinários, normas, estruturas organizacionais (PEREIRA et al, 2012 e MERHY, 2002). Como objetivo principal queremos discutir sobre o uso de tecnologias e o cuidado humanizado. Já os objetivos gerais: Identificar como ocorre o processo de aplicação da tecnologia; identificar como a equipe consegue estabelecer o processo do cuidado humanizado; observar como tecnologia e humanização são utilizadas/realizadas; observar qual o conhecimento da equipe sobre essa dualidade (tecnologia e humanização). O presente estudo se justifica pela necessidade de discutir a relação entre a aplicação da tecnologia e o processo de humanização. Essa dualidade está presente nas instituições de saúde, cada vez mais é possível perceber que a tecnologia ganha espaço no processo saúde/doença, e com isso a humanização do cuidado não pode deixar de assumir um caráter inovador. OBJETIVO: O estudo tem como objetivo discutir a questão entre a dualidade da tecnologia e leve, leve-dura e dura no cuidado de enfermagem, ressaltando a necessidade do cuidado humanizado. METODOLOGIA: A seguinte pesquisa trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelas autoras, durante a realização do Estágio Hospitalar Supervisionado IB, respectivo ao 9º semestre de Enfermagem. As práticas foram realizadas em ambiente hospitalar de caráter filantrópico, justificando-se pela necessidade de reflexão diante das práticas vividas e presenciadas. O relato de experiência se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação, vivenciada pela estagiária no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica. (POLIT; BECK, 2011). O estudo apresenta um olhar qualitativo, abordando a problemática vivenciada, tendo como referência o método observacional. Foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: diário de estágio, observação estruturada, participação na atividades e análise da estrutura física. Não foram utilizados dados pessoais. DISCUSSÃO E RESULTADOS: Quando a tecnologia dura é aplicada de forma invasiva, sendo considerado o principal instrumento colaborador para a recuperação do paciente/cliente, o profissional de saúde precisa reestabelecer metas. Para que o processo de trabalho de saúde seja concretizado é necessário utilizar diversos tipos de tecnologias: leve, leve-duras e duras (KOTZ et al, 2014). Entretanto, podemos afirmar que qual seja a tecnologia a ser utilizada, o profissional precisa receber informações acerca de sua funcionalidade. Por mais simples que uma ação possa parecer, ela deve ser estudada e compreendida pelo profissional, para que assim, ela seja realizada com qualidade. Cabe salientar que a educação continuada deve ser utilizada como uma ferramenta nesse processo de aprendizagem, procurando conduzir de maneira eficiente as ações da equipe de saúde. Ao destacar que o cuidado humanizado, o acolhimento e a criação de vínculo são tecnologias, percebemos que existe uma grande dualidade entre esses conceitos e a caracterização de tecnologia propriamente dita. É difícil manter uma

percepção de quão abrangente às ferramentas tecnológicas podem ser, considerando que elas estão interligadas, ou seja, para a qualidade do serviço ao paciente/cliente é necessário que tecnologia leve, leve-dura e duras sejam realizadas de formas complementares. Uma realidade bastante conflituosa entre o uso de tecnologias e o caráter humanizado do cuidado pode ser encontrado dentro do ambiente de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), já que esta é composta por equipamentos modernos, onde o paciente/cliente é monitorado por meios eletrônicos e depende de aparatos não humanos. É importante estabelecer um processo de cuidado de enfermagem que envolva essa questão, pois mesmo o paciente/cliente estando bem assistido, o caráter humanizado do cuidado deve se fazer presente rotineiramente. A introdução cada vez mais notável de tecnologias leve-duras e duras na área da saúde, acaba por constituir um caráter mais automatizado e robotizado do cuidado, levando à uma assistência voltada as demandas físicas. Como o aparato tecnológico, quando falamos de materiais sólidos, é mais vistoso, tem-se a ilusão de estar-se aplicando um cuidado melhor. No entanto, não podemos nos distanciar das tecnologias leves, as quais muitas vezes são as que mais proporcionam bem estar e conforto ao paciente/cliente. Segundo uma investigação, o enfermeiro que cuida de um paciente que faz uso de aparelhos apresenta dois tipos de ação: o cuidado e a ação tecnológica, sendo que a primeira exige maior conhecimento, solicitando do profissional a busca de dados objetivos e subjetivos, já a segunda se faz a partir de dados prontos (SILVA e FERREIRA, 2013 e SILVA e FERREIRA, 2011). Com isso evidenciamos a complexidade da implementação das tecnologias, principalmente as tecnologias leves, que exigem do profissional uma ação própria, individual e única. Como a execução do cuidado humanizado demanda uma responsabilidade muito grande do profissional, já que ele precisa estabelecer conexões objetivas e subjetivas lógicas, a aplicação isolada da tecnologia dura se torna uma técnica mais cômoda. O profissional tem a oportunidade de participar de forma ativa ou como mero coadjuvante no cuidado do paciente. A facilidade que as tecnologias duras oferecem no cotidiano no ambiente de trabalho, podem camuflar a importância que deve ser destinada as ações humanizadas. O que pode ocorrer é que o profissional, já estando desmotivado, ou até mesmo desatualizado não transite nesse processo de relacionar as diferentes tecnologias e aplica-las no cuidado ao paciente. CONCLUSÕES: Diante do exposto podemos concluir que existe uma grande dualidade entre a aplicação de tecnologias duras e a continuidade do cuidado humanizado. O profissional de saúde precisa considerar seu paciente como um todo, tendo uma visão singular, holística, buscando compreendê-lo de forma biopsicossocial. Para isso, é importante destacar que o cuidado humanizado, a formação de vínculo e o acolhimento são instrumentos – considerados tecnologias leves – indispensáveis no processo do cuidar. É importante também, destacar que o profissional necessita ter conhecimento sobre suas práticas e ações, para que assim ele esteja envolvido de forma dinâmica no cuidado do paciente. PALAVRAS-CHAVE: tecnologia biomédica, humanização da assistência, cuidados de enfermagem.

## **REFERENCIAS**

\*KOTZ M. Tecnologias, humanização e o cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. Rev. Uningá Vol.18,n.3,pp.50-55(Abr- Jun), 2014.

\*SILVA RC, FERREIRA MA. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. Rev Bras Enferm. 2014 jan-fev; 67(1): 111-8.

\*PEREIRA CDFD, et al. Tecnologias em enfermagem e o impacto na prática assistencial. Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde, On-Line, Desde 2010.

\*POLIT, DF.; BECK, CT. . **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7º ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

\*MERHY EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC; 2002.

\*SILVA RC, FERREIRA MA. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(6):1325-32.

\*SILVA RC, FERREIRA MA. A dimensão da ação nas representações sociais da tecnologia no cuidado de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2011;15(1):140-8.

## **ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO**

### **A AUSÊNCIA DA PADRONIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: UMA AMEAÇA À SEGURANÇA DO PACIENTE**

Ana Paula Müller Coletto, Alessandra Frizzo da Silva  
[ana.coletto@hotmail.com](mailto:ana.coletto@hotmail.com)

**RESUMO:** Pode-se perceber que o cuidado envolve diversos aspectos conjunturais e estruturais, englobando a assistência multiprofissional, a segurança do paciente/cliente, e a humanização do cuidado. Para assegurar que o atendimento seja prestado com segurança e qualidade é necessário implementar uma rotina, técnicas padronizadas, as quais todos os profissionais estejam habilitados a realizar. **INTRODUÇÃO:** No atual cenário de saúde, a emblemática segurança do paciente representa uma das principais discussões, sendo até mesmo instituído no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o qual traz como objetivo principal colaborar para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013). O cuidado com o paciente/cliente deve ser uma ação realizada de forma integral e por todos os integrantes da equipe assistencial. Ainda no século XX, podemos perceber uma maior ênfase na prestação de serviços de saúde com qualidade, devido principalmente a aspectos como o aumento das demandas de saúde, que gera aumento de custos e limitação dos recursos, e também o maior esclarecimento da população, que conseqüentemente

reivindica um serviço mais adequado e efetivo (LIMA et al, 2013 e CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000). Essa nova demanda influencia não somente um melhor atendimento aos pacientes/clientes, mas também, uma alternativa mais qualitativa de caracterizar o prestador de serviços. Levando em consideração a amplitude da segurança do paciente, temos um aspecto elementar: a realização correta da técnica de procedimentos. Realizar um procedimento de forma teórico/prática correta exige conhecimento e atenção de quem realiza. A padronização da execução de procedimentos é uma alternativa para diminuir possíveis erros e iatrogenias. Pode-se identificar o erro, como uma ação, não intencional, de um plano incorreto para alcançar um objetivo, ou à não execução de um planejamento (DUARTE et al, 2014). O interesse por esse estudo surgiu durante a prática no Estágio Hospitalar Supervisionado, tendo a acadêmica, a oportunidade de visualizar questões cotidianas da unidade onde estava inserida. Ao conceber um dilema ético/profissional em um ambiente que presta serviços de saúde, devemos buscar um diálogo reflexivo, capaz de nos conduzir a ações claras e objetivas.

**OBJETIVO:** O presente estudo teve como objetivo refletir sobre como os procedimentos de enfermagem e dos demais membros da equipe multiprofissional, realizados em âmbito hospitalar, podem interferir na segurança do paciente.

**METODOLOGIA:** A seguinte pesquisa trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelas autoras, durante a realização do Estágio Hospitalar Supervisionado IB, respectivo ao 9º semestre de Enfermagem. As práticas foram realizadas em ambiente hospitalar de caráter filantrópico, justificando-se pela necessidade de reflexão diante das práticas vividas e presenciadas. O relato de experiência se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação, vivenciada pela estagiária no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica. (POLIT; BECK, 2011). O estudo apresenta um olhar qualitativo, abordando a problemática vivenciada, tendo como referência o método observacional. Foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: diário de estágio, observação estruturada, participação na atividades e análise da estrutura física. Não foram utilizados dados pessoais.

**RESULTADOS E ANÁLISE:** No cotidiano hospitalar temos um processo intenso de novas tecnologias e adaptações, além da prática de procedimentos cotidianos. O que de fato chama atenção, é que tais procedimentos possuem técnicas a serem seguidas para que, sejam realizadas de forma correta e eficaz. No entanto, é de saber comum, que cada profissional busca adaptar tal técnica no intuito de melhor realizá-lo. A adaptação individual de cada procedimento acaba fornecendo alguns riscos para efetividade e para a segurança do paciente/cliente. Como as percepções de certo e errado são diferentes para cada indivíduo, se torna eminente que cada profissional apresentará limites distintos para modificar determinada técnica. Nesse sentido é necessário que ocorra diálogo entre os profissionais, para que se possa discutir e determinar com objetivo, como serão aplicadas determinadas técnicas, tentando criar uma padronização na realização dos procedimentos. Ao determinar a padronização da realização dos procedimentos procura-se estabelecer uma rotina segura, a qual possa contribuir para a segurança do paciente/cliente. A comunicação entre os profissionais de saúde, em qualquer âmbito de atuação é de extrema importância para que se desenvolva um atendimento de saúde com qualidade. Observa-se que, principalmente na relação

médico/enfermeiro ocorre uma forma ineficaz de comunicação, acarretando na baixa qualidade na prestação de serviço e o alto risco de negligência (NASCIMENTO et al, 20...). A ausência de comunicação entre os profissionais interfere tanto no processo de trabalho, principalmente na sua qualidade, quanto nas relações interpessoais. Em estudo realizado em um hospital universitário, em uma UTI, constatou-se que a comunicação deficitária gera uma ruptura na continuidade do cuidado, além de acarretar estresse na equipe (MARTINS et al, 2014). Quando se omite a responsabilidade da comunicação, perdemos a oportunidade de questionar, de interagir e procurar uma alternativa eficiente para ser realizada em prol do paciente/cliente. Ao executar técnicas padronizadas estaremos oferecendo ao paciente/cliente, além de segurança, uma contribuição para o processo humanizado do cuidado. Sabemos que a enfermagem é uma ciência que valoriza o cuidar, tendo assim, os profissionais enfermeiros maior responsabilidade e comprometimento para que a humanização seja realizada de forma efetiva. Desde o ano de 2001, quando o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), tendo como um dos seus principais objetivos capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde (BRASIL, 2001), o processo de humanização ganhou uma nova roupagem no Sistema Único de Saúde (SUS). Em resposta a efetivação de um sistema de condutas praticas padronizado, teremos uma percepção estrutural mais dinâmica e reflexiva do quanto é importante se instituir uma rotina. Pensando-se sempre na segurança do paciente e no processo contínuo da humanização, espera-se tornar o atendimento de saúde mais eficaz e com maior qualidade. **CONCLUSÕES:** O processo de cuidar envolve diversos aspectos como a segurança do paciente/cliente, a humanização do cuidado, a realização correta de procedimentos entre tantos outros. Ao se considerar a importância da execução dos procedimentos – principalmente os de enfermagem – necessitamos compreender a importância de se estabelecer uma padronização das técnicas. Como cada profissional pode adaptar as técnicas de procedimentos, muitas vezes, essas adaptações podem tornar-se excessivas, o que pode comprometer a prática do cuidado, bem como a segurança do paciente/cliente. Nesse sentido a seguinte discussão deve ser dirigida tanto a profissionais de saúde atuantes, quanto para acadêmicos da área da saúde, problematizando a questão e promovendo um diálogo reflexivo e construtivo. **PALAVRAS CHAVES:** segurança do paciente; assistência hospitalar; serviço hospitalar de enfermagem.

#### REFERÊNCIAS

\*BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm). Acesso em: 02 de abril de 2015.

\* BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, 2013. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 21 de março de 2014.

\* LIMA, Fabiane da Silva Severino; GOMES, Natália Pimentel Gomes; FREIRE de VASCONCELOS, Patricia; AIRES de FREITAS, Consuelo Helena; BESSA JORGE, Maria Salete; De SOUZA OLIVEIRA, Adriana Catarina. **Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermeira**. Enfermería Global, n° 35, p. 293 – 309, 2014.

\*CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. **Defining quality of care**. Soc Sci Med, v. 51, n. 11, p. 1611-25, 2000.

\*DUARTE, Ricardo Silvestre; SALLES, Roseluci Santos; CASSIAVILLANI, Carlos Alberto; LA CAVA, Ângela. **O Gerenciamento de Risco e a notificação de erro pela equipe de Enfermagem: relato de um hospital federal acreditado**, v. 4, n. 7, p. 104 – 112, 2014.

\*CHEREGATTI. Aline Laurenti; AMORIM, Carolina Padrão. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 2° ed. São Paulo: Martinari, 2014.

\* BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar (PNHAH)**. Brasília: MS: 2001;

\* POLIT, DF; BECK, CT. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7° ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

\*NASCIMENTO, Vanessa Cerqueira. **Comunicação entre médicos e enfermeiros como instrumento básico do cuidar dentro da unidade de terapia intensiva**. Disponível em:

[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10225/1/2014\\_art\\_gscerqueira.htm](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10225/1/2014_art_gscerqueira.htm).

Acesso em: 01 de abril de 2015.

\*MARTINS, Claudia Cristiane Filgueira. **Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem X estresse: limitações para a prática**. Cogitare Enferm. 2014 Abr/Jun; 19(2):309-15.

\*BRASIL. Decreto n° 94.406. Regulamenta a Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm). Acesso em: 02 de abril de 2015.



## **ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA**

### **O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO EDUCADOR DE SAÚDE NAS VISITAS DOMICILIARES**

Renata Micheli de Faria Costa, Mariane Dorneles Costa Turchiello, Zaleia Prado de Brum, Mery Lilian Eickhoff.

URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Das Missões – Campus  
Santo Ângelo  
[renata\\_faria18@hotmail.com](mailto:renata_faria18@hotmail.com)

**INTRODUÇÃO:** A Constituição Federal de 1988 regulamenta o acesso universal e igualitário à saúde, também define que o SUS seja organizado a partir das seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral à saúde e participação popular (BRASIL, 1988). Dois anos após a Constituição Federal de 1988 entra em vigor a Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990 a qual regula as ações e serviços de saúde no Brasil, bem como a definição dos objetivos, atribuições, princípios e diretrizes do SUS, além de dispor sobre “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1990 p.1), contando com a contribuição de diversas categorias profissionais, entre elas os agentes comunitários de saúde (ACS), objeto deste estudo. No início da década de 90 foi implementado o Programa Agentes Comunitários em Saúde (PACS), recrutados por meio informal e sob processos seletivos locais, com a finalidade de prestar apoio à assistência básica em localidades do interior. Estes profissionais são supervisionados pelo enfermeiro da Unidade Básica de Saúde (UBS) (GIOVANELA et.al, 2012). Conforme a legislação o município deve atender a proporção de um ACS para, no máximo 150 famílias ou 750 pessoas (BRASIL, 1997). Apesar de o PACS existir desde o início dos anos 90, ele somente foi regulamentado no ano de 1997, através da Portaria nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997, a qual institui as normas e diretrizes do PACS e do Programa de Saúde da Família (PSF), reconhecendo a importância destes programas para a consolidação do SUS (BRASIL, 1997). Vale salientar que o PACS e PSF atuaram na priorização do princípio de equidade no SUS, contemplando populações mais vulneráveis nestes programas, posteriormente se adotou a Saúde da Família como uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) dando a Atenção Primária à Saúde (APS) um “caráter mais abrangente”, além de integrar a rede de ações e serviços de saúde em diferentes complexidades (GIOVANELA et.al, 2012). Sendo os ACS parte imprescindíveis da equipe multidisciplinar proposta pelo Ministério da Saúde, verifica-se a importância de sua

atuação neste processo de fortalecimento da APS, pois estes fazem parte da realidade social na qual a comunidade de abrangência está inserida. Neste sentido, determina-se a importância das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, sendo estas umas das atribuições dos ACS, neste contexto, o desenvolvimento de “atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade [...]” (BRASIL, 2012, p.49). A educação em saúde nos serviços é vista como uma importante ferramenta de trabalho para melhora da saúde individual e coletiva, porém muitas vezes estas ações são realizadas de forma insatisfatória. Deve-se lembrar de que se trata de uma estratégia de promoção da saúde, que possibilita o enfrentamento das vulnerabilidades sociais, além de tornar possível enfrentar “a discriminação no atendimento, o não acolhimento, a não informação”, entre outros problemas que abarcam os serviços de saúde, a população e os profissionais (BRASIL, 2008, p.5). **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivenciada por uma acadêmica do décimo semestre do curso de graduação em enfermagem numa ESF a partir do acompanhamento em visitas domiciliares aos agentes comunitárias de saúde e a observação das orientações de educação em saúde realizadas pelas profissionais no seu cotidiano de trabalho. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência decorrente de uma vivência no cenário de prática da disciplina de Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva do curso de graduação em Enfermagem numa ESF no interior do Rio Grande do Sul no segundo semestre do ano de dois mil e quatorze. **RESULTADO:** Ao acompanhar as visitas domiciliares concretizadas pelos ACS bem como as ações de educação em saúde e orientações realizadas por estes profissionais, percebe-se que estes estão trabalhando de forma adequada conforme as atribuições e competências de sua profissão. Foram realizadas várias ações de educação em saúde à comunidade visando à promoção e prevenção de doenças, tais como, a sensibilização sobre a importância de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física, prevenção à hipertensão, diabetes, doenças crônicas não transmissíveis, acidentes com animais peçonhentos, higiene, transtornos psíquicos em especial depressão e ansiedade, prevenção ao uso de álcool e outras drogas, entre outras. A comunidade também é orientada pelos ACS no que se refere ao fluxo de rede no município, informando-os onde são realizados os encaminhamentos, exames, os centros de referência, disponibilização de medicações, norteando o usuário sobre os serviços disponíveis na rede de atenção à saúde (RAS) do município. O que tem contribuído para este resultado são as atividades de educação permanente em saúde

realizada pelo Programa de Educação para o Trabalho (PET-SAÚDE) aos ACS a cada quinze dias, as quais são planejadas por acadêmicos de diferentes cursos bolsistas do projeto em conjunto com docentes (tutores) da universidade. Estas atividades de educação permanente em saúde proporcionada aos ACS pelo PET-SAÚDE têm contribuído para o bom desempenho destes profissionais em seus cenários de prática. A Educação Permanente em Saúde é entendida como uma construção de conhecimento que permite a troca de saberes e qualificação dos profissionais envolvidos, além de colaborar para a mudança e reorganização das práticas no cenário do trabalho, propondo que estas sejam baseadas diante da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2009).

**CONCLUSÃO:** Considerando que o trabalho dos ACS em ações de educação em saúde é entendido como uma estratégia para melhoria da qualidade de vida da população, com vistas a propiciar aos cidadãos autonomia para gerir o seu próprio cuidado, destaca-se a importância do trabalho destes profissionais. Sendo imprescindível proporcionar mecanismos de educação permanente em saúde aos ACS como subsídio para que possam desenvolver seu trabalho de educador com conhecimentos pertinentes às necessidades da população, estando em constante atualização. Além disso, acredita-se que, a partir de ações de educação em saúde realizadas por estes profissionais, é possível contribuir para o empoderamento dos usuários acerca de seus direitos na medida em que confere conhecimento e fortalece a cidadania destes sujeitos. Descritores: Educação para a Saúde, Educação Permanente, Promoção da Saúde

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/constituicao\\_196\\_200.html](http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/constituicao_196_200.html)>

Acesso em: 19 set. 2014.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>

Acesso em: 19 set. 2014.

BRASIL. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

Disponível

em:[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21\\_Portaria\\_1886\\_de\\_18\\_12\\_1997.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf) Acesso em: 19 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>> Acesso em: 23 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Bases para a Educação em Saúde nos Serviços. Brasília: DF, 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto\\_base\\_prat\\_educ\\_dagep.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_base_prat_educ_dagep.pdf)> Acesso em: 23 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: DF, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf)> Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: DF, 2012.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

## **ENFERMAGEM NO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

### **O ENFERMEIRO/EQUIPE COMO AGENTE TRANSMISSOR DE INFECÇÃO: O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

Renata Micheli de Faria Costa, Narciso Vieira Soares, Neiva Claudete Brondani  
Machado

URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santo  
Ângelo  
[renata\\_faria18@hotmail.com](mailto:renata_faria18@hotmail.com)

**INTRODUÇÃO:** Segundo o Ministério da Saúde a infecção hospitalar é aquela adquirida após a admissão do paciente no serviço de saúde ou a que se manifesta durante

a permanência do paciente no hospital ou após a alta quando relacionada à internação ou procedimentos realizados no hospital manifestadas antes de 72 horas da internação, porém associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período (BRASIL, 1998). As infecções hospitalares são tão antigas quanto os hospitais, porém somente em 1950 foi criada na Inglaterra a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Na atualidade, a infecção hospitalar constitui um grande problema de saúde pública já que está entre as maiores causas de morbimortalidade no hospital (SOUZA, 2008). Sendo assim, torna-se importante ressaltar a higienização das mãos devido a sua capacidade em abrigar diversos tipos de microrganismos que poderão ser transmitidos de uma superfície para outra e por contato direto ao paciente. Assim, a higienização das mãos atende todas as exigências legais e éticas promovendo a segurança e a qualidade da assistência prestada ao usuário. Diversos estudos comprovam que a lavagem das mãos é efetiva e de baixo custo para a instituição (ANVISA, 2008). A enfermagem assume um papel bastante relevante no controle da Infecção Hospitalar (IH), sendo a categoria profissional mais envolvida com o paciente e seus cuidados. Desta forma, torna-se importante que a equipe de enfermagem atue com profilaxia e controle de infecções relacionados à assistência e que a higiene das mãos tenha um papel importante para a qualidade da assistência prestada ao paciente. A assistência à saúde, independentemente do nível de atenção, sendo de prevenção, proteção ou tratamento e reabilitação, os profissionais da saúde devem perceber o indivíduo como um ser integral e não fragmentar o cuidado. Assim, devem levar em consideração que as IH são multifatoriais, e toda essa problemática de como reduzir as infecções, intervir em situações de surtos e manter sob controle as infecções dentro de uma instituição, devem ser resultado de um trabalho de equipe (PEREIRA, 2005). Desta forma, se torna importante que os trabalhadores estejam participando de educação permanente e continuada frequentemente até porque, devido à grande rotatividade de usuários e da mudança muito frequente na tecnologia no cuidado, ocorre a exigência de que estes profissionais estejam sempre capacitados para executar uma assistência mais qualificada e com menos risco de infecção, pois as IH podem gerar grandes danos ao usuário.

**OBJETIVOS:** Refletir sobre a importância de adotar medidas para o controle de infecção hospitalar. **MÉTODO:** Este estudo consiste em um relato de experiências vivenciado pela discente da disciplina de Estágio Curricular Supervisionado I, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santo Ângelo, no período de março de 2015 (POLIT; BECK, 2011).

Este estudo possibilita que os profissionais da área da saúde possam refletir sobre a importância de adotar medidas para o controle de infecção hospitalar. **RESULTADOS:** A superfície das mãos tem a capacidade de abrigar micro-organismos, bem como funcionar como fonte de transmissão dos mesmos durante as atividades de cuidado à saúde dos pacientes. As mãos apresentam, principalmente, dois diferentes tipos de populações microbianas formadas pela microbiota residente e a microbiota transitória. (BRASIL, 1998). A lavagem das mãos constitui-se em uma medida básica para reduzir das infecções cruzadas em serviços de saúde, sendo uma atividade simples, mas de difícil adesão dos profissionais (FERNANDES, 2000). A atuação da enfermagem no controle de infecção surge com a participação de Florence Nightingale, que priorizou as técnicas assépticas, equipando hospitais e reestruturando a assistência de enfermagem na tentativa de reduzir as doenças transmitidas pela má higienização das mãos e do ambiente (RODRIGUES, 1993). Nightingale percebeu que eram muito altos os índices de mortalidade além de levar à muitas possibilidades do paciente ir à óbito. Entretanto, ela conseguiu reduzir estes indicadores ao instalar cozinhas e lavanderias nos hospitais, além de buscar a melhoria das condições sanitárias ao observar que com essas condições anteriores prejudicaria o cuidado com o paciente. Segundo Pereira (2005), as infecções podem ainda ser definidas em: preveníveis e não preveníveis. As infecções preveníveis são aquelas em que se pode interferir na cadeia de disseminação dos microorganismos através de medidas preventivas como: lavar as mãos; processamento de artigos e superfícies; utilização de equipamentos de proteção individual e a observação rigorosa de medidas de assepsia. As não preveníveis são aquelas que ocorrem apesar de todas as precauções tomadas. Um outro fator é a importância de estudos a respeito das infecções hospitalares o que, de certa forma, contribui para a qualidade do cuidado prestado ao paciente para, por consequência, redução do tempo de permanência do usuário no hospital. **CONCLUSÕES:** A conscientização dos profissionais através de educação permanente e continuada constitui-se em uma ferramenta bastante importante para a qualificação do profissional. Isto, de certa forma, fará com que os profissionais repensem em como está sendo sua prática e como ela está contribuindo para a recuperação do paciente. Um outro fator que interfere direta, e indiretamente, na qualidade da assistência é a gestão do hospital quando o mesmo trabalha com o aspecto quantitativo. Ou seja, quanto maior for o número de atendimentos menor será a qualidade na atenção, pois a maioria dos hospitais priorizam o atendimento deixando a educação para o trabalho de

lado. Descritores: Desinfecção de Mãos, Assistência de Enfermagem, Educação Permanente.

## **REFERÊNCIAS**

POLIT, Denise F. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem / Denise F. Polit, Cheryl Tatano Beck; tradução: Denise Regina de Sales; revisão técnica: Anna Maria Hecker Luz, Lísia Maria Henriqueta Luce Kruse. – 7. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRASIL. Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecções hospitalares no Brasil. Gabinete do Ministro, Brasília. 12 maio 1998.

