

A HISTÓRIA E A CONTEMPORANEIDADE DO PROCESSO DE CUIDAR

ORGANIZADORA
HELENA PORTES SAVA DE FARIAS


epilaya
Editora

Helena Portes Sava de Farias

Organizadora

A HISTÓRIA E A CONTEMPORANEIDADE
DO PROCESSO DE CUIDAR

1ª Edição



Rio de Janeiro – RJ
2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

H673 A história e a contemporaneidade do processo de cuidar [recurso eletrônico]/ Organizadora Helena Portes Sava de Farias. – Rio de Janeiro, RJ: Epitaya, 2020.
112p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-87809-04-5

1. Cuidados de enfermagem – Planejamento. 2. Enfermagem – Prática. I. Farias, Helena Portes Sava de.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior –CRB6/2422

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda
Rio de Janeiro / RJ
contato@epitaya.com.br
<http://www.epitaya.com.br>


epitaya
Editora

Helena Portes Sava de Farias

Organizadora

A HISTÓRIA E A CONTEMPORANEIDADE
DO PROCESSO DE CUIDAR



Rio de Janeiro – RJ
2020

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda
1º Edição - Copyright © 2020 dos autores

Direitos de Edição Reservados à Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda.

Nenhuma parte desta obra poderá ser utilizada indevidamente, sem estar de acordo com a Lei nº 9.610/98.
Todo o conteúdo, assim como as possíveis correções necessárias dos artigos é de responsabilidade de seus autores.

CONSELHO EDITORIAL

EDITOR RESPONSÁVEL	Bruno Matos de Farias
ASSESSORIA EDITORIAL	Helena Portes Sava de Farias
MARKETING / DESIGN	Gercton Bernardo Coitinho
DIAGRAMAÇÃO / CAPA	Bruno Matos de Farias
REVISÃO	Autores

CONSELHO EDITORIAL

COMITÊ CIENTÍFICO	Profa. Kátia Eliane Santos Avelar
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE	Profa. Fabiana Ferreira Koopmans
	Profa. Maria Lelita Xavier
	Profa. Eluana Borges Leitão de Figueiredo
	Profa. Maria Regina da Silva Pinheiro
	Profa. Cleide Gonçalo Rufino
	Profa. Roberta Kele Ribeiro Ferreira
	Prof. Thiago de Freitas França
	Prof. Daniel da Silva Granadeiro

PREFÁCIO

“A solidariedade, a compaixão, e misericórdia, não são dimensões religiosas, são dimensões humanas”

Padre Júlio Lancelloti

TUDO NA VIDA TEM SEU MOMENTO, É COM PRAZER QUE ESCREVO o PREFÁCIO do e-book sobre as diversas formas de CUIDAR em ENFERMAGEM. A história e a contemporaneidade do processo de cuidar trata de um compilado de forma clara, simples, objetiva de apresentar em seus capítulos com linguagem apropriada por seus autores, que são graduandos, graduados e pós-graduados em enfermagem de diversas partes do Brasil, que se encontraram no 71º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, em Manaus no ano de 2019, e estes trabalhos foram aprovados e apresentados neste que é o maior evento cultural e científico da enfermagem brasileira.

Neste e-book, há uma colcha de retalhos científica, em que cada autor traz um recorte interessante na forma de cuidar.

Ao longo da leitura deste e-book, vamos conhecendo as atividades diversas do processo de cuidar descritas pelos profissionais de Enfermagem.

No capítulo 1 escreve-se sobre a importância do uso e conferência da pulseira que é um dispositivo preciso para cuidar com segurança para garantir o cuidado pertinente ao paciente e sua terapêutica.

No capítulo 2 é interessante por tratar das características do tétano acidental em um estado do sul do Brasil que apesar de doença imunoprevenível, ainda acontece. E um fato interessante é que epidemiologicamente, esta é uma doença que acomete pessoas com nível de escolaridade baixo, levando a isso a incidência da doença no interior do estado, além da faixa etária.

No capítulo 3 trata da importância do ambiente escolar e como o cuidado deve ser realizado dando aos indivíduos autonomia para cuidar do processo saúde-doença. Neste tema os acadêmicos de enfermagem têm contato com atividades educativas e de como é muito bom saber sobre a prática das atividades no ambiente escolar, e a resolutividade no encaminhamento de soluções como o propósito do SUS

No capítulo 4 trata de uma importante ferramenta na atuação da enfermagem, a COMUNICAÇÃO, nas atividades de cuidar, além de cumprir um determinação de um protocolo mundial, garantindo para melhorar a segurança no cuidar e dos planos terapêuticos nas unidades de internação e outras unidades de saúde, sendo relevante para prevenção de incidentes no processo de cuidar.

O capítulo 5 é bem interessante, pois trata-se de um luta dos usuários, familiares e profissionais da saúde mental , num modelo de aproximação destes segmentos e para realizar o acolhimento das pessoas como sofrimento psíquico no uso e abuso de substâncias psicoativas, além dos desafios que são os recursos financeiros e da capacitação profissional nesse processo de cuidar, com foco na faixa etária de 30 a 60 anos.

O capítulo 6 apresenta um relato de experiência de graduandos de enfermagem com os alunos de ensino médio. Nele, os acadêmicos identificam os temas que devem ser abordados com os alunos que não tem muito informação, tais como saúde escolar, gravidez na adolescência, sexualidade, depressão, entre outros que muitas vezes eles só terão contato na idade adulta.

O capítulo 7 diz respeito ao manejo da SEDE nos pacientes em pós recuperação anestésica, pois como a sede é uma das necessidades humanas básicas além de que a ingestão hídrica é muito importante para o corpo humano, considerando os aspectos fisiológicos, psicológicos e socioculturais para a sede traz desconforto.

Capítulo 8 que tema pertinente!! A relação intergeracional entre as avós e filhos e netos em relação à amamentação. O artigo foi escrito sob forma de entrevista detectando os tabus, mitos, crenças e como é a influência junto as suas filhas e noras.

Capítulo 9 é o estudo da sistematização da assistência de enfermagem aos pacientes com SCASSST/DAC multifatorial, como relato de experiência. Nele, o profissional enfermeiro avalia os fatores multifatoriais, a presença de fatores de risco modificáveis, como o exame físico e análise de prontuário, raciocínio clínico para a promoção de hábitos saudáveis e pensamento crítico.

O capítulo 10 trata do conhecimento do profissional de enfermagem como relato de experiência em relação ao processo de cuidar de cicatrização de uma ferida. Dentre elas, as fases de cicatrização, a identificação de tecido necrótico e o uso do debridamento cirúrgico e o enfermeiro atuando na visita domiciliar.

Profa. MSc. Maria Regina da Silva Pinheiro

Enfermeira, graduada pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

Mestre em Enfermagem

Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro

Universitário Augusto Motta

Membro efetivo do CEP-HFSE

SUMÁRIO

<i>Capítulo 1</i>	09
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: USO E CONFERÊNCIA DA PULSEIRA EM HOSPITAL ESCOLA	
<i>Tatiane Veteri Coneglian; Adriani Izabel de Souza; Jéssica Pagotto Manzano; Marina Brioto Fernandes Martins; Maria Claudia Parro; Maristela Aparecida Magri</i>	
<i>Capítulo 2</i>	19
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DO TÉTANO ACIDENTAL NO ESTADO DO PARANÁ, BRASIL	
<i>Lígia Lopes Ribeiro</i>	
<i>Capítulo 3</i>	30
O PROGRAMA SAÚDE DO ESCOLAR E AS AÇÕES DO PET-SAÚDE/ GRADUASUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Glaucimara Riguete de Souza Soares; Joana Darc Fialho de Souza; Fabrizio do Carmo Pereira; Julia Furtado Ferreira ; Meiriane Christine dos Santos Aguiar; Nathelly Moretti Freitas; Roberta de Oliveira Ferreira; Rosielma de Abreu Moreira</i>	
<i>Capítulo 4</i>	40
ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO EFETIVA COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO NA SEGURANÇA DO PACIENTE	
<i>Elizabeth da Silva Dantas de Jesus; José Wáttylla Alves dos Santos Paiva; Lígia Lopes Ribeiro; Nathalia Telles Paschoal Santos; Paula Taciana Soares da Rocha</i>	
<i>Capítulo 5</i>	50
OBSERVAÇÃO DAS DIFICULDADES E DESAFIOS NA ASSISTÊNCIA AO CUIDADO EM UM CAPS AD DO MUNICÍPIO DE BELÉM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Bianca de Oliveira da Silva; Fênix Mendes Aguiar; Luna Carolina Cardoso Castro; Thaís Divina Trindade da Rocha; Sheila Cristina Amador da Silva</i>	
<i>Capítulo 6</i>	60
A ATUAÇÃO DE GRADUANDAS DE ENFERMAGEM COM EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ALUNOS DO ENSINO MÉDIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Alana Tairis Silva Oliveira; Amanda Dos Santos Ferreira Melo; Caroline Morais de Jesus; Luís da Silva Rodrigues; Priscila Miguel Guardia; Soraya El Hakim</i>	
<i>Capítulo 7</i>	69
COMPREENSÃO DOS COLABORADORES ATUANTES NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA EM UM HOSPITAL PRIVADO NO SUL DE SANTA CATARINA SOBRE PROTOCOLO DO MANEJO DA SEDE	
<i>Roselin Padilha Teles; Valdemira Santana Dagostin; Mágada Tessmann; Denise Macarini Teresa; Neiva Junkes Hoepers; Maria Madalena Santiago</i>	
<i>Capítulo 8</i>	82
AVÓS E AMAMENTAÇÃO: UMA RELAÇÃO INTERGERACIONAL	
<i>Glaucia Pereira de Lucena; Patrícia Moreno Pereira; Vanilde Pereira Nery; Maria Liz Cunha de Oliveira</i>	

<i>Capítulo 9</i>	95
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM SCASSST/DAC MULTIARTERIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Gabrielle Pessoa da Silva; Jéssica Leite Bernardo da Silva; Rhayza Rhavenia Rodrigues Jordão; Ryanne Carolynne Marques Gomes; Francisca Márcia Pereira Linhares</i>	
<i>Capítulo 10</i>	105
O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE UMA FERIDA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Suzana Curtinhas da Cunha; Jorge Luis Alves de Oliveira; Mariana Lima Amorim; Rayza Rodrigues Franklin</i>	

Tatiane Veteri Coneglian

Acadêmica de Enfermagem. Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA)
Catanduva – SP, Brasil

Adriani Izabel de Souza

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos (UFScar)
São Carlos – SP, Brasil.

Jéssica Pagotto Manzano

Acadêmica de Enfermagem. Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA)
Catanduva – SP, Brasil

Marina Brioto Fernandes Martins

Acadêmica de Enfermagem. Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA)
Catanduva – SP, Brasil

Maria Claudia Parro

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP). Pró-Reitora de Graduação do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA)
Catanduva – SP, Brasil

Maristela Aparecida Magri

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). Docente do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA)
Catanduva – SP, Brasil

RESUMO

Introdução: O Protocolo de Identificação do Paciente tem a finalidade de garantir que a assistência seja prestada ao paciente ao qual se destina. Para isso, a OMS estabelece como medida irrefutável a presença de pulseira em toda a permanência do paciente e conferência pelos profissionais de saúde antes do cuidado. **Objetivo:** Verificar a utilização da pulseira de identificação por pacientes hospitalizados e a sua conferência por profissionais da saúde, bem como o conhecimento dos pacientes sobre a importância do uso da pulseira. **Metodologia:** Estudo descritivo de abordagem quantitativa, sobre a utilização da pulseira de identificação em pacientes hospitalizados em unidades de internação de clínica médica. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário tipo *check list*, no mês de julho de 2017, durante dois dias consecutivos. A pesquisa tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), sob o parecer nº 1.812.515 e CAAE 59200616.0.0000.5430. **Resultados:** Dos 91 pacientes entrevistados 93,4% utilizavam a pulseira de identificação e o maior número de entrevistados utilizava a pulseira no pulso direito 54,1%. Apenas 14,1% recebeu a orientação, pelo motivo de utilizar a pulseira. Quanto à conferência da pulseira pela equipe de enfermagem, em 44,7% respondeu-se afirmativamente. **Conclusão:** Os resultados alcançados evidenciaram que mesmo os pacientes utilizando a pulseira de identificação, esses são desprovidos de informações para a aceitabilidade do seu uso. Nota-se ainda que, a aderência pela conferência da pulseira de identificação antes de prestar o cuidado pela equipe de enfermagem, é ínfima. **Contribuições e implicações para a enfermagem:** Torna-se indispensável intensificar a educação a respeito da importância da utilização da pulseira de identificação pelos pacientes, e sua conferência, uma vez que

ela é de fundamental importância na prestação dos cuidados, e uma garantia para que não ocorram danos desnecessários ao paciente.