SOUSA CMM, Alves MSCF, Moura MEB, Silva AO. Os direitos dos pacientes da saúde em casos de infecção hospitalar. Rev. bras. enferm. 2008;61(4):411-7

PEREIRA, Milca Severino; SOUZA, Adenícia Custódia Silva e; TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga and PRADO, Marinésia Aparecida do. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. Texto contexto - enferm. [online]. 2005, vol.14

Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. Manual de segurança do paciente – higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília: ANVISA/MS; 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Prevenção de infecções adquiridas no hospital: um guia prático. Insarj. [on-line] 2005 mar/abr; [citado 30 abril 2005]; [1 tela]. Disponível em: [www.insarj.pt/site/resources/ images/PNCI/man\\_oms.pdf](http://www.insarj.pt/site/resources/images/PNCI/man_oms.pdf)

RODRIGUES EACR, Mendonça JS, Amarante JMB, Filho MBA, Grinbaum RS, Richtmann R. Infecções hospitalares – Prevenção e Controle. São Paulo: Ed. Sarvier, 1997

## ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### PET/REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E MAMA

**Samara Bermann Zancan, Caroline Portela Peruzzi, Claudia Letícia Gras Mello, Vera Regina Medeiros Andrade & Narciso Vieira Soares**

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões/Departamento de Ciências da Saúde/Curso de Enfermagem,  
[samaraaz@bol.com.br](mailto:samaraaz@bol.com.br)

**INTRODUÇÃO:** O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET/REDES tem como objetivos qualificar as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) oferecidos à população. Promover a qualificação de docentes, discentes e profissionais inseridos nos serviços para a redução da vulnerabilidade dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, tais como: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010-a; BRASIL, 2010-b). Entre as práticas educativas está a educação em saúde, a qual é destinada a reforçar a consciência do indivíduo sobre sua realidade. Fatores condicionantes e determinantes de saúde interferem de maneira direta na qualidade de vida, podendo estar inserida onde as pessoas trabalham e vivem. Portanto, a partir da circulação da palavra, buscou-se através do dispositivo da entrevista, conhecer o contexto onde as mulheres/mães estavam inseridas na perspectiva de trabalhar-se a promoção e prevenção da saúde da mulher. Entre as principais causas de enfermidades feminina está o câncer de mama e colo do útero. Conforme estudos realizados pelo INCA (Instituto Nacional de Câncer), o câncer de colo de útero é o segundo com maior incidência no Brasil. A maioria dos casos é diagnosticado em estágio avançado e a estimativa média de sobrevivência é de 49% em cinco anos. Entre os principais fatores de risco para o câncer do colo do útero está o *Papilomavírus humano* (HPV) que pode ser transmitido por meio de contato direto com o epitélio vaginal, oral ou anal (BRASIL, 2014). Segundo Bertolin *et al.* (2010), em seu estudo realizado em cidades do interior do estado de São Paulo, demonstraram que 68% das mulheres entrevistadas não sabiam o que significava HPV e com relação à frequência da realização do exame do Papanicolaou, 45% das mulheres responderam que o exame deveria ser



realizado 2 vezes ao ano (BERTOLIN et al., 2010). No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, o câncer de mama representa uma das primeiras causas de óbitos em mulheres, sendo apenas superado pelas mortes provocadas por doenças cardiovasculares e causas externas (acidentes de trânsito e violência urbana). Este fato situa o câncer de mama como a terceira causa responsável pelo índice de grande mortalidade em mulheres no país, principalmente nas regiões sul e sudeste, o que indica uma mudança no perfil de mortalidade (DUARTE & ANDRADE, 2003; BRASIL, 2014). Para que haja um processo de orientação destas mulheres é essencial uma boa comunicação de forma simples e objetiva. A comunicação é um processo interpessoal que envolve trocas verbais e não verbais de informações e ideias, comunicação não se refere somente ao conteúdo, mas também aos sentimentos e emoções que as pessoas podem transmitir num relacionamento, é considerado um dos mais importantes fatores utilizados para estabelecer um relacionamento terapêutico. Enfatizar o acolhimento é uma estratégia de reorientação da assistência à saúde, buscando alterar a lógica do modelo técnicoassistencial com o objetivo de alcançar o princípio universalidade e promover a saúde (POTTER & PERRY, 2004). Para Buss, à promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas centralmente a transformação dos componentes do indivíduo, focando seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente cultural da comunidade em que se encontra. No que diz a carta de Ottawa define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade atuar na melhoria de sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, neste mesmo documento estabelece as condições e os recursos fundamentais para a saúde como: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BUSS, 2012). OBJETIVO: Saber o grau de instrução das mulheres mães sobre a importância do exame Papanicolau e do alto exames das mamas e orienta-las através de suas dúvidas. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência de um projeto de extensão realizado com as mulheres/mães de pacientes do CAPS I II HAKANI na cidade de Santo Ângelo, RS, no período de março de 2014. Primeiramente, acompanhadas pela preceptora, as acadêmicas visitaram a rede de atenção à saúde da mulher disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde, com o intuito de instruir-se sobre o funcionamento da mesma. Após realizou-se o planejamento da entrevista, a qual visou verificar o grau de instrução destas mulheres para orientá-las sobre o funcionamento da rede de atenção à saúde da mulher do Sistema Único de Saúde (SUS). A execução da entrevista foi realizada durante o período em que as mulheres/mães

aguardavam com seus filhos (as) para a consulta com a médica psiquiatra. A preceptora juntamente com as acadêmicas convidou-as a participarem da entrevista e orientou-as sobre o trabalho proposto. Essa entrevista foi realizada no segundo andar em uma sala apropriada para recebê-las individualmente por cada acadêmica. Após coletar esses dados sobre o grau de instrução dessas mulheres, desenvolveu-se um material com informações sobre o câncer do colo do útero e da mama em linguagem acessível ao grau de instrução dessas mulheres. **RESULTADOS E ANÁLISE:** O presente relato de experiência trata-se das práticas dos participantes do PET/Redes de Atenção à Saúde - Rede de Atenção Oncológica com Ênfase à Saúde da Mulher na Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Mama da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus Santo Ângelo, desenvolvido em Centro de Atenção Psicossocial Infância Adolescência - CAPS i II HAKANI, o qual teve por objetivo verificar o nível de informação das usuárias do SUS em relação aos serviços de saúde da mulher, para realizar uma prática a partir das nossas vivências e experiência acadêmica, no convívio com as mulheres/mães de pacientes do CAPS i II HAKANI. A atividade foi desenvolvida no mês de março de 2014, por meio de entrevista individual com cada participante, para a qual cada uma foi convidada a participar. Após esse primeiro momento e esclarecimentos sobre o trabalho proposto com o auxílio da preceptora, as mulheres/mães interessadas foram encaminhadas a uma sala onde as acadêmicas do curso de enfermagem e farmácia desenvolveram a atividade. No desenvolver da entrevista a partir do que elas traziam foi discutido sobre o câncer de mama envolvendo seus sintomas, fatores de risco, incidência, formas de tratamento e a importância do alto exame das mamas para seu diagnóstico precoce. Após discutiu-se sobre o câncer do colo uterino, entre os assuntos abordados sobre a neoplasia foi à prevenção com o exame Papanicolaou, conhecido popularmente como exame preventivo do câncer do colo do útero, o qual toda mulher deve realizar uma vez ao ano, fatores de risco para o desenvolvimento da patologia, à importância do uso do preservativo nas relações sexuais, Papilomavírus humano (HPV) e o que essa mulher planeja para a sua família, como por exemplo, ter mais filhos. Através dos relatos foi trabalhado o que as mesmas conhecem sobre a saúde da mulher e por fim o que o SUS oferece a elas nesse sentido. **CONCLUSÕES:** Esse trabalho de extensão foi desenvolvido na unidade básica de saúde como proposta de uma atividade do Programa PET/REDES. Com base nesse trabalho desenvolvido, percebemos o quanto é importante à integração da universidade com a comunidade e com a unidade de saúde, porque isto gera uma maior compreensão do contexto social em que a doença está inserida,

considerando sua interação com o meio social em que vive e seus hábitos de vida. O projeto proporcionou importantes informações às mulheres entrevistadas sobre a prevenção do câncer de mama e de útero e esclarecimentos sobre as complicações crônicas da doença e seu impacto na vida. Possibilitou ainda, a partir dessa experiência a abertura de espaço para que as mesmas pensassem sobre os cuidados de uma forma geral e principalmente em relação ao alto cuidado, formas de buscar bem estarem, orientações nutricionais, atividade física, convívio com a família e comunidade. Permitiu ainda melhor entendimento sobre a doença, assim como orientações do que a rede de saúde da mulher (SUS) oferece às usuárias.

**Palavras Chaves:** Conhecimento; Câncer de Mama; Câncer do colo do útero.

## **ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO**

### **A AUSÊNCIA DA PADRONIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: UMA AMEAÇA À SEGURANÇA DO PACIENTE**

Ana Paula Müller Coletto, Alessandra Frizzo da Silva  
[ana.coletto@hotmail.com](mailto:ana.coletto@hotmail.com)

**RESUMO:** Pode-se perceber que o cuidado envolve diversos aspectos conjunturais e estruturais, englobando a assistência multiprofissional, a segurança do paciente/cliente, e a humanização do cuidado. Para assegurar que o atendimento seja prestado com segurança e qualidade é necessário implementar uma rotina, técnicas padronizadas, as quais todos os profissionais estejam habilitados a realizar. **INTRODUÇÃO:** No atual cenário de saúde, a emblemática segurança do paciente representa uma das principais discussões, sendo até mesmo instituído no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o qual traz como objetivo principal colaborar para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013). O cuidado com o paciente/cliente deve ser uma ação realizada de forma integral e por todos os integrantes da equipe assistencial. Ainda no século XX, podemos perceber uma maior ênfase na prestação de serviços de saúde com qualidade, devido principalmente a aspectos como o aumento das demandas de saúde, que gera aumento de custos e limitação dos recursos, e também o maior esclarecimento da população, que conseqüentemente reivindica um serviço mais adequado e efetivo (LIMA et al, 2013 e CAMPBELL; ROLAND; BUETOW;, 2000). Essa nova demanda influencia não somente um melhor atendimento aos pacientes/clientes, mas também, uma alternativa mais qualitativa de caracterizar o prestador de serviços. Levando em consideração a amplitude da segurança

do paciente, temos um aspecto elementar: a realização correta da técnica de procedimentos. Realizar um procedimento de forma teórico/prática correta exige conhecimento e atenção de quem realiza. A padronização da execução de procedimentos é uma alternativa para diminuir possíveis erros e iatrogenias. Pode-se identificar o erro, como uma ação, não intencional, de um plano incorreto para alcançar um objetivo, ou à não execução de um planejamento (DUARTE et al, 2014). O interesse por esse estudo surgiu durante a prática no Estágio Hospitalar Supervisionado, tendo a acadêmica, a oportunidade de visualizar questões cotidianas da unidade onde estava inserida. Ao conceber um dilema ético/profissional em um ambiente que presta serviços de saúde, devemos buscar um diálogo reflexivo, capaz de nos conduzir a ações claras e objetivas.

**OBJETIVO:** O presente estudo teve como objetivo refletir sobre como os procedimentos de enfermagem e dos demais membros da equipe multiprofissional, realizados em âmbito hospitalar, podem interferir na segurança do paciente.

**METODOLOGIA:** A seguinte pesquisa trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelas autoras, durante a realização do Estágio Hospitalar Supervisionado IB, respectivo ao 9º semestre de Enfermagem. As práticas foram realizadas em ambiente hospitalar de caráter filantrópico, justificando-se pela necessidade de reflexão diante das práticas vividas e presenciadas. O relato de experiência se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação, vivenciada pela estagiária no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica. (POLIT; BECK, 2011). O estudo apresenta um olhar qualitativo, abordando a problemática vivenciada, tendo como referência o método observacional. Foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: diário de estágio, observação estruturada, participação na atividades e análise da estrutura física. Não foram utilizados dados pessoais.

**RESULTADOS E ANÁLISE:** No cotidiano hospitalar temos um processo intenso de novas tecnologias e adaptações, além da prática de procedimentos cotidianos. O que de fato chama atenção, é que tais procedimentos possuem técnicas a serem seguidas para que, sejam realizadas de forma correta e eficaz. No entanto, é de saber comum, que cada profissional busca adaptar tal técnica no intuito de melhor realizá-lo. A adaptação individual de cada procedimento acaba fornecendo alguns riscos para efetividade e para a segurança do paciente/cliente. Como as percepções de certo e errado são diferentes para cada indivíduo, se torna eminente que cada profissional apresentará limites distintos para modificar determinada técnica. Nesse sentido é necessário que ocorra diálogo entre os profissionais, para que se possa discutir e determinar com objetivo, como serão aplicadas determinadas técnicas, tentando criar uma padronização na realização dos procedimentos. Ao determinar a padronização da realização dos procedimentos procura-se estabelecer uma rotina segura, a qual possa contribuir para a segurança do paciente/cliente. A comunicação entre os profissionais de saúde, em qualquer âmbito de atuação é de extrema importância para que se desenvolva um atendimento de saúde com qualidade. Observa-se que, principalmente na relação médico/enfermeiro ocorre uma forma ineficaz de comunicação, acarretando na baixa qualidade na prestação de serviço e o alto risco de negligência (NASCIMENTO et al, 20...). A ausência de comunicação entre os profissionais interfere tanto no processo de trabalho, principalmente na sua qualidade, quanto nas relações interpessoais. Em estudo

realizado em um hospital universitário, em uma UTI, constatou-se que a comunicação deficitária gera uma ruptura na continuidade do cuidado, além de acarretar estresse na equipe (MARTINS et al, 2014). Quando se omite a responsabilidade da comunicação, perdemos a oportunidade de questionar, de interagir e procurar uma alternativa eficiente para ser realizada em prol do paciente/cliente. Ao executar técnicas padronizadas estaremos oferecendo ao paciente/cliente, além de segurança, uma contribuição para o processo humanizado do cuidado. Sabemos que a enfermagem é uma ciência que valoriza o cuidar, tendo assim, os profissionais enfermeiros maior responsabilidade e comprometimento para que a humanização seja realizada de forma efetiva. Desde o ano de 2001, quando o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), tendo como um dos seus principais objetivos capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde (BRASIL, 2001), o processo de humanização ganhou uma nova roupagem no Sistema Único de Saúde (SUS). Em resposta a efetivação de um sistema de condutas praticas padronizado, teremos uma percepção estrutural mais dinâmica e reflexiva do quanto é importante se instituir uma rotina. Pensando-se sempre na segurança do paciente e no processo contínuo da humanização, espera-se tornar o atendimento de saúde mais eficaz e com maior qualidade. **CONCLUSÕES:** O processo de cuidar envolve diversos aspectos como a segurança do paciente/cliente, a humanização do cuidado, a realização correta de procedimentos entre tantos outros. Ao se considerar a importância da execução dos procedimentos – principalmente os de enfermagem – necessitamos compreender a importância de se estabelecer uma padronização das técnicas. Como cada profissional pode adaptar as técnicas de procedimentos, muitas vezes, essas adaptações podem tornar-se excessivas, o que pode comprometer a prática do cuidado, bem como a segurança do paciente/cliente. Nesse sentido a seguinte discussão deve ser dirigida tanto a profissionais de saúde atuantes, quanto para acadêmicos da área da saúde, problematizando a questão e promovendo um diálogo reflexivo e construtivo.

**Palavras Chaves:** segurança do paciente; assistência hospitalar; serviço hospitalar de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

\*BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm). Acesso em: 02 de abril de 2015.

\* BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 21 de março de 2014.

\* LIMA, Fabiane da Silva Severino; GOMES, Natália Pimentel Gomes; FREIRE de VASCONCELOS, Patricia; AIRES de FREITAS, Consuelo Helena; BESSA JORGE, Maria Salete; De SOUZA OLIVEIRA, Adriana Catarina. **Implicaciones de la seguridad**

**del paciente en la práctica del cuidado de enfermeira.** Enfermería Global, n° 35, p. 293 – 309, 2014.

\*CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. **Defining quality of care.** Soc Sci Med, v. 51, n. 11, p. 1611-25, 2000.

\*DUARTE, Ricardo Silvestre; SALLES, Roseluci Santos; CASSIAVILLANI, Carlos Alberto; LA CAVA, Ângela. **O Gerenciamento de Risco e a notificação de erro pela equipe de Enfermagem: relato de um hospital federal acreditado,** v. 4, n. 7, p. 104 – 112, 2014.

\*CHEREGATTI. Aline Laurenti; AMORIM, Carolina Padrão. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.** 2° ed. São Paulo: Martinari, 2014.

\* BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar (PNHAH).** Brasília: MS: 2001;

\* POLIT, DF.; BECK, CT. . **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7° ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

\*NASCIMENTO, Vanessa Cerqueira. **Comunicação entre médicos e enfermeiros como instrumento básico do cuidar dentro da unidade de terapia intensiva.** Disponível em:

[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10225/1/2014\\_art\\_gscerqueira.htm](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10225/1/2014_art_gscerqueira.htm).

Acesso em: 01 de abril de 2015.

\*MARTINS, Claudia Cristiane Filgueira. **Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem X estresse: limitações para a prática.** Cogitare Enferm. 2014 Abr/Jun; 19(2):309-15.

\*BRASIL. Decreto n° 94.406. Regulamenta a Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm). Acesso em: 02

de abril de 2015.

## **ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA**

### **A PRECARIIDADE DOS RH E MATÉRIAS NA SAÚDE PÚBLICA.**

**Samara Bermann Zancan, Jane Conceição Perin Lucca**

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões/Departamento de Ciências da Saúde/Curso de Enfermagem,

[samaraaz@bol.com.br](mailto:samaraaz@bol.com.br)

**INTRODUÇÃO:** A capacidade dos recursos humanos (RH) e administração de materiais na saúde repercutem positivamente no estado da saúde da população, sendo que, através da capacidade desses recursos podemos elaborar programas para a redução das taxas de morbidade e mortalidade. Na atenção básica (AB) os recursos são a essência da capacidade produtiva, representando a maior densidade tecnológica disponibilizada no atendimento das necessidades da população. A atenção básica passa por uma fase difícil em nosso país a falta de material e mão de obra para as ações de saúde tem mostrado uma grande insatisfação dos usuários, mas bem como das equipes de saúde, que muitas vezes deixam de realizar um procedimento por falta material adequando desta forma, lotando o serviço de urgência e emergência das cidades. Nesse contexto será que os serviços de saúde estão preparados com recursos necessários e capacitados para prestar um atendimento adequado a população, a fim de promover e prevenir o cuidado básico aos seus usuários? Nesse sentido esse estudo justifica pela necessidade analisar os serviços de saúde estão preparados de acordo com a necessidade do público alvo, promovendo sua autonomia. Pois é imprescindível ter um olhar cuidadoso sobre o sujeito, sabendo compreender e significar as necessidades como um todo, para que isto ocorra é necessário ter um profissional devidamente treinado, que respeita os princípios biopsicossociais do sujeito. Segundo a lei 8080, de 09 de 1990, diz que os recursos humanos destinados para a saúde serão formalizado e executado de forma tripartite, sendo assim, seu financiamento ocorre através dos poder federal, estadual e municipal. O orçamento dos recursos para o SUS originasse através das metas e prioridades estabelecido pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LOAS) (BRASIL,2015). Uma forma de melhorar a qualidade do atendimento nas unidades básicas de saúde e nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) foi a criação do programa Mais Médicos, este programa faz parte de ações para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, levando médicos para regiões, por na qual não existem profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). O município de santo Ângelo conta com 15 médico no programa mais médicos atuando na periferia e no interior da cidade. Em um estudo realizado, em Montes Claros - MG, mostra que um dos desafios encontrados que “a grande rotatividade dos profissionais prejudica a longitudinalidade e continuidade na atenção primária, além de exigir que mais recursos públicos sejam gastos na capacitação e preparação dos novos profissionais” (GONÇALVES, 2014). Outro estudo realizado, no distrito administrativo do Butantã, região oeste do Município de São Paulo mostrou as dificuldades na satisfação das necessidades, nas quais envolve a demora no atendimento e agendamento de consultas e

exames especializados, a falta de humanização na resolução dos problemas de saúde, quanto nas dependências das unidades de saúde, quanto fora dela e falta da referência e contra referências nos serviços. A falta de acessibilidade dos usuários quanto os horários de funcionamento do serviço, outro fator importante abordado é a falta de recursos humanos, materiais e equipamentos para o atendimento ao usuário (FRANCO, 2012). Será que esta insatisfação também faz realidade do nosso cotidiano? Considerando as falas nas vivências acadêmicas sobre RH e materiais capacitados esse estudo mostra sua relevância social e profissional contribuindo para refletir, analisar e discutir se os serviços de saúde têm capacidade de ofertar uma infraestrutura adequada para sua demanda. Pois, para que ocorra um atendimento de qualidade, os RH e materiais devem ser empregados de maneira coerente, garantindo ao usuário o direito da integralidade e equidade do serviço. **OBJETIVOS:** Tem como objetivo identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais da área de saúde que trabalhe nas unidades básicas de saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de vivência dos acadêmicos, na disciplina de supervisionado I, em saúde coletiva, respectivo ao 9º semestre do curso enfermagem. Observa-se nos relatos dos acadêmicos sobre os pontos das falas dos colegas em relação aos campos de estágios, sendo avaliados seus pontos positivos e negativos em relação ao serviço de saúde. Essa vivência presenciada no estágio supervisionado de enfermagem permite ao acadêmico o desenvolver de habilidades necessárias para construção de seu papel profissional e garantir a integralidade da assistência. Esse estudo é de abordagem qualitativa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação de vivências dos colegas no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). O qual tem por objetivo identificar as necessidades encontradas através de relato verbal dos colegas sobre os serviços de saúde o qual estão estagiando. **DISCUSSÃO:** As dificuldades encontradas no ambiente de trabalho fazem parte do cotidiano do profissional da área da saúde que muitas vezes a falta de informação do usuário sobre as carências dos recursos sobre cai sobre o profissional que acaba adoecendo em seu ambiente de trabalho. O modelo hegemônico e centralizado na figura do médico ainda está enraizado na cultura da população, que por muitas vezes só procuram a unidade de saúde se tiver a figura deste profissional, deixando de lado a figura do enfermeiro que por sua vez tem conhecimento que intervir em variáveis situações, através da consulta de enfermagem e da sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Um fator de grande relevância é a medicalização do sujeito, que a procurar o serviço de saúde somente para receber ou renovar a receita dos seus



medicamentos, um fato preocupante, pois muitos fármacos acabam tornando resistente e perdendo seu potencial de ação ao longo do tempo e fazendo que o mesmo necessite de medicamentos mais “fortes”, para não ocorra é necessário que ocorra a educação papel do qual o enfermeiro está apto para realizar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Essa nos vivencia leva a refletir sobre os desafios encontrados pelos profissionais da área da saúde, sobre suas condições de trabalho que muitas vezes o deixa desmotivado e faz que os demais trabalhadores acabem se viciando e não mais questionado as questões sócias que vivemos para possamos melhorar os serviços de saúde e cobrar nos direitos como trabalhador e usuário.

**Palavras Chaves:** Sistema único de Saúde, Recursos Humanos, Educação em Saúde.

## **ENFERMAGEM NA SAÚDE DO TRABALHADOR**

### **RELAÇÕES CONFLITUOSAS EM PRONTO ATENDIMENTO: PACIENTE / FAMÍLIA / EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Clarissa Birck, Neiva Claudete Brondani Machado e Narciso Vieira Soares

URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Das Missões – Campus Santo Ângelo  
clarissa\_lubini@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** As unidades de Pronto Atendimento (PA) ou Pronto Socorro (PS) são unidades voltadas a um atendimento sem agendamento de consultas prévio, aos quais incluem atendimentos de urgências e emergências médicas, como também casos de baixíssima complexidade. Esse serviço muitas vezes é procurado quando fracassam os outros modos de acesso nas unidades de saúde, causando a superlotação do sistema e decorrentes situações conflituosas causadas pelo estresse. O Pronto Atendimento atende pacientes adultos e/ou infantis, é um dos setores mais desgastantes dos hospitais. O fator surpresa exige procedimentos rápidos e precisos da equipe atuante para o conforto e socorro do paciente e seus familiares, esses fatores por si só trazem um desgaste físico e mental aos profissionais que ali atuam (FARIAS et, al, 2011). A alta demanda que vem sendo enfrentada nos PAs em decorrência do mau funcionamento na rede básica de saúde tem afetado tanto aos profissionais quanto aos usuários que necessitam de cuidado em saúde. O atendimento realizado no PA é feito por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, farmacêuticos, psicólogos, sendo que, a maiorias dos cuidados como, a vigilância, a avaliação, os cuidados, os procedimentos e as administrações de medicamentos ficam a cargo da equipe de enfermagem. Na

medida em que presta o primeiro atendimento, a equipe de enfermagem acaba interagindo com o paciente e escutando seus anseios, medos e estresses decorrentes do seu agravo à saúde. Quando o usuário já percorreu outras unidades em busca da solução dos seus problemas que na maioria das vezes é de baixíssima complexidade e poderia ser solucionado em uma consulta na estratégia de saúde da família, evidencia-se a desorganização da atenção básica. Inúmeros são os motivos que fazem com que a porta de entrada que é a atenção básica não funcione como deveria, como, por exemplo, a falta de profissionais, o descaso dos gestores em relação à atenção básica, o descrédito dos usuários em relação ao atendimento recebido nesses ambientes. Essa peregrinação faz com que o usuário chegue ao serviço de pronto atendimento com níveis de estresse alterados, o que prejudica ainda mais o funcionamento e o relacionamento com a equipe que atua no PA. O usuário procura auxílio com um intuito do atendimento médico, no entanto seu quadro poderia ser resolvido por profissionais específicos como enfermeiro, nutricionista, psicólogo ou farmacêutico. Todavia, o cliente tem a visão focada na atenção médica hospitalar, causando aumento nas consultas médicas, que muitas vezes são ineficazes. O trabalho é uma das fontes de satisfação de necessidades humanas, no entanto pode ser fonte de adoecimento quando contém fatores de risco para o estresse e o trabalhador não dispõe de recursos suficientes para se proteger destes riscos (CALDERERO et, al 2008). Os conflitos que se enfrentam consistem na maneira de como se procedem os relacionamentos, sendo um grande causador de estresse, pois as pessoas reagem de diferentes maneiras frente ao estresse. O conflito das grandes filas de espera, mesmo quando se trata de emergência é de certo modo intrigante. Diante de inúmeras leis o cliente se sente no direito de insultar, reclamar e ordenar, sem compreender que a pessoa que está prestando assistência também sofre dificuldade pela alta demanda de atendimentos, causando estresse pelo excessivo trabalho e desvalorização de seu serviço. Para que a equipe de enfermagem consiga enfrentar as dificuldades de relacionamento, amenizando as situações de estresse, é importante que tenha uma gestão que lidere a equipe, buscando maneiras de trabalhar com a superlotação constante e as animosidades provenientes deste espaço de sofrimento ao paciente, família e equipe de enfermagem. **OBJETIVO GERAL:** Refletir sobre maneiras de minimizar o estresse que prejudica o relacionamento entre o usuário, a família e a equipe de enfermagem no ambiente do pronto atendimento. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Promover diálogo saudável, buscando obter informações que possam auxiliar em cuidado efetivo ao paciente; Identificar os eventuais riscos que possam ocorrer no cuidado em decorrência de uma comunicação prejudicada. Estimular a reflexão no grupo de enfermagem quanto aos principais conflitos que ocorram no PA e a melhor forma de evitá-los. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência ocorrido no pronto atendimento vivenciado durante a realização do estágio supervisionado hospitalar no 9º semestre de enfermagem. A referida unidade de Pronto Atendimento, de um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul possui três leitos de emergência, uma sala de observação com 10 leitos

e uma sala de inalação que dispõe de cadeiras para os pacientes. A experiência ocorreu no período de 13 de abril a 14 de maio de 2015 no turno da manhã. Este relato de vivência se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação neste caso vivenciada pelo estagiário no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). **RESULTADOS:** A unidade do PA necessita de um atendimento amplo e cuidadoso, com profissionais de saúde que tenham agilidade e segurança, oferecendo desta forma, o cuidado qualificado e humanizado que se espera. No entanto, devido ao elevado nível de pressão psicológica e física a que o funcionário é submetido, ele não trabalha o cuidado em sua amplitude, tornando o paciente apenas um alvo de sua atividade, ou seja, um objeto de cuidado, dessa forma, praticando o não cuidado. O ato de cuidar deve ser demonstrado através, do toque, postura, olhares e gestos. As atuações relacionadas ao não cuidado perpassam a indiferença, a negligência, a falta de responsabilidade e respeito por parte de profissionais da enfermagem e da medicina para com os pacientes. E a desvalorização do cuidador por parte de profissionais de saúde e da administração incide de forma brutal na motivação e disposição para cuidar, assim como também, na disposição e colaboração em receber o cuidado (WALDOW, 2014). O paciente que se expõem ao estresse reage de maneira igualitária, sofrendo a solidão e o descaso de um sistema de saúde que funciona com inúmeras falhas, porém se o funcionário no meio da correria do seu dia a dia conseguir compreender a importância do seu trabalho com o ser humano, sendo atencioso, respeitando a pessoa que se encontra fragilizado na maioria das vezes, sua tarefa será realizada com segurança, conseguindo estabelecer vínculo e promover o acolhimento. O enfermeiro como líder da unidade deve enfatizar o trabalho em equipe mostrando a importância do cuidar, que começa por pequenas coisas, expressando um ambiente harmonioso e de segurança. Um estudo de Waldow, (2014), destacou que o cuidador que não sabe cuidar de seus colegas ou clientes, tão pouco cuidará de si. A percepção de avistar que o colega necessita de ajuda gera segurança no ambiente e conforto para o restante da equipe, pois assim, nos momentos de grande tensão, os profissionais estarão trabalhando juntos e interagindo, ocasionando um local seguro para todos que ali trabalham. O acolhimento realizado pela equipe de enfermagem dará um rumo para o restante do atendimento. Quando a equipe mostra-se preocupada com o cliente, gera nele a sensação de conforto, ocasionado assim um trabalho tranquilo, sendo observada a sensibilidade de cada ser humano e conseguindo solucionar os problemas trazidos com maior eficiência, atendendo a qualquer intercorrência que possa ocorrer neste período. **CONCLUSÕES:** A vivência nesse processo proporcionou uma reflexão sobre a importância de buscar maneiras para minimizar os conflitos que geram situações estressantes e interferem no cuidado da equipe de enfermagem e nas respostas do paciente. Promover o trabalho seguro, com a supervisão da enfermeira responsável é vital. É necessário que o atendimento profissional seja humanizado e a comunicação é uma das maneiras mais eficazes de

procurar solucionar os problemas que emergem na relação usuário e equipe. A importância do saber se comunicar com o usuário, a agilidade e a segurança na realização das técnicas de cuidado fazem parte das rotinas dos profissionais da urgência e emergência e fazem a diferença no momento do atendimento, podendo trazer harmonia e confiança para todos que ali estão. A humanização, a realização das ações de cuidado com segurança pode constituir-se em um atendimento diferenciado aos pacientes que buscam atendimento na unidade de pronto atendimento.

**DESCRITORES:** Emergência; Enfermagem; Paciente.

## **REFERÊNCIAS**

CALDERERO, Andréa Regina Leonardo; MIASSO, Adriana Inocenti; WEBSTER, Clarissa Mendonça Corradi-; Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008. Disponível em: <http://revistas.jatai.ufg.br/index.php/fen/article/view/7681/5455>. Acessado: 15/05 /2015.

FARIAS, Sílvia Maria de Carvalho; TEIXEIRA, Olga Lúcia de Carvalho; MOREIRA, Walter; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; PEREIRA, Maria Odete. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Rev Esc Enferm USP**, 2011 São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a25.pdf> acessado: 15/05/2015.

POLIT, Denise, F e BECK, Cheryl, T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

WALDOW, Vera Regina; Cuidado colaborativo em instituições de saúde: a enfermeira como integradora. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014.

## **ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO**

### **CARACTERÍSTICAS DAS SÍNDROMES MIELODISPLÁSICAS EM UM SERVIÇO PRIVADO DE ONCO-HEMATOLOGIA NO NOROESTE DO RS**

Jéssica Reichert Strochein, Kelly Meller Sangoi, Lourenço Moresco Sangoi

Clínica de Oncologia e Hematologia das Missões – COHM  
jessicareichert@hotmail.com

**Introdução:** A origem da palavra síndrome é grega e significa um conjunto de sintomas que ocorrem juntos, o prefixo mielo vem do grego e significa medula, deste modo, Mielodisplasia refere-se à forma e aparência anormais das células sanguíneas maduras. As Síndromes Mielodisplásicas (SMD) são um grupo heterogêneo de doenças clonais da medula óssea que têm como características a hematopoiese ineficaz, citopenias refratárias e tendência ao desenvolvimento de Leucemia Mielóide Aguda (LMA) (VASSALO, 2009). Clinicamente, as SMD possuem ampla variação de manifestações clínicas e patológicas, quase sempre com citopenia de uma ou mais linhagens hematopoiéticas. Quando os sintomas aparecem, estão frequentemente relacionados à insuficiência das linhagens afetadas e, eventualmente, à transformação leucêmica. A maioria dos casos em adultos é primária, com anomalias citogenéticas em 40% a 60% dos casos. Os casos secundários estão relacionados com exposição a agentes tóxicos, como quimioterápicos e radiação ionizante (NIMER, 2008). Em crianças, as SMD estão frequentemente associadas com anomalias hematológicas congênitas, como a Anemia de Fanconi e a neutropenia congênita severa. As SMD ocorrem principalmente em indivíduos mais velhos, principalmente na faixa etária acima dos 65 anos de idade. Sua incidência é crescente com a idade e maior naqueles expostos a agentes mutagênicos terapêuticos, ocupacionais e/ou ambientais, como o contato constante com produtos químicos tais como o benzeno, presente na fumaça do cigarro, que danifica o DNA das células-tronco hematopoiéticas normais (VASSALO, 2009). Sua etiologia e evolução ainda são pouco compreendidas, uma vez que há participação de um complexo número de eventos anormais em sua patogênese. São cinco os subtipos mais comuns de Mielodisplasia, classificados de acordo com o grau de severidade e comprometimento da atividade medular, alterações citogenéticas e risco de progressão para leucemia aguda (NIERO-MELO, 2014). Habitualmente, a patologia se apresenta com baixa contagem de leucócitos, plaquetas ou hemácias, podendo ocorrer em conjunto ou separadamente, dismorfias celulares núcleo-citoplasmáticas de grau variado e anormalidades cromossômicas. Sua severidade varia desde leve a muito grave e a condição pode se tornar crônica ou apresentar sintomas mais exacerbados que rapidamente progridem para um quadro leucêmico (ABC.MED.BR, 2013). Pacientes com SMD têm risco aumentado para o desenvolvimento de infecções, sendo um dos motivos de morte em 40% dos casos. Anormalidades funcionais, além das quantitativas, dos neutrófilos, monócitos e linfócitos T e B podem ser algum dos fatores que contribuem para este quadro, sugerindo um defeito intrínseco no sistema imunológico. Não existe um mecanismo específico causador desta patologia, sendo mais de 80% dos casos considerados idiopáticos, nem uma causa bem definida, apesar de existir uma relação com a exposição a agentes mielotóxicos, quimioterapia antineoplásica e transplante de medula óssea, caracterizando as SMD secundárias (FERREIRA, 2013). As Síndromes Mielodisplásicas constituem-se em um grupo de doenças de ordem clonal da medula óssea descritas por pesquisas em todo o mundo. Estudos epidemiológicos que abordem as características sócio-demográficas e clínicas, relatando incidência, tempo de sobrevida e evolução para leucemia são pouco encontrados na literatura brasileira, evidenciando a necessidade de maior investigação dessa malignidade em nosso meio para que se possa conhecer o real impacto da patologia em nossa população. Portanto, esta pesquisa se justifica devido à dificuldade em encontrar estudos e a importância em conhecer as características clínicas e laboratoriais das Mielodisplasias, bem como o comportamento da doença e a evolução clínica. Neste sentido este estudo se propõe a estudar o perfil das SMD. A relevância desse projeto está na possibilidade de conhecer o perfil e o comportamento das SMD atendidas junto a um serviço privado de onco-hematologia, nicho ainda pouco explorado na comunidade científica. **Objetivos:** Conhecer a incidência, perfil e o comportamento das SMD atendidas no serviço da Clínica de Oncologia e Hematologia das Missões (COHM),

caracterizando-as clinicamente. Descrever o comportamento da doença e a sua evolução clínica, delineando os períodos envolvidos no manejo dos casos e caracterizando sua evolução. Analisar este perfil nos últimos 60 meses. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal retrospectivo, com análise de prontuários de pacientes em tratamento no Serviço da COHM no período entre janeiro de 2009 até janeiro de 2014 que receberam diagnóstico de Síndrome Mielodisplásica. Os sujeitos da pesquisa foram informados sobre o objetivo da e pesquisa e autorizaram o manuseio de seu prontuário médico para a coleta de dados. Os dados foram coletados no período de Janeiro de 2009 a Janeiro de 2014, utilizando Ficha de coleta de dados específica. Foram respeitados os aspectos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pela resolução 466/12, onde utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos que participaram da pesquisa. **Resultados:** No período pesquisado foram encontrados 26 diagnósticos confirmados de Síndrome Mielodisplásica, deste total havia 11 (42 %) homens e 15 (57 %) mulheres. A média de idade dos pacientes foi de 77,8 anos, variando de 57 a 92 anos no momento do diagnóstico. Em relação à classificação da SMD segundo critérios da OMS, encontrou-se 6 pacientes com CRDUL, 13 com CRDML, 4 com AREB e 1 com LMMC. Das 12 pessoas do sexo feminino que se submeteram a algum tipo de tratamento, 33,33% receberam tratamento com hemoderivados/suporte, 33,33% foram submetidas a tratamento sintomático, nenhuma ao tratamento de quimioterapia exclusiva, 25% submetidas ao tratamento com hemoderivados e sintomáticos e 8,33% submetidas ao tratamento com hemoderivados e quimioterapia. Das 12 pessoas do sexo masculino que se submeteram a algum tipo de tratamento, observou-se que: 16,67% foram submetidas ao tratamento com hemoderivados/suporte, 25% foram submetidas a tratamento sintomático, 8,33% ao tratamento de quimioterapia, 25% submetidas ao tratamento com hemoderivados e sintomáticos e 25% submetidas ao tratamento com hemoderivados e quimioterapia. Em relação à evolução houve progressão para leucemia mielóide aguda em 4 pacientes (15,4%). **Conclusão:** A anemia em pacientes idosos é um achado cada vez mais frequente na população mundial e brasileira, uma vez que sabidamente a expectativa de vida do brasileiro está aumentando. Neste contexto as desordens clonais da medula óssea devem entrar no diagnóstico diferencial da causa das anemias, uma vez que a SMD é a malignidade hematológica mais comum na faixa etária acima dos 80 anos (HAMBLIN TJ, 2006). Nossos resultados estão compatíveis com estes dados epidemiológicos, com idade média de 77 anos ao diagnóstico. A relação da incidência em relação ao sexo demonstrou predomínio de mulheres, ao contrário do observado na literatura, onde existe predomínio masculino (HOWE RB, 2004). A maioria dos subtipos de SMD, 79,1%, foi de citopenias refratárias com displasia uni e multilinhagem, o que justifica a pouca necessidade de tratamento quimioterápico e de evolução para leucemia mielóide aguda, estes achados também estão de acordo com dados da literatura onde o predomínio do diagnóstico é de citopenias refratárias, as quais sabidamente tem baixa taxa de progressão para leucemia (SWERDLOW SH, 2008). O melhor entendimento das características das SMD em nossa população deve ser buscado para que tenhamos total compreensão do impacto da patologia em nossa população.

**Descritores:** Mielodisplasia; Oncologia; Hematologia.

## ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO

### FALHAS NA COMUNICAÇÃO EM UTI: IMPLICAÇÕES NA SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Cristiane Güths da Silva de Freitas, Narciso Vieira Soares

URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Das Missões – Campus  
Santo Ângelo  
cgsfreitas@hotmail.com.br

**INTRODUÇÃO:** No momento em que um enfermo necessita de uma internação hospitalar tem atendimento prestado durante as vinte quatro horas sendo realizado pela equipe multiprofissional garantindo cuidados integrais ao enfermo, realizados através de orientações da equipe de saúde, prescrição e conduta médica que proporciona à assistência nos cuidados de forma humanizada com qualidade, responsabilidade e eficácia, conforme as necessidades mentais, físicas, fisiológicas e fisiopatológicas do enfermo, sendo que o hospital prestara vários serviços para assistência à saúde que dará suporte aos cuidados para tratamento, com o objetivo de proteção, recuperação e reabilitação a saúde do enfermo. Segundo Timby (2002), internação hospitalar é quando um indivíduo é admitido em uma instituição de cuidados a saúde, permanecerá mais de vinte quatro horas para cuidados e tratamento, este processo envolve avaliação médica, cuidados de enfermagem e execução de responsabilidades médicas (TIMBY, 2002). Conforme a Política Nacional da Atenção Hospitalar estabelecem-se diretrizes para a reorganização da Atenção Hospitalar no SUS visando: fortalecer as práticas assistenciais e gerenciais estratégicas, uso racional de recursos, incorporação de tecnologias em saúde, qualificação do processo de trabalho proporcionando cuidado integral com resolutividade, atuação em rede, participação social e transparência. A meta é promover o aprimoramento dos processos assistenciais e gerenciais na atenção hospitalar, como a qualidade da assistência e a segurança do paciente (BRASIL, 2013). Sabemos que a doença é uma enfermidade que altera e causa dano no organismo do enfermo provocando alterações fisiológicas, necessitando de cuidados intensivos para o tratamento a saúde, esses cuidados são prestados em unidades de terapia intensiva (UTI) onde esta unidade acolhe enfermos graves que necessitam de monitoramento constante e cuidados múltiplos realizados pela equipe de saúde, há equipamentos como: monitor multiparametro, desfibrilador, ventilador mecânico, máquina para hemodiálise, bombas de infusão, entre outros para realizar os cuidados adequados e específicos ao enfermo. Unidade de terapia intensiva (UTI) é considerada uma unidade bem complexa no âmbito hospitalar devido o atendimento de alta complexidade prestado aos enfermos, o ambiente desta unidade possui tecnologias dura, leve-dura e leve, situações imediatas de emergência e necessidades de agilidade e habilidade no atendimento ao enfermo, a assistência especializada aos enfermos críticos é organizada exigindo assistência médica e de enfermagem contínuas (MARQUES & SOUZA, 2010). Na assistência à saúde e os delineamentos para o tratamento e reabilitação dos enfermos internados no ambiente

hospitalar é necessário ter uma equipe multiprofissional de saúde para que se obtenha um cuidado eficaz e contínuo. O trabalho em equipe e o multiprofissional no contexto do cuidado hospitalar são desenvolvidos por técnicas e condutas da equipe de saúde de maneira organizada com o comprometimento e cooperação no cuidado a saúde (CIANCIARULLO, 2000). A assistência à saúde prestada ao enfermo pela equipe de enfermagem ocorre por meios de liderança, planejamento e programação do enfermeiro com sua equipe através da comunicação, técnicas do cuidado, conhecimento, agilidade e habilidade em suas funções específicas. Sendo assim, é importante que ocorra comunicação de forma eficaz para obter informações claras e específicas sobre o cuidado prestado ao enfermo para não haver perda de informações prejudicando assistência à saúde hospitalar. De acordo com a Lei nº 7.498/86 a enfermagem é exercida por uma equipe composta por enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem entre outros sendo respeitados os graus de habilitação, em instituições e serviço da saúde sempre é incluído o planejamento e programação de enfermagem (BRASIL, 1986). Para promover os processos assistenciais e gerenciais com qualidade é necessária a liderança, o planejamento e a excelência na comunicação com a equipe de enfermagem. Portanto, o processo de enfermagem busca através de seus critérios de busca auxiliar na tomada de decisão correta no cuidado aos enfermos internados. A comunicação é troca de pensamentos e ideias ou informações. Existem várias formas de comunicação: comunicação escrita, comunicação face a face, comunicação não verbal, comunicação por telefone. A comunicação deve ser uma mensagem direta e clara independente se verbal ou escrita, assim pode se ter informações apropriadas para obter uma excelente organização e liderança no trabalho de enfermagem (MARQUIS&HUSTON, 2005). A comunicação de uma equipe de enfermagem é o instrumento básico e adequado para o desenvolvimento e continuidade do trabalho em equipe, garantindo a qualidade, comprometimento e valorização do trabalho proporcionando a segurança do paciente durante a assistência a saúde no período de sua internação hospitalar. Se ocorrer falha de comunicação na equipe de enfermagem ocorre risco de iatrogenia durante os cuidados e assistência prestado ao enfermo, ocasionando sérias consequências à saúde do enfermo, a equipe de enfermagem deve ter sempre uma visão holística e ampliada no enfermo durante o cuidado prestado proporcionando e garantindo a segurança do enfermo esta assistência de enfermagem prestada deve ser prestada com ética, eficiência, responsabilidade e coerência para evitar danos aos mesmos. No cerne da atenção multiprofissional, o cuidado de enfermagem ocorre desde o acolhimento, vínculo e comunicação eficaz, chegando às técnicas específicas em uma perspectiva de visão holística ao indivíduo enfermo. O cuidado específico neste processo é necessário para o autocuidado e para a realização de intervenções a saúde do enfermo. Esta relação entre os profissionais de uma equipe multiprofissional deve se desenvolver de maneira organizada com comprometimento e cooperação no ato de cuidado a saúde. **OBJETIVO GERAL:** Refletir as comunicações ineficazes da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI). **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Conhecer a realidade da comunicação da equipe de enfermagem durante a assistência prestada ao enfermo. Identificar a comunicação ineficaz da equipe de enfermagem durante a assistência ao enfermo. **MÉTODO:** É um relato de experiência a partir de uma vivência na unidade de



terapia intensiva (UTI) de um hospital filantrópico do interior do Rio Grande do Sul ocorrido durante o estágio supervisionado hospitalar (ESH) no primeiro semestre de 2015. Esta unidade de internação proporciona tratamento intensivo, possui dez leitos sendo um isolamento. O cuidado é ofertado com atendimento nas vinte e quatro horas, havendo equipe vinte e cinco funcionários para assistência de enfermagem sob coordenação de uma enfermeira gestora. O relato de experiência se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação neste caso vivenciada pelo estagiário no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). **DISCUSSÃO:** Esta vivência proporcionou uma reflexão única no sentido de que possibilitou conhecer, observar, refletir sobre as falhas da comunicação de enfermagem e as possíveis implicações nos cuidados assistências à saúde e a segurança do paciente internado na unidade de terapia intensiva. Refleti que a comunicação adequada para a assistência nos cuidados de enfermagem deve ser realizada da melhor forma pelos profissionais, sendo assim o cuidado de enfermagem terá um olhar humano, eficaz e com dignidade no atendimento do cuidado favorecendo valores éticos no cuidado a seres humanos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A vivência neste processo nos proporcionou uma reflexão sobre a comunicação eficaz na assistência de enfermagem proporcionando qualidade no cuidado com moral, ética, humanização na assistência aos enfermos. A assistência de enfermagem necessita de organização no dimensionamento, pois somente assim os profissionais envolvidos na assistência poderão realizar os atendimentos solicitados e dar continuidade nos cuidados aos enfermos com qualidade e responsabilidade e, de forma humanizada, promover, proteger e recuperar a saúde.

**Descritores:** ENFERMAGEM, COMUNICAÇÃO, UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei 7.498, de 25 de junho de 1986.** Diário Oficial da União - Seção 1, 26 de junho de 1986.

BRASIL. **Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Ministério da Saúde.

CIANCIARULLO, Tamara I. **Instrumentos Básicos para o Cuidar: Um Desafio para a Qualidade de Assistência.** 4ª ed. São Paulo (SP): Atheneu, 2000.

MARQUIS, Bessie L; HUSTON, Carol J. **Administração e Liderança em Enfermagem.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MARQUES, Isaac R; SOUZA, Agnaldo R. **Tecnologia e humanização em ambientes intensivos.** Rev. bras. enferm. Brasília, v. 63, n. 1, p. 141-144, Feb. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000100024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100024&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 May 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100024>.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Artmed, 2011.

TIMBY, Barbara K. **Conceitos Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

## **ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO**

### **A INFLUÊNCIA DO PADRÃO DE SONO NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Daiana Reuse, Francisco Carlos Pinto Rodrigues, Tatiane Steffens, Carla Daiane de Souza

Universidade Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus Santo Ângelo  
[carladainedesousa@yahoo.com.br](mailto:carladainedesousa@yahoo.com.br)

**Introdução:** Conforme o IBGE o número de idosos vai quadruplicar até 2060. Ainda segundo o órgão, a população com essa faixa etária deve passar de 14,9 milhões (7,4% do total), em 2013, para 58,4 milhões (26,7% do total), em 2060. No período, a expectativa média de vida do brasileiro deve aumentar dos atuais 75 anos para 81 anos (IBGE, 2013). Devido a este fato as medidas de saúde pública precisam basear-se não apenas em prolongar a vida, mas também em atividades de promoção da saúde, melhorias nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho, alimentação, prática de exercício físico, além de retardar o surgimento de doenças e incapacidades, mantendo a autonomia e a independência do indivíduo idoso. Acrescido a isto, garantir ao idoso o acesso universal aos serviços de saúde disponíveis garantindo a ele qualidade de vida (COSTA, NAKATANI, BACHION, 2006; PEREIRA et. al., 2006). Conforme o grupo de estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), “qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente (RUFINE et. al., 2013). A qualidade de vida na velhice tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência-autonomia, fato que se explica, pois os idosos sentem-se mais dispostos quando se veem capazes de realizar suas próprias tarefas diárias (higiene, alimentação) (RUFINE et. al., 2013). O conceito de

envelhecimento saudável passa a ser a resultante da interação entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (RAMOS, 2003; VITORINO, PASKULIN, VIANNA, 2012). No contexto brasileiro, na grande maioria dos casos, os familiares das pessoas idosas estão se responsabilizando pelos mesmos, prestando os cuidados necessários e acolhendo-os. Porém a procura por instituições de longa permanência para idosos (asilos) tende a aumentar nos próximos anos, pois, muitas vezes as necessidades de cuidado extrapolam as condições da família e os idosos necessitam cada vez mais de atendimento especializado com pessoas capacitadas profissionalmente. (PAVARINI et. al., 2005; FIGUEIREDO, SOUZA, 2008). As redes sociais formadas por familiares e amigos contribuem positivamente para a qualidade de vida do idoso, promovendo bem estar psicológico e diminuindo o estresse e contribuindo para o idoso sentir-se útil. Já quanto esta estrutura familiar está ausente, ou então o idoso é totalmente dependente desta para realizar qualquer tarefa tende a desenvolver insatisfação, depressão, e perda da autoestima. (RAMOS, 2002; JANUÁRIO et. al., 2011). A sociedade deve avaliar condições que interferem no bem-estar e na qualidade de vida, como os determinantes e condicionantes sociais, prática de atividade física, bem estar emocional e social, criando alternativas para atender as necessidades da população que está envelhecendo (PEREIRA et. al., 2006; CUPERTINO, ROSA, RIBEIRO, 2007). Estudos apontam que o exercício físico proporciona alegria, aumento da auto eficácia, do autoconceito. Dão a oportunidade de o indivíduo ter uma sensação de sucesso reforçando a autoimagem e a autoestima positiva. (MAZO, CARDOSO, AGUIAR, 2006). É importante promover maior integração dos serviços do Sistema Único de Saúde e das Instituições de Longa Permanência de Idosos (asilos), a fim de melhorar o atendimento aos idosos que ali vivem e o próprio funcionamento dessas instituições sociais. (OLIVEIRA, NOVAES, 2013).

**Objetivo:** Avaliar a influência do padrão de sono na qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Metodologia:** A pesquisa é de abordagem qualitativa do tipo descritiva. Qualitativa, pois reúne uma rede complexa de dados, derivados de uma série de fontes, é flexível, elástica, capaz de se ajustar ao que vai sendo descoberto durante o curso da coleta de dados, e tende a ser holística, buscando uma compreensão do todo. Descritiva, pois consiste em observar, descrever e documentar aspectos de uma determinada situação (POLIT, 2011). Os dados foram coletados através de um questionário previamente formulado sobre a qualidade de vida dos idosos, intitulado WHOQOL, o qual se compõe de vinte e seis questões quantitativas. Para este trabalho foi

selecionada umas das questões para debate e discussão “Quão satisfeito você está com seu sono?”. A coleta foi realizada com idosos residentes em instituições de longa permanência de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. O período da coleta de dados foi de janeiro á maio de 2015. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Regional Integrada – URI, Campus Santo Ângelo, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido. **Resultados e discussões:** A diminuição da autonomia e da liberdade de realizar suas próprias atividades influi no modo de vida e bem estar dos idosos. Devido á isto se torna importante avaliar como está à qualidade de vida do idoso analisando dados relativos a ele mesmo, a sua família e pessoas com quem convive bem como o ambiente e demais causas que influenciam esse contexto. Neste âmbito analisamos a seguinte questão relativa aos idosos institucionalizados “Quão satisfeito você está com seu sono?” e podemos verificar que 42% estão muito satisfeitos com seu padrão de sono, 28% satisfeitos e apenas 8% insatisfeitos. Portanto, apesar de residir em instituições de longa permanência, onde muitas vezes os quartos são conjuntos (quarto com quatro ou cinco pessoas) os idosos conseguem manter um bom padrão de sono, o que nos leva a pensar que o padrão do alojamento dos mesmos é confortável, livre de ruídos, aquecido e aconchegante. **Conclusão:** Um bom padrão de sono é fundamental para a qualidade de vida, ainda mais quando se trata de um público idoso. Com o sono em dia os mesmos possuem mais energia para realizar tarefas simples da vida diária como tomar banho, alimentar-se, entre outras, preservando assim a sua autonomia e autoestima, e levando a melhoria da saúde e qualidade de vida. **Descritores:** Idoso, Qualidade de Vida, Sono. **Referências** JANUÁRIO R. S. B., JUNIOR H. S., LIUTTI M. C. DECKER D. , MOLARI M.- *Qualidade de vida em idosos ativos e sedentários-conScientiae Saúde* 2011. COSTA. C. E.; NAKATANI A. Y. K.; BACHION M. M. *Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária- Acta Paul Enfermagem* 2006; 19 (1): 43-35. CUPERTINO A. P. F. B., ROSA F. H. M., RIBEIR P C. F. - *Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (1), 81- 86 2007. \_\_\_\_\_IBGE- *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* FIGUEIREDO D. , SOUSA L. *Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência- REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA* 2008. MAZO G. Z.; CARDOSO F. L.; AGUIAR D. L. *Programa de hidroginástica para idosos: motivação, autoestima e autoimagem- Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Humano.* 2006;

8(2):67-72. OLIVEIRA M. P. F.; NOVAES M. R. C. G.; *Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil- Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4): 1069-1078, 2013. PAVARINI S.C.I. ; MENDIONDO M. S. Z. ; BARHAM E.J.; VAROTO V. A. G.; FILIZOLA C. L. A. *A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?* - Texto Contexto Enfermagem 2005 Jul-Set; 14 (3) : 398-402. PEREIRA R. J. ; COTTA R. M. M.; FRANCESCHINI S. C. C.; RIBEIRO R. C. L.; SAMPAIO R. F. PRIORE S. E. ; CECON P. R. *Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos-* Rev. Psiquiátrica RS jan/abr 2006; 28 (1):27-3. POLIT DENISE F., BECK CHERYL TATATO. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. 7ª edição, 2011. RUFINE M. F. C., FORMIGA N. S., VALENTINI F., MELO G. F. Escala de qualidade de vida: análise estrutural de uma versão para - **Ciência & Saúde Coletiva**, 18 (7):1993-2000, 2013. RAMOS L. R. *Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo-* **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):793-798, mai-jun, 2003. VITORINO L. M., PASKULIN L. M. G., VIANNA L.A.C. *Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência-* Rev. Latino-Am. Enfermagem 2012.