Descritores: Segurança do Paciente, Sistemas de Identificação de Pacientes, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O tema segurança do paciente ganhou evidência com a publicação do documento “Errar é humano”, pelo *Institute Of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), em 1999. O documento trouxe dados alarmantes sobre a segurança dos pacientes de hospitais norte-americanos, apontando que 44.000 a 98.000 pacientes morriam por ano em hospitais dos EUA em decorrência de danos causados durante a assistência prestada¹.

Daí em diante, dois grandes marcos foram decisivos para o avanço das discussões e questionamentos sobre o tema. O primeiro em 2004, com a criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de organizar e definir alguns conceitos e propor medidas para uma assistência segura, reduzindo os riscos e mitigando os eventos adversos através de programas e iniciativas internacionais. O segundo marco foi a apresentação do “*Nine Patient Safety Solutions*” em 2007, programa que visava diminuir erros nos sistemas de saúde, com a recriação dos processos de cuidado, a fim de prevenir erros humanos fatais².

Até então, os erros eram vistos como consequências inevitáveis da assistência prestada ou até um resultado indesejado dos serviços oferecidos por prestadores precários. Porém, essa percepção vem sendo dissolvida e uma perspectiva onde os erros passam a adotar um papel de situações evitáveis por meio de programas de educação e de intervenção³.

Dessa forma, torna-se dever dos serviços de saúde oferecer uma assistência efetiva, eficiente, segura e que garanta a satisfação do paciente em todas as etapas do processo, para assim, atender ao direito de todo indivíduo de receber um serviço de qualidade¹.

Para tal, no Brasil diversas medidas foram adotadas. Um exemplo é o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Vigipos), instituído em 2009 como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de promover a identificação precoce de problemas relacionados com os serviços e produtos sob vigilância sanitária e eliminar ou minimizar os riscos decorrentes do uso de tais produtos. Outro exemplo é a Rede Sentinela, iniciada em forma de projeto e consolidada a partir de 2011, onde as instituições participantes atuam realizando a busca, identificação e notificação dos eventos adversos e das queixas técnicas (“desvios de qualidade”), ligadas aos produtos sob vigilância sanitária⁴.

Mais um exemplo nacional, é a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), estabelecida por iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde, com o papel de disseminar e sedimentar a cultura de segurança do paciente seguindo as orientações da OMS. O grupo elaborou com a participação do Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo (COREN-SP), os 10 passos para a segurança do paciente, que contemplam os principais aspectos da prática assistencial de enfermagem, permitindo sua prática em inúmeros ambientes assistenciais².

Em 2013, com a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pelo Ministério da Saúde (MS), fica estabelecido o objetivo geral de promover a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do país, bem como as definições e estratégias para a implementação do PNSP⁴. Dando sequência às medidas, ainda em 2013, o MS aprovou os protocolos básicos de segurança do paciente, previstos

anteriormente, sendo eles: Protocolo de Identificação do Paciente, Protocolo de Prevenção de Úlcera por Pressão, Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, Protocolo de Cirurgia Segura, Protocolo de Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde e o Protocolo de Prevenção de Quedas⁵.

Para se ter uma ideia, dados do Brasil aponta que cerca de 8% das internações geram algum tipo de evento adverso, e destes, entre 3% a 10% podem ser fatais³.

Dos protocolos instituídos, o de Identificação do Paciente tem a finalidade de garantir a que a assistência seja prestada ao paciente ao qual se destina, reduzindo a ocorrência de incidentes, sendo o primeiro dos seis passos para a segurança do paciente⁶.

A fim de atender aos requisitos de identificação do paciente, recomenda-se a adoção de métodos uniformes por parte de todas as instituições, garantindo sua verificação antes da realização dos procedimentos que oferecem maior risco, como administração de medicamentos, de hemoderivados e hemocomponentes, coleta de amostras, exames diagnósticos e procedimentos cirúrgicos⁷.

Falhas de identificação, que podem ocorrer desde o momento da admissão do paciente até sua alta, podem resultar em erros relacionados à administração de medicamentos, realização de exames e/ou procedimentos desnecessários ou incorretos, inclusive expondo o paciente a risco de morte³.

Desta forma, a OMS estabelece como medida irrefutável para a correta identificação do paciente a presença de pulseira em toda a permanência do paciente, desde sua admissão até a alta, conferência pelos profissionais de saúde antes do cuidado, a determinação de marcadores que assegurem a correta identificação mesmo em caso de homônimos, organizar protocolos institucionais que prevejam personalidades como impossibilidades do uso da pulseira. Outras medidas propostas tratam do envolvimento do paciente e familiares para a conscientização da importância do uso da pulseira, bem como de sua conferência antes do cuidado⁸.

Considerando os aspectos estruturais, culturais, de atividade profissional e envolvimento do paciente e familiares, aliados a complexidade das atividades das instituições hospitalares, pode-se definir a identificação do paciente como um processo de caráter multidisciplinar, e que portanto requer ações amplas que possam abranger todos os atores envolvidos².

Sabendo da importância da pulseira de identificação para a prestação de um cuidado qualificado e seguro, o objetivo do estudo foi verificar a utilização da pulseira de identificação pelos pacientes hospitalizados em unidades de internação, verificar o conhecimento dos pacientes hospitalizados em unidades de internação sobre o uso da pulseira de identificação e verificar a conferência da pulseira de identificação pela equipe multiprofissional.

OBJETIVO

Verificar a utilização da pulseira de identificação por pacientes hospitalizados e a conferência dos dados por profissionais da saúde, bem como o conhecimento dos pacientes acerca da importância do uso da pulseira.

METODOLOGIA

Estudo descritivo de abordagem quantitativa, sobre a utilização da pulseira de identificação em pacientes hospitalizados em unidades de internação de clínica médica. Realizado por acadêmicos de enfermagem da Liga de Segurança do Paciente de um Centro Universitário do noroeste paulista.

O estudo foi desenvolvido em 6 unidades de internação, totalizando 133 leitos de clínica médica de um Hospital Escola do noroeste paulista. A amostragem foi definida de maneira não probabilística e os sujeitos foram selecionados por conveniência, totalizando 91 pacientes internados.

Foram utilizados como critério de inclusão, os pacientes que aceitaram participar da pesquisa e tinham condições de assinar termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As pesquisadoras confeccionaram um questionário tipo check list contendo questões que abordaram a presença da pulseira de identificação e seu local de fixação, a orientação do paciente e/ou família sobre o motivo do uso, a conferência dos dados por parte das equipes de enfermagem, médica e demais profissionais envolvidos no cuidado, bem como a existência da prevalência de conferência por parte de algum turno de trabalho.

A coleta de dados foi realizada após aprovação no CEP, e a criação do questionário tipo check list. Os graduandos de enfermagem participantes da liga de Segurança do Paciente do Centro Universitário do Interior Paulista foram até o Hospital Escola para coleta de dados nos setores de internação, no mês de julho de 2017, durante dois dias consecutivos. As enfermeiras responsáveis pelas unidades foram avisadas quando constatado, após a coleta de dados, pacientes que se encontravam sem a pulseira de identificação. Cada setor de internação foi avaliado em apenas uma oportunidade e sem agendamento prévio. Os dados foram tabulados a fim de verificar os resultados obtidos dos sujeitos e da utilização, conhecimento e conferência da pulseira de identificação.

A pesquisa tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), sob o parecer nº 1.812.515 e CAAE 59200616.0.0000.5430.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As unidades de internação averiguadas totalizavam 133 leitos, tendo como população 112 pacientes internados. Destes, 91 foram entrevistados.

Da amostra de 91 pacientes internados, 48,3% eram do sexo feminino e 51,6% do sexo masculino, com idade mediana de 62,5 anos. Dos pacientes entrevistados, 63,7% deambulavam e 36,2 % encontravam-se acamados, tendo como mediana de internação 5 dias. A utilização da pulseira de identificação deu-se por 93,4% dos pacientes, relatando ser orientado sobre o motivo da sua utilização por 14,1%, conforme demonstra a tabela 1.

Tabela 1. Verificação da utilização e conferência da pulseira de identificação. Catanduva, SP, Brasil, 2018.

Variáveis	N = 91(%)
Paciente esta com pulseira de identificação	
Sim	85(93,4)
Não	6(6,5)
Local da fixação	
Punho D	46(54,1)
Punho E	39(45,9)
Foi orientado do motivo do uso	
Sim	12(14,1)
Não	64(79,0)
Não Respondeu	9(10,5)

A equipe de enf. confere os seus dados x dados da pulseira antes de prestar assistência	
Sempre	38(44,7)
Às vezes	7(8,2)
Nunca	34(40,0)
Não Respondeu	6(7,0)
A equipe médica confere os seus dados x dados da pulseira antes de prestar assistência	
Sempre	32(37,6)
Às vezes	13(15,2)
Nunca	34(40,0)
Não Respondeu	6(7,0)
Os demais profissionais conferem os seus dados x dados da pulseira antes de prestar assistência	
Sempre	33(38,8)
Às vezes	8(9,4)
Nunca	38(44,7)
Não Respondeu	6(7,0)
Existe algum turno que MAIS realiza a conferência dos dados com a pulseira	
Manhã	17(20,0)
Tarde	6(7,0)
Noite	4(4,7)
Todos	12(14,1)
Nenhum	42(49,0)
Não Respondeu	4(4,7)

Quando questionados se ficaram com dúvidas em relação ao uso da pulseira 87,5% disseram que não, conforme ilustração da tabela 2.

Tabela 2. Conhecimento e conferência de dados pelos pacientes a respeito da pulseira de identificação. Catanduva, SP, Brasil, 2018.

Variáveis	N=85(%)
Tem conhecimento do porque da utilização da pulseira de identificação	
Sim	36(42,3)
Não	41(48,2)
Imagina	8(9,0)
Conferência dos próprios dados da pulseira	
Sim	38(44,7)
Não	46(54,1)
Não Respondeu	1(1,1)
Dúvida referente ao uso da pulseira	

Sim	9(10,5)
Não	74(87,0)
Não Respondeu	2(2,3)

Segundo a perspectiva do paciente quanto a importância do uso da pulseira de identificação demonstrada na tabela 3.

Tabela 3. Uso e importância da pulseira pela perspectiva do paciente. Catanduva, SP, Brasil, 2018.

Variáveis	N=91 (%)
Acha importante o uso da pulseira	
Sim	81(89,0)
Não	6(6,5)
Não Respondeu	4(4,3)
Utilizaria a pulseira durante toda a sua internação	
Sim	68(74,7)
Não	16(17,5)
Não Respondeu	7(7,6)

Conforme os resultados apresentados na tabela 1, dos 91 pacientes entrevistados 93,4% utilizavam a pulseira de identificação e o maior número de entrevistados utilizava a pulseira no pulso direito 54,1%.