## **ENFERMAGEM NA SAÚDE COLETIVA**

UMA REVISÃO SOBRE A INTEGRAÇÃO ENTRE EQUIPES DE ENFERMAGEM  
E FARMÁCIA: UMA PARCERIA QUE PODE SALVAR VIDAS

Ana Paula Rosinski Bueno, Kelly Kuhn, Tanise Savaris Schossler

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI - Campus de  
Santo Ângelo

anapaularosinski333@hotmail.com

**Introdução:** A interdisciplinaridade é definida como uma integração entre profissionais de diferentes áreas de atuação visando à saúde do paciente. No entanto a interdisciplinaridade na área da saúde não pode ser entendida como a atuação de várias profissões em um foco que é o paciente, tratando-o apenas como um ser

compartimentalizado, e sim, deve ser entendida como interação, construção de saberes entre os elementos participantes deste processo, quebrando-se barreiras entre as especialidades e elaborando-se novas perspectivas de cuidado e atendimento ao paciente. Os profissionais de saúde são fontes insubstituíveis de informações sobre possíveis reações adversas a medicamentos (RAM) que são graves problemas de saúde pública em todo mundo. Nesse contexto o farmacêutico e o enfermeiro são profissionais diretamente relacionados ao processo de medicação com papéis claramente definidos e que se completam, pois são profissionais que tem o conhecimento necessário para o correto desenvolvimento dos processos do sistema de medicação, com isso têm a responsabilidade de evitar erros de medicação relacionados às suas práticas profissionais, bem como detectar precocemente e preveni-los nas diversas etapas do sistema de medicação. A minimização dos erros de medicação através do estudo e aplicação de estratégias de prevenção é sem dúvida nenhuma, uma necessidade básica e permanente para as equipes, objetivando garantir a qualidade e segurança aos pacientes. **Objetivo:** Avaliar os benefícios da integração entre serviços das equipes de enfermagem e farmácia para melhoria da qualidade de vida dos pacientes. **Método:** Buscou-se trabalhos publicados em 3 bases de dados, com as seguintes estratégias de busca: (1) MEDLINE (descritores: (1) farmacêuticos e enfermeiros, (2) saúde coletiva, (3) multidisciplinariedade, (4) integração de equipes (2) Lilacs (descritores – (1) farmacêuticos e enfermeiros, (2) saúde coletiva, (3) multidisciplinariedade, (4) integração de equipes) (3) Pubmed (descritores: (1) farmacêuticos e enfermeiros, (2) saúde coletiva, (3) multidisciplinariedade, (4) integração de equipes ). Os dados foram coletados no período de 06 a 07 de agosto do ano de 2015. **Resultados:** O processo de medicação exige conhecimento científico variado, consistente e profundo, destacando-se o conhecimento de diversas áreas como a farmacologia, anatomia, fisiologia, microbiologia e bioquímica para que desse modo o profissional incorpore uma base apropriada para o correto ato de medicar seu paciente. Esse processo é constituído por diversas etapas e processos em que a prescrição é de responsabilidade do médico; a distribuição e dispensação de medicamentos são de responsabilidade do farmacêutico e da equipe de farmácia, e o preparo, a administração e o monitoramento das reações do paciente são atribuições do enfermeiro e da equipe de enfermagem. Em situações de erro a enfermagem e a farmácia muitas vezes são responsabilizadas pois fazem parte do sistema de medicação, que resultam em subnotificações ou em não notificações dos mesmos, fator preocupante para o gerenciamento de eventos adversos a medicação. A falta do

farmacêutico na equipe de saúde deixa clara a fragilidade em uma equipe multidisciplinar, prejudicando a eficácia do serviço prestado, sua ausência repercute de forma negativa na utilização de medicamentos pela população. Verifica-se que muitas vezes o enfermeiro é responsável pelo controle de estoque de medicamentos além de todas as atribuições inerentes à sua profissão. A dispensação em algumas unidades é realizada por trabalhadores sem qualificação para orientar os usuários quanto ao uso correto dos medicamentos, em algumas unidades as condições de armazenamento são inapropriadas, comprometendo sua qualidade. Quanto aos enfermeiros é de suma importância sua ação na orientação da equipe de enfermagem, tornando-se essa uma medida de prevenção de erros, por ser essa equipe que recebe a medicação, realiza seu preparo e administra ao paciente. A orientação fornece capacitação e confiança aos profissionais tornando sua prática segura e eficaz. Todos os profissionais que prescrevem, dispensam e administram os fármacos são responsáveis pelo cuidado com o paciente e a integração entre os profissionais se faz necessária, pois a cooperação e a participação ativa dos mesmos em notificar suspeitas de RAM e outras experiências pertinentes devem ter em vista a melhoria da saúde e segurança do paciente. As interações e troca de experiências entre o farmacêutico e o enfermeiro se faz necessárias e devem ser estimuladas desde a graduação para que de fato se pratique a interdisciplinaridade, experiências estas que futuramente serão fundamentais na prática profissional levando a diminuição de erros e acarretando aumento da segurança do paciente. **Conclusões:** De acordo com a pesquisa realizada verifica-se a necessidade de que o farmacêutico e o enfermeiro apresentem atuação ativa direta no processo de medicação, sobretudo no que diz respeito aos objetivos e detecção de erros, de forma que busquem desenvolver continuamente ações educativas que garantam o alcance desses objetivos. Cabe a esses profissionais a orientação de suas equipes quanto a distribuição, dispensação, preparo e administração de medicamentos, de modo a favorecer e proporcionar sempre o aprendizado contínuo e capacitação constante das equipes para que se evitem erros e que se tenham resultados satisfatórios no tratamento dos pacientes. Além disso evidencia-se também a necessidade de ações educativas voltadas para os indivíduos que utilizam os medicamentos, já que o uso racional é fundamental pois o paciente que recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por período de tempo adequado terá sua saúde restabelecida sem agravos. A área da saúde é sem dúvida interdisciplinar e a integração de disciplinas no âmbito dos cursos que preparem recursos humanos para atuar nesse campo, certamente poderá levar à formação de profissionais mais comprometidos

com a realidade da saúde coletiva, alcançando uma parceria entre os profissionais alcança-se também maior credibilidade entre a população com os profissionais. A pesquisa possibilitou verificar que a formação de profissionais que atuarão na saúde deve estar orientada para os problemas de saúde da comunidade, sendo assim, o currículo e atividades de extensão devem enfatizar e estimular o trabalho interdisciplinar para que se tenham experiências da vida real a partir dos conceitos estudados na teoria.

**Descritores:** Enfermagem na Saúde Comunitária, Serviços Comunitários de farmácia, Assistência ao Paciente.

## **ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

### **A INTERLOCUÇÃO ENTRE EQUIPE DE SAÚDE E EQUIPE GERENCIAL: A HORIZONTALIDADE DESTE DEBATE**

Neiva Claudete Brondani Machado, Professora Orientadora do IF Farroupilha –  
Campus Santo Ângelo/RS, neiva.machado@iffarroupilha.edu.br

Aline Fátima Martins Hasse, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso  
Técnico de Gerência em Saúde

Márcia da Rosa, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso Técnico de  
Gerência em Saúde

Rodrigo Nascimento de Oliveira, aluno do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS,  
curso Técnico de Gerência em Saúde

**IFF – Instituto Federal Farroupilha – Campus Santo Ângelo**

## **INTRODUÇÃO**

Uma organização de saúde é constituída por equipes de saúde e equipes profissionais, sendo entrelaçadas as suas atividades e as consequências de um problema atingem a todos os profissionais da organização. O gestor por sua vez tem a missão constante de ser um mediador na busca da motivação como fonte de qualidade de vida para seus colaboradores e também de qualidade profissional quer irá incidir diretamente na atenção ao paciente e na recuperação do estado de saúde dos mesmos. A mudança nas práticas dos profissionais e gestores de saúde pode ser tão mais efetiva quanto mais houver conhecimento e mudança de concepções dos usuários sobre o verdadeiro papel dos serviços na promoção da saúde coletiva. Isso sugere a necessidade de desenvolver, no conjunto dos meios de comunicação, estratégias que subsidiem a população a rever o seu referencial de promoção à saúde e de ampliar sua participação nesse contexto, posto que a demanda levada aos serviços costuma



legitimar a qualidade da atenção oferecida pelos profissionais (GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010). Equipes de trabalho são consideradas fortes alavancas para o desempenho das organizações que têm necessidade de estar sempre à frente no mercado, inovando e produzindo cada vez mais (SOUZA; PUENTE-PALACIOS, 2011). Um exemplo de preocupação na qualidade de vida dos profissionais está na síndrome de Burnout, que é uma doença que atinge os trabalhadores de saúde, com a vida repleta de estresse, agitação e preocupações, é a fonte principal de perturbações e doenças psicossomáticas. Essa síndrome atinge o profissional prejudicando seu rendimento no serviço, ocasionando, muitas vezes, até mesmo o afastamento do funcionário da organização, e desta forma, atingindo toda a equipe colaboradora da organização, causando prejuízos profissionais e econômicos. Historicamente, as equipes passaram a ser reconhecidas principalmente pela produtividade; logo, a compreensão de seu desempenho tornou-se fundamental. O reconhecimento e a valorização das equipes deram-se a partir da crença segundo a qual um grupo tem maior conhecimento para realizar tarefas complexas do que um indivíduo sozinho, sendo o grupo, portanto, mais efetivo (CORDERY, 2002). É necessário compreender as necessidades dos profissionais e desta forma, o entendimento das necessidades dos clientes e suas peculiaridades e como a atuação em equipe pode privilegiar a aproximação ao paciente.

**OBJETIVOS:** Refletir sobre o processo de interlocução dos profissionais de saúde e equipe gerencial buscando o entendimento sobre a importância da aproximação entre estes grupos distintos. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de reflexão que descreve relatos dos autores na oportunidade de discussões dos alunos do 4º semestre do curso técnico de Gerência em Saúde. Este relato se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação, neste caso vivenciada pelo estagiário no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). **RESULTADOS:** O atual momento exige dos profissionais e das organizações de saúde o desenvolvimento de estratégias de atenção em saúde orientada pela prática crítica na atuação cotidiana. O debate constante e a valorização de todos os sujeitos no processo de trabalho. Ainda é visível e muito intenso o movimento de tensão entre dois segmentos sociais: trabalhadores de saúde e gestores. Em um extremo, estão o controle e a dominação que o gestor imputa ao trabalhador. Em outro, a submissão ou a resistência destes. Tal resistência à dominação conjuga dois aspectos. O primeiro é o conteúdo do confronto - os trabalhadores de saúde pressionam a gestão, visando a ampliar o controle sobre o trabalho. Já o segundo está relacionado às formas que os confrontos adotam - individual ou coletiva (AYALA, 2007). Em um estudo realizado em Joinville (SC) as

estruturas de modelo de trabalho deram-se na divisão do trabalho e em debates constantes. A inspeção nessa estrutura denotou a dificuldade dos trabalhadores que prestam a atenção em saúde de apropriar-se dos processos de trabalho e de aproximar-se dos demais trabalhadores (AYALA, 2007). **CONCLUSÕES:** Notoriamente, as três condições pertinentes ao essencial desenvolvimento do trabalho em saúde são: o desenvolvimento da atividade em saúde com o pressuposto das reais necessidades dos usuários/clientes, o entendimento nos processos de trabalho em saúde acontecendo de forma horizontal e a ampliação dos recursos humanos e materiais disponíveis para a qualidade do serviço prestado. E para que isso aconteça, nenhuma das condições referidas exige o estabelecimento de gestores que adotem a prática de dominação e subordinação da organização e dos processos de trabalho como quadro indispensável para o desenvolvimento do trabalho em saúde. Antes sim, adotem uma postura de diálogo e valorização dos profissionais, tendo repercussão direta e positiva sobre a atuação e cuidados ao paciente. **Descritores:** equipe, saúde, debate.

**REFERÊNCIAS:** AYALA, Arlene Laurenti Monterrosa; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. A divisão do trabalho no setor de saúde e a relação social de tensão entre trabalhadores e gestores. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 5, n. 2, p. 251-270, jul. 2007 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462007000200003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462007000200003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 06 ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462007000200003>.

CORDERY, J. (2002). Team working. In P. Warr (Org.), *Psychology at work* (pp.326-350). London: Penguin Books.

GRISOTTI, Márcia; PATRICIO, Zuleica Maria; SILVA, Andréia da. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 831-840, maio 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000300026&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300026&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 06 ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300026>.

POLIT, DF.; BECK, CT. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**.7 ed. Trad.Denise Regina de Sales.Porto Alegre: Artemed, 2011.

SOUZA, Maíra Gabriela Santos de; PUENTE-PALACIOS, Katia Elizabeth. A influência do autoconceito profissional na satisfação com a equipe de trabalho. **Estud. psicol.**

(Campinas), Campinas , v. 28, n. 3, p. 315-325, set. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2011000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000300003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 06 ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000300003>.

## ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

### O PAPEL DO GESTOR:

#### INCENTIVANDO LIDERANÇAS PROFISSIONAIS NO AMBIENTE

#### HOSPITALAR

Neiva Claudete Brondani Machado, Professora Orientadora do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, [neiva.machado@iffarroupilha.edu.br](mailto:neiva.machado@iffarroupilha.edu.br)  
Marcelle Colpo de Lima, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso Técnico de Gerência em Saúde  
Jenifer Franco de Lima, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso Técnico de Gerência em Saúde  
Jeferson Luis Marafiga, aluno do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso Técnico de Gerência em Saúde

#### IFF – Instituto Federal Farroupilha – Campus Santo Ângelo

**INTRODUÇÃO:** O ambiente hospitalar traduz um desafio muito grande. Para além dos assuntos administrativos e burocráticos está a gestão de pessoal em diferentes setores. Considerando diversas situações de tomada de decisão diária, o mercado exige cada vez mais um profissional líder, com tomada de decisão, focado para decisões coletivas e cada vez, com mais autonomia. O gestor inovador dentro do seu ambiente de trabalho procura incentivar seus liderados na busca constante de qualificação, atualização e um conjunto de habilidades complementares diferentes, tendo em vista sua própria valorização profissional, sendo esta refletida na sua própria prestação de serviço. A crescente importância do tema da liderança na área de organizações pode ser medida pela força com que esse assunto se apresenta tanto na literatura acadêmica quanto naquela endereçada ao público executivo. Apesar de ser um objeto de estudo desde muito tempo presente nas pesquisas das áreas de recursos humanos e comportamento organizacional (BERGAMINI, 1994), somente há alguns anos é que vem ganhando força a ideia de que a liderança é uma atividade distinta da gerência. Na verdade, por mais controverso que esse entendimento possa ser – tendo em conta que a ideia de que líderes não são gerentes (BENNIS, 1996; VIZEU, 2011).

O debate perpassa a questão de que nem todo líder precisa ser gestor e de que nem todo o gestor é um líder. Entretanto, é necessário envolver a equipe de trabalho direcionando a sua atuação profissional para as questões cernes em discussão na organização e a liderança precisa ser confiável. Muitas vezes, os empregados percebem-se envolvidos principalmente em relações de dependência profunda da empresa, com receio de serem enganados, de terem a sua autoestima e os seus destinos profissionais afetados por líderes não confiáveis. Para se sentirem mais seguros, monitoram o comportamento dos líderes, procurando identificar se falam a verdade, se cumprem o que prometem. O respeito às características pessoais e às expectativas, buscando atendê-las, surge como possível comportamento dos líderes capazes de indicar aos liderados que eles são confiáveis (TEIXEIRA, 2003). Baseando-se nas teorias de gestão de qualidade com enfoque no usuário e considerando a satisfação das necessidades do cliente, o profissional de saúde desempenha seu atendimento de forma humanizada e eficiente, tornando-se um agente de mudanças com o propósito de melhorar a organização. Sobretudo, isso somente irá ocorrer se este profissional se sentir valorizado e motivado para tal por sua gestão direta e indireta. O gestor possui um papel fundamental e a capacidade de gerenciar de forma coerente, inovadora e de manter o nível de qualidade do serviço. Mas o foco nas tomadas de decisão deve ser coletivo, transformando profissionais em líderes e priorizando a satisfação do cliente e do prestador de serviço. **OBJETIVOS:** Buscar debater sobre as questões de liderança nas organizações de saúde e de como o gestor precisa estar atento para sua condição de profissional que possa proporcionar a formação de novas lideranças. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de reflexão que descreve relatos dos autores na oportunidade de discussões dos alunos do 4º semestre do curso técnico de Gerência em Saúde. Este relato se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação, neste caso vivenciada pelo estagiário no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). **RESULTADOS:** A imponência do líder administrativo no processo de trabalho é imensa, pois age como educador, catalizador e facilitador de debates que auxiliam na retirada e remoção de barreiras e obstáculos existentes. O papel de educador é tido como uma forma de aproximar os colaboradores da administração propriamente dita. Os administradores ao longo dos anos, de certa forma, vêm passando por mudanças de filosofia e certamente encontram dificuldade para adequar-se as novas exigências no mercado de trabalho, em especial, em se tratando de saúde. É necessário catalisar para além dos aspectos econômicos, líderes envolvidos e que aceitem a causa da saúde como algo com condições de transformações e inovações. **CONCLUSÕES:** O trabalho em equipe é essencial para o feedback nos relacionamentos interpessoais. É preciso aproximar às premissas básicas na administração a realidade das

organizações de saúde em uma perspectiva participativa com os colaboradores. Na implantação de uma conduta de captação de lideranças é preciso valorizar aos profissionais, avaliar e discutir questões como crenças, valores e utilizar uma linguagem única buscando objetivos comuns. O verdadeiro comprometimento do líder demonstra no discurso e na atitude um comportamento sólido e confiável. As instituições de saúde anseiam por lideranças que tenham a capacidade de compreender todos os processos de trabalho envolvidos no cuidado a seres humanos e como essa atividade pode tornar-se desgastante aos profissionais, uma vez que, convive cotidianamente com a dor e o sofrimento de pessoas. É necessário dar condições de trabalho, é essencial respeitar o dimensionamento de pessoal e a valorização poderá transformar este cenário. **Descritores:** hospital, profissionais, liderança.

## REFERÊNCIAS

BENNIS, W. *A formação do líder*. São Paulo: Atlas, 1996.

BERGAMINI, C. W. Liderança: uma revisão histórica. In: \_\_\_\_\_. *Liderança: administração do sentido*. São Paulo: Atlas, 1994. p. 23-74.

POLIT, DF.; BECK, CT. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7 ed. Trad. Denise Regina de Sales. Porto Alegre: Artemed, 2011.

TEIXEIRA, Maria Luísa Mendes; POPADIUK, Silvio. Confiança e desenvolvimento de capital intelectual: o que os empregados esperam de seus líderes?. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 73-92, jun. 2003. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-65552003000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552003000200005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos

em 06 ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552003000200005>.

VIZEU, Fabio. Uma aproximação entre liderança transformacional e Teoria da Ação Comunicativa. **RAM, Rev. Adm. Mackenzie (Online)**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 53-81, fev. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-69712011000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-69712011000100003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos

em 06 ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-69712011000100003>.

## ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

### **HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR: A ESSENCIALIDADE AMPLA DESTA CONDIÇÃO**

Neiva Claudete Brondani Machado, Professora Orientadora do IF Farroupilha –  
Campus Santo Ângelo/RS, neiva.machado@iffarroupilha.edu.br  
Ana Keli Ribas da Silva Barros, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS,  
curso Técnico de Gerência em Saúde  
Cleberon Pedro Gonçalves dos Santos, aluno do IF Farroupilha – Campus Santo  
Ângelo/RS, curso Técnico de Gerência em Saúde  
Sandra de Vargas Pinto, aluno da IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso  
Técnico de Gerência em Saúde

#### **IFF – Instituto Federal Farroupilha – Campus Santo Ângelo**

**INTRODUÇÃO:** A humanização no ambiente hospitalar não é algo que se realiza em um único lugar ou setor ou somente com os usuários. Esse processo deve ser amplo e abranger todos os ambientes do hospital e todas as pessoas que estão envolvidas no processo. Ao implantar um processo de humanização em uma organização hospitalar é preciso envolver todos os setores, tanto administrativos, quanto assistenciais. Podem-se exemplificar os ambientes como, o nutricional, a limpeza e principalmente o ambiente da hotelaria onde o usuário estará presente. Por estar debilitado, o paciente precisa de atendimento humanizado. Os profissionais que ali trabalham precisam estar preparados tanto fisicamente, quanto psicologicamente para dar a atenção necessária para sua reabilitação. Vislumbra-se neste contexto, não somente ações técnicas, mas também atitudes de envolvimento como, carinho e atenção aos pacientes e familiares. A família é tão importante quanto o paciente e, geralmente está tão debilitada quando seu familiar adoecido. A humanização é um processo complexo, demorado e amplo ao qual se oferece resistência, pois envolve mudanças de comportamento que podem se permeadas pelos sentimentos de ansiedade e medo. Entretanto, se não for um processo singular, não será de humanização. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos padrões não estão prontos nem em decretos, nem em livros, não tendo características generalizáveis (BECK, 2007). Pensando de maneira ampliada, a humanização é um processo que deve iniciar na entrada do paciente ao hospital e estar presente em todas as fases da sua internação ou permanência nas casas de saúde. Isso implica sensibilizar e capacitar a todos os funcionários para que assumam uma postura de humanização e atenção para com o sujeito doente e sua família. Cada trabalhador, cada equipe, cada instituição deverá ter seu processo singular de humanização (CASATE, 2005).

Todo o processo de passagem do paciente e família pelas casas de saúde precisa ser permeado por atendimentos de envolvimento e comprometimento com sua condição de saúde. Não basta este trabalho ser feito somente na entrada do hospital, isso deve seguir por todos os ambientes em que o paciente passar. Outro fator importante na implantação deste processo de humanização em um ambiente hospitalar é que o trabalho dos colaboradores seja reconhecido tanto pelo usuário, quanto pela administração do hospital que tem um papel importante nesse processo, pois é através de suas diretrizes e planejamento que tudo acontece em uma organização. Daí se dá a importância da administração se reunir periodicamente com os colaboradores e elogiar o trabalho que está sendo feito, para que os funcionários possam se manter motivados para manter este atendimento de maneira contínua. Isso implica também em dar condições de trabalho, respeitar o dimensionamento de pessoal e avaliar cautelosamente a postura de cada profissional, bem como, o seu rendimento no trabalho. A questão do dimensionamento de pessoal nas casas de saúde tem sido o pano de fundo de inúmeros problemas de qualidade no atendimento, pois com profissionais sobrecarregados de trabalho, não se torna possível dispensar o tempo necessário para o estabelecimento de vínculo. As unidades de saúde, particularmente os hospitais caracterizam-se por reunir pacientes de diferentes níveis de complexidade assistencial e, em muitos casos, pacientes de diferentes especialidades. É comum verificar-se também uma inconstância no número e grau de complexidade dos pacientes, na maioria delas (FAKIH et al, 2006). **OBJETIVOS:** Refletir sobre a humanização no ambiente hospitalar e os fatores intrínsecos relacionados às condições de atuar com segurança e qualidade no atendimento ao paciente. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de reflexão que descreve relatos dos autores na oportunidade de discussões dos alunos do 4º semestre do curso técnico de Gerência em Saúde. Este relato se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação, neste caso vivenciada pelo estagiário no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). **RESULTADOS:** Em se tratando de amplitude de relacionamentos no contexto do cuidado não se pode deixar de abordar a aproximação dos profissionais de enfermagem. Enfermeiros e técnicos em enfermagem precisam pautar suas ações em uma postura ética e de respeito mútuo. A efetividade do cuidado para com o paciente depende muito daquilo que o profissional de enfermagem consegue transmitir de segurança na atenção a saúde. **CONCLUSÕES:** Portanto, percebe-se a importância da humanização no processo de trabalho institucional. A confiança na equipe de saúde é fundamental para que os pacientes sintam-se protegidos e acolhidos no ambiente hospitalar e, desta forma respondam melhor ao tratamento instituído. Buscar no diálogo a compreensão das tensões cotidianas entre as equipes profissionais e as tensões oriundas do

processo de trabalho, do cuidar e se envolver com cada caso de maneira única é uma das medidas viáveis para a qualificação do trabalho profissional em enfermagem, com o envolvimento de todos os profissionais, assistenciais e de gestão. **Descritores:** humanização; recursos humanos; valorização.

## REFERÊNCIAS

BECK, Carmem Lúcia Colomé et al . A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 16, n. 3, p. 503-510, set. 2007 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000300017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300017&lng=pt&nrm=iso)>. acessos

em 06 ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000300017>.

CASATE JC, CORRÊA AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev. Latino-America. Enferm.* 2005 Jan-Fev; 13 (1): 105-11

POLIT, DF.; BECK, CT. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 7 ed. Trad.Denise Regina de Sales.Porto Alegre: Artemed, 2011.

FAKIH, Flávio Trevisan; CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital de ensino. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. 2, p. 183-187, abr. 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000200012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200012&lng=pt&nrm=iso)>. acessos

em 06 ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000200012>.

POLIT, DF.; BECK, CT. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 7 ed. Trad.Denise Regina de Sales.Porto Alegre: Artemed, 2011.



## ENFERMAGEM E A SAÚDE DA MULHER

### RELATO DE EXPERIÊNCIA: REFLEXÃO SOBRE A AUSÊNCIA DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER DURANTE A GESTAÇÃO

Alessandra Telles, Bianca Rafaela Côrrea, Edilene Eva Garcia da Silva, Gabriela Pereira Nascimento, Gisele Carvalho, Karolini Froes

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus Santo Ângelo  
[Gabizinha.pereira.16@hotmail.com](mailto:Gabizinha.pereira.16@hotmail.com)

**INTRODUÇÃO:** As mulheres representam 50,77% da população brasileira, se mostrando como as principais usuárias do Sistema Único de Saúde. Tendo em vista a importância da mulher nesse meio, seu cuidado deve ser completo e qualificado (BRASIL, 2004). No decorrer dos anos, o evento da gravidez, o qual se caracteriza pelo parto e o nascimento, vem sendo adaptado e transformado. No passado o mesmo era realizado pelas parteiras em ambientes domiciliares, com aspecto mais humanizado e maior participação familiar. Atualmente é marcado por um processo de medicalização e desvalorização do cuidado humanizado, através de práticas e intervenções muitas vezes desnecessárias, desconfigurando assim, o aspecto natural do parto. A prática abusiva de cesáreas causa o isolamento da gestante com seus familiares, falta de privacidade e autonomia, com isso, conseguimos perceber que tais procedimentos diminuem a aproximação da parturiente com a equipe de enfermagem e a humanização do cuidado. O modelo biomédico influencia as mulheres/mães para realização da cesárea causando assim, uma predominância nos eventos e complicações potenciais, onde a promoção da saúde é deixada de lado. As gestantes desconhecem seus direitos, e submetem-se a profissionais que muitas vezes priorizam as vantagens próprias, deixando a saúde da mulher em segundo plano. A cultura, a falta de autonomia, o medo, a falta de informação, são fatores que influenciam nesse meio, e causam um processo contínuo de medicalização e ausência de vínculo (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013). Sendo um tema de grande inquietude e indagações, o período da gravidez merece uma atenção e atendimento diferenciado e com qualidade, de forma singular e integral. O nascimento caracteriza-se por uma experiência única e particular na vida de cada mulher e merece uma atenção

especial e com habilidades em todos os aspectos (VIEIRA et al, 2011). A assistência frente deve ser encarada como uma forma de formação de vínculo com a gestante, proporcionando a gestante prevenção de muitas complicações, e tratamento para eventuais eventos típicos desse período. A enfermeira tem papel essencial nesse meio, ou seja, deve nortear essa situação, a fim de diminuir os anseios da futura mãe, promovendo o autocuidado (ZIEGEL; CRANLEY, 1985). Os ajustes frente a essa situação devem ser avaliados e facilitados pela equipe de saúde, através do monitoramento do Pré-Natal, o qual é imprescindível, em todas as gestações. Essa assistência deve ser a fim de contribuir no decorrer desses novos desafios, estruturando novamente o ambiente em que vive essa gestante, sendo assim, o enfermeiro deve proporcionar esse amadurecimento do meio familiar, através de aconselhamento e apoio psicológico (FREITAS, 2001). O atendimento multiprofissional está presente na saúde da mulher, onde deve ser prestado de forma integrada e possibilitando assim que a gestante tenha um cuidado pleno (FREITAS, 2001). O estabelecimento de uma relação de confiança entre a parturiente e enfermeira, possibilita um cuidado integral em toda a totalidade da mulher. Ações de apoio à paciente durante a evolução do parto, orientando sobre as técnicas de respiração a cada contração e sobre a importância do relaxamento durante os intervalos, causam maior desempenho no parto e maior confiança da paciente frente e equipe, acarretando um aperfeiçoamento do trabalho de parto (FREITAS, 2001). Uma pesquisa realizada em Paraíba mostra que os enfermeiros veem a sistematização da assistência em enfermagem como uma proposta para melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes. A SAE é vista, como um método no qual organiza e norteia o serviço prestado, sistematizando as etapas do processo do cuidar. Sendo percebida como uma maneira de exacerbar os conhecimentos, e aumentar a autonomia do profissional de enfermagem. (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2012). O envolvimento do enfermeiro na parte da assistência é de grande importância, oferecendo auxílio a equipe, envolvendo-se no suporte psicológico da parturiente, ouvindo-a e se mostrando presente, bem como avaliar as condições do recém-nascido. Essas ações favorecem a comunicação da equipe, e o vínculo da paciente com a enfermagem, auxiliando no atendimento prestado.