Em outro estudo os autores relataram que de 385 pacientes entrevistados 365 (95,8%) utilizavam a pulseira de acordo com as normas da instituição, quando comparados os resultados evidenciados aparentemente é um bom resultado, mas o ideal seria em ambos os estudos que o resultado chegasse a 100% dos pacientes fazendo uso de pulseiras de identificação⁶. Mesmo não atingindo a totalidade de pacientes na implantação correta das pulseiras de identificação, a instituição onde os dados foram coletados apresenta bons resultados quando comparado aos dados de outras instituições⁹.

Segundo as diretrizes de implantação da identificação correta dos pacientes é recomendado que as instituições adotem métodos padrão para identificá-los. A ferramenta mais utilizada para identificação de pacientes é o uso de pulseiras de identificação, que devem ser bem elaboradas, com dados específicos e corretos de cada paciente, sendo verificada sempre que qualquer procedimento for realizado¹⁰. A utilização dessa pulseira se faz de extrema importância para a garantia de um cuidado seguro, sendo um potencial redutor de erros na prestação da assistência, conferindo o cuidado correto ao paciente certo¹¹.

Questionados sobre o recebimento de orientações quanto ao uso da pulseira, apenas 14,1% informaram ter recebido orientação pelo motivo de utilizar a pulseira, enquanto 79,0% informam não ter recebido nenhuma orientação.

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, 90% dos participantes informaram não terem recebido orientações sobre a importância e o motivo da utilização da pulseira, corroborando o cenário de deficiência no envolvimento do paciente e família no cuidado¹².

Tal envolvimento é previsto pelo Protocolo de Identificação do Paciente no MS. O protocolo trata da necessidade de educar o paciente, acompanhante, familiar, explicando sobre os propósitos dos identificadores da pulseira, bem como orientá-los sobre a obrigatoriedade da conferência da pulseira por todos os profissionais antes da realização do cuidado⁶.

Dentre as ferramentas para identificação do paciente, o método mais seguro ainda é o uso da pulseira, considerando que pacientes com deficiência de audição e lesões cerebrais são pessoas que podem responder incorretamente acerca do nome. Assim, não checar a pulseira ou o nome do paciente é uma falha no cumprimento de políticas e procedimentos¹⁰.

Em estudo realizado com a utilização de pulseira de identificação em recém-nascidos (RN), quando perguntado aos pais sobre a importância do uso da pulseira 89% das respostas foi afirmativa à importância, retratando o mesmo cenário encontrado no presente estudo, ratificando a importância do envolvimento da família e pacientes no processo de identificação, seja pela verificação dos seus dados ou como agente ativo na conferência da pulseira pelo profissional antes do cuidado⁸.

Dessa forma, é necessária a implantação de rotinas e protocolos de segurança bem como o desenvolvimento de estratégias de apoio educacional para profissionais da área da saúde e também para os pacientes e familiares, além de ações gerenciais de acompanhamento para sustentar a metodologia da prática segura do atendimento à saúde. O envolvimento dos profissionais, pacientes e gestores da área da saúde é fundamental para que se obtenha um processo de assistência à saúde com segurança e qualidade⁵.

Quando questionado ao paciente se a equipe de enfermagem conferiu os dados dele com os dados da pulseira antes de prestar a assistência, em 44,7% respondeu-se afirmativamente. Porém 48,2% relatou que somente às vezes ou nunca foi conferido.

Em um outro estudo realizado pelos alunos Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), aponta que 61% dos profissionais cometeram erro na identificação; 39% realizaram tarefa no paciente errado e 15% não reconheceram que havia um erro na identificação do paciente, esses resultados mostram como há uma grande falha na identificação dos pacientes¹³. Outro estudo aponta que 80,9% dos profissionais de enfermagem não conferem a pulseira de identificação antes de realizar procedimento¹⁴.

Em estudo realizado em hospital universitário da região sul do país, foram adotadas estratégias de educação por meio de campanha institucional e posteriormente implementados cursos de educação à distância (EaD), o que trouxe resultados positivos com o aumento da adesão à conferência da pulseira pelos profissionais, bem como a melhora de indicadores funcionais da instituição¹⁵.

Quando questionado sobre a conferência realizada pelos profissionais da categoria médicos, prevaleceu que estes nunca realizam a conferência antes de prestar assistência, em 40,0% dos pacientes, e em relação a equipe multidisciplinar, também o maior percentual obtido foi na alternativa nunca, com 44,7 %.

No estudo realizado em um hospital universitário no Rio de Janeiro, 61% dos pacientes informaram que os profissionais não verificavam a pulseira de identificação antes de realizar qualquer procedimento¹².

Durante a coleta de dados, também foi questionado se havia algum período em que os colaboradores mais conferiam a pulseira de identificação antes da realização de procedimentos, sendo a alternativa nenhum dos turnos a que mais prevaleceu sendo a escolha de 49,0% dos entrevistados.

Independente do tipo de cuidado prestado, deve-se ser seguidos as diretrizes e protocolos pela equipe, uma vez que verificação da pulseira de identificação é suma importância para a segurança da assistência prestada. A educação voltada a conscientização para a valorização da conferência e uso da pulseira de identificação é de extrema importância, tendo alguns estudos validado o aumento da adesão à conferência pelos profissionais após ações educativas¹⁶.

Um percentual 48,2% dos entrevistados não sabiam o motivo da utilização desta, por conseguinte 54,1% não conferiram os próprios dados na pulseira de identificação em que estava utilizando.

Em revisão de literatura, foi verificado que 65 a 92% de uma equipe de saúde relataram que os pacientes devem utilizar a pulseira, e 64 a 78% disseram ser importante para evitar erro, quando questionado aos pais se deve ser utilizada a pulseira de identificação 89% opinaram que deveria ser utilizada, no entanto, somente 34% dos pacientes utilizavam a pulseira de identificação correta¹⁶.

Com relação à importância do uso da pulseira de identificação pela visão do paciente, dos 91 entrevistados 89,0% achavam importante, mas quando questionados se utilizariam a pulseira durante toda a internação, o percentual de respostas afirmativas caiu para 74,7%,

No estudo realizado no Rio de Janeiro, quando questionado aos pacientes sobre a importância do uso da pulseira de identificação, 73% relataram ser importante a utilização para a própria segurança¹².

CONCLUSÃO

Os resultados alcançados evidenciaram que mesmo os pacientes utilizando a pulseira de identificação, esses são desprovidos de informações relevantes para a aceitabilidade do seu uso, como orientações realizadas pelos profissionais. Nota-se ainda que, a aderência pela conferência da pulseira de identificação antes de prestar o cuidado pela equipe de enfermagem, é ínfima, visto a importância desta para a prevenção da ocorrência de eventos adversos e garantir a segurança do paciente.

Observa-se então que a realização de ações de segurança passa pela obrigatoriedade, demonstrando a necessidade de uma mudança cultural para que tais ações sejam incorporadas à rotina de trabalho e sua importância tome visibilidade tanto para as equipes profissionais quanto para o paciente e família.

Medidas educativas são fundamentais para a consolidação da prática. Estudos complementares podem estabelecer quais as melhores ferramentas de educação para otimizar os processos de educação permanente, bem como refletir na melhora da assistência prestada, minimização de falhas e maior garantia de segurança do cuidado.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Contribuir para uma mudança de conduta frente à utilização da pulseira de identificação, considerando a necessidade em diminuir e erradicar a ocorrência de eventos adversos, sendo primordial para a segurança do paciente.

Estudar e identificar o comportamento e adesão da equipe de enfermagem às diretrizes de segurança do paciente torna-se imprescindíveis para o planejamento de ações de educação permanente. Considerar o envolvimento de paciente e família nesse processo permite que se crie uma cultura de atenção pautada na segurança.

Dessa forma, o estudo permitiu identificar que ainda é necessário intensificar a educação sobre a importância da utilização da pulseira de identificação pelos pacientes, e sua conferência, pelos profissionais, pacientes, familiares e acompanhantes, uma vez que ela é de fundamental importância na prestação dos cuidados, e uma garantia para que não ocorram danos desnecessários ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR), Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. [Internet]. [Citado em 30 mai 2018]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%AAncia+Segura++Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>. Acesso em 30 de maio de 2018.
2. Tase TH, Lourenção DCA, Bianchini SM, Tronchin DMR. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(2):196-200.
3. Pereira JS, Maia LG, Martins MA, Mosqueira KM, Pelazza BB, Eid LP, Paula CR, Leite GR. Segurança do paciente: importância da identificação do paciente na prevenção de eventos adversos. Revista Enfermagem Atual In Derme. 2019; 87(8): 1-9.
4. Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Internet]. [citado em 30 mai 2017]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM Nº 529, de 1º de abril de 2013. [Internet]. [citado em 30 mai 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
6. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fundação Oswaldo Cruz. Protocolo de Identificação do Paciente. 2013. [Internet]. [citado em mai 2017]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo---Identifica----o-do-Paciente.pdf>
7. Hemesath MP, Santos HBS, Torelly EMS, Motta MB, Pasin SS, Magalhães AMM. Avaliação e gestão da adesão dos profissionais à verificação da identificação do paciente. Rev ACRED. 2015; 5(9):45-54.
8. Tase TH, Tronchin DMR. Sistemas de identificação de pacientes em unidades obstétricas e a conformidade das pulseiras. Acta paul. enferm. [Internet]. 2015; 28(4):374-380. ISSN 1982-0194.
9. Hoffmeister LV, Moura GMSS. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; 23(1):36-43.
10. Carvalho, VT, Cassiani SHB. Erros na medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. Medicina [Internet]. 2000; 33(3):322-30.
11. Neta AF, Girardi C, Santos DTR, Oliveira JLC, Oliveira RP, Maraschin MS, Tonini NS. Adesão à identificação do paciente em hospital universitário público. Rev Adm Saúde. 2018. [Internet] 18(70).

12. Assis TG, Almeida LF, Assad LG, Rocha RG, Fassarella CS, Aguiar BGC. Adesão à identificação correta do paciente pelo uso da pulseira. Rev enferm UFPE on line. 2018. 12(10):2621-7.
13. Souza S, Tomazoni A, Rocha PK, Cabral PFA, Souza AIJ. Identificação da criança na pediatria: percepções dos profissionais de enfermagem. Rev Baiana de Enfermagem. [Internet]. 2015; 29(1): 5-11.
14. Silva RSS, Rocha SS, Gouveia MTO, Dantas ALB, Santos JDM, Carvalho NAR. Wearing identification wristbands: implications for newborn safety in maternity hospitals. Rev Esc Anna Nery. [Internet]. 2019 [citado em 02 jul 2019]; 23(2):e20180222. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200218&lng=en. Epub Mar 28, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0222>
15. Hemesath MP, Santos HB, Torelly EMS, Barbosa AS, Magalhães AMM. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. Rev Gaúcha Enferm. 2015;36(4):43-8.
16. Panno SF, Costenaro RGS, Diaz C, Zamberlan, C. Uso de pulseiras na identificação do paciente: implicações para o cuidado seguro. Rev Disciplinarum Sciential Saúde. 2017, 18(1), 145-155.

Lígia Lopes Ribeiro

Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2005) e mestrado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná (2018). Atualmente é enfermeira do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente – Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais do Complexo Hospitalar de Clínicas do Paraná. Endereço para CV: <http://lattes.cnpq.br/8409883882083261>

RESUMO

Este estudo foi desenvolvido durante o curso de pós-graduação em Análise de Situação de Saúde do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública - Universidade Federal de Goiás. Objetivou-se conhecer e descrever as Características Epidemiológicas e Espaciais dos Casos de Tétano Acidental, ocorridos no Estado do Paraná no período de 2007 a 2015. Trata-se de um estudo descritivo de uma série histórica de dados coletados através do Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN). Para tabulação dos dados foram realizadas análises univariadas com base no programa Tabwin®. Trabalho-se com variáveis sociodemográficas e de saúde. O Estado do Paraná obteve um total de 164 casos de tétano acidental no período analisado e estes em sua maior parte ocorreram em pessoas com faixa etária compreendida entre 40 e 59 anos. Dentre as 22 regionais de saúde do estado, a regional metropolitana foi a que apresentou maior número absoluto de casos e em contrapeso a menor incidência. Aferiu-se que mais de 50% do total de casos ocorreram em pessoas com pouca ou nenhuma escolaridade e a letalidade pelo tétano atingiu a marca de até 100% em algumas regionais. De todos os casos ocorridos no sexo feminino, 54,2% deles acometeram mulheres grávidas. Concluiu-se que o tétano acidental no Paraná, no período analisado, manteve-se em sua maior parte acima da média brasileira e sua letalidade ainda apresenta valores bastante elevados. Apesar de o tétano ser uma doença imunoprevenível, ele ainda se constitui como um importante problema de saúde pública no estado, sendo necessário ações mais efetivas e olhares mais atentos da atenção primária paranaense.

Descritores: Tétano, Tétano acidental, Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

Tétano acidental é uma doença infecciosa aguda, não transmissível de pessoa a pessoa, ocasionada através de um bacilo denominado por: *Clostridium tetani* e também é conhecido por bacilo tetânico ou bacilo de Nicolaier, sendo este último em homenagem ao médico alemão descobridor do próprio bacilo, Arthur Nicolaier, em 1885 (4). (Veronesi e Focaccia, 2009)

Segundo Brasil (2009), o tétano é uma doença extremamente grave, clinicamente se manifesta por um período febril e em alguns casos afebril, reflexos muito ativos ou responsivos em excesso (hiperreflexia), como também espasmos ou contraturas paroxísticas, que podem se apresentar de formas espontâneas ou estimuladas por sons, tato, luminosidade ou de temperatura ambiental. Ainda o mesmo autor (pg. 18), aponta que pode ocorrer hipertonia dos músculos masseteres como trismo e riso sardônico, hipertonia do pescoço, disfagia (dificuldade de deglutição), hiperextensão de membros superiores, inferiores e músculos reto-abdominais.

Conforme Brasil (2010), o *Clostridium tetani* é um bacilo gram-positivo, anaeróbico, esporulado, que normalmente pode ser encontrado em ambientes como terra, galhos, arbustos, poeira das ruas, águas putrefatas, além da pele e trato intestinal de animais e do homem. Através da ação de exotoxinas ele infecta os seres vivos atingindo principalmente o Sistema Nervoso Central (SNC), introduzindo esporos numa solução de continuidade da pele e das mucosas em ferimentos ou lesões profundas e/ou superficiais, como também agudas e/ou crônicas.

Após infectar o homem o esporo necessita de um período para poder germinar e elaborar as toxinas que atingirão o SNC. De acordo com Brasil (2009) o período de infecção dura em média de 2 a 5 dias, já o período de incubação varia de 1 dia a até meses, tendo uma média de 3 a 21 dias. A mesma literatura ainda discorre que “*Quanto menor for o tempo de incubação, maior a gravidade e pior o prognóstico.*”pg. 17.

Com relação ao diagnóstico da doença, este é realizado de forma clínico/epidemiológico e seu tratamento é eminentemente hospitalar, sendo imprescindível a sedação do doente, a neutralização da toxina tetânica, erradicação do bacilo, o debridamento do local infectado e medidas gerais de suporte de vida. (Brasil, 2010).

O tétano acidental certamente configura-se como um grande problema em saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos onde ainda encontram-se grandes taxas de letalidade. Conforme o Portal Saúde do Ministério da Saúde, a taxa de letalidade para estes países estão em média de 30% e no Brasil no ano de 2012 e 2013 confirmou-se 314 casos da doença sendo 263 casos em todo território brasileiro, apresentando letalidade de 34% para o ano de 2012 e de 33% para 2013, estando os países desenvolvidos com uma taxa entre 10 e 17%.

Devido a critérios como o regulamento sanitário internacional, Compromissos Internacionais, assim como a própria transcendência da doença, o tétano acidental conforme Portaria Ministerial nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, em território nacional, caracteriza – se como uma doença de notificação compulsória sendo de notificação imediata.

Art. 2º VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal;

Art. 4º A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível.

O tétano é uma doença imunoprevenível, sua suscetibilidade é universal e indiferente acerca de características como raça, cor, sexo, idade entre outros. A imunidade contra a doença pode ser adquirida através do soro antitetânico (SAT) que pode durar até

14 dias, com uma média de 7 dias. Também pode ser conferida da imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT) durando aproximadamente de 2 a 4 semanas, tendo uma média de 14 dias. A imunidade permanente contra o tétano é conferida pela vacinação e dura em torno de 10 anos, desde que ocorra em condições ideais inerentes ao imunobiológico e ao indivíduo, sendo recomendado a aplicação via intramuscular de 3 doses da vacina e reforços a cada 5 ou 10 anos, conforme recomendações do Programa Nacional de Imunização (PNI). (FUNASA, 2002).

Segundo bula farmacêutica da vacina contra o tétano do laboratório Sanofi Pasteur, este imunobiológico atua estimulando o organismo a produzir anticorpos contra a doença e consiste de toxóide tetânico inativado e adsorvido em sal de alumínio. O referido laboratório aponta que a imunização primária contra o tétano confere proteção em mais de 95% dos casos por um período não inferior de 10 anos. Já FUNASA (2002) em relação à eficácia da vacina cita que *“A eficácia da vacina poderá atingir 99%, segundo a OMS, a depender do número de doses recebidas em condições normais, tanto da vacina e esquema vacinal ideal, quanto da resposta imunológica do indivíduo, pg.805”*.

O tétano no estado do Paraná, assim como nos demais estados brasileiros, está presente e ainda com altas taxas de letalidade conforme dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Dados de indicadores de cobertura vacinal obtidos através do DataSUS contra tétano, embutidos na vacina Tetravalente (difteria, tétano, coqueluche e haemofilus influenza tipo B), demonstram que nos últimos anos (2003 a 2012 disponíveis para consulta), o estado da Paraná obteve uma média de vacinação em 100,99%, alcançando no ano de 2008 seu menor índice em 97,06% e em 2006 a taxa mais elevada, 104,14%.

Percebe-se que tanto a eficácia da imunidade conferida pela vacina contra tétano como também a cobertura vacinal de crianças contra a doença no estado do Paraná são relativamente altas e muito se fala em relação à melhoria da atenção primária em saúde. Contudo tanto a incidência quanto a letalidade por tétano acidental não se encontram nulos ou o mais próximo possível disso, se considerássemos somente a não imunização, respeitando as características imunológicas individuais com relação à ausência na produção de anticorpos esperados pela vacina.

Creio que o reconhecimento epidemiológico de todos os casos de tétano acidental no estado do Paraná faz se imprescindível para mensurar a qualidade das ações de prevenção em saúde da população. Diante disso, a questão norteadora deste estudo foi como uma doença com tamanha letalidade e em contra partida imunoprevenível esta distribuída dentro do estado do Paraná?

Para tanto, é imprescindível o conhecimento das características epidemiológicas do tétano acidental na população paranaense e sua distribuição espacial, de forma a possibilitar o entendimento da relação do bacilo com os indivíduos por profissionais e gestores da área da saúde e afins no sentido contribuir para uma melhor reorientação dos programas de prevenção das doenças imunopreveníveis e se necessário ampliar investimentos de maneira estratégica e racional, tendo em vista as peculiaridades de cada regional de saúde do estado.

Como objetivo geral este estudo se propôs em Conhecer e Descrever as Características Epidemiológicas dos Casos de Tétano Acidental ocorridos no Estado do Paraná no período de 2007 a 2015.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de série histórica com dados coletados através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), ocorridos entre os anos de 2007 a 2015.

A definição de tétano que embasou a coleta de dados deste estudo está contida no guia de vigilância em saúde do Ministério da Saúde, sendo caracteriza como casos confirmados aqueles os quais já foram descartados por outros agravos e que possam apresentar um ou mais sinais e sintomas como: disfagia, trismo, opistótono, contratura dos músculos da mímica facial, rigidez abdominal, contratura da musculatura paravertebral, da cervical (rigidez de nuca), de membros (dificuldade para deambular), detecção de lesão cutânea e/ou mucosas, além da preservação da lucidez e orientação do doente reforçando o diagnóstico. (BRASIL, 2014).

O campo de investigação deste estudo foi o Paraná. Estado que está situado na região sul do país, é constituído por 399 municípios e tem Curitiba como sua capital. Possui uma extensão territorial de 199.307,985 Km² e uma população estimada pelo censo 2010 em 10.444.526 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e maio de 2016, sendo considerados todos os casos confirmados de tétano acidental, notificados no SINAN, excluindo-se apenas aqueles ocorridos em menores de 28 dias por serem conceituados como tétano neonatal.

Para compilação dos dados foi utilizado o programa Tabwin® (TAB versão para Windows) e para confecção dos gráficos o Software Excel. Trabalhou-se com análises univariadas, sendo as de interesse: sexo, faixa etária, escolaridade, zona de residência, desfecho, raça/cor, mês de ocorrência, ano de ocorrência e regional de saúde de ocorrência.

A análise dos dados foi realizada através de: a) cálculo de frequência simples das variáveis de interesse; b) taxas de incidência obtidas pela divisão entre o número de casos da doença ocorridos no Paraná num período de tempo e a população exposta ao risco de adquirir a doença no mesmo período, multiplicando o resultado pela potência de 10⁵; c) taxa de letalidade obtida pela divisão entre o número de óbitos e o número de pessoas que foram acometidas pela doença, multiplicando-o por 10²; d) Razão obtida pelo quociente do numerador pelo denominador. Para cálculos de incidências na série histórica, foram utilizadas as projeções populacionais do IBGE de cada ano analisado, assim como nas incidências por regionais de saúde do Paraná, foram utilizadas as populações específicas de cada regional do estado. Para cálculo de taxa média de incidência, tomou-se por base o censo demográfico do IBGE 2010.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo utilizou-se do banco de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), no qual se caracteriza como uma fonte de dados secundários, sem identificação nominal e de domínio público, razão pela qual não houve necessidade de submissão deste a um comitê de ética. Os dados coletados foram utilizados especificamente no que se refere aos objetivos deste estudo e as informações apresentadas foram todas de forma coletiva.

RESULTADOS

Foram notificados 164 casos confirmados de tétano acidental no estado do Paraná, distribuídos dentre 107 municípios, no período de 2007 a 2015. Nos 09 anos estudados, houve uma distribuição total de casos relativamente homogeneia de acordo com os anos aferidos, sendo: 24 casos em 2007; 24 casos em 2008; 23 casos em 2009; 22 casos em 2010; 18 casos em 2011; 12 casos em 2012; 21 casos em 2013; 12 casos em 2015 e 08 casos em 2015.

Na distribuição por zona de residência, 119 casos ocorreram na área urbana, 36 na rural, 02 na periurbana e 07 deles notificados como ignorado/branco. A prevalência do agravo foi maior no sexo masculino sendo de 81%. E dentre os 19% restantes referentes às mulheres a maior parte deles acometeu gestantes.

Com relação à escolaridade dos doentes, uma razoável porcentagem foi notificada como ignorados/brancos e 02 casos como 'não se aplica'. Entre os que se pode conhecer, 12 pessoas eram analfabetas, 46 continham até a 4ª série do ensino fundamental, 26 do total delas estudaram até a 8ª série do ensino fundamental, 12 continham entre o 1º e 3º ano do ensino médio e 02 casos ocorreram em pessoas com nível de instrução superior completo.

Houve ocorrência da doença em todas as raças declaradas entre brancos, pretos, amarelos, pardos, indígenas, assim como as notificadas ignoradas. Em relação ao aparecimento dos primeiros sintomas da doença e meses do ano, verificou-se uma variação de 03 casos no mês de julho a até 18 casos em dezembro.

No contexto da evolução da doença, assim como em outras variáveis aferidas, houve uma porcentagem de casos notificados como ignorados/brancos. A maior parte dos casos evoluiu para óbito e 68 doentes alcançaram a cura. Já com relação à contaminação pelo bacilo levantou-se que 139 casos foram autóctones, 13 casos foram importados e 12 indeterminados.