**OBJETIVO:** Avaliar a assistência do enfermeiro durante o pré-parto, trabalho de parto, e atenção com a parturiente e o recém-nascido, tornou-se objetivo principal dessa vivência. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de reflexão que descreve relatos pela autora na oportunidade de vivências do estágio de enfermagem na disciplina do cuidado em saúde à mulher, respectivo ao 7º semestre de graduação em enfermagem, realizado na

unidade maternidade e centro Obstétrico de um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul, no mês de maio de 2015 no turno da manhã. **RESULTADOS:** O papel do enfermeiro é de suma importância em todos os períodos da gestação, desde o pré-natal até o nascimento. O apoio emocional, além de orientações relacionadas ao autocuidado, alimentação adequada, higiene corporal, e técnicas de respiração, fazem total diferença no decorrer da gestação. Ações nas quais devem ser prestadas pelo o enfermeiro, adquirindo assim vínculo com a gestante, favorecendo a assistência e a humanização do cuidado. O acolhimento da mulher no momento de pré-parto, partindo da equipe de enfermagem, deve ser de maior cuidado e atenção, com apoio e interesse sobre os medos e anseios da gestante, a qual se encontra debilitada e aflita, afinal de uma hora para outra sua rotina irá mudar totalmente com a chegada de um bebê em sua vida. Em vista disso, o enfermeiro deve apoiar e incentivar a mulher, com o objetivo de diminuir a ansiedade em que a mesma se encontra. A equipe multiprofissional, tem papel de favorecer o cuidado humanizado, na saúde da mulher, atendendo-a em toda a sua totalidade, de uma forma integral. A aproximação da mãe com o recém-nascido deve ser facilitada pelo enfermeiro, o qual tem atribuição de orientar e sanar as dúvidas as quais serão diversas nesse momento. Mantendo o compromisso de recomendar a mãe sobre os cuidados básicos com o RN, relacionadas ao coto umbilical, alimentação adequada, ingesta hídrica, higiene corporal, importância da amamentação e riscos do aleitamento cruzado e frisar que o mesmo é proibido e inadmissível em qualquer ocasião. Sendo comprovada a importância do enfermeiro nesse meio, cabe salientar que a qualificação e atualização do mesmo deve ser continuada, ou seja, o profissional necessita estar preparado para qualquer intercorrência no decorrer de sua prática, proporcionando a segurança da paciente. No entanto, a equipe de enfermagem necessita de uma melhora na comunicação com a mulher, favorecendo o cuidado humanizado, e as práticas da assistência. Ações de educação em saúde, e acolhimento satisfatório, melhoram o desempenho dessas práticas e o vínculo com as pacientes. Portanto, é imprescindível que o profissional de enfermagem esteja atento tanto nas demandas assistenciais quanto na parte gerencial da unidade. Considerando a participação ativa do enfermeiro inserido na maternidade, de grande importância e essencial, mantendo um olhar holístico, e um cuidado humanizado, prestando uma assistência completa, possibilitando maior qualidade no atendimento, dentro do serviço de saúde na mulher. **CONCLUSÃO:** A sistematização da assistência em enfermagem, tem se mostrado uma forma de extrema relevância e indispensável na qualificação do atendimento a saúde da mulher, contribuindo para o vínculo entre a

paciente, e a melhoria na comunicação da equipe multiprofissional. Desse modo, trazendo resultados satisfatórios na recuperação, diminuindo complicações potenciais e fortalecendo o vínculo e cuidado humanizado.

**DESCRITORES:** Enfermeiro; maternidade; humanização.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986.** Brasília (DF), 1986.

**BRASIL. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Brasília (DF), 2004.**

FREITAS, Fernando. **Rotinas em obstetrícia.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 624 p.

MEDEIROS, A.L; SANTOS, S.R; CABRAL, R.W.L.Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. *Rev. Gaúcha Enferm.* vol.33, n.3, 2012.

**NARCHI N.Z; CRUZ E.F; GONÇALVES R. O papel das obstetrizes e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, vol.18, n.4, Rio de Janeiro, Apr. 2013;**

TORRES, J. A; SANTOS, I; VARGENS, O.M.C.Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. *Texto contexto – enferm,* vol.17, n.4, 2008.

VIEIRA, S.M; BOCK, L.F; ZOCHE, D.A; PESSOTA, C.U.Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto contexto –enferm,* vol.20, 2011.

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem obstétrica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. x, 696 p.

## ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

### **DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL: RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO PARA GARANTIR A SEGURANÇA DO PACIENTE.**

**Maria Eliza Giordani da Luz<sup>1</sup>, Alessandra Frizzo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões /

[mariaelizagl@yahoo.com.br](mailto:mariaelizagl@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

**INTRODUÇÃO:** O dimensionamento de pessoal de enfermagem prevê a quantidade e qualidade de profissionais necessária para prestar uma assistência de cuidados em enfermagem eficaz. Cabe ao enfermeiro (a) a responsabilidade e desenvolvimento do dimensionamento do quadro de pessoal adequado, conforme a necessidade da unidade de trabalho a qual está responsável (Resolução COFEN nº 168/1993). Precisa de conhecimento e habilidades, além do amparo legal através da Resolução Cofen nº 293/2004, para argumentar frente aos seus superiores, pois muitas vezes, estes não estão esclarecidos da necessidade de recursos humanos, e isso acaba gerando uma dificuldade em organizar a escala diária de trabalho, sobrecarregando profissionais e respaldando no cuidado inadequado ao paciente, comprometendo sua segurança e tratamento. O dimensionamento do pessoal de enfermagem vem tendo destaque atualmente nos fóruns e na literatura de enfermagem. Em decorrência das instituições necessitarem adequar seus custos com pessoal, uma vez que, a realidade atual é de recursos financeiros mais escassos, novos modelos de assistência a serem implantados para melhorar a oferta de assistência. A formação de uma equipe e o número de funcionários se determina, através do tipo e complexidade do serviço prestado. A organização do trabalho deve ser organizada conforme a característica da cada instituição, da atenção à saúde e o modelo de assistência adotado. O serviço de enfermagem deve ser também considerado quanto à fundamentação legal do exercício profissional (Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resoluções COFEN e Decisões dos CORENs, além dos aspectos administrativos das instituições. Um dos instrumentos para realizar o dimensionamento de pessoal é o Serviço de Classificação de Pacientes – SPC, que é a “forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação a equipe

de enfermagem, com o objetivo de estabelecer o tempo despendido no cuidado, bem como o quantitativo de pessoal, para atender as necessidades bio-psico-sócio espirituais do paciente” (FUGULIN et al, 2007). Esse sistema também fornece ao enfermeiro, durante suas atividades diárias, a possibilidade de adequar o volume de trabalho requerido com o pessoal de enfermagem que tem em disponibilidade, servindo de instrumento para justificar a necessidade de aumentar o número de funcionários, quando a unidade sobrecarrega de assistência a ser prestada. (FUGULIN et al, 2007). De acordo com a Resolução COFEN 293/2004, considerar a clientela atendida através do SCP (Sistema de Classificação de Pacientes) e a realidade sociocultural e econômica: Pacientes de cuidados mínimos (PCM) /autocuidado: Paciente estável, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, e fisicamente autossuficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas; Pacientes de cuidados intermediários (PCI): Paciente estável, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas; Pacientes de cuidados semi-intensivos (PCSI) Paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada; Pacientes de cuidados intensivos (PCIt) Paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada. Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de enfermagem, por leito, nas 24 horas: 3,8 horas de enfermagem por paciente, na assistência mínima ou autocuidado (PCM); 5,6 horas de enfermagem por paciente, na assistência intermediária (PCI); 9,4 horas de enfermagem por paciente, na assistência semi-intensiva (PCSI); 17,9 horas de enfermagem por paciente, na assistência intensiva (PCIt). Distribuição percentual dos profissionais de enfermagem: Assistência mínima e intermediária, de 33 a 37% de enfermeiros e os demais são técnicos de enfermagem; Assistência semi-intensiva, de 42 a 46% de enfermeiros e os demais são técnicos e/ou auxiliares de enfermagem; Assistência intensiva, de 52 a 56% de enfermeiros, demais são técnicos de enfermagem (FUGULIN et al, 2007). Neste contexto surge discussões acerca da “carga de trabalho em enfermagem” e a relação com a qualidade da assistência e segurança do paciente, destacando como fatores de risco, a má distribuição de recursos humanos nas unidades hospitalares. (VITURI et al, 2011). Observou-se nesta vivencia um percentual significativo de ausências de funcionários da unidade, não previstas e sem aviso prévio ao trabalho, por motivos não justificados,

pensou-se em ser um indicativo de sobrecarga de trabalho. A enfermagem sofreu ao longo dos anos alterações no seu processo de trabalho, sua rotina tornou-se estressante, devido à falta de planejamento na organização de suas ações diárias, causando desgaste físico e mental. As jornadas de trabalho cada vez mais longa, devido a necessidade financeira de trabalhar em várias instituições para suprir suas necessidades. Por outro lado essas mudanças também evoluíram como ciência e prática social, pois o enfermeiro passou a assumir papéis além da assistência, na liderança, na pesquisa, na psicologia e em diversos outros campos, incrementado sua formação profissional com conhecimentos de diversos saberes. Na maioria dos hospitais, a maneira de trabalho não é adequada e nem saudável, se torna doentia e vai em desacordo com os direitos dos profissionais de saúde. Não se considera a qualidade de trabalho, é preciso investir no profissional, tornando uma carga horária digna e leve, evitando sobrecargas com um número reduzido de pessoal, onde os profissionais trabalham no limite de sua capacidade física e mental. Mudanças precisam acontecer visando um serviço de qualidade na assistência e na vida do trabalhador (SILVA et al, 2006). OBJETIVO: O presente estudo tem como objetivo refletir acerca da estrutura dimensional de profissionais de enfermagem em uma unidade hospitalar, considerando que essa estrutura reflete na segurança do profissional e do paciente, justificando uma preocupação em torno do bom funcionamento da unidade e na qualidade de trabalho dos profissionais e no cuidado adequado ao paciente. Levando em consideração as condições estruturais da instituição e a organização dos administradores em proporcionar um cuidado humanizado, em que o usuário possa ser beneficiário assim como o profissional da saúde sintam-se gratificados e saudáveis com sua função. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de reflexão que descreve relatos da autora na oportunidade de vivências do estágio supervisionado IB de Enfermagem, respectivo ao 9º semestre. Realizado na unidade cirúrgica de um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul, no mês de março de 2015 no período da tarde. Este relato de vivência se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação neste caso vivenciada pelo estagiário no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). RESULTADOS E ANÁLISE: Esta vivência proporcionou uma reflexão no sentido de que possibilitou conhecer, observar, refletir sobre o dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem. Verificar a dificuldade em organizar a escala de serviço em função de falta de recursos humanos, e da não compreensão da administração quanto a aquisição de funcionários que cubram a demanda da unidade. CONCLUSÕES: A

vivência neste processo proporcionou-me uma reflexão sobre a humanização na assistência. É vital compreender o quanto o dimensionamento adequado é importante tanto para a recuperação do paciente quanto para a saúde do trabalhador, pois um dimensionamento inadequado reflete diretamente nesses fatores, sobrecarrega o profissional respaldando no atendimento ao paciente. Para que esse processo aconteça é necessário que o estabelecimento ofereça condições adequadas para o enfermeiro gestor organizar um dimensionamento adequado, depende da conscientização e comprometimento dos administradores.

**Palavras Chaves: Dimensionamento de pessoal, Enfermagem, Recursos Humanos.**

#### REFERÊNCIAS

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Artmed, 2011.

VITURI, Dagmar Willamowius, LIMA, Solange Moreira, KUWABARA, Cleuza Catsue Takeda, GIL, Roseli Broggi, ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. **Dimensionamento de Enfermagem Hospitalar: Modelo OPS /OMS**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 547-56.

OHARA, Renato; MELO, Márcia Regina Antonietto da Costa; LAUS, Ana Maria. **Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro**. Rev. bras. enferm. Brasília, v. 63, n. 5, Oct. 2010.

SILVA, Bernadete Monteiro da et al. **Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 15, n. 3, Sept. 2006.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; SANTOS, Fernanda; ROGENSKI, Noemi Marisa Brunet; BAPTISTA, Cleide Maria Caetano. **Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al**. Rev Latino-am Enfermagem 2007 setembro-outubro; 15(5).

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 293, de 21 de setembro de 2004. **Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados**.



[online]. [ acesso 2015 Mar 20]. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/resoluca/r293.htm>.

Conselho Federal de Enfermagem. Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências** [online]. [ Acesso 2015 Mar 20]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias>.

## **ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

### **A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EFICAZ E DA PADRONIZAÇÃO DE NORMAS DENTRO DO AMBIENTE HOSPITALAR**

Jéssica Reichert Strochein, Alessandra Frizzo da Silva

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Das Missões – URI  
Campus Santo Ângelo

jessicareichert@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** A comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem que visa uma melhor assistência ao cliente e à sua família que estão vivenciando ansiedade e estresse decorrentes do processo de hospitalização, especialmente em caso de longos períodos de internação ou quando se trata de quadros de doença terminal, e até mesmo quando em internação em unidades de terapia intensiva. Portanto, uma boa comunicação entre a equipe é algo essencial (ORÍÁ et al, 2004). Uma falha nesse processo de comunicação poderá interferir no conjunto de atividades desenvolvidas, trazendo transtornos tanto à equipe como ao paciente e configura-se em uma das causas de muitos erros na enfermagem. Sendo assim, uma das exigências para uma assistência de qualidade segura é que o hospital possua um canal de comunicação eficaz, permitindo às equipes transmitir e receber informações de forma clara e correta. Outra coisa importante é a padronização de isolamento de pacientes que recebem alta da UTI, fato que vem causando conflitos e divergências entre os setores (SILVA et al, 2007). O plano de comunicação deve ser traçado e bem definido desde o início do processo, identificando quem são os interessados nas informações e como estas serão transmitidas. O foco, na maioria das vezes, é concentrado na comunicação externa, o que sem dúvida é de extrema importância (DISMORE, 2005). Porém, os hospitais deixam de realizar a devida comunicação interna, que é de igual ou maior importância que a externa. Com base no cenário descrito anteriormente e no problema identificado, que consiste nos impactos gerados pelas falhas de comunicação e pela falta de padronização de isolamento de pacientes entre os setores, esse estudo se justifica quando se pretende

apontar quais são esses impactos e relatar os benefícios da implementação de um plano de comunicação eficaz, bem como a padronização de isolamento de pacientes. **OBJETIVO GERAL:** Este estudo teve por finalidade discutir as consequências da falta de comunicação entre setores de um hospital, apontando quais são os impactos das falhas de comunicação. **MÉTODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência que descreve relatos da autora na oportunidade de vivências do estágio supervisionado hospitalar IB, respectivo ao 9º semestre de enfermagem. Realizado na unidade de terapia intensiva de um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul, no mês de maio de 2015, no período da tarde. A unidade possui 10 leitos de internação para atendimentos a pacientes que necessitam de cuidados intensivos, em estado potencialmente grave ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos. Este relato de vivência se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação neste caso vivenciada pela estagiária no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). **DISCUSSÃO:** A comunicação está sempre presente em um ambiente hospitalar e trocas de informações ocorrem a todo o momento. Mas nem sempre a informação tem o impacto que deveria, ou seja, não é transmitida no momento certo ou para o destino correto. Um plano de comunicação traçado desde o início do processo proporciona à empresa a troca de informações de maneira eficaz (CORNIANI et al, 2000). Uma vez bem definido no plano como será a comunicação interna e externa, a troca de informações entre departamentos é fundamental para que o hospital caminhe para o sucesso do processo. A comunicação contribui para definição, aceitação e um maior conhecimento das metas e objetivos e um maior equilíbrio entre setores (PIMENTA, 2006). As ferramentas de um plano eficaz fazem com que os setores evitem o retrabalho e estejam alinhadas às necessidades de prazo, finalidade, tempo, custo e qualidade do processo. Todos os setores têm o mesmo objetivo em comum, que é o sucesso na qualidade de assistência ao paciente. Portanto, é fundamental que os departamentos saibam de todos os processos que ocorrem nas demais áreas que influem direta ou indiretamente em suas atividades, e nisso inclui a padronização nas normas de isolamento de pacientes. Os setores de um hospital muitas vezes, pela não execução de uma atividade eficiente, acabam sendo ponto de resistência para as atividades de outros setores, se não estiverem muito bem integradas, trocando informações constantemente. Falhas sempre ocorrem na comunicação, são inerentes à sua execução. Porém, com as ferramentas do plano de comunicação, é possível mapear os pontos fracos e as falhas e saná-los, evitando que essas falhas voltem a acontecer (CORNIANI et al, 2000). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Grande parte dos problemas dentro de uma organização hospitalar tem relação com a comunicação ineficaz, gerando atrasos, retrabalhos, aumento nos custos, falta de sinergia entre as áreas, conflitos, surpresas indesejadas e falta de comprometimento. Portanto, o plano de comunicação e a padronização de algumas normas são essenciais para o processo, pois eles auxiliam em seu início, andamento e encerramento, evitando

desalinhamentos de atividades por causa da falta ou falha da troca de informação, e principalmente proporcionando a integração entre setores do hospital. Assim, é essencial que as organizações hospitalares busquem, através da comunicação, derrubar barreiras entre departamentos, agilizar processos, transmitir o direcionamento desejado e viabilizar discussões e ações que atendam às necessidades da empresa, garantindo o desempenho almejado e a satisfação do paciente.

**Descritores:** comunicação, isolamento de pacientes, enfermagem.

## **REFERÊNCIAS**

CORNIANI, F. et al. **Liderança e comunicação: opinião dos enfermeiros responsáveis pelos serviços de enfermagem de um hospital governamental.** Rev. Esc. Enf. USP, v.34, n.4, p. 347-53, dez. 2000.

DISMORE, Paul. **O Gerenciamentos de Projetos e o Fator Humano.** Rio de Janeiro, Qualitymark Editora, 2005.

PIMENTA, Maria Alzira. **Comunicação empresarial.** 5. ed. Campinas: Alínea, 2006.

POLIT, DF.; BECK, CT. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 7 ed. Trad. Denise Regina de Sales. Porto Alegre: Artemed, 2011.

SILVA, A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B.; MIASSO, A. I.; OPITZ, S. P. **Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação.** Acta Paul Enferm, 2007; 20(3):272-6.

ORÍÁ, Mônica Oliveira Batista; MORAES, Leila Memória Paiva; VICTOR, Janaína Fonseca – **A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, p. 292-297, 2004. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br).

## ENFERMAGEM NA SAÚDE DO TRABALHADOR

### SATISFAÇÃO PROFISSIONAL X MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO

Jéssica Reichert Strochein, Alessandra Frizzo da Silva

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Das Missões – URI  
Campus Santo Ângelo

jessicareichert@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** Uma instituição hospitalar é uma organização complexa, composta por uma diversidade de cargos, tais como a equipe de enfermagem, a equipe médica, e os serviços de apoio, que interagem um com o outro e estão num constante processo de ajustes e reajustes para alcançar o equilíbrio. Uma questão que afeta esse equilíbrio interno é o grau de satisfação e motivação dos trabalhadores. Por satisfação entende-se o estado em que o trabalhador se sente satisfeito no contexto do trabalho, enquanto motivação se refere ao estado em que o trabalhador se sente com disposição ou vontade para trabalhar e produzir. Sendo assim, a motivação surge como aspecto fundamental na busca de maior eficiência e, conseqüentemente, de maior qualidade na assistência de enfermagem prestada, aliada à satisfação dos trabalhadores (NUNES et al, 2010). Um profissional insatisfeito e desmotivado pode afetar o esquema organizacional de uma unidade hospitalar, induzindo outros membros da equipe a adotarem uma postura semelhante, ou mesmo desempenhando suas funções de forma inadequada e pouco eficiente. Portanto, esta questão é de extrema importância para o bom andamento e desenvolvimento das atividades hospitalares, preocupando, sobretudo, os administradores de cada setor (TAMAYO & PASCHOAL, 2003). O profissional enfermeiro, pela sua posição dentro da estrutura organizacional do hospital, frequentemente em posições de chefia ou coordenação, torna-se um elemento chave para a instituição. Um enfermeiro altamente motivado por seu trabalho influenciará de forma positiva todas as pessoas com a qual trabalha e as tarefas de cada unidade hospitalar serão desempenhadas de forma harmoniosa e produtiva. Portanto, considerando a motivação uma ferramenta importante para o desenvolvimento da competência dos funcionários, esse trabalho se justifica pela importância de se discutir a utilização de artifícios motivacionais dentro das unidades hospitalares bem como os seus benefícios, visando melhores relacionamentos interpessoais da equipe resultando em uma assistência de qualidade aos seus pacientes. **OBJETIVOS GERAIS:** Discutir a importância e os

benefícios da utilização de artifícios motivacionais no cenário hospitalar. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência que descreve relatos da autora na oportunidade de vivências do estágio supervisionado hospitalar IB, respectivo ao 9º semestre de enfermagem. Realizado na unidade E de um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul, no mês de abril de 2015, no período da tarde. A unidade possui 26 leitos de internação para atendimentos nas diferentes especialidades clínicas e cirúrgicas, incluindo doenças infecto contagiosas, distribuídos em quartos de enfermaria, semi-privativo e privativo. Este relato de vivência se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação neste caso vivenciada pela estagiária no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011).

**DISCUSSÃO:** Como bem sabemos as instituições hospitalares tem por objetivo oferecer atendimento de qualidade e ao mesmo tempo eficiente aos seus clientes e para tal, não poupam investimentos em equipamentos sofisticados, reforma na estrutura física dos prédios e até mesmo adotam políticas de aumento salarial. No entanto, os administradores acabam esquecendo um elemento relevante para o sucesso de suas empresas, seu funcionário, e é nesse contexto que a motivação se torna uma questão a ser estudada (CHAVES et al, 2011). As pesquisas sobre satisfação no trabalho demonstram que não é fácil apontar fatores capazes de influenciar no comportamento das pessoas e revelam o quanto é complexo compreender e intervir para que ocorra mudança de atitude, isso em decorrência das diferenças de personalidade e organização social. Não é de se admirar que os administradores se defrontem com problemas de pessoal e se revelem incapazes de gerenciá-los, a fim de diminuir o descontentamento, porque desconhecem os fatores motivacionais (BATISTA et al, 2005). Assim, destaca-se a importância do profissional enfermeiro estar atento para a necessidade motivacional da sua equipe, pois este se torna o responsável por promover ações que venham influenciá-la. Vale sugerir que as organizações hospitalares avaliem os fatores de insatisfação no trabalho do enfermeiro para que este profissional possa fazer uma assistência de melhor qualidade, o que conseqüentemente contribuirá para o sucesso da empresa. Além disto, que estes profissionais se façam perceber através de um cotidiano mais revelador e com transformações, a fim de serem tratados com a sua devida importância e para que, acima de tudo, consigam conquistar o seu reconhecimento, através da competência, da luta, da organização da categoria, do posicionamento na equipe e na instituição, e da realização de um trabalho de qualidade.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A satisfação com o trabalho é um conjunto de sentimentos favoráveis que os indivíduos apresentam em relação ao mesmo, e quanto maiores forem os fatores de satisfação, maior poderá ser o empenho do profissional em prestar uma assistência qualificada, refletindo um serviço de melhor qualidade. Assim, outros aspectos importantes a serem considerados são a remuneração adequada para a função exercida, a autonomia para tomar decisões, a possibilidade de crescimento profissional e reconhecimento pessoal e o próprio orgulho do indivíduo em atuar em

determinadas instituições (TAMAYO & PASCHOAL, 2003). Por fim, considera-se que o desenvolvimento profissional deva ser compartilhado tanto pela instituição, ao possibilitar oportunidades de aprendizagem, como pelos próprios profissionais de saúde, que necessitam buscar outros cenários de auto desenvolvimento. Aliado a isso, acredita-se que a adoção de uma gerência participativa seja um fator contributivo para o alcance da satisfação no trabalho.

**Descritores:** motivação, satisfação, trabalho, enfermagem.

## **REFERÊNCIAS**

BATISTA, A. A. V.; VIEIRA, M. J.; CARDOSO, N. C. S.; CARVALHO, G. R. P. **Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro.** Rev.esc. enf. USP [online] ; vol.39; 85-91; 2005.

CHAVES, L. D.; RAMOS, L. H.; FIGUEIREDO, E. N. **Satisfação profissional de enfermeiros do Trabalho no Brasil.** Acta Paul Enf,2011;24(4):507-13.

NUNES, C. M.; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; KURCGANT, P. **Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário.** Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2010; 12(2): 252-7. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/10.5216/ree.v12i2.7006>> Acessado em 10 Abr. 2015.

POLIT, DF.; BECK, CT. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.**7 ed. Trad.Denise Regina de Sales.Porto Alegre: Artemed, 2011.

TAMAYO, A; PASCHOAL, T. **A Relação da Motivação para o Trabalho com as Metas do Trabalhador.**RAC, v. 7, n. 4, Out./Dez. 2003: 33-54.