A Tabela 01 mostra a distribuição dos casos de tétano acidental segundo regional de saúde e coeficientes de incidência e letalidade, no Paraná, Brasil, 2007-2015.

A Tabela 02 mostra a distribuição dos casos e óbitos por tétano acidental segundo faixa etária no Paraná, Brasil, 2007-2015.

O Gráfico 01 mostra o coeficiente de incidência do tétano acidental por 100.000 habitantes segundo ano, ocorridos no Brasil e no Estado do Paraná.

O Gráfico 02 mostra a distribuição dos casos de tétano acidental segundo ano e regional de saúde do Paraná, Brasil.

A Figura 01 mostra a distribuição da letalidade por tétano acidental, segundo regional de saúde do Paraná, Brasil, 2007-2015.

DISCUSSÃO

O Paraná apresentou uma redução contínua do tétano acidental ao longo dos anos. A taxa de incidência que em 2007 era de 0,30 casos/100.000 habitantes, passou no ano de 2015 para 0,08 casos/100.000 habitantes. Houve uma redução de casos em até 65% nos anos estudados, e que pode ser identificada em todas as regionais de saúde do estado, bem como em cada um dos 107 municípios paranaenses que apresentaram ocorrência da doença. Os achados também apontaram que os casos de tétano acidental no Paraná, apesar de sua tendência declinante, na maior parte permaneceram acima da média do país.

Conforme é possível visualizar no gráfico 01, apenas nos anos de 2012 e 2014 o estado apresentou uma incidência menor do que a do país. Percebe-se também que enquanto o Brasil apresentou uma única tendência de elevação na série analisada

enquanto o Paraná no mesmo período apresentou dois períodos de elevação em sua taxa de incidência, sendo do ano de 2007 para 2008 e de 2012 para 2013 e ambos os períodos se distanciando consideravelmente da linha tendencial brasileira.

No que concernem as regionais de saúde do estado, dentre as 22 observou-se que a 2ª RS Metropolitana foi a que obteve o maior número absoluto de casos, seguido pela 9ª RS Foz de Iguaçu e em terceiro ficou as RS de 10ª Cascavel e 11ª Campo Mourão. E as RS de Irati, União da Vitória e Cianorte foram as que apresentaram os menores quantitativos acumulados de usuários doentes, sendo de 02 casos cada uma delas.

As cinco maiores incidências ocorreram primeiramente na 11ª RS de Campo Mourão com 0,43; 9ª RS Foz do Iguaçu com 0,37 que também apresentou o segundo maior número absoluto de casos; 20ª RS Toledo com 0,37; 7ª RS Pato Branco 0,36; 18ª RS Cornélio Procópio 0,34. Em contrapartida a menor incidência ocorreu na regional metropolitana (2ª), na qual apresentou o maior número absoluto de casos da doença. Percebeu-se que regionais como Foz do Iguaçu, Toledo e Campo Mourão mantiveram-se dentre aquelas que apresentaram os maiores quantitativos tanto em números absolutos quanto incidência pela doença.

O maior número de casos segundo zona de residência foi descrito na zona urbana, sendo esta responsável por 72,6 % do total absoluto de casos. Os demais foram distribuídos em 21,9% ocorridos na zona rural, 1,2% correspondentes a periurbana e 4,3 foram descritos como ignorado/branco. Contudo, constatou-se que a zona de domicílio mais afetada foi a rural, na qual obteve uma taxa de incidência de 0,26 casos a cada 100.000 habitantes contra 0,14 da zona urbana.

Do total de 164 casos distribuídos dentre os sexos, a maior incidência ocorreu no sexo masculino, sendo esta de 133 casos para 31 casos no sexo feminino. Em relação à chance de adoecer se percebeu que os homens adoeceram 4,29 vezes do que as mulheres. No que se refere à idade dos doentes, obteve-se que entre 40 e 59 anos ocorreu o maior número de casos registrados, sendo esta faixa etária responsável sozinha por mais de $\frac{1}{3}$ do total de casos.

Em relação à ocorrência de tétano acidental segundo escolaridade, em todo o estado verificou-se que 40,2% dos dados foram negligenciados no período analisado, sendo apontados por seus notificadores como ignorado/branco/não se aplica, comprometendo desta forma uma análise mais fidedigna desta variável. A 2ª RS foi responsável por pouco mais de $\frac{1}{4}$ da ausência deste preenchimento e dentre as 22 regionais de saúde apenas a 4ª RS e a 13ª RS (Irati e Cianorte respectivamente) notificaram 100% nesta variável. Porém, apesar dos dados negligenciados, verifica-se que 84 % dos casos restantes ocorreram em pessoas com até o ensino fundamental completo e é possível concluir com clareza que mais de 50% do total de casos ocorreram em pessoas com pouca ou nenhuma escolaridade, isto é, com no máximo o ensino fundamental. O maior número absoluto de casos ocorreu na faixa de escolaridade de 1ª a 4ª série incompleta e apenas 02 casos acometeram pessoas com nível de escolaridade superior, supondo-se desta forma que a ocorrência do tétano acidental pode ser influenciada pelo baixo nível de escolaridade do indivíduo.

Verificou-se também que a maior parte dos casos, isto é, 68% deles ocorreram em pessoas autodeclaradas como brancas, 21% como pardas e os demais (indígenas, pretas, amarelas e ignoradas) corresponderam a 11% do total de casos segundo raça/cor da pele. Para este estudo não foram levantados dados demográficos acerca da auto declaração racial da população paranaense, sendo assim, não foi possível conhecer a real incidência da doença entre as diferentes raças/cores de pele.

Ainda de acordo com os dados do SINAN para o período compreendido entre os anos de 2007 a 2015 com relação ao mês de aparecimento dos primeiros sintomas para o

tétano acidental, neste não foram computados um total de 23 casos, não sendo evidenciado se ocorreu o não preenchimento da lacuna ou a não atualização dos dados perante o sistema de informação ou a outra relevância. Entretanto, diante dos dados disponíveis, verifica-se que há certa homogeneidade no aparecimento dos primeiros sintomas da doença em cada mês, como também em relação às estações do ano. Entretanto, quando separados por estações climáticas quentes (primavera e verão) e frias (inverno e outono), observa-se que 49,3% dos casos ocorreram nas estações quentes e 36,5% em frias, sendo o restante desconhecido devido à ausência dos dados.

Referente ao território, 84,7% das pessoas acometidas adquiriram a doença dentro do próprio estado do Paraná, isto é, classificam-se como casos autóctones, 7,9% foram casos adquiridos em algum lugar fora do estado e 7,3% deles notificados como brancos/ignorados.

Ao desfecho da doença, levantou-se que 47,5% deles acarretaram em óbitos pela doença, 41,4% evoluíram para cura da doença, 6,7% foram notificados como brancos/ignorados e 4,2% foram a óbito, porém por outras causas. A taxa de cura do tétano variou entre 8 valores distintos dentre as 22 regionais de saúde. A RS Metropolitana demonstrou a maior taxa de cura sendo de 7,9%, seguida por Foz do Iguaçu com 5,4%. As demais RS ficaram com a seguinte distribuição: Ponta Grossa (3,6%), Campo Mourão, Cascavel, Maringá e Londrina (3%) de cura, Toledo (2,4%) de cura, Guarapuava (1,8%) de cura, Cianorte, Pato Branco, Umuarama e Paranaguá (1,2%) de cura, Irati, Telêmaco Borba, Cornélio Procópio, Francisco Beltrão e Apucarana (0,6%) de cura, por fim, União da Vitória, Paranaíba, Jacarezinho e Ivaiporã que foram as 04 RS nas quais não apresentaram cura da doença. A taxa média dos óbitos por tétano foi equivalente a 47,6% entre os doentes e as faixas etárias menores de 01 ano e maiores de 80 anos foram as mais atingidas, apresentando respectivamente uma letalidade de 100% e 87,5%. No que se refere distribuição espacial da letalidade dentro do estado é possível visualizar seu ordenamento na figura 01, percebendo uma leve homogeneidade. Pouco mais da metade das regionais de saúde do estado apresentaram uma taxa até 50% do total de casos e 04 das 22 delas chegaram a atingir 100% de óbito pelo agravo. As RS de 9ª Foz do Iguaçu, 15ª Maringá, 16ª Apucarana, 18ª Cornélio Procópio e 20ª Toledo além de apresentarem mortes pela própria doença, também notificaram óbitos por outras causas diferentes do tétano. A 13ª RS Cianorte foi a única que não apresentou caso de óbito, seja pela doença ou por causas diversas. Já em relação à letalidade por faixa etária

Um dado extremamente preocupante levantado neste estudo foi a ocorrência do tétano acidental em gestantes. Na totalidade dos anos analisados verificou-se que de todos os casos ocorridos, 23,3% deles aconteceu em mulheres de todas as faixas etárias. Dentre os casos ocorridos nas mulheres mais da metade deles, isto é, um alarmante quantitativo de 54,2% acometeu mulheres em período gestacional. Fato este que deve ser considerado de alta relevância, pois pode indicar a precariedade da assistência pré-natal.

No estado do Paraná existe a Rede Mãe Paranaense, que tem por objetivo garantir uma assistência pré-natal de qualidade a todas as gestantes paranaenses, além de outros que visam um atendimento global voltado às necessidades destas mulheres. Uma das questões que pode ser destacadas desta rede é em relação a sua visão que pretende ser até meados do ano de 2020 um Estado com uma rede de atenção materno-infantil estruturada, organizada, apresentando altos padrões de qualidade oferecidos em todas as regiões do estado, com equidade e reduzindo ao máximo a incidência de óbitos materno-infantis, restringindo-se apenas aqueles de cuinhos não evitáveis. (SESA/PR). Indo ao encontro desta visão, os dados levantados ainda apontam que houve ocorrência da doença em 14 das 22 regionais de saúde do Paraná e ainda apontam uma incidência do tétano em quase todos os anos analisados, sendo ausente apenas nos anos de 2010 e 2012. Já em

relação ao desfecho da doença na gestante, verifica-se que a sua letalidade foi de 73,6%, ocorreram 02 casos de óbitos por outros motivos e apenas 03 deles evoluíram a cura.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7ª ed. Série A. Normas e manuais técnicos. Caderno 4. Brasília - DF, 2009.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias. Guia de bolso. 8ª ed. Serie B. Textos básicos de saúde. Brasília – DF, 2010.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de vigilância em saúde. vol. único. Brasília - DF, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>>. Acessado em 10 de junho de 2016.

_____, Portaria Ministerial Nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/22/Portarias-204-e-205-de-17-02-2016---Lista-Nacional-de-Notifica---o-Compuls--ria-e-Lista-Monitoramento-Unidades-Sentinelas.pdf>>. Acessado em 22 de agosto de 2016.

FUNASA, Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Vol. 2. Brasília, 2002. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_II.pdf > Acessado em 12 de junho de 2016.

PARANÁ, Secretaria Estadual de Saúde. Rede Mãe Paranaense. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficina_02/Rede_Mae_Paranaense.pdf>. Acessado em 30 de agosto de 2016.

PORTAL SAÚDE, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/684-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/tetano-acidental/11470-informacoes-tecnicas>>. Acessado em 10 de junho de 2016.

Sanofi Pasteur, Laboratórios. Bula vacina contra tétano. Disponível em: <<http://www.sanofipasteur.com.br/ckfinder/userfiles/files/Bula-Tetavax-Monodose.pdf>> Acessado em 10 de junho de 2016.

VERONESI, R. e FOCACCIA, R. Tratado de Infectologia. Ed. Atheneu. São Paulo. 2009.

ANEXOS

Tabela 01: Distribuição dos casos de tétano acidental segundo regional de saúde e coeficientes de incidência e letalidade, no Paraná, Brasil, 2007-2015.

REGIONAL DE SAÚDE	INCIDÊNCIA		LETALIDADE	
	N	Taxa	N	%
1ª RS Paranaguá	8	(0,33)	6	75
2ª RS Metropolitana	26	(0,09)	10	38,5
3ª RS Ponta Grossa	10	(0,19)	4	40
4ª RS Irati	2	(0,14)	1	50
5ª RS Guarapuava	5	(0,12)	2	40
6ª RS União da Vitória	2	(0,13)	2	100
7ª RS Pato Branco	8	(0,36)	5	62,5
8ª RS Francisco Beltrão	4	(0,10)	3	75
9ª RS Foz do Iguaçu	14	(0,37)	3	21,4
10ª RS Cascavel	13	(0,28)	6	46,2
11ª RS Campo Mourão	13	(0,43)	8	61,5
12ª RS Umuarama	6	(0,26)	3	50
13ª RS Cianorte	2	(0,16)	0	0
14ª RS Paranavaí	5	(0,21)	5	100
15ª RS Maringá	7	(0,10)	1	14,3
16ª RS Apucarana	3	(0,10)	1	33,3
17ª RS Londrina	8	(0,10)	3	37,5
18ª RS Cornélio Procopio	7	(0,34)	4	57,1
19ª RS Jacarezinho	3	(0,12)	3	100
20ª RS Toledo	12	(0,37)	3	25
21ª RS Telêmaco Borba	3	(0,19)	2	66,7
22ª RS Ivaiporã	3	(0,24)	3	100

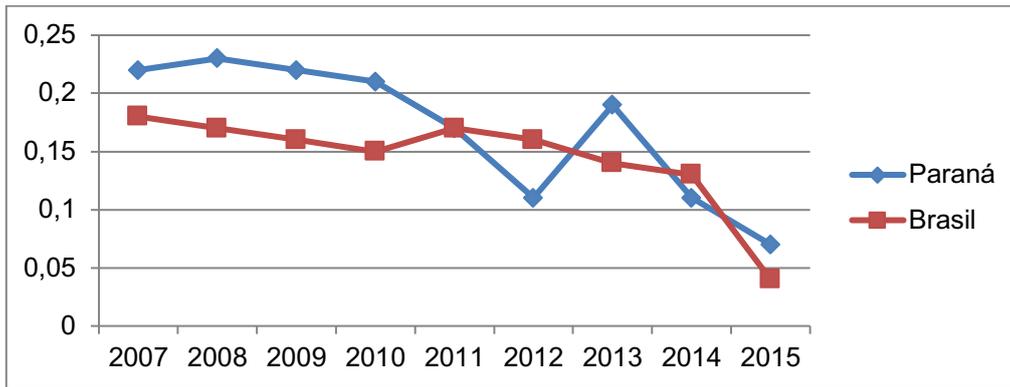
Fonte: Ministério da Saúde / SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Tabela 02: Distribuição dos casos e óbitos por tétano acidental segundo faixa etária no Paraná, Brasil, 2007-2015.

Faixa Etária	Casos	Óbitos	Letalidade %
>1ano	2	2	100.0
1-4	0	0	0.0
5-9	1	0	0.0
10-14	3	2	66.7
15-19	4	1	25.0
20-39	30	9	30.0
40-59	64	29	45.3
60-64	15	8	53.3
65-69	17	11	64.7
70-79	20	9	45.0
80 e +	8	7	87.5
Total	164	78	47.6

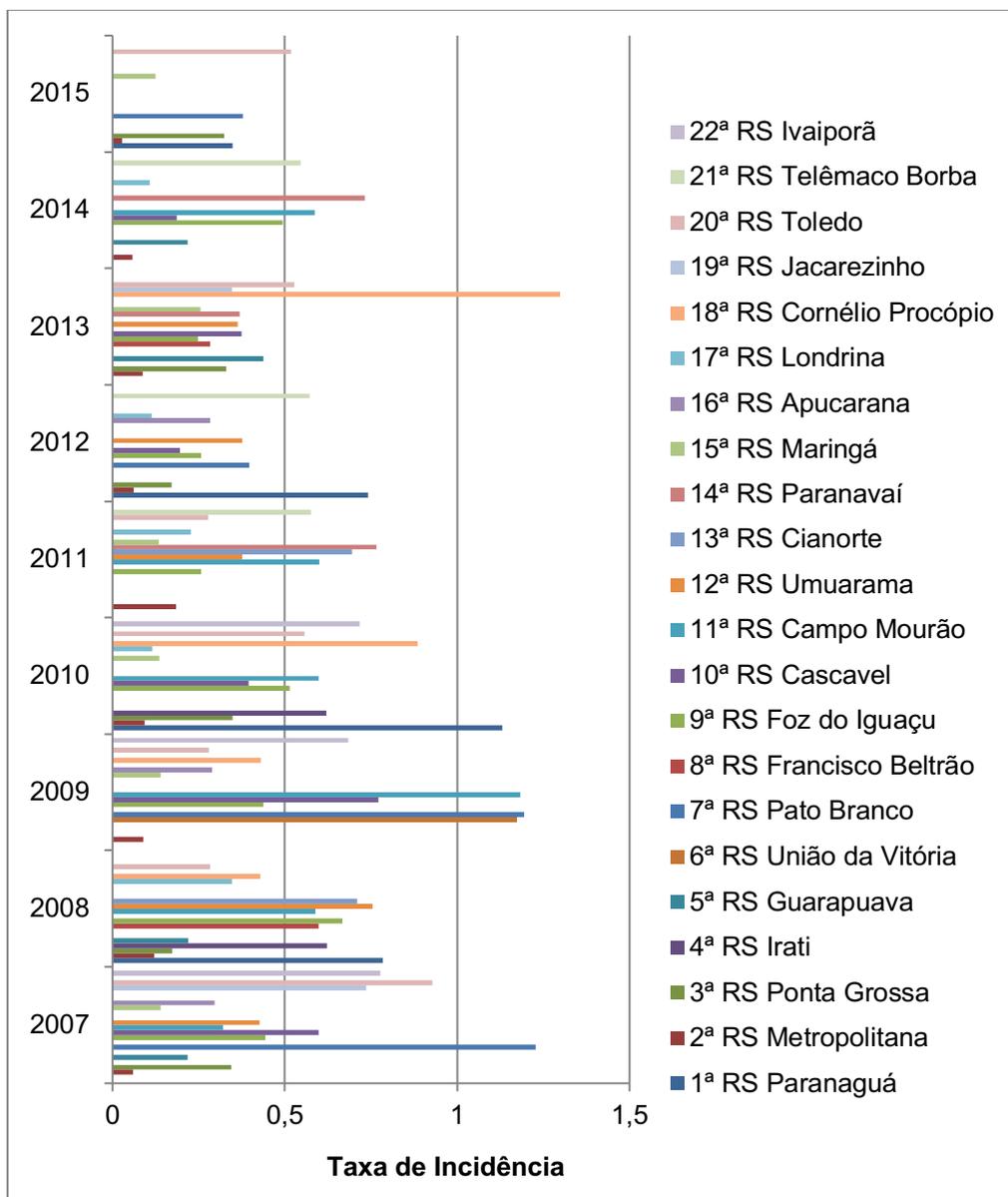
Fonte: Ministério da Saúde / SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Gráfico 01: Coeficiente de incidência do tétano acidental por 100.000 habitantes segundo ano, ocorridos no Brasil e no Estado do Paraná.



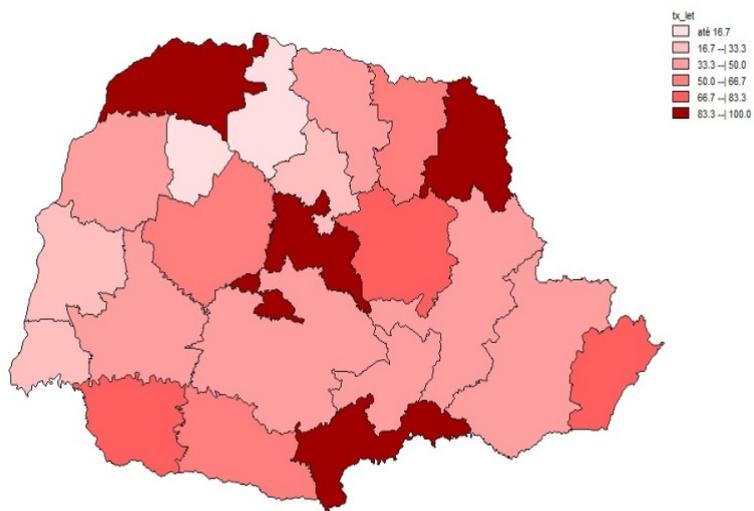
Fonte: Ministério da Saúde / SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Gráfico 02: Distribuição dos casos de tétano acidental segundo ano e regional de saúde do Paraná, Brasil.



Fonte: Ministério da Saúde / SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 01: Distribuição da letalidade por tétano acidental, segundo regional de saúde do Paraná, Brasil, 2007-2015.



Fonte: Ministério da Saúde / SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Glaucimara Rigquete de Souza Soares

Enfermeira. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ Macaé – Rio de Janeiro

Joana Darc Fialho de Souza

Enfermeira. Professora Assistente do Curso de Enfermagem Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ Macaé – Rio de Janeiro

Fabrizio do Carmo Pereira

Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé – Rio de Janeiro

Julia Furtado Ferreira

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ Macaé – Rio de Janeiro

Meiriane Christine dos Santos Aguiar

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ Macaé – Rio de Janeiro

Nathelly Moretti Freitas

Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ Macaé – Rio de Janeiro

Roberta de Oliveira Ferreira

Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ Macaé – Rio de Janeiro

Rosielma de Abreu Moreira

Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ Macaé – Rio de Janeiro

RESUMO

Introdução: Atualmente a construção do contexto de saúde está disseminada pelos veículos de comunicação e adentra diversos ambientes sociais. O cenário escolar é alvo de trabalhos que visem priorizar uma vida saudável dos indivíduos desde a infância. A enfermagem pode impactar na rotina de escolares quando é capaz de promover o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos em relação à saúde. **Objetivos:** relatar a experiência dos discentes acerca das atividades de Enfermagem desenvolvidas na escola durante o PET-Saúde/ GraduaSUS. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de atividades desenvolvidas no PET-Saúde/ GraduaSUS. O projeto foi composto por alunos de enfermagem, coordenador, tutor e preceptor. No período de março de 2016 a março de 2018, numa escola pública municipal. **Resultados:** Foram realizadas reuniões, ações educativas em saúde, feiras educativas, confecção de material educativo, organização e planejamento dessas atividades. Através das reuniões aconteceram os vínculos comunicativos, a oportunidade do relacionamento interpessoal de diferentes perspectivas, onde cada discente pôde trazer seu ponto de vista e sua maneira de encarar soluções. Estar em discussões conjuntas conferiu oportunidade aos alunos de pensarem de maneira crítica e reflexiva. Ocorreram ações conjuntas com os outros subgrupos que envolviam diferentes áreas do conhecimento, contribuindo para a experiência e o

aprendizado do trabalho colaborativo em saúde. Os discentes conseguiram absorver no campo prático que a utilização de tecnologias leves, como a educação em saúde, é capaz de transformar a realidade de vida do escolar, de seus professores, de sua família e de sua comunidade. **Conclusão:** O PET-Saúde/ GraduaSUS se concretiza como uma importante ferramenta para integração teoria e prática como motor para a formação dos profissionais de saúde. A participação ativa dos discentes nas atividades favoreceu o processo de ensino-aprendizagem com vistas a qualidade do cuidado em saúde para SUS.

Descritores: educação em enfermagem, escola, Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

Atualmente a construção do contexto de saúde está disseminada pelos veículos de comunicação e adentra diversos ambientes sociais: trabalho, lazer e, principalmente, a escola. Entretanto, apesar deste aumento do acesso às informações, o usuário ainda se encontra impotente no que diz respeito ao estabelecimento de relações entre a informação e o vínculo com o profissional de saúde, principal disseminador de conceitos e propostas de atitudes saudáveis capazes de promover a saúde (BoehsAE et al, 2007).