## **ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

### **A HOTELARIA COMO DIFERENCIAL COMPETITIVO: UM NOVO OLHAR DA GERÊNCIA EM SAÚDE**

Neiva Claudete Brondani Machado, Professora Orientadora do IF Farroupilha –  
Campus Santo Ângelo/RS, neiva.machado@iffarroupilha.edu.br  
Jordana Zanuzo Zimmermann, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS,  
curso Técnico de Gerência em Saúde  
Diési Lowe da Silva, aluna do IF Farroupilha – Campus Santo Ângelo/RS, curso  
Técnico de Gerência em Saúde

**IFF – Instituto Federal Farroupilha – Campus Santo Ângelo**

**INTRODUÇÃO:** O processo de globalização juntamente com o avanço tecnológico e o crescente acesso da população à informação desencadeou o aumento das exigências sobre os produtos/serviços. Desta forma, a competitividade se aflorou, afetando inclusive a área da saúde. Neste contexto surgiu a hotelaria hospitalar como diferencial, sendo esta responsável pelas atividades de apoio, dando o suporte essencial para que as equipes técnica e assistencial desenvolvam suas atividades. A hotelaria hospitalar abrange inúmeros serviços, entre os quais, a nutrição e dietética, o processamento de roupas hospitalares, a higienização, a segurança, a manutenção predial e a portaria. É imprescindível neste novo momento de exigências afloradas viabilizar a reestruturação dos serviços, inserindo a hotelaria convencional ao ambiente hospitalar com o intuito de alcançar novos padrões de acolhimento, percebendo e entendendo o tratamento do paciente em uma perspectiva de atendimento com hospitalidade. Nesta nova forma de vislumbrar o atendimento no contexto do hospital e aliado a hotelaria, se expressa de maneira muito intensa, a necessidade de investimentos nos recursos humanos como maneira de aproximação do paciente/cliente. A percepção de que existem requisitos fundamentais para se iniciar a gerência da qualidade nos hospitais resulta de levantamento teórico sobre o tema e a participação em eventos científicos e, sobretudo, da troca de informações com os profissionais da área envolvidos no momento do contato com o paciente/cliente. Diante deste cenário é possível identificar indicadores de qualidade, essenciais para redirecionar condutas na atenção à saúde da coletividade. O uso de indicadores para gerar conhecimentos, melhoria da qualidade, aquisição de resultados assistenciais e econômicos positivos é fator crucial em hospitais, pela complexidade das operações e finalidade assistencial. A busca pelo compartilhamento de informações colhidas de indicadores assistenciais e econômicos visa que o conhecimento seja criado para ser convertido em evidências que possam orientar a organização na captação de recursos. A organização procura conciliar a função assistencial como conveniada ao SUS com a sustentabilidade orientada pela visão de negócio (IGNOCHI et al, 2014). A satisfação do paciente desta área está diretamente relacionada à resolutividade, complementando-se pelo atendimento acolhedor, pelos serviços prestados e ao conforto que lhe foi proporcionado durante o seu tempo de tratamento. A humanização faz parte deste sentimento de pertencimento e acolhida. Para Casate, Corrêa, (2005) cada trabalhador, cada equipe, cada instituição deverá ter seu processo singular de humanização. São muitos os avanços verificados na assistência hospitalar pública nos últimos anos, os quais incluem investimentos para a melhoria da gestão, compra de equipamentos e desenvolvimento de novas tecnologias. Entretanto, observa-se a pouca valorização dos usuários

e trabalhadores das instituições de saúde, o que tem merecido algumas reflexões para a busca da melhoria deste aspecto. Não é suficiente o hospital adquirir modernos equipamentos, dispor de estrutura moderna apropriada aos cuidados de saúde e uma administração criativa, se não estiver voltado completamente para a satisfação das necessidades dos usuários e os trabalhadores que os atendem (BECK, 2007). Uma liderança verdadeiramente motivada é vital para que todos da organização sejam contagiados pelo mesmo espírito de busca contínua de qualidade. Esta filosofia de trabalho voltada para a qualidade é um desafio, e o sucesso de sua implantação depende de líderes que realmente gostem de se sentir desafiados, que utilizem o aprendizado e a experiência, e prossigam cada vez mais entusiasmados nesta busca. **OBJETIVOS:** Promover discussões que permitam refletir sobre a hotelaria hospitalar, buscando a aproximação entre o gerencial e o assistencial em uma perspectiva de equipe em saúde inovadora. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de reflexão que descreve relatos dos autores na oportunidade de discussões dos alunos do 4º semestre do curso técnico de Gerência em Saúde. Este relato se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação, neste caso vivenciado pelo estagiário no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). **RESULTADOS:** A proposta desafiadora em debate volta-se diretamente a necessidade de entendimento das instituições de saúde de que o verdadeiro segredo da qualidade dos serviços prestados está diretamente relacionado ao atendimento prestado em todas as áreas profissionais. Isso desafia a instituição/ organização a buscar aproximar o assistencial do gerencial e discutir questões implícitas que se relacionam com o atendimento do paciente e da atenção a família. Ao identificar essa emergencial transformação no mundo das relações de trabalho na instituição é possível idealizar uma nova forma de atuar em saúde. Partindo deste pressuposto, iniciar a capacitação dos profissionais e aproximar estudos científicos dos trabalhadores, buscando exemplificar com as práticas cotidianas de trabalho. **CONCLUSÕES:** A grande questão está diretamente relacionada à maneira como os profissionais de saúde e em saúde se percebem nas relações de trabalho e, desta relação buscar a essência do cuidado em um momento de profunda reflexão/ação no sentido de valorizar os profissionais em trabalho e acolher o paciente e a família, instituindo a real e atuar necessidade de vínculos e humanização das ações de atenção ao cliente. **Descritores:** hospital; gerência; assistência.

## REFERÊNCIAS

BECK, Carmem Lúcia Colomé et al . A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 16, n. 3, p. 503-510, set. 2007



. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000300017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300017&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 06 ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000300017>.

CASATE JC, CORRÊA AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev. Latino-America. Enferm. 2005 Jan-Fev; 13 (1): 105-11

IGNOCHI, LUCIANO; GONCALO, CLÁUDIO REIS; ROJAS LEZANA, ÁLVARO GUILLERMO. COMO GESTORES HOSPITALARES UTILIZAM INDICADORES DE DESEMPENHO?. **Rev. adm. empres.**, São Paulo , v. 54, n. 5, p. 496-509, out. 2014

. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75902014000500496&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902014000500496&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 06 ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020140504>.

POLIT, DF.; BECK, CT. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7 ed. Trad. Denise Regina de Sales. Porto Alegre: Artemed, 2011.

## **ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

### **PASSAGEM DE PLANTÃO NA ENFERMAGEM: ÉTICA PROFISSIONAL E ASPECTOS LEGAIS. ”**

**Maria Eliza Giordani da Luz<sup>1</sup>, Alessandra Frizzo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões / [mariaelizagl@yahoo.com.br](mailto:mariaelizagl@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

INTRODUÇÃO: A passagem de plantão é utilizada pela enfermagem como um instrumento, para assegurar a continuidade da assistência prestada, sendo fundamental para a organizado do trabalho. Durante a passagem de plantão o profissional que executa essa ação, deverá transmitir informações precisas quanto ao estado do paciente, as

intercorrências do seu turno e o tratamento realizado, e algo mais que achar necessário atenção (COREN-SP, 2010). Ela é realizada pelo profissional que está acabando seu turno para o profissional que está iniciando, adotando basicamente duas formas de comunicação a verbal e a escrita. A comunicação transmite ideias a outras pessoas, sua eficácia depende de vários fatores, tais como o tom de voz, as palavras certas, a expressão facial, gestos que traduzem sentimentos que não são expressos por palavras, ela pode ser interligada com a passagem de plantão, e se, utilizada corretamente passaremos informações precisas que vão contribuir para um bom atendimento e cuidados com o paciente (KRON, 1978, p.41-5). A organização de um trabalho começa desde o início das atividades, quando se recebe um plantão, mantemos uma organização acerca do que vamos iniciar neste dia, precisamos ter informação referentes ao estado do paciente, o tratamento que este esteja realizando, intercorrências, exames realizados ou pendentes, enfim tudo o que se faz necessário para ficarmos a par da situação do paciente. Essas informações dependem de uma boa comunicação, da ética em transmiti-las (COREN-SP, 2010). O resultado deste trabalho é a garantia da continuidade da assistência, evitando que essas informações se perdem em função de uma comunicação ineficaz. A garantia da continuidade está prevista no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem dispõe, no Artigo 16 da Seção I das relações com a pessoa, família e coletividade, dentre as responsabilidades e deveres desses profissionais: Art.16 – *“Garantir a continuidade da assistência de enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimento reivindicatórios da categoria”* (RESOLUÇÃO COFEN, 2007). O Artigo 41 da Seção II, das relações com os trabalhadores de enfermagem, saúde e outros, dispõe entre as responsabilidades e deveres desses profissionais: “ Art.41-Prestar informações, escritas e verbais. Completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência. ” (RESOLUÇÃO COFEN, 2007). Essa atividade requer um tempo para que seja repassado todas as informações acerca do paciente, esse tempo precisa ser sistematizada em uma dinâmica que utilize um menor tempo possível, respeitando o limite instituído pela instituição, sem comprometer as informações repassadas. A qualidade destas informações requer habilidade e comprometimento de cada profissional, vai depender do individual. É um momento onde a equipe possa proporcionar um reflexão e entrosamento, satisfazendo os objetivos propostos pela instituição, onde cada um obtém a responsabilidade de proporcionar um crescimento mutuo e um trabalho melhor qualificado (COREN-SP, 2010). A justificativa deste trabalho se dá pela observação de

uma unidade hospitalar em que os profissionais enfrentam dificuldades em passar o plantão adequadamente, buscando alternativas para melhoria desta atividade. OBJETIVO: Refletir acerca da passagem de plantão eficaz em uma unidade hospitalar. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de reflexão que descreve relatos da autora na oportunidade de vivências do estágio supervisionado IB de Enfermagem. Realizado em uma unidade de um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul. Este relato de vivência se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação neste caso vivenciada pelo estagiário no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). RESULTADOS: A passagem de plantão reflete em vários fatores, um deles é na assistência ao paciente, trazendo consequências muitas vezes irreparáveis. Em observação em uma unidade hospitalar foi anotado alguns destes problemas que acarretam riscos para uma passagem de plantão: falta de concentração, falta de compreensão ao transmitir dados, interrupções com frequência, falta de atenção ocasionada pela não objetividade de quem está passando o plantão, falta de pontualidade, falta de pontualidade, não valorização da atividade. Diante destes fatores relevantes, foi buscado alternativas para melhoria destes problemas, com base na literatura e apoiados pelo Parecer Coren-SP CAT nº009/2010, ressaltamos: Fechamento do plantão, antes da passagem deste, com o enfermeiro responsável; Conferencia das medicações; Revisão dos aprazamentos; Ambiente tranquilo, espaçoso, ventilado, iluminado, com cadeiras, sem interrupções; Tempo de passagem de plantão mínima de 20 min, 10 antes do início do plantão e 10 min, após; Dever ser passagem pessoalmente pelo técnico para técnico; Prontuário do paciente sempre junto, com os instrumentos básicos: prescrição medica, exames realizados, folhas de controle, prescrição de enfermagem, entre outros; Placa indicativa: ESTAMOS PASSANDO PLANTAO, para evitar interrupções desnecessárias; Profissional de referência, para analisar o que pode ou não pode interromper a passagem de plantão, e também dar informações que sejam necessárias. Com a reflexão acerca da passagem de plantão e para tentar superar as dificuldades ressaltadas nesta vivencia, procurou-se tipos de passagem de plantão em que instituições adaptam sua rotina no dia a dia. Adaptado por Siqueira ILCP, Kurcgant P. \_A Passagem de Plantão por tarefas: Adotada na década de 70, 80, os auxiliares de enfermagem informaram sobre atividades realizadas ao colega que prosseguia, no plantão seguintes com as mesmas tarefas. Os enfermeiros comentavam a respeito do estado, assistência prestada e intercorrências de todos os pacientes. Pontos negativos: horários de saídas em

atrasos devido ao grande número de informações, equipe não tinha conhecimento sobre a assistência integral, pois as informações não eram compartilhadas. Pontos positivos: mantinha-se regularidade no horário de saída e entrada dos auxiliares de enfermagem. A Passagem de Plantão em Grupo: Adorada na década de 1990, constava a estratégia da passagem de plantão sob a forma de reunião no posto de enfermagem, participavam auxiliares de enfermagem e enfermeiros do turno que iniciava e do que terminava. Os auxiliares faziam um relato sobre o período, pautando a assistência prestada, enquanto os enfermeiros faziam complementações. Pontos negativos: prolongamento da passagem de plantão, surgindo problemas trabalhistas devido a horas extras, descontinuidade da assistência durante a passagem de plantão. Pontos positivo: todos os membros da equipe eram informações sobre todos os pacientes. A Passagem de Plantão em Sub-grupos: Enfermeiros e auxiliares de enfermagem cuidariam dos mesmos pacientes até sua alta, compondo uma equipe de cuidadores em cada turno, denominada de escala fixa. Esse tipo de escala possibilitou facilitar a agilizar a assistência, devido aos conhecimentos das individualidades dos pacientes. Pontos positivos: diminuição das informações transmitidas e do tempo da passagem de plantão, uma vez que as reuniões foram substituídas pelas duplas de auxiliares de enfermagem. O enfermeiro compartilhava todas as informações, como coordenador das atividades assistenciais da unidade. Pontos negativos: dificuldade na ordenação dos auxiliares para a passagem de plantão, exigindo coordenação das enfermeiras, que se ocupavam com a captação das informações, atrasos na passagem do plantão incorrendo atrasos. A Passagem de Plantão de outro tipo: Foi abolida a passagem de plantão em equipes, a equipe deveria realizar assistência planejada, transferindo apenas o que não conseguiu realizar. As informações resumiam em pendências e intercorrências, a escala fixa seria mantida. O enfermeiro com cada auxiliar faz a revisão das anotações ocorridas no plantão anterior, priorizando as pendências, identificando os casos graves e as necessidades de condutas imediatas. Antes do término do plantão, e enfermeiro com o auxiliar, avalia os procedimentos e as anotações realizadas no turno. O que está em andamento ou o que precisa ser realizado é transferido ao turno seguinte e registradas como pendências, além das observações importantes de cada paciente. Pontos positivos: os enfermeiros conseguiam organizar melhor o trabalho, os registros passaram a ser revisados pelas equipes diminuindo falhas, atingiu o objetivo de cumprimento de horários por toda a equipe. Pontos negativos: resistência dos enfermeiros na adesão imediata da nova estratégia, pois alguns consideravam imprescindível em repasse verbal de informações ao colega. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A passagem de

plantão é um elo importante para a manutenção da continuidade da assistência, garantido resultados efetivos ao tratamento do paciente e a segurança do mesmo. Sendo responsável por essa estratégia o profissional de enfermagem, que é preciso ter ética ao passar adequadamente seu plantão, se responsabilizando nas informações transferidas, pontualidade e assiduidade tanto no recebimento quanto na entrega do plantão.

**Descritores: Enfermagem, Equipe de enfermagem, Ética.**

## **REFERÊNCIAS**

KRON, Thora. Manual de Enfermagem. 4 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.

Parecer Coren – SP – CAT nº 009/2010

PENAFORTE, Maria Helena de Oliveira; MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva. A visibilidade do autocuidado relativo à higiene na passagem de plantão dos enfermeiros. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, Feb. 2011.

SIQUEIRA, Ivana Lucia Correa Pimentel de; KURCGANT, Paulina. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. Acta paul. enferm, São Paulo , v. 18, n. 4, Dec. 2005.

Resolução Cofen Nº 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

## **ENFERMAGEM NO CUIDADO À CRIANÇA**

### **URGÊNCIAS NEONATAIS NO CENTRO OBSTÉTRICO: A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NOS PARTOS COM DISTÓCIA**

Emanuela Rosa Gomes, Neiva Claudete Brondani Machado, Narciso Vieira Soares

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

manurgomes@gmail.com

Descritores: Equipe de Enfermagem, prematuro, Complicações do Trabalho de Parto.

**INTRODUÇÃO:** Apesar da gravidez ser um acontecimento que faz parte da vida biológica de muitas mulheres, é um momento muito especial, e que envolve, não somente mãe-filho, mas, a adaptação de uma família. Durante a gestação a mulher sofre diversas

modificações fisiológicas, que vão desde o aumento de peso até alterações hormonais que interferem no seu estado emocional. Existem muitos fatores, tanto fisiológicos quanto sociais que influenciam no andamento da gestação. Devido a isso, é importante ressaltar a importância da realização de um pré-natal, que tem por objetivo o acompanhamento dessa gestante desde a descoberta da gravidez até o parto, buscando orientá-la no que se refere à gestação, mudanças fisiológicas, bem como prepará-la para o trabalho de parto e assistência ao seu bebê e ainda, poder identificar possíveis complicações durante a gestação (ZIEGEL e CRANLEY, 2011). No pré-natal são realizados desde a coleta de dados sobre a história pregressa da gestante e do parceiro e de seus antepassados, como a realização de exame físico e exames laboratoriais, que são realizados o primeiro e terceiro trimestre da gestação, ou quando se julgar necessário, esses dados são possibilitadores da identificação de fatores que possam influenciar na gestação, que podem versar no campo socioeconômico, genético, clínico e obstétrico, entre outros. Os fatores socioeconômicos são determinantes decisivos na gravidez, pois são frequentemente associados à prematuridade, retardo do crescimento intrauterino e baixo peso dos recém-nascidos (COSTA et al, 2014). A gestação é uma caixinha de surpresas, assim como uma mulher pode ter uma gestação normal, sem intercorrências do início até o parto, algumas podem apresentar complicações que vão desde os primeiros meses até o nascimento. Uma dessas complicações é o trabalho de parto prematuro, que segundo Zieguel e Cranley é “aquele que ocorre antes da 37ª semana de semana de gestação”. O trabalho de parto pode ser inibido por ações de algumas drogas farmacológicas, porém quando não é possível interromper esse processo, cabe à equipe proporcionar um ambiente adequado para a paciente em trabalho de parto e conseqüentemente, segurança para o recebimento de uma criança prematura. Durante a assistência a essa gestante em trabalho de parto prematuro, deve-se assisti-la durante todo o período do parto, para garantir sua segurança física e emocional, visto que esta gestante não está preparada para receber esse bebê neste momento da gestação. Também faz parte da assistência à gestante o cuidado com o feto, necessitando aumentar ao máximo a sua oxigenação e monitorar os batimentos cardíacos fetais (ZIEGEL, CRANLEY, 2011). Os bebês prematuros apresentam uma série de complicações devido sua imaturidade, quanto menor a idade gestacional, maiores as complicações. Saber a idade gestacional é fundamental para tornar mais fácil a assistência à criança, pois é possível saber qual o nível de desenvolvimento em que se encontra e planejar o cuidado de forma criteriosa. Assim que a criança nasce, requer cuidados imediatos, sendo que a respiração deve ser imediatamente verificada. A aspiração das

vias aéreas é necessária para que nenhum resquício de líquido amniótico, sangue ou mecônio, seja aspirado pela criança, também deve haver controle rigoroso da temperatura corporal do recém-nascido. Para isso a sala de parto e de recepção do recém-nascido é fundamental para o nascimento saudável do bebê, pois neste local serão realizados os primeiros cuidados, principalmente os de manutenção da respiração e temperatura corporal (BITTENCOURT e GAIVA, 2014). A portaria nº 371 de 7 de maio de 2014 refere que o atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico ou profissional de enfermagem, desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal. Essa portaria ainda é reforçada pela Norma Técnica nº 16/2014 que fala da essencialidade da capacitação do profissional, médico ou enfermeiro, no recebimento de recém-nascido, mesmo que este não venha a apresentar necessidade de reanimação. O bebê que não respira ao nascer, apresenta uma diminuição na concentração de oxigênio no sangue e conseqüente elevação de dióxido de carbono, e conseqüentemente queda do pH sanguíneo, que se não for reestabelecido rapidamente, com o início da reanimação, pode diminuir o batimento cardíaco com conseqüente parada cardíaca. A ventilação então deve ser continuada até que o recém-nascido tenha condições de estabelecer uma respiração espontânea e contínua (ZIEGEL e CRANLEY, 2011; BRASIL, 2013). O coração do RN deve ser auscultado imediatamente após o nascimento para certificação de sua ação, assim como o tônus muscular é um grande indicador de uma condição grave. A queda da temperatura associada a asfixia pode resultar num quadro quase irreversível dentro de poucos minutos. A reanimação deve se iniciar da forma menos vigorosa possível, muitas vezes somente a estimulação sensorial, como uma massagem nas costas ou palmada na sola do pé e um fluxo de oxigênio na face já são suficientes para estimular a respiração. Mas caso não surtam efeito rápido, é necessário a aspiração e a ventilação por pressão positiva. A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que como muitos neonatos necessitam de manobras de reanimação é necessário no mínimo de dois profissionais, e que, como a portaria 371/2014 e a Norma Técnica 16/2014 recomendam, que estes profissionais sejam capacitados e tenham habilidade em reanimação. Ressalta-se sempre, a necessidade de se ter uma equipe preparada para receber o recém-nascido e prestar a assistência necessária a parturiente, pois a tomada de decisão deve ser imediata para garantir a sobrevivência do neonato e a segurança materna. **OBJETIVOS:** Refletir sobre a atuação da equipe multiprofissional no atendimento de urgência em partos com distócia. **METODOLOGIA:** Trata-se de um

relato de reflexão sobre uma vivência experimentada pela acadêmica de enfermagem do 9º semestre em Estágio Supervisionado em um hospital de médio porte do noroeste do Rio Grande Sul. O estágio foi realizado em uma unidade hospitalar com 15 leitos de internação mais um centro obstétrico. Foi realizado no período de 23 de março a 08 de abril de 2015 no turno da manhã. Este relato se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação, neste caso, vivenciada pelo estagiário no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). **DISCUSSÃO:** O relato de vivência proporciona ao acadêmico refletir sobre a atuação da equipe de saúde no campo de prática profissional, promovendo um olhar crítico sobre as situações vivenciadas. É importante que o acadêmico tenha a oportunidade de vivenciar situações em que exijam da equipe uma ação eficaz, para assim compreender o funcionamento das rotinas de uma unidade e a complexidade do cuidado de enfermagem na vida das pessoas. A gestação, por ser uma caixinha de surpresas, requer do profissional, um olhar atento para qualquer situação que possa vir a acontecer. A prematuridade, como principal causa de necessidade de reanimação, exige do profissional o conhecimento sobre o que deve se fazer e também a habilidade e agilidade no atendimento. O profissional de saúde responsável pelo recebimento do recém-nascido, não deve sob hipótese alguma, se ausentar do local do recebimento, pois representa o profissional que irá coordenar os procedimentos a serem realizados e possui a responsabilidade sobre a segurança na transição da vida intrauterina para a extrauterina do neonato. Qualquer alteração que possa vir a acontecer exige do profissional a capacitação para que atue imediatamente e que possa contar com a presença de uma equipe preparada para auxiliar em qualquer circunstância. O minuto de ouro, ou seja, o primeiro minuto após a transição da vida uterina para a extrauterina é a chave para que esse recém-nascido não venha a ter qualquer complicação irreversível. Manter a respiração adequada e prover calor são fundamentais para a boa transição da criança, sendo cabível ao profissional responsável pelo recebimento, seja médico ou enfermeiro com capacitação e treinamento, garantir a assistência até o momento em que a criança seja transferida, ou para alojamento conjunto com a mãe, ou para a Unidade de Terapia Intensiva neonatal. O médico juntamente com o enfermeiro devem conduzir o recém-nascido até a UTI neonatal quando necessário, relatando para os responsáveis pelo recebimento, todos os acontecimentos, desde o tipo de parto, intercorrências, necessidade de reanimação ou não, para que a equipe possa dar continuidade a assistência necessária a essa criança e garantir a segurança imprescindível para o neonato. **CONSIDERAÇÕES**



**FINAIS:** Diante da experiência vivenciada, conclui-se fundamentalmente que a equipe de saúde tenha a habilidade e a capacitação para atuar em situações de emergências, tendo em vista que qualquer falha durante o atendimento pode resultar em danos irreversíveis ao paciente. Poder vivenciar a atuação da equipe profissional no atendimento de urgências nos faz refletir sobre o papel do enfermeiro e, de que forma os futuros profissionais podem conduzir suas ações nestas situações, valorizando a postura e a conduta profissional baseadas em conhecimento científico e envolvimento com as situações de saúde dos sujeitos. Descritores: Atenção ao parto; Cuidado de enfermagem; Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

Medeiros W. Humanização e cuidado [acesso em 2005, Jun 18]. Disponível em: <<http://planeta.terra.com.br/arte/cord/qualidade-na-saude07.htm>> Acesso em 30.11.2010.

OLIVEIRA, L.M.A.; GUIARDELLO, B.E. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v.40, n 1, p.71-77, mar. 2006.

SILVA, Lúcia F., GURGEL, Almerinda H., CARVALHO, Zuíla M. F., MOREIRA, Rui V. O. Cuidado como Essência Humana em Martin Heidegger e a Enfermagem. In: MOREIRA, Rui V. O., BARRETO, José A. E. (org) **A outra margem:** Filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: Editorial, 2001.

## ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO

### DESAFIOS NA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS QUANTO ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

Ana Paula Müller Coletto, Alessandra Frizzo da Silva  
[ana.coletto@hotmail.com](mailto:ana.coletto@hotmail.com)

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

**RESUMO:** Como futuro profissional de enfermagem é preciso cultivar a ética profissional, respeitado o paciente, bem como a sua escolha. **INTRODUÇÃO:** A enfermagem apresenta divisões hierárquicas: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, o que resulta para a grande maioria da sociedade, a visualização de apenas um profissional sem conseguir distinguir as classes hierárquica prevista pelo código de Ética profissional. (CALDONHA, MENDES e TREVIZAN, 2002 e JABBUR, COSTA e DIAS, 2012). Nesse sentido, precisamos considerar que o profissional

enfermeiro necessita ter a percepção do seu papel, de forma a considerar seu modo de se comportar, de agir, de executar as funções que são de sua competência e principalmente priorizar o cuidado. Constantemente nos deparamos com o dilema entre a teoria e a prática, como junta-las? Será que conseguiremos ser capazes de executar as duas de maneira correta e eficaz? Esses questionamentos geraram medo, ansiedade e receios principalmente quando o aluno se encontra no campo de estágio, período este, em que o aluno terá a oportunidade de sanar suas dúvidas. No processo de aprendizagem do aluno de enfermagem percebe-se que ocorre o desenvolvimento de ansiedade o que demanda uma aproximação entre professor e aluno (DIAS et al, 2014). As maiores dificuldades encontradas pelos alunos de enfermagem foram a discrepância entre a prática e a teoria, insegurança ao realizar os procedimentos, resistência por parte dos funcionários da instituição de saúde e dificuldades com o supervisor (EVANGELISTA e IVO, 2014). É no estágio que temos o nosso primeiro contato com o paciente/cliente e também, o desafio de conduzir uma situação totalmente nova, pois teremos que buscar uma resolutividade para a questão apresentada, pensando no bem-estar do paciente e dentro das possibilidades que temos no atual momento. O contato com o paciente é um fator que gera ansiedade por parte do acadêmico de enfermagem, essa está relacionada principalmente pelo desenvolvimento da comunicação (CARVALHO et al, 1999).

**OBJETIVOS:** O presente estudo tem como objetivo ressaltar a importância da postura ética e profissional do estudante em enfermagem.

**METODOLOGIA:** A seguinte pesquisa trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelas autoras, durante a realização do Estágio Hospitalar Supervisionado IB, respectivo ao 9º semestre de Enfermagem. As práticas foram realizadas em ambiente hospitalar de caráter filantrópico, justificando-se pela necessidade de reflexão diante das práticas vividas e presenciadas. O relato de experiência se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação, vivenciada pela estagiária no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica. (POLIT; BECK, 2011). O estudo apresenta um olhar qualitativo, abordando a problemática vivenciada, tendo como referência o método observacional.