A Enfermagem é uma profissão da saúde que, dentre diversas características, a utilidade social faz parte de seu trabalho. O contingente de enfermagem vem aumentando desde os anos 1990 com a implementação do SUS e a abertura de novos cursos de graduação no País (MACHADO et al, 2016). É diferenciada e adequada para a atualidade aquela atividade de enfermagem que não se preocupa apenas com o restabelecimento da saúde, e sim, aquela que estreita relação direta com o indivíduo propondo estratégias de vida saudável, manutenção da saúde e prevenção de agravos – pilares da qualidade de vida, que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Envolve o bem estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e, também, saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida.

Cabe destacar que a Enfermagem é uma profissão reconhecida desde a segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale acrescentou atributos a um campo de atividades de cuidado à saúde desenvolvida por indivíduos ou grupos com diferentes qualificações e em diferentes cenários. A partir de Florence o cuidado ganhou especificidade no conjunto da divisão social do trabalho, sendo reconhecidas suas atividades como especializadas e necessárias para a sociedade (Pires D, 2009).

A partir deste contexto social que se engaja a profissão e que perpassa por todas as fases de vida de uma pessoa, atualmente, o cenário escolar é alvo de trabalhos que visem priorizar uma vida saudável dos indivíduos desde a infância. A enfermagem pode impactar na rotina de escolares quando é capaz de promover o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos em relação à saúde, tomando como importante a valorização dos fatores sociais e culturais. Quando este profissional realiza a consulta de enfermagem no escolar, tem a possibilidade de conhecer sobre seus hábitos alimentares e de higiene, calendário vacinal, atividades de lazer, relacionamento familiar; dados antropométricos, pressão arterial e testes específicos para detecção de problemas ortopédicos e visuais. A enfermagem tem a capacidade de precocemente prevenir agravos no processo de ensino-aprendizado, no desenvolvimento social e psicomotor, gestações indesejadas, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e baixa autoestima dos escolares. Deste modo, é ampla e necessária a inserção desta profissão.

Estas atividades estão asseguradas nos direitos da criança que são garantidos mundialmente pela convenção dos Direitos Humanos, e no Brasil, também pela Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (Lei nº 8.069/1990), bem como por políticas setoriais do governo referentes à área de saúde (Brasil, 2012). É importante destacar que tais direitos podem estar ameaçados, por exemplo, pela violência e suas formas, que se difunde em todo o território social, sendo capaz de impactar na saúde da população. Um exemplo de violência no cenário escolar é o bullying, a preocupação com o fenômeno fez com que este termo fosse incluído também na Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015. Nesse estudo, 7,4% dos estudantes informaram que já se sentiram ofendidos ou humilhados e 19,8% declararam que já praticaram alguma situação de intimidação, deboche ou ofensa contra algum de seus colegas (Brasil, 2018). Bullying é um fenômeno que sugere atos de violência física ou verbal, que acontecem de maneira repetitiva e intencional contra uma ou mais pessoas. O fenômeno começou a ser estudado na Suécia, na década de 1970. Para combater o bullying, o MEC tem apoiado projetos de formação continuada para profissionais da educação (docentes e gestores) por meio do Pacto Universitário de Educação em Direitos Humanos. O Pacto é uma iniciativa conjunta do MEC e do Ministério da Justiça e Cidadania para a promoção da educação em direitos humanos no ensino superior.

A Organização Mundial da Saúde-OMS em consonância com o Ministério da Educação (MEC) legalizaram, através do Decreto 6286 de 05 de dezembro de 2007, o Programa Saúde na Escola – PSE com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (Brasil, 2012).

O PSE visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, sendo seu principal objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. São beneficiários deste programa os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA). Suas atividades devem acontecer nos territórios segundo a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Os territórios são criados a partir das estratégias firmadas entre a escola, a partir de seu projeto político-pedagógico e a unidade de saúde. As ações devem ser planejadas considerando o contexto escolar e social com vistas a um diagnóstico local em saúde do escolar.

A escola é considerada uma instituição privilegiada para unir educação e saúde. Para alcançar os objetivos do programa é imprescindível compreender a Educação Integral como um conceito que confere proteção, atenção e pleno desenvolvimento da comunidade escolar (Brasil, 2012). Na esfera da saúde, as práticas das equipes de Saúde da Família, incluem prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos humanos.

São componentes do PSE: avaliação das condições de Saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública; promoção da saúde e de atividades de prevenção; educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; monitoramento e avaliação do programa.

Sendo assim, o PSE se propõe a ser um novo desenho da política de educação e saúde, pois trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e direitos humanos; permite ampliar progressivamente as ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes; e promove a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais,

comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política pública.

O Programa PET-Saúde tem como pressuposto promover a integração ensino-serviço-comunidade com foco no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde-SUS, a partir dos elementos teóricos e metodológicos da Educação Interprofissional (EIP), com vistas a programar os projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação da área da saúde nessa abordagem (Brasil, 2018). O PET-Saúde/GraduaSUS em sua edição se propôs a realizar mudanças curriculares alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para todos os cursos de graduação na área da saúde. Deste modo, as ações desenvolvidas por este projeto envolveram os atores do SUS e da comunidade acadêmica, como professores, estudantes, profissionais de saúde e gestores, com foco na integração ensino-serviço, na humanização do cuidado, na integralidade da assistência, no desenvolvimento das atividades que considerem a diversificação de cenários de práticas e redes colaborativas na formação para o SUS (Brasil, 2018).

A universidade, participante ativa das edições dos projetos PET, ao assumir esse compromisso da educação pelo trabalho, responsabiliza-se em ir muito além de formar um bom profissional com técnica e cientificidade. Há uma complexidade na qual devem ser consideradas as diferentes dimensões do ser humano, suas aspirações e expectativas que lhe são peculiares, bem como sua realidade, a fim de lidar com as dúvidas, certezas e incertezas, ordem e desordem, ambigüidade e outros aspectos relacionados à construção do conhecimento.

Deste modo, este estudo teve como objetivo relatar a experiência dos discentes acerca das atividades de Enfermagem desenvolvidas na escola durante o PET-Saúde/GraduaSUS.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de atividades desenvolvidas no PET-Saúde/Graduasus no município de Macaé - RJ. O relato de experiência diz respeito à documentação das experiências humanas, que possibilita relatar vivências e ainda contextualizá-las com a literatura pertinente e fazer uma relação técnico-científica (GIL, 2017).

Esse subgrupo foi composto por cinco graduandas (uma bolsista e quatro voluntárias) do Curso de Enfermagem e Obstetrícia do Campus UFRJ-Macaé duas docentes (uma coordenadora e uma tutora) e um enfermeiro preceptor, atuante da estratégia de saúde da família situada no território em que a escola se localizava à época.

O projeto teve como temática “Contribuições da Enfermagem no contexto da prevenção, promoção e atenção à Saúde da Criança em Idade Escolar no município de Macaé-RJ”. Essa experiência ocorreu de março de 2016 a março de 2018, numa escola pública municipal de Macaé-RJ, com escolares de 05 a 12 anos de idade incompletos. Foram realizadas ações de educação em saúde (palestras e feiras educativas) e anamnese individualizada dos participantes.

O acompanhamento dessas atividades se deu por reuniões periódicas da equipe envolvida com o trabalho, a fim de discutir o alcance da proposta do projeto PET-Saúde/GraduaSUS. Nos primeiros encontros realizados, foram feitas discussões a respeito do Pet, do projeto ao qual estávamos vinculados e o planejamento de atividades conjuntas com os outros subgrupos. Dessa forma, foram organizadas as feiras itinerantes, que aconteceram no Campus Universitário da UFRJ-Macaé e em duas Estratégias de Saúde da Família do município. Eram feitas ações educativas com exposição de banner e folders desenvolvidos pelos alunos, e com supervisão da coordenadora e da tutora do programa. Essa prática ajudou a fortalecer o vínculo com a comunidade e mobilizar os estudantes a

desempenhar ações fora os muros da Universidade, vislumbrando a realidade na sua plenitude.

Nesse ínterim, foi identificado o conhecimento prévio e as dúvidas dos discentes a respeito dos assuntos, para num segundo momento, serem feitas as buscas do referencial que seriam utilizados para o embasamento teórico das questões abordadas nas ações educativas. Conforme iam acontecendo as reuniões e as práticas, foi sendo verificada a necessidade de algumas demandas específicas daqueles grupos, e assim o trabalho foi sendo moldado conforme expectativas surgidas. Essa experiência proporcionou ao estudante a possibilidade de concatenar os conteúdos didáticos com os problemas singulares da realidade vivida daquela população, indo ao encontro do que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde acerca do cuidado na sua integralidade. O cuidado integral é compreendido *“como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”* (BRASIL, 1990); e proporciona uma visão ampliada sobre o indivíduo e suas necessidades.

Essa participação efetiva dos discentes favoreceu o processo de ensino-aprendizagem, pois permitiu que os mesmos atuassem de forma crítica e reflexiva sobre os acontecimentos que vivenciaram na prática, pensando sobre e propondo soluções mais adequadas às exigências para a prestação de um cuidado de qualidade para a saúde do escolar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram acontecimentos importantes no projeto: a participação em reuniões, a experiência acadêmica compartilhada, confecção de material educativo, as ações de educação em saúde, o olhar voltado para a pesquisa e extensão, a atuação profissional nos seus diversos cenários para a produção do cuidado, o contexto social envolvido e sua interação no processo de trabalho.

As participações em reuniões foram importantes para as organizações, planejamentos e execuções das tarefas propostas pelo projeto. Nelas aconteceram os vínculos comunicativos, a oportunidade do relacionamento interpessoal de diferentes perspectivas, onde cada discente pôde trazer seu ponto de vista e sua maneira de encarar soluções. São relevantes os conhecimentos relativos às relações interpessoais no campo da saúde, no sentido de capacitar o profissional para o exercício pleno da função pautado na perspectiva ética, no respeito à pessoa humana e na humanização da assistência. A necessidade de se cultivar relações interpessoais emerge das relações interprofissionais, pois o cuidado tem uma perspectiva interdisciplinar que exige condutas, habilidades sociais e comportamentos harmoniosos entre os demais membros que compõem a equipe. Estar em discussões conjuntas confere a liberdade aos discentes de pensarem de maneira crítica e reflexiva, o que contribui para ações eficazes de qualidade de vida e promoção da saúde no contexto da comunidade (Araujo et al, 2016). Os alunos tiveram a oportunidade de confeccionar os materiais educativos que foram empregados nas intervenções, com supervisão das docentes. Essa maneira de participação faz com que o aluno deixe de ser um mero expectador e passa também a ser o protagonista das suas condutas, promove a criatividade e autonomia. Para Tobasei (2018), “no âmbito da educação profissional, a adoção de concepções de ensino inovadoras, utilizando diferentes estratégias de ensino disponibilizadas na metodologia contemporânea, privilegia cada vez mais a construção do conhecimento”, configurando com o que se espera do perfil desses profissionais para atuação competente e transformadora (TOBASEI L .2018).

Promover a saúde da população é um determinante social necessário, uma vez que transpõe as concepções biológicas e se apropria de conceitos de saúde capazes de

responder às diretrizes políticas, às demandas sociais e a construção histórica, entendendo que a saúde é um bem público (Schmitz et al, 2018). As relações de trabalho que aconteceram no projeto PET-Saúde/ GraduaSUS foram contributivas para a experiência acadêmica compartilhada. Ocorreram ações universitárias que foram planejadas pelos subgrupos do PET; compostos por professores coordenadores, tutores, preceptores e alunos de diferentes áreas do conhecimento, contribuindo para a experiência e o aprendizado do trabalho interprofissional e colaborativo em saúde. O trabalho colaborativo em saúde se desmistifica da linha de cuidado verticalizada. A horizontalidade do cuidado é complexa e demanda intervenção em diversos aspectos sobre a qualidade de vida da população (GALAVOTE et al, 2016).