**DISCUSSÃO E RESULTADOS:** As relações que o acadêmico de enfermagem constrói ou necessita construir durante o período de estágio são desafiadores, já que ele precisa relacionar-se com seus colegas, seu supervisor, com o pessoal da equipe da instituição de saúde e principalmente com os pacientes/clientes. O desafio maior pode ser designado no sentido de que o aluno está aprendendo a se comportar e a agir como um profissional, e carrega consigo insegurança e incertezas. A respeito das atribuições do profissional enfermeiro, as quais estão descritas no Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. Quanto a realização das atribuições e das práticas de responsabilidade do enfermeiro, ainda sendo uma acadêmica encontramos a dificuldade de conseguir distinguir o certo do errado. Ao nos encontrarmos frente a frente com o paciente/cliente temos a obrigação de compreender e aceitar a opinião e a vontade do mesmo. Como acadêmicos de enfermagem adotamos algumas condutas, que acreditamos serem de grande importância tanto para o respeito para com o paciente/cliente, quanto para a proteção para a aluno e para o supervisor do estágio. Na prática de estágio, sempre quando temos a oportunidade

de realizar algum procedimento, por mais simples que ele possa parecer, desejamos e vamos realiza-lo. Alguns procedimentos ou ainda no início do estágio, solicitamos auxílio do supervisor, em outros casos, quando já estamos seguros e o supervisor já avaliou nossa conduta, temos a autorização para realizarmos sozinhos. Quando adentramos o quarto do paciente/cliente no primeiro momento nos apresentamos, explicamos que somos acadêmicos e que a vontade do paciente/cliente será respeitada. A grande maioria dos pacientes/clientes aceitam facilmente a nossa permanência e a realização dos procedimentos por acadêmicos. No entanto, quando um paciente/cliente não deseja ou se sente inseguro com realização de procedimentos feita por um acadêmico, esta posição é respeitada. Ao respeitar a vontade do paciente/cliente, estamos contribuindo para um aprendizado saudável, que além de ensinar procedimentos técnicos conduz para uma aprendizagem humanizada. Nesse sentido também podemos ressaltar, que essa conduta contribui para a segurança da figura do acadêmico e do supervisor, não denegrindo a imagem de ambos. Como acadêmicos e futuros profissionais, que valoriza a vida e o cuidado humanizado, temos que ter consciência do quão desagradável uma experiência negativa pode gerar para o paciente/cliente e para nós, futuros profissionais. Para o paciente/cliente uma experiência ruim dentro do ambiente hospitalar pode contribuir para a sua piora no quadro clínico, gerar estresse para ele e para todos os seus familiares e desencadear uma série de problemas relacionados as relações interpessoais. Para o acadêmico, além de prejudicar a sua imagem como futuro profissional que ainda está em construção, colabora para o aumento da ansiedade e insegurança. O acadêmico sente-se, muitas vezes, inseguro diante a realização dos procedimentos, e essa insegurança é perceptível ao paciente/cliente que ao mesmo tempo também acaba por se sentir inseguro, cria-se uma situação conflituosa. O medo de ambas as partes pode tornar-se um empecilho para o processo de aprendizagem do acadêmico. É importante destacarmos que o paciente/cliente tem direito de consentir ou recusar-se a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. Assim, os profissionais de saúde e o aluno devem respeitar a vontade do paciente/cliente, e não encerrar tal situação como um problema, mas sim como um momento de aprendizagem. Vale ressaltar que na Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2009, temos o Artigo 5º que diz: “Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde” (BRASIL, 2009). Nesse sentido, podemos afirmar que o acadêmico de enfermagem, tem papel fundamental em fazer valer este direito do paciente/cliente, pois essa preocupação que faz parte do cuidado humanizado, tendo a responsabilidade de ter um olhar holístico e comprometido.

**CONCLUSÕES:** O acadêmico de enfermagem possui diversas incertezas e inseguranças, principalmente quando está no campo de prática, momento no qual possui a oportunidade de colocar em prática toda a teoria apresentada em sala de aula. A realização de procedimentos é um grande desafio, pois o acadêmico precisa superar seu medo e ainda conquistar a credibilidade e a confiança do paciente/cliente. Respeitar a vontade e a opinião do paciente/cliente é a forma mais segura e eficiente de aprendizagem, além de evidenciar a postura e a ética profissional do aluno. Assim, podemos ressaltar a necessidade de trabalharmos a questão da insegurança do aluno e as condutas éticas que ele deve tomar, frente situações delicadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** curso de enfermagem, assistência ao paciente, ética.

## REFERÊNCIAS

- \*CALDONHA, Alessandra Mazzo, MENDES, Isabel Amélia Costa, TREVIZAN, Maria Auxiliadora *et al.* Nursing and the nurse in the view of in patients at a private hospital.. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002, São Paulo. **Proceedings online...** Escola de Enfermagem de Riberão Preto - USP, Availablefrom: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000052002000100036&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000100036&lng=en&nrm=abn)>. Acession: 14 May. 2015.
- \*CARVALHO, Maria Dalva de Barros et al. Expectativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em hospital. Rev.Esc.Enf. USP, v.33, n.2, p.200-6, jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n2/v33n2a12.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2015.
- \*BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA N° 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009  
Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília (DF), 2009.
- \*DIAS, Emerson Piantino et al . Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde. **Rev. psicopedag.**, São Paulo , v. 31, n. 94, 2014 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862014000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862014000100006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 14 maio 2015.
- EVANGELISTA, Daniele Lima Evangelista; IVO, Olguimar Pereira. Contribuições do estágio supervisionado para a formação do profissional de enfermagem. Revista Enfermagem Contemporânea. 2014 Dez;3(2):123-130. Disponível em: <http://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/391/340>. Acesso em: 15 de maio de 2015.
- \*JABBUR, Maria Fernanda de Lima e Oliveira; COSTA, Simone de Melo; DIAS, Orlene Veloso. Percepções de acadêmicos sobre a enfermagem: escolha, formação e competências da profissão. Ver Norte Min Enferm. 2012;1(1):3-16. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/viewFile/15/21>. Acesso em: 14 de maio de 2015.
- \*POLIT, D.; BECK, CT. . **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7° ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

## ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO

### O USO DA TECNOLOGIA X HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO: UMA DUALIDADE ATUAL

Ana Paula Müller Coletto, Alessandra Frizzo da Silva  
[ana.coletto@hotmail.com](mailto:ana.coletto@hotmail.com)

**INTRODUÇÃO:** A tecnologia no campo da saúde tem ganhado cada vez mais ênfase, tendo em vista que os processos tecnológicos voltados ao cuidado do paciente/cliente se solidificam na busca de melhorar e contribuir para uma recuperação mais rápida e dinâmica. Nesse sentido, é importante destacar que os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, possuem o dever de investir na compreensão dessa temática. Um enfoque básico que o profissional enfermeiro deve conduzir é saber manejar os equipamentos voltados ao cuidado de enfermagem, associando o cuidado assistencial com o cuidado humanizado (SILVA e FERREIRA, 2014). A tecnologia está facilmente a disposição, e é de saber comum que o próprio Ministério da Saúde desenvolve estratégias para incentivar a tecnologia, como o Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o Sistema Único de Saúde (SUS), que existe desde o ano de 2002. No entanto, o profissional necessita ser capacitado para conhecer e saber como utilizar as novas tecnologias de forma correta e eficaz. A tecnologia assume um papel fundamental no processo de recuperação saúde/doença, já que constitui uma ferramenta que auxilia no tratamento do paciente/cliente. No Brasil, o campo de Tecnologia Biomédica é considerado uma atuação nova, que segundo o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) é a aplicação de tecnologia para a solução de problemas médicos. Quando nos referimos à tecnologia na área da saúde precisamos considerar necessidades e temáticas diferentes, sendo assim, podemos classificar diferentes tipos de tecnologias voltadas ao processo de trabalho da saúde: a) Leves: relações como formação de vínculo, acolhimento, gestão; b) Leve-duras: clínica-médica, clínica psicanalítica, saberes estruturados; c) Duras: material concreto, maquinários, normas, estruturas organizacionais (PEREIRA et al, 2012 e MERHY, 2002). Como objetivo principal queremos discutir sobre o uso de tecnologias e o cuidado humanizado. Já os objetivos gerais: Identificar como ocorre o processo de aplicação da tecnologia; identificar como a equipe consegue estabelecer o processo do cuidado humanizado; observar como tecnologia e humanização são utilizadas/realizadas; observar qual o conhecimento da equipe sobre essa dualidade (tecnologia e humanização). O presente estudo se justifica pela necessidade de discutir a relação entre a aplicação da tecnologia e o processo de humanização. Essa dualidade está presente nas instituições de saúde, cada vez mais é possível perceber que a tecnologia ganha espaço no processo saúde/doença, e com isso a humanização do cuidado não pode deixar de assumir um caráter inovador. **OBJETIVO:** O estudo tem como objetivo discutir a questão entre a dualidade da tecnologia e leve, leve-dura e dura no cuidado de enfermagem, ressaltando a necessidade do cuidado humanizado. **METODOLOGIA:** A seguinte

pesquisa trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelas autoras, durante a realização do Estágio Hospitalar Supervisionado IB, respectivo ao 9º semestre de Enfermagem. As práticas foram realizadas em ambiente hospitalar de caráter filantrópico, justificando-se pela necessidade de reflexão diante das práticas vividas e presenciadas. O relato de experiência se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação, vivenciada pela estagiária no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica. (POLIT; BECK, 2011). O estudo apresenta um olhar qualitativo, abordando a problemática vivenciada, tendo como referência o método observacional. Foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: diário de estágio, observação estruturada, participação na atividades e análise da estrutura física. Não foram utilizados dados pessoais. **DISCUSSÃO E RESULTADOS:** Quando a tecnologia dura é aplicada de forma invasiva, sendo considerado o principal instrumento colaborador para a recuperação do paciente/cliente, o profissional de saúde precisa reestabelecer metas. Para que o processo de trabalho de saúde seja concretizado é necessário utilizar diversos tipos de tecnologias: leve, leve-duras e duras (KOTZ et al, 2014). Entretanto, podemos afirmar que qual seja a tecnologia a ser utilizada, o profissional precisa receber informações acerca de sua funcionalidade. Por mais simples que uma ação possa parecer, ela deve ser estudada e compreendida pelo profissional, para que assim, ela seja realizada com qualidade. Cabe salientar que a educação continuada deve ser utilizada como uma ferramenta nesse processo de aprendizagem, procurando conduzir de maneira eficiente as ações da equipe de saúde. Ao destacar que o cuidado humanizado, o acolhimento e a criação de vínculo são tecnologias, percebemos que existe uma grande dualidade entre esses conceitos e a caracterização de tecnologia propriamente dita. É difícil manter uma percepção de quão abrangente às ferramentas tecnológicas podem ser, considerando que elas estão interligadas, ou seja, para a qualidade do serviço ao paciente/cliente é necessário que tecnologia leve, leve-dura e duras sejam realizadas de formas complementares. Uma realidade bastante conflituosa entre o uso de tecnologias e o caráter humanizado do cuidado pode ser encontrado dentro do ambiente de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), já que esta é composta por equipamentos modernos, onde o paciente/cliente é monitorado por meios eletrônicos e depende de aparatos não humanos. É importante estabelecer um processo de cuidado de enfermagem que envolva essa questão, pois mesmo o paciente/cliente estando bem assistido, o caráter humanizado do cuidado deve se fazer presente rotineiramente. A introdução cada vez mais notável de tecnologias leve-duras e duras na área da saúde, acaba por constituir um caráter mais automatizado e robotizado do cuidado, levando à uma assistência voltada as demandas físicas. Como o aparato tecnológico, quando falamos de materiais sólidos, é mais vistoso, tem-se a ilusão de estar-se aplicando um cuidado melhor. No entanto, não podemos nos distanciar das tecnologias leves, as quais muitas vezes são as que mais proporcionam bem estar e conforto ao paciente/cliente. Segundo uma investigação, o enfermeiro que cuida de um paciente que faz uso de aparelhos apresenta dois tipos de ação: o cuidado e a ação tecnológica, sendo que a primeira exige maior conhecimento, solicitando do profissional a busca de dados objetivos e subjetivos, já a segunda se faz a partir de dados prontos (SILVA e FERREIRA, 2013 e SILVA e FERREIRA, 2011). Com isso evidenciamos a

complexidade da implementação das tecnologias, principalmente as tecnologias leves, que exigem do profissional uma ação própria, individual e única. Como a execução do cuidado humanizado demanda uma responsabilidade muito grande do profissional, já que ele precisa estabelecer conexões objetivas e subjetivas lógicas, a aplicação isolada da tecnologia dura se torna uma técnica mais cômoda. O profissional tem a oportunidade de participar de forma ativa ou como mero coadjuvante no cuidado do paciente. A facilidade que as tecnologias duras oferecem no cotidiano no ambiente de trabalho, podem camuflar a importância que deve ser destinada às ações humanizadas. O que pode ocorrer é que o profissional, já estando desmotivado, ou até mesmo desatualizado não transite nesse processo de relacionar as diferentes tecnologias e aplica-las no cuidado ao paciente. **CONCLUSÕES:** Diante do exposto podemos concluir que existe uma grande dualidade entre a aplicação de tecnologias duras e a continuidade do cuidado humanizado. O profissional de saúde precisa considerar seu paciente como um todo, tendo uma visão singular, holística, buscando compreendê-lo de forma biopsicossocial. Para isso, é importante destacar que o cuidado humanizado, a formação de vínculo e o acolhimento são instrumentos – considerados tecnologias leves – indispensáveis no processo de cuidar. É importante também, destacar que o profissional necessita ter conhecimento sobre suas práticas e ações, para que assim ele esteja envolvido de forma dinâmica no cuidado do paciente. **PALAVRAS-CHAVE:** tecnologia biomédica, humanização da assistência, cuidados de enfermagem.

## **REFERENCIAS**

\*KOTZ M. Tecnologias, humanização e o cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. Rev. Uningá Vol.18, n. 3, pp.50-55 (Abr- Jun), 2014.

\*SILVA RC, FERREIRA MA. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. Rev Bras Enferm. 2014 jan-fev; 67(1): 111-8.

\*PEREIRA CDFD, et al. Tecnologias em enfermagem e o impacto na prática assistencial. Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde, On-Line, Desde 2010.

\*POLIT, DF.; BECK, CT. . **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7º ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

\*MERHY EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC; 2002.

\*SILVA RC, FERREIRA MA. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(6):1325-32.

\*SILVA RC, FERREIRA MA. A dimensão da ação nas representações sociais da tecnologia no cuidado de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2011;15(1):140-8.

## ENFERMAGEM NA SAÚDE COLETIVA

### ACESSO E ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Carla Daiane de Souza, Daiana Reuse, Francisco Carlos Pinto Rodrigues, Tatiane Steffens

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI Santo Ângelo  
[tatianesteffens@hotmail.com](mailto:tatianesteffens@hotmail.com)

**INTRODUÇÃO:** O acesso e o acolhimento são elementos que podem acrescentar de maneira favorável a reconstruir e melhorar a qualidade dos serviços de saúde. A execução destes elementos no cotidiano do processo de trabalho em saúde e na sua organização tem que ser favorável tanto para o indivíduo, pela satisfação de suas necessidades, como para o profissional pelo reconhecimento mútuo de sua capacidade em prestar um cuidado humanizado e resolutivo (RAMOS e LIMA, 2007). Também é preciso o entendimento de que o acesso vai muito além do espaço geográfico e espacial em que o indivíduo vive. Existem muitos fatores determinantes para que este acesso ocorra de forma integral, e que estes dois tipos não são suficientes para assegurar e atender aos indivíduos em suas particularidades, em seus direitos ou como cidadão integrante de um grande grupo ou comunidade. Pois, somente o acesso aos meios não garante a satisfação para um serviço organizado e habilitado para atender as necessidades de saúde da população. O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habilitação, poder aquisitivo e educação, anexando a acessibilidade aos serviços que ultrapassam a dimensão geográfica, compreendendo também aspectos econômicos e culturais (MENDES, 1995). Outros aspectos levantados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) quanto à necessidade dos serviços serem oportunos, contínuos, atenderem à demanda real e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema. Diversos fatores são considerados como impedimento à utilização do serviço, como: custo, localização, forma de organização e a demora na obtenção do atendimento. A acessibilidade é declarada como indicador da qualidade do serviço de saúde, baseando-se na avaliação do acesso a partir do estudo da distribuição e organização dos serviços. A acessibilidade seria a capacidade de aquisição, pelo usuário, de cuidados para si e para sua família em relação à saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente (LIMA, 2007). O Acesso é a distância entre a unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário ao procurar o serviço, priorização de risco, urgência e emergência, respostas obtidas para requerimentos individuais e coletivas, possibilidade de agendamento prévio (RAMOS e LIMA, 2003). O acolhimento compreende a humanização das relações entre trabalhadores e usuários do serviço de saúde. O encontro entre trabalhador de saúde e usuário se dá num espaço intercessor em busca da produção de atos do cuidar, produzem uma relação de escuta e responsabilização, se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço intercessor faz com que o trabalhador utilize o saber para o tratamento do sujeito (MEHRY, 2002). São importantes e necessárias mudanças no modelo assistencial predominante em nossa sociedade, centrado na queixa conduta e na figura do médico. Para isso, são necessárias significativas transformações, no que diz respeito às possibilidades de acesso a um atendimento de qualidade e de uma efetiva acolhida às necessidades de saúde dos cidadãos que procuram pelo atendimento (RAMOS, 2003). Mas, para que essa mudança aconteça de maneira efetiva, é necessário que todos se movimentem em conjunto, trabalhando para o bem-estar do usuário. É de



extrema importância que o usuário tenha acesso aos serviços de saúde e também seja bem acolhido, porque sem esses dois requisitos importantes o processo de saúde fica mais difícil de ser modificado (MEHRY, 2010). **OBJETIVO:** Avaliar a acessibilidade dos usuários aos serviços de Atenção Básica em Saúde. **METODOLOGIA:** Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, tipo descritiva. A pesquisa qualitativa busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre e o pesquisador tende a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana em sua totalidade, considerando os modos de agir e pensar do entrevistado, utilizando a coleta e análise sistemáticas de materiais narrativos mais subjetivos (POLIT, HUNGLER, 1995). No que se refere à pesquisa descritiva, têm-se como finalidade a observação, o registro, a análise e o correlacionamento dos fatos sem manipulá-los. Procura saber as relações que existem entre um fenômeno e outro e as suas características. Busca, também, conhecer os tipos de relações que existem no meio social, político, econômico e outros aspectos do comportamento humano individualmente, em grupos ou em comunidade (VÍCTORA, KNAUTH, HASSEN, 2009). A população alvo foram usuários dos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde através das Estratégias de Saúde da Família de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul que foram convidados a participar da pesquisa. Utilizaram-se como instrumentos de coleta de dados, as entrevistas semiestruturadas e a observação participante. Foi selecionada uma questão da entrevista para debate neste trabalho “Qual a distância da sua casa até o local em que busca atendimento?”. O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética da Universidade e todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A ligação de fatores facilitadores do acesso ou acolhimento proporciona a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha pelo serviço de saúde e estabelecendo um vínculo que se fortalece através do tempo. Todos estes fatores devem ser considerados para que o profissional de saúde compreenda que como qualquer ser humano o usuário além de problemas de saúde atravessa também obstáculos sociais e econômicos na busca de atendimento (RAMOS, 2001; GOMES, 2003). Através do resultado da pesquisa, observou-se que 60% dos usuários necessitam percorrer mais de um quilômetro para ter acesso aos serviços da Estratégia de Saúde da Família e apenas 30% percorrem somente algumas quadras. Isso nos mostra que o usuário enfrenta barreiras como a falta de transporte, dentre outras para chegar ao serviço de saúde, e deseja ser bem atendido pela equipe quando chega na ESF, buscando a resolutividade dos seus problemas e necessidades de saúde o mais breve possível. **CONCLUSÃO:** Espera-se, a partir dos resultados da pesquisa, contribuir para que os profissionais de saúde vinculados aos serviços possam melhorar as condições de acesso à saúde e a qualidade de vida da população, fortalecendo a credibilidade dos serviços de saúde prestados no que diz respeito ao acesso e acolhimento. Fortalecer o acolhimento e a humanização na rede básica de saúde é fundamental. Também se pretende fortalecer o papel da universidade enquanto instituição que produz conhecimento e busca sob o viés da pesquisa modificar um determinado cenário impactando diretamente no cotidiano das pessoas. **DESCRITORES:** Atenção Primária à Saúde, Acesso aos serviços de Saúde, Acolhimento. **REFERENCIAS:** MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S.; CECÍLIO, L. C. O. Inventando a Mudança na Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2010; RAMOS, D. D.; LIMA, A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Porto Alegre, v. 19, p. 27-34, 2003; MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002; LIMA, M. A. D. S., et. al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. Acta paulista de enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007; POLIT, Denise F., HUNGLES Bernadette P.

Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011; VÍCTORA, Ceres Gomes, KNAUTH Daniela Riva, HASSEN Maria de Nazaré Agra. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 1. ed. Porto Alegre (RS), 2000. P.37 a 41; RAMOS, D. D.; LIMA, A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Porto Alegre, v. 19, p. 27-34, 2003.

## **ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO**

### **FALHAS NA COMUNICAÇÃO EM UTI: IMPLICAÇÕES NA SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE**

Cristiane Güths da Silva de Freitas, Narciso Vieira Soares  
URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Das Missões – Campus  
Santo Ângelo  
[cgsfreitas@hotmail.com.br](mailto:cgsfreitas@hotmail.com.br)

**INTRODUÇÃO:** No momento em que um enfermo necessita de uma internação hospitalar tem atendimento prestado durante as vinte quatro horas sendo realizado pela equipe multiprofissional garantindo cuidados integrais ao enfermo, realizados através de orientações da equipe de saúde, prescrição e conduta médica que proporciona à assistência nos cuidados de forma humanizada com qualidade, responsabilidade e eficácia, conforme as necessidades mentais, físicas, fisiológicas e fisiopatológicas do enfermo, sendo que o hospital prestara vários serviços para assistência à saúde que dará suporte aos cuidados para tratamento, com o objetivo de proteção, recuperação e reabilitação a saúde do enfermo. Segundo Timby (2002), internação hospitalar é quando um indivíduo é admitido em uma instituição de cuidados a saúde, permanecerá mais de vinte quatro horas para cuidados e tratamento, este processo envolve avaliação médica, cuidados de enfermagem e execução de responsabilidades médicas (TIMBY, 2002). A Política Nacional da Atenção Hospitalar estabelece diretrizes para a reorganização da Atenção Hospitalar no SUS visando: fortalecer as práticas assistenciais e gerenciais estratégicas, uso racional de recursos, incorporação de tecnologias em saúde, qualificação do processo de trabalho proporcionando cuidado integral com resolutividade, atuação em rede, participação social e transparência. A meta é promover o aprimoramento dos processos assistenciais e gerenciais na atenção hospitalar, como a qualidade da assistência e a segurança do paciente (BRASIL, 2013). Sabemos que a doença é uma enfermidade que altera e causa dano no organismo do enfermo provocando alterações fisiológicas, necessitando de cuidados intensivos para o tratamento a saúde, esses cuidados são prestados em unidades de terapia intensiva (UTI) onde esta unidade acolhe enfermos graves que necessitam de monitoramento constante e cuidados múltiplos realizados pela equipe de saúde, há equipamentos como: monitor multiparâmetro, desfibrilador, ventilador mecânico, máquina para hemodiálise, bombas de infusão, entre outros para realizar os cuidados adequados e específicos ao enfermo. Unidade de terapia intensiva (UTI) é considerada uma unidade bem complexa no âmbito hospitalar devido o atendimento de alta complexidade prestado aos enfermos, o ambiente desta unidade possui tecnologias dura, leve-dura e leve, situações imediatas de emergência e necessidades de agilidade e habilidade no atendimento ao enfermo, a assistência especializada aos enfermos críticos é organizada exigindo assistência médica e de

enfermagem contínuas (MARQUES & SOUZA, 2010). Na assistência à saúde e os delineamentos para o tratamento e reabilitação dos enfermos internados no ambiente hospitalar é necessário ter uma equipe multiprofissional de saúde para que se obtenha um cuidado eficaz e contínuo. O trabalho em equipe e o multiprofissional no contexto do cuidado hospitalar são desenvolvidos por técnicas e condutas da equipe de saúde de maneira organizada com o comprometimento e cooperação no cuidado à saúde (CIANCIARULLO, 2000). A assistência à saúde prestada ao enfermo pela equipe de enfermagem ocorre por meios de liderança, planejamento e programação do enfermeiro com sua equipe através da comunicação, técnicas do cuidado, conhecimento, agilidade e habilidade em suas funções específicas. Sendo assim, é importante que ocorra comunicação de forma eficaz para obter informações claras e específicas sobre o cuidado prestado ao enfermo para não haver perda de informações prejudicando assistência à saúde hospitalar. De acordo com a Lei nº 7.498/86 a enfermagem é exercida por uma equipe composta por enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem entre outros sendo respeitados os graus de habilitação, em instituições e serviço da saúde sempre é incluído o planejamento e programação de enfermagem (BRASIL, 1986). Para promover os processos assistenciais e gerenciais com qualidade é necessária a liderança, o planejamento e a excelência na comunicação com a equipe de enfermagem. Portanto, o processo de enfermagem busca através de seus critérios de busca auxiliar na tomada de decisão correta no cuidado aos enfermos internados. A comunicação é troca de pensamentos e ideias ou informações. Existem várias formas de comunicação: comunicação escrita, comunicação face a face, comunicação não verbal, comunicação por telefone. A comunicação deve ser uma mensagem direta e clara independente se verbal ou escrita, assim pode se ter informações apropriadas para obter uma excelente organização e liderança no trabalho de enfermagem (MARQUIS&HUSTON, 2005). A comunicação de uma equipe de enfermagem é o instrumento básico e adequado para o desenvolvimento e continuidade do trabalho em equipe, garantindo a qualidade, comprometimento e valorização do trabalho proporcionando a segurança do paciente durante a assistência à saúde no período de sua internação hospitalar. Se ocorrer falha de comunicação na equipe de enfermagem ocorre risco de iatrogenia durante os cuidados e assistência prestado ao enfermo, ocasionando sérias consequências à saúde do enfermo, a equipe de enfermagem deve ter sempre uma visão holística e ampliada no enfermo durante o cuidado prestado proporcionando e garantindo a segurança do enfermo esta assistência de enfermagem prestada deve ser prestada com ética, eficiência, responsabilidade e coerência para evitar danos aos mesmos. No cerne da atenção multiprofissional, o cuidado de enfermagem ocorre desde o acolhimento, vínculo e comunicação eficaz, chegando às técnicas específicas em uma perspectiva de visão holística ao indivíduo enfermo. O cuidado específico neste processo é necessário para o autocuidado e para a realização de intervenções à saúde do enfermo. Esta relação entre os profissionais de uma equipe multiprofissional deve se desenvolver de maneira organizada com comprometimento e cooperação no ato de cuidado à saúde.

**OBJETIVOS GERAIS:** Refletir as comunicações ineficazes da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI). **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Conhecer a realidade da comunicação da equipe de enfermagem durante a assistência prestada ao enfermo. Identificar a comunicação ineficaz da equipe de enfermagem durante a assistência ao enfermo. **MÉTODO:** É um relato de experiência a partir de uma vivência na unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital filantrópico do interior do Rio Grande do Sul ocorrido durante o estágio supervisionado hospitalar (ESH) no primeiro semestre de 2015. Esta unidade de internação proporciona tratamento intensivo, possui dez leitos sendo um isolamento. O cuidado é ofertado com atendimento nas vinte e quatro

horas, havendo equipe vinte e cinco funcionários para assistência de enfermagem sob coordenação de uma enfermeira gestora. O relato de experiência se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação neste caso vivenciada pelo estagiário no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). **DISCUSSÃO:** Esta vivência proporcionou uma reflexão única no sentido de que possibilitou conhecer, observar, refletir sobre as falhas da comunicação de enfermagem e as possíveis implicações nos cuidados assistências à saúde e a segurança do paciente internado na unidade de terapia intensiva. Refletiu-se que a comunicação adequada para a assistência nos cuidados de enfermagem deve ser realizada da melhor forma pelos profissionais, sendo assim o cuidado de enfermagem terá um olhar humano, eficaz e com dignidade no atendimento do cuidado favorecendo valores éticos no cuidado a seres humanos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A vivência neste processo nos proporcionou uma reflexão sobre a comunicação eficaz na assistência de enfermagem proporcionando qualidade no cuidado com moral, ética, humanização na assistência aos enfermos. A assistência de enfermagem necessita de organização no dimensionamento, pois somente assim os profissionais envolvidos na assistência poderão realizar os atendimentos solicitados e dar continuidade nos cuidados aos enfermos com qualidade e responsabilidade e, de forma humanizada, promover, proteger e recuperar a saúde. **Descritores:** ENFERMAGEM, COMUNICAÇÃO, UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei 7.498, de 25 de junho de 1986.** Diário Oficial da União - Seção 1, 26 de junho de 1986.

BRASIL. **Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Ministério da Saúde.

CIANCIARULLO, Tamara I. **Instrumentos Básicos para o Cuidar: Um Desafio para a Qualidade de Assistência.** 4ª ed. São Paulo (SP): Atheneu, 2000.

MARQUIS, Bessie L; HUSTON, Carol J. **Administração e Liderança em Enfermagem.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MARQUES, Isaac R; SOUZA, Agnaldo R. **Tecnologia e humanização em ambientes intensivos.** Rev. bras. enferm. Brasília, v. 63, n. 1, p. 141-144, Feb. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000100024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100024&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 May 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100024>.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 7. ed. São Paulo:Artmed, 2011.

TIMBY, Barbara K. **Conceitos Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem.** 6ª ed.Porto Alegre: Artmed, 2002.

## ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO

### A CONOTAÇÃO DA MORTE SEM POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS NO CONTEXTO DO CUIDADO: SOBRETUDO UMA RAFLXÃO ÉTICA

Cristiane Güths da Silva de Freitas, Neiva Claudete Brondani Machado  
URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Das Missões – Campus  
Santo Ângelo  
cgsfreitas@hotmail.com.br

**INTRODUÇÃO:** Quando há um diagnóstico de doença terminal e sem possibilidades terapêuticas se torna um tabu para paciente e familiar, pois a expectativa de vida se torna mais difícil, pois irá passar por várias fases da doença até a morte. Com isso necessitará de auxílio dos profissionais capacitados para assistência à saúde para promover os cuidados paliativos ao paciente e apoio emocional aos familiares, porque devido à situação da fase terminal da doença gera crise de preocupação e ansiedade, estresse e medo da perda do ente querido. Pacientes sem possibilidades terapêuticas necessitam da internação hospitalar frequentes sendo sempre avaliado e solicitado pelo médico assistente, durante a internação o paciente e familiar, terão serviços prestado por uma equipe multiprofissional que prestara assistência à saúde e cuidados paliativos de forma humanizada com qualidade, responsabilidade e eficácia garantindo os cuidados específicos ao paciente. Segundo Timby (2002), internação hospitalar é quando um indivíduo é admitido em uma instituição de cuidados a saúde, permanecerá mais de vinte quatro horas para cuidados e tratamento, este processo envolve avaliação médica, cuidados de enfermagem e execução de responsabilidades médicas (TIMBY, 2002). A Política Nacional da Atenção Hospitalar estabelece diretrizes para a reorganização da Atenção Hospitalar no SUS visando: fortalecer as práticas assistenciais e gerenciais estratégicas, uso racional de recursos, incorporação de tecnologias em saúde, qualificação do processo de trabalho proporcionando cuidado integral com resolutividade, atuação em rede, participação social e transparência. A meta é promover o aprimoramento dos processos assistenciais e gerenciais na atenção hospitalar, como a qualidade da assistência e a segurança do paciente (BRASIL, 2013). Quando temos um diagnóstico de uma doença terminal, sabemos que o tratamento é paliativo devido o organismo debilitado sem condições de reabilitação, expectativa de vida é mínima e a morte é inevitável. A morte ocasiona estresse, tristeza, negação, insegurança e abalo psicológico para familiares porque haverá perda do ente querido. Os cuidados paliativos proporcionam uma medida de conforto para dar a continuidade à vida com qualidade, proporcionando o alívio do sofrimento, entretanto necessita do diagnóstico precoce para avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual, garantindo apoio ao doente e seus familiares. Conforme a Lei n.º 52/2012, cuidados paliativos são cuidados prestados a paciente com doenças incuráveis e avançada tendo objetivo de oferecer bem estar e qualidade de vida, intervenções integradas de saúde e de apoio psicossocial e espiritual, deve ser respeitado autonomia, à vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana. O cuidado paliativo tem os seus princípios, direitos, deveres e responsabilidades assim como há direitos e deveres do doente e familiar (BRASIL, 2012). A morte é desafiadora para paciente e familiar devido o medo, sofrimento, dor, solidão, a perda do corpo e a perda do controle pessoal. A morte

tem seus estágios que paciente terminal enfrenta esses estágios são: negação (“não, não eu”), raiva (“por que eu”), barganha (“sim, eu, no entanto”), depressão (“sim, eu”) e aceitação (“estou pronto”). Durante o processo de morte e morrer profissionais da saúde devem proporcionar os cuidados terminais atendendo as necessidades físicas, o apoio emocional e as escolhas pessoais do paciente sempre oferecer cuidados de forma respeitosa, independentemente de seu estado emocional, físico ou cognitivo. Sendo assim cuidadores estarão proporcionando a morte com dignidade. Os familiares com auxílio da enfermagem podem participar dos cuidados ao paciente, mas não deverão ser responsáveis pelo cuidado, envolvimento com o paciente manter o elo familiar e ajuda os familiares lidar com o luto futuramente (BRUNNER & SUDDARTH, 2011, apud, TIMBY, 2002). O cuidado da enfermagem ao paciente terminal deve abranger o acolhimento, vínculo, técnicas específicas, visão holística ao indivíduo enfermo e seus familiares, ou seja, um cuidado específico para contribuir no cuidado para uma morte tranquila e digna. A enfermagem conforme suas teorias é a arte do cuidar, no cuidado paliativo significa oferecer autocuidado para pacientes debilitados com perda de vitalidade, dor, depressão, perda de autonomia, entre outros sintomas e sinais, respeitando sua cultura, valores, crenças. Para enfermagem oferecer esses cuidados é vivenciar momentos de amor e compaixão, e aprendendo a possibilidade de morrer com dignidade e graça, proporcionando não estarem sozinhos no momento da morte, oferecer um cuidado de forma humanizada, associando a terapia medicamentosa para o alívio da dor, prevenir complicações indesejáveis e as limitações que vão surgindo no dia a dia. O cuidado exige da enfermagem conhecimento técnico e ações específicas, habilidade de comunicação verbal e não verbal, saber tocar no paciente e estar observar as expressões faciais e postura corporal do paciente, este cuidado deve ser prestado de forma individualizada e compreendendo o sofrimento biopsicossocial (OLIVEIRA, 2008). Segundo a lei 8.080/90, no Art. 2º a saúde é um direito fundamental do ser humano, independente a cor, raça e religião, ter acesso ao conjunto de ações e serviços necessários para a promoção, a proteção e a recuperação da sua saúde, ter garantida a proteção de sua vida privada, o sigilo e a confidencialidade de todas as informações sobre seu estado de saúde, inclusive diagnóstico, prognóstico e tratamento entre outros (BRASIL, 1990).

**OBJETIVOS GERAIS:** Refletir a conduta e o preparo dos profissionais da saúde no atendimento de paciente com cuidados paliativos na instituição hospitalar. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Conhecer a realidade do atendimento na assistência no cuidado paliativo ao paciente terminal. Identificar à qualidade e humanização no cuidado da assistência a saúde independente da classe econômica do indivíduo. **MÉTODO:** É um relato de experiência a partir de uma vivência em uma unidade de um hospital filantrópico do interior do Rio Grande do Sul ocorrido durante o estágio supervisionado hospitalar (ESH) no primeiro semestre de 2015. Esta unidade de internação proporciona tratamento clínico, cirúrgico e unidade canguru, possui quinze leitos sendo oito apartamentos, dois quartos semi-privativos e duas enfermarias, com atendimento nas vinte e quatro horas, havendo equipe doze funcionários para assistência de enfermagem sob coordenação de uma enfermeira gestora. O relato de experiência se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação neste caso vivenciada pelo estagiário no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). **DISCUSSÃO:** Esta vivência proporcionou uma reflexão única no sentido de que possibilitou conhecer, observar, refletir sobre os cuidados assistências a saúde nos cuidados paliativos ao paciente terminal e familiares, independente da classe socioeconômica o indivíduo, o mesmo deve ser tratado da mesma maneira, pois todos nós temos direitos e deveres iguais conforme nossa constituição. Refleti sobre a assistência nos cuidados paliativos dos pacientes e seus

familiares estes cuidados devem ser realizados da melhor forma pelos profissionais da saúde com olhar humano, eficaz e com dignidade no atendimento do cuidado favorecendo valores éticos no cuidado a seres humanos. Repensar à maneira da qualidade da assistência a saúde prestada a todos os seres humanos, porque os cuidados em pacientes de baixa renda são menos favorecidos com assistência da equipe de saúde, estes são humanos da mesma maneira dos indivíduos com a renda alta. Ambas as classes sociais o indivíduo tem os mesmos direitos e deveres, possuem famílias, filhos sentimentos morais e são dignos de atendimento digno até a sua morte. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A vivência neste processo nos proporcionou uma reflexão sobre a ética, humanização na assistência do cuidado paliativo em paciente terminal e familiar. Compreender a necessidade de uma assistência eficaz e digna no processo morte e morrer, contribuindo o cuidado ao paciente e familiar durante o processo da morte. **Descritores:** ENFERMAGEM, ÉTICA, CUIDADOS PALIATIVOS, MORTE.

#### **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Ministério da Saúde

BRASIL. Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Ministério da Saúde

BRASIL. Lei N.º 52/2012, de 5 de setembro de 2012. Ministério da Saúde

BRUNNER, SUDDART. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

OLIVEIRA, Reinaldo A. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.689 p.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Artmed, 2011.

TIMBY, Barbara K. **Conceitos Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

#### **ENFERMAGEM NA SAÚDE COLETIVA**

UMA REVISÃO SOBRE A INTEGRAÇÃO ENTRE EQUIPES DE ENFERMAGEM  
E FARMÁCIA: UMA PARCERIA QUE PODE SALVAR VIDAS

Ana Paula Rosinski Bueno, Kelly Kuhn, Tanise Savaris Schossler

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI - Campus de  
Santo Ângelo

anapaularosinski333@hotmail.com

**Introdução:** A interdisciplinaridade é definida como uma integração entre profissionais de diferentes áreas de atuação visando à saúde do paciente. No entanto a interdisciplinaridade na área da saúde não pode ser entendida como a atuação de várias profissões em um foco que é o paciente, tratando-o apenas como um ser compartimentalizado, e sim, deve ser entendida como interação, construção de saberes entre os elementos participantes deste processo, quebrando-se barreiras entre as especialidades e elaborando-se novas perspectivas de cuidado e atendimento ao paciente. Os profissionais de saúde são fontes insubstituíveis de informações sobre possíveis reações adversas a medicamentos (RAM) que são graves problemas de saúde pública em todo mundo. Nesse contexto o farmacêutico e o enfermeiro são profissionais diretamente relacionados ao processo de medicação com papéis claramente definidos e que se completam, pois são profissionais que tem o conhecimento necessário para o correto desenvolvimento dos processos do sistema de medicação, com isso têm a responsabilidade de evitar erros de medicação relacionados às suas práticas profissionais, bem como detectar precocemente e preveni-los nas diversas etapas do sistema de medicação. A minimização dos erros de medicação através do estudo e aplicação de estratégias de prevenção é sem dúvida nenhuma, uma necessidade básica e permanente para as equipes, objetivando garantir a qualidade e segurança aos pacientes. **Objetivo:** Avaliar os benefícios da integração entre serviços das equipes de enfermagem e farmácia para melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

**Método:** Buscou-se trabalhos publicados em 3 bases de dados, com as seguintes estratégias de busca: (1) MEDLINE (descritores: (1) farmacêuticos e enfermeiros, (2) saúde coletiva, (3) multidisciplinariedade, (4) integração de equipes (2) Lilacs (descritores – (1) farmacêuticos e enfermeiros, (2) saúde coletiva, (3) multidisciplinariedade, (4) integração de equipes) (3) Pubmed (descritores: (1) farmacêuticos e enfermeiros, (2) saúde coletiva, (3) multidisciplinariedade, (4) integração de equipes ). Os dados foram coletados no período de 06 a 07 de agosto do ano de 2015.

**Resultados:** O processo de medicação exige conhecimento científico variado, consistente e profundo, destacando-se o conhecimento de diversas áreas como a farmacologia, anatomia, fisiologia, microbiologia e bioquímica para que desse modo o profissional incorpore uma base apropriada para o correto ato de medicar seu paciente. Esse processo é constituído por diversas etapas e processos em que a prescrição é de responsabilidade do médico; a distribuição e dispensação de medicamentos são de responsabilidade do



farmacêutico e da equipe de farmácia, e o preparo, a administração e o monitoramento das reações do paciente são atribuições do enfermeiro e da equipe de enfermagem. Em situações de erro a enfermagem e a farmácia muitas vezes são responsabilizadas pois fazem parte do sistema de medicação, que resultam em subnotificações ou em não notificações dos mesmos, fator preocupante para o gerenciamento de eventos adversos a medicação. A falta do farmacêutico na equipe de saúde deixa clara a fragilidade em uma equipe multidisciplinar, prejudicando a eficácia do serviço prestado, sua ausência repercute de forma negativa na utilização de medicamentos pela população. Verifica-se que muitas vezes o enfermeiro é responsável pelo controle de estoque de medicamentos além de todas as atribuições inerentes à sua profissão. A dispensação em algumas unidades é realizada por trabalhadores sem qualificação para orientar os usuários quanto ao uso correto dos medicamentos, em algumas unidades as condições de armazenamento são inapropriadas, comprometendo sua qualidade. Quanto aos enfermeiros é de suma importância sua ação na orientação da equipe de enfermagem, tornando-se essa uma medida de prevenção de erros, por ser essa equipe que recebe a medicação, realiza seu preparo e administra ao paciente. A orientação fornece capacitação e confiança aos profissionais tornando sua prática segura e eficaz. Todos os profissionais que prescrevem, dispensam e administram os fármacos são responsáveis pelo cuidado com o paciente e a integração entre os profissionais se faz necessária, pois a cooperação e a participação ativa dos mesmos em notificar suspeitas de RAM e outras experiências pertinentes devem ter em vista a melhoria da saúde e segurança do paciente. As interações e troca de experiências entre o farmacêutico e o enfermeiro se faz necessárias e devem ser estimuladas desde a graduação para que de fato se pratique a interdisciplinaridade, experiências estas que futuramente serão fundamentais na prática profissional levando a diminuição de erros e acarretando aumento da segurança do paciente. **Conclusões:** De acordo com a pesquisa realizada verifica-se a necessidade de que o farmacêutico e o enfermeiro apresentem atuação ativa direta no processo de medicação, sobretudo no que diz respeito aos objetivos e detecção de erros, de forma que busquem desenvolver continuamente ações educativas que garantam o alcance desses objetivos. Cabe a esses profissionais a orientação de suas equipes quanto a distribuição, dispensação, preparo e administração de medicamentos, de modo a favorecer e proporcionar sempre o aprendizado contínuo e capacitação constante das equipes para que se evitem erros e que se tenham resultados satisfatórios no tratamento dos pacientes. Além disso evidencia-se também a necessidade de ações educativas voltadas para os indivíduos que utilizam os

medicamentos, já que o uso racional é fundamental pois o paciente que recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por período de tempo adequado terá sua saúde restabelecida sem agravos. A área da saúde é sem dúvida interdisciplinar e a integração de disciplinas no âmbito dos cursos que preparem recursos humanos para atuar nesse campo, certamente poderá levar à formação de profissionais mais comprometidos com a realidade da saúde coletiva, alcançando uma parceria entre os profissionais alcança-se também maior credibilidade entre a população com os profissionais. A pesquisa possibilitou verificar que a formação de profissionais que atuarão na saúde deve estar orientada para os problemas de saúde da comunidade, sendo assim, o currículo e atividades de extensão devem enfatizar e estimular o trabalho interdisciplinar para que se tenham experiências da vida real a partir dos conceitos estudados na teoria.

**Descritores:** Enfermagem na Saúde Comunitária, Serviços Comunitários de farmácia, Assistência ao Paciente

## **ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

### **DESCUBRA UNIVERSIDADE: VISÃO DE UMA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

Krisleide Suélen Ferster da Silva, Francisco Carlos Pinto Rodrigues

Universidade Regional Integrada Do Alto Uruguai E Das Missões – URI Campus De Santo Ângelo

[suelen.f.dasilva9@hotmail.com](mailto:suelen.f.dasilva9@hotmail.com)

**Introdução:** Nos últimos anos a Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus de Santo Ângelo tem promovido o Descubra a Universidade, onde os alunos do ensino médio de toda a Região Missioneira podem descobrir os cursos que a universidade disponibiliza e ao mesmo tempo aprender algumas peculiaridades que cada curso oferece. Além disso, os alunos visitantes conhecem toda a estrutura da URI, biblioteca e laboratórios, também é uma oportunidade para observar o funcionamento dos cursos, a expectativa do mercado de trabalho em relação ao profissional formado na universidade. Outro evento concomitante é o Conexão URI, onde um grupo de cada escola passa por uma série de tarefas realizadas pelos acadêmicos de cada curso, que geram pontos e vencedores ao final das atividades. O Descubra é visitado por cerca de 70 escolas e mais de três mil alunos de ensino médio em que tem a oportunidade de conhecer os mais de 20 cursos ofertados. **Objetivo:** Esse relato tem por objetivo descrever os sentimentos entre ser aluno do ensino médio e, depois ser acadêmico de enfermagem participante do Descubra a Universidade. **Metodologia:** Relato de experiência da vivência do ser aluno visitante do Descubra, e, após, o vestibular ter a oportunidade de

ser acadêmica de enfermagem que trabalha durante o Descubra. **Desenvolvimento:** O Descubra a Universidade tem um efeito diferenciado nos estudantes que vem visitar a universidade, pois o aluno experimenta um sentimento diferente por cada profissão, visando assim futuros acadêmicos felizes em suas escolhas por desde o início da vida acadêmica construir conhecimento junto com o aluno, (WERNECK, 2006) a chamada “construção do conhecimento” (...) ela deve corresponder a uma unidade de pensamento, a uma concordância, a um consenso universal. Não se pode imaginar que possa, cada um, “construir” o seu conhecimento de modo totalmente pessoal e independente sem vínculo com a comunidade científica e com o saber universal. Promovendo dessa forma o desenvolvimento de grandes profissionais éticos. Há um sentimento bastante diferente quando se trata de ser o visitante e ser o acadêmico, senti-me muito bem com o conhecimento que me foi passado na época em que eu era a estudante do ensino médio visitante do Descubra, pois me inspiraram a entrar para enfermagem, e não há como não se apaixonar por algum curso dentre tantos que são ofertados, depois que entrei no mundo acadêmico o mais difícil foi pensar em métodos e discursos que passassem a mesma sensação aos visitantes que eu tive quando era visitante, conseguir passar do meio científico para o meio leigo, poder expor o suficiente para cada um, fazer com que cada um questione o que o inspira e também auxiliá-los a descobrir quem são e hoje posso dizer com propriedade que é muito satisfatório saber que está dando bons resultados, já que sempre preenche todas as vagas oferecidas. É muito importante lembrar que mesmo sendo um dia de diversão no campus, ele não deixa de ser um evento sério e de muitas responsabilidades por trás de cada assunto que os cursos levam para os visitantes, pois bem antes da data ser lançada já começam os preparativos, tudo feito com extremo cuidado, pensado e trabalhado para que haja um maior aproveitamento possível daquele único dia disponibilizado para os alunos e professores visitantes conhecerem a Uri em sua essência, poder tirar as dúvidas e também torcer pela sua turma no Conexão. É extraordinário o que a universidade faz para que haja sempre uma ligação entre o social e o trabalho, ainda mais focados nos adolescentes que sempre confusos não sabem o que escolher para a vida (PPOL, 2015) estamos vivendo na chamada “sociedade da informação” e percebo que, apesar de todo o conhecimento a que estão expostos, muitos adolescentes têm dúvidas sobre a escolha da profissão não pela falta de informação, mas justamente pelo excesso delas. Sem o suficiente conhecimento sobre si mesmo, seus interesses, aptidões, anseios, expectativas, etc., os adolescentes correm o risco de tomarem decisões baseados em critérios externos, optando por profissões que estão na moda, ou que dizem ter muito mercado de trabalho, ou que sejam mais lucrativas, etc. O problema, portanto não é o aumento da oferta de profissões, mas a falta de autoconhecimento para poder fazer um bom uso dessas novas possibilidades, é de suma importância dias como o Descubra, por que facilita as escolhas que darão resultados no futuro, por outro lado, é importante a sociedade levar isso em consideração pois é um dos dias que é dedicado as pessoas da região, a universidade mostra seu interior, alunos, professores e funcionários preparam o Campus para esse dia, desejando que os alunos terminem o dia satisfeitos com as escolhas feitas. **Conclusão:** Não se pode negar que a URI – Santo Ângelo faz a diferença fazendo um evento desse porte todos os anos, podendo encaminhar os adolescentes para cursos bem avaliados pelo MEC e por isso vem colhendo resultados satisfatórios como acadêmicos no exterior, acadêmicos que são os primeiros em concursos e em residências em empresas renomadas. Em virtude do que foi mencionado percebe-se o efeito que tem um aluno em um curso certo, fazendo como acadêmico alcançar grandes méritos, ou seja, o estímulo criado desde o início cria uma teia de conhecimentos e vínculos que depois volta à Universidade, tanto quanto trabalhos científicos quanto mestres e/ou doutores docentes.

**Descritores: Descubra Universidade; Enfermagem; Experiência.**

## **Referências**

WERNECK, V. R. **Sobre o processo de construção do conhecimento: O papel do ensino e da pesquisa.** Ensaio: aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro, v.14, n.51, p. 173-196, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v14n51/a03v1451.pdf>>;

PPOL - PSICOPEDAGOGIA ON LINE. **Adolescência e escolha da profissão.** 2015. Disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br/entrevistas/entrevista.asp?entrID=58>>.

## **ENFERMAGEM NO CUIDADO A CRIANÇA**

### **SEQUELAS DA TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO**

**GLÁUCIA LUCIANE FENNER, ALESSANDRA FRIZZO DA SILVA**

URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santo Ângelo  
[glalu1@hotmail.com](mailto:glalu1@hotmail.com)

Nos dias de hoje com a modernidade, correria do dia a dia, nem toda a mulher pensa em ser mãe, mas geralmente as mulheres que tem este desejo devem procurar um médico ginecologista/obstetra para realizar a avaliação pré-concepcional a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação os exames realizado são exame físico com exame ginecológico e alguns exames laboratoriais como rubéola, hepatite B, toxoplasmose, HIV, sífilis, juntamente com a anamnese, é importante, também, a avaliação pré-concepcional dos parceiros sexuais, oferecendo a testagem para sífilis, hepatite B e HIV. A avaliação pré-concepcional tem-se mostrado altamente eficaz quando existem doenças crônicas. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. Segundo a Ministério da Saúde (2013), sabe-se que, do total das gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada, embora ela possa ser desejada. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional. Isso ocorre comumente com as adolescentes. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. O início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Não existe alta do pré-natal. Devem ser solicitados na primeira consulta os seguintes exames complementares:

Hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, coombs indireto (se for Rh negativo), glicemia de jejum, teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR, teste rápido diagnóstico anti-HIV, anti-HIV, toxoplasmose IgM e IgG, sorologia para hepatite B (HbsAg), exame de urina e urocultura, ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional, citopatológico de colo de útero (se necessário), exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica), parasitológico de fezes (se houver indicação clínica), eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica). No 2º trimestre teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana), coombs indireto (se for Rh negativo), no 3º trimestre hemograma, glicemia em jejum, coombs indireto (se for Rh negativo), VDRL, anti-HIV, sorologia para hepatite B (HbsAg), repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente, urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU), bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação). DEA toxoplasmose é uma zoonose, de distribuição mundial causada pelo *Toxoplasma gondii* (*T. gondii*), protozoário intracelular obrigatório e parasito de humanos, pássaros, roedores e outros animais (hospedeiros intermediários) e de felídeos (hospedeiros definitivos). Os felídeos são os únicos hospedeiros definitivos da doença e os gatos domésticos assumem grande importância na transmissão que pode ocorrer pela ingestão de cistos presentes em carne animal (bovino, caprino, suíno e aves), ou de oocistos eliminado nas fezes de felinos, que podem contaminar alimentos (como frutas e verduras), água, entre outros. A transmissão pode ocorrer também de forma transplacentária. Segundo Amendoeira (2010), a prevalência da toxoplasmose varia de 20 a 90% na população humana mundial, com algumas diferenças relacionadas a aspectos geográficos e atribuídas a fatores de risco que podem variar entre as regiões, como tipo de alimentação, tratamento adequado da água e exposição ambiental. Embora a infecção pelo *T. gondii* seja geralmente assintomática nos indivíduos imunocompetentes, costuma apresentar quadros clínicos de alta gravidade em indivíduos imunocomprometidos (transplantados, submetidos a quimioterápicos ou portadores de HIV), podendo até levar à morte. Em gestantes, pode ocasionar aborto espontâneo, nascimento prematuro, morte neonatal, ou sequelas severas no feto. A gestante com infecção toxoplásmica aguda deve ter um aconselhamento sobre os riscos de infecção congênita e suas possíveis sequelas clínicas. O tempo de gestação no qual a mulher se encontra quando adquire a infecção pelo parasito é muito importante para a patogenicidade da infecção. A toxoplasmose congênita é decorrência da transmissão do *Toxoplasma gondii* da mãe infectada para o feto. As manifestações congênitas variam desde anemia, trombocitopenia, pneumonia, icterícia, coriorretinite, cegueira, encefalite, retardo mental, até malformações do sistema nervoso central como microcefalia, hidrocefalia ou calcificações intracranianas. O resultado da infecção intrauterina varia de assintomática a letal dependendo da idade fetal e fatores não conhecidos. Se a infecção ocorreu no último trimestre da gestação, pode ocorrer principalmente pneumonia, miocardite ou hepatite com icterícia, anemia, plaquetopenia, coriorretinite e ausência de ganho de peso, ou pode permanecer assintomática. Quando ocorre no segundo trimestre da gestação o bebê pode nascer prematuramente, mostrando sinais de encefalite com convulsões, pleocitose do liquor, e calcificações cerebrais. Pode apresentar tríade de Sabin: microcefalia com hidrocefalia, coriorretinite, retardo mental e calcificações intracranianas. (SOUZA, 2010). O Ministério da Saúde preconiza que o tratamento da toxoplasmose na gestação seja feito através da administração de espiramicina, alternada ou não com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico, dependendo do período gestacional e infecção fetal. Os principais meios de prevenção da doença são através de medidas higiênicas e manejo

alimentar, tais como, lavar bem as mãos antes de comer, lavar com cuidado os alimentos, não consumir leite não pasteurizado, não comer carne crua, ferver ou filtrar a água antes de bebê-la, remover as fezes do gato adequadamente e usar luvas para jardinagem. (CARVALHO, 2011). A enfermagem tem várias oportunidades de vivenciar casos e de orientar principalmente numa consulta de pré natal, com isso objetivou identificar as consequências causadas pela doença de toxoplasmose na gestação. O objetivo geral é identificar as consequências causadas pela doença de toxoplasmose na gestação e os objetivos específicos são relatar a importância de realização dos no pré-natal e sequelas da toxoplasmose no recém nascido e na mãe. O trabalho trata-se de um relato de reflexão que descreve relatos da autora na oportunidade de vivências durante o período Estágio Supervisionado Hospitalar (ESH), respectivo ao 9º semestre de enfermagem. Realizado no interior do estado do Rio Grande do Sul, no mês de maio de 2015. Este relato de vivência se define como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que abordam uma situação neste caso vivenciada pelo estagiário no âmbito profissional e de interesse da comunidade científica (POLIT; BECK, 2011). Neste estágio supervisionado hospitalar, na unidade pediátrica do Hospital Santo Ângelo, onde tem um intenso movimento por ser referência na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, obtive a oportunidade no decorrer do estágio de acompanhar uma criança com 4 meses de idade com sequelas da toxoplasmose, este caso apresentou prematuridade e atresia de esôfago. A gestação é o período de formação e desenvolvimento do feto. Como a toxoplasmose pode levar a graves consequências no concepto, é importante dar o diagnóstico precoce em gestantes para estabelecer o tratamento imediato e consequentemente reduzir os danos sobre o feto. Durante este estudo, buscamos enfatizar a importância de realizar o acompanhamento pré concepcional e o pré-natal desde o primeiro trimestre da gestação para diagnosticar precocemente este tipo de doença. O enfermeiro pode oferecer orientações ao paciente internado a fim de qualificar a sabedoria do cliente, buscando qualidade na assistência de forma segura e tranquila. Tendo em vista todas as complicações decorridas da infecção congênita, é indispensável, portanto, o acompanhamento de todas as gestantes, por meio do pré-natal, desde o início da gestação, visando à identificação precoce dos casos de toxoplasmose gestacional, bem como o início precoce de seu tratamento, possibilitando assim diminuir as sequelas na criança.

Descritores: toxoplasmose, gestação, enfermagem obstétrica.