As concepções ampliadas de cuidado em saúde e educação interprofissional permitem que sejam experienciadas ruptura com os modelos disciplinares rígidos, contemplando a integração de diferentes áreas do conhecimento, com reflexão, crítica, empoderamento e criação. As ações de educação em saúde, pela sua ruptura com a rigidez, devem ser entendidas como uma importante vertente à prevenção e promoção da saúde.

Esse subprojeto trabalhou ações destinadas à orientação da comunidade escolar, tendo como premissa a preocupação em modificar pensamentos sobre o cuidar de si desde a infância. Foram realizadas feiras itinerantes e ações dentro da escola com as temáticas: bullying, alimentação saudável, pediculose, dengue e a importância da participação da família na vida do escolar. Ressalta-se que os temas trabalhados eram os emergentes do momento na comunidade escolar trabalhada. O bullying é muito grave uma vez que afeta a saúde emocional, sendo capaz de influenciar no desenvolvimento e frequência do escolar. A alimentação saudável quando promovida traz benefícios essenciais à saúde das crianças, pois é na infância que se cria as preferências alimentares. Quando uma criança está mal nutrida ela apresenta atraso no desenvolvimento psicomotor e corpóreo, falta de atenção na aula que repercute em atraso intelectual, principalmente. Pediculose e dengue são temas que emergem na comunidade escolar uma vez que apresentam estreita relação com medidas de higiene instaladas no ambiente onde a criança vive (Carvalho et al, 2016).

Trazer à luz a compreensão do papel da família na vida do escolar permitiu que os estudantes pudessem refletir sobre questões éticas que envolvem o cuidado infantil, e entender que a participação da família na escola tem importância na formação social da criança. Reconhece-se que a família é o primeiro sistema de relação do ser humano e, é onde se inicia o estabelecimento do vínculo com o mundo. Deste modo, em fase escolar, a socialização das crianças fica dividida pelas famílias e pelas instituições escolares (Carvalho et al, 2017). A discussão destas temáticas foi determinante para entender a necessidade de aprofundamento no cenário escolar sobre: bullying na criança com sobrepeso, aperfeiçoar a temática da alimentação saudável na infância com as famílias e alertar sobre a importância da escola ter um profissional voltado para o atendimento de crianças com necessidades especiais. A presença do enfermeiro nas escolas proporciona a ação de promover a saúde para um maior número de pessoas, e incluir àquelas com necessidades especiais como parte da unidade de ensino. Este profissional estando inserido na rede garante que a população escolar e suas famílias se tornem mais conscientes sobre as mudanças de hábitos e práticas por meio de ações em saúde intermediadas pela experiência, prática e conhecimento científico que ensina à comunidade a respeito da importância do enfermeiro na rede escolar (Corrêa et al 2017). Na prática, a educação em saúde, deve estar preocupada com a melhoria das condições de vida das populações; pois para alcançar um nível adequado de saúde, as pessoas precisam saber identificar e satisfazer suas necessidades básicas, serem capazes de adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças. Neste sentido, educar em saúde significa contribuir

para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios de preservar e melhorar a sua vida (Oliveira, 2014).

As ações desenvolvidas com os escolares, a partir da criação e aplicabilidade de um formulário contendo dados socioeconômicos e anamnese, incluindo antropometria; possibilitaram a criação de futuras propostas de pesquisa e extensão relacionadas à saúde infantil, mobilizando assim os alunos para o desenvolvimento de novos projetos. Ações extensionistas permitem a inserção da universidade na sociedade, assim como a inserção desta na universidade. Deste modo, a extensão é compreendida como um processo educativo, cultural e científico que não desassocia o ensino e a pesquisa, sendo capaz de viabilizar uma relação transformadora entre a universidade e a sociedade. (GONÇALVES et al 2015). A oportunidade de atuação neste subprojeto do PET reforça a importância da instituição universitária, quando esta proporciona vínculos efetivos entre a comunidade acadêmica, a sociedade e as instituições de saúde; visando a formação de um profissional crítico e atuante ao promover a integração da formação acadêmica com a futura atividade profissional. Destaca-se aqui a oportunidade do discente conhecer, vivenciar e entender o Sistema Único de Saúde no decorrer de sua formação profissional, quando teve a oportunidade de extrair pontos estratégicos de cada experiência, assim como entender a importância e a flexibilidade do trabalho do enfermeiro para além dos hospitais e ESF's. A escola, no âmbito deste projeto, reforçou ser um campo iminente de atuação do enfermeiro no que diz respeito à produção do cuidado em saúde.

CONCLUSÃO

Os relatos apresentados foram ao encontro do preconizado pelas ações do PET-Saúde/GraduaSUS. Cabe destacar que as ações desenvolvidas por este projeto envolveram atores do SUS e da comunidade acadêmica. O desenvolvimento se deu entre professores, estudantes, profissionais da saúde e gestores, tendo como foco a interprofissionalidade das atividades, a integração ensino-serviço-comunidade, a humanização do cuidado, a integralidade da assistência, o desenvolvimento de atividades que consideraram a diversidade dos cenários de prática e das redes colaborativas com uma formação voltada para o SUS.

Percebeu-se a importância da integração teoria e prática como motivadora para a formação dos profissionais de saúde. Para que teoria e prática se integrem é preciso ações transformadoras efetivas, havendo necessidade de uma relação recíproca, colaborativa e construtiva no campo do conhecimento. Assim sendo, a universidade deve discutir a relação qualitativa desta integração para além do espaço acadêmico.

Os discentes conseguiram absorver no campo prático que a utilização de tecnologias leves, como a educação em saúde, é capaz de modificar a realidade de vida do escolar, de seus professores, de sua família e de sua comunidade. As tecnologias leves são tecnologias que envolvem relações do tipo: acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho (Merhy EE, 2002). Assim, o PET-Saúde GraduaSUS contemplou o desenvolvimento de atividades capazes de articular o ensino, a pesquisa e a extensão com vistas ao cuidado em saúde, tendo por base a saúde do escolar como uma necessidade social, já que é emergente o enfrentamento de questões prevalentes relacionadas à saúde.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Este projeto de Educação pelo Trabalho foi contributivo no sentido de semear as mais variadas percepções por parte dos profissionais, discentes e docentes acerca da saúde do escolar. A partir de sua execução é cada vez mais intenso o pensar pautado nas

demandas que envolvam a saúde e qualidade de vida não só do escolar; mas também da sua família e da comunidade que o cerca.

Para uma formação de qualidade voltada para corresponder às necessidades do SUS, em que se formem profissionais resolutivos capazes de entender as diversas demandas da população, são necessárias transformações no ensino de enfermagem durante a graduação para que os estudantes possam compreender a dimensão das habilidades e competências que cabe ao enfermeiro, para atuar de maneira ética e responsável, sendo o PET uma importante ferramenta para alcançar esse resultado.

A enfermagem é uma profissão global e precisa estar atenta às suas responsabilidades políticas em um movimento dinâmico e complexo denominado diplomacia em saúde. A atuação prática apresenta-se como um grande desafio já que envolve a busca criativa por métodos de ensino-aprendizagem que lidem com a complexidade do ambiente global, o estabelecimento de parcerias e a formação de redes envolvendo alunos, diferentes grupos da população e pesquisadores de modo a possibilitar de diferenciadas experiências.

O enfermeiro é atuante na promoção, prevenção e manutenção da saúde, dentro e fora das unidades de atendimento. Desta maneira, é perceptível que a presença destes profissionais na escola é indispensável, uma vez que estando lá se torna possível desenvolver ações primordiais para a manutenção da saúde. No desenvolvimento destas atividades, o profissional precisa ser capaz de identificar os níveis de suas ações no processo educativo, refletindo sobre a necessidade de se desvincular da sua prática assistencial, colocando-se como educador justamente pela ação recíproca da reflexão das pessoas, entendendo que é partícipe do processo de transformação do cuidado com o outro.

Portanto, segundo Rossi (2020) o grande compromisso e desafio da enfermagem, gerenciadora do cuidado, é o de utilizar as relações enquanto tecnologia, no sentido de construir um cotidiano, por intermédio da relação mútua entre os sujeitos. E, através dessas relações, darem sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos e os valorizar, como potentes para intervirem na concretização do cuidado. Ou seja, acredita-se que proporcionar a educação em saúde desde cedo no cenário escolar seja a autonomia primária concedida ao indivíduo em formação, a criança, tornando-o entendedor do processo saúde-doença para o decorrer de sua vida.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. / Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2012, 272p.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; LEMOS, W. R.; LACERDA, W. F.; JUSTINO, E. Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. DIVULGAÇÃO EM Saúde PARA Debate | rio de Janeiro, n. 56, p. 52-69, DEZ 2016

Decreto: Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências [Internet]. Presidência da República Casa Civil. 2007 dez. [acesso em 2015 nov 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 23 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BoehsAE ,Monticelli M , Wosny AM , Heidemann IBS , Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2007, Abr-Jun; 16(2): 307-14.

Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *RevBrasEnferm*, Brasília, 2009, set-out; 62(5): 739-44.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. / Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2012, 272p.

Decreto: Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências [Internet]. Presidência da República Casa Civil. 2007 dez. 05 [acesso em 2015 nov 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 23 de novembro de 2015.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. Ed.São Paulo: Atlas, p. 188, 2017.

GALAVOTE, HeletíciaScabelo et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100090&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 11 abr. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. . MEC apoia enfrentamento ao bullying e violência nas escolas. 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/34487>. Acesso em: 15 jul. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE. . PET-Saúde abre inscrições para projetos. 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/sgtes/43908-pet-saude-abre-inscricoes-para-projetos>. Acesso em: 15 jul. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: Um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2018

Rossi Flávia Raquel, Lima Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2005 Jun [citado 2020 Jun 29] ; 58(3): 305-310. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300010&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300010>.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

GONÇALVES, Nádía Gaiofatto, Indissociabilidade entre Ensino, Pesquisa e Extensão: um princípio necessário. Revista Perspectiva, Florianópolis, 2015, v. 33, n. 3, p. 1229 - 1256,. 2015

Hosana Benedita Corrêa,
Danilo Moreira Pereira. A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO BÁSICA: DO ENSINO INFANTIL AO MÉDIO. Revista Científica Educ@ção v.1 • n.2 • outubro/2017.

CARVALHO, Edson Evangelista. A Participação da Família na Escola e as suas Implicações na Formação Social da Criança. Psicologado, [S.l.]. (2017). Disponível em <https://psicologado.com.br/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/a-participacao-da-familia-na-escola-e-as-suas-implicacoes-na-formacao-social-da-crianca> . Acesso em 29 Jun 2020.

Marcela de Carvalho Costa,Estefânia Viana Sampaio,Viviane Ferreira Zanirati,Aline Cristine Souza Lopes,Luana Caroline Dos Santos. Experiência lúdica de promoção de alimentação saudável no ambiente escolar: satisfação e aprendizado dos estudantes O Mundo da Saúde, São Paulo - 2016;40(1): 38-50

Camilla Costa Cypriano Schmitz, Ivonete Teresinha Shulter Buss Heinemann, Michelle Kuntz Durand. A Atuação dos Profissionais da Atenção Primária Acerca das Práticas de Promoçãoe dos Determinantes Sociais da SaúdeREVISTA ENFERMAGEM ATUAL | 2018; 86

Tobasei L .(2018). A dramatização como estratégia facilitadora no processo ensino aprendizagem dos estudantes de enfermagem. Rev Paul Enferm [internet], 29(1-2-3), 77-99. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970766>.

Mariana Pereira da Silva AraújoI; Soraya Maria de MedeirosII; Líbna Laquis Capistrano QuentalIII. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas.Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(5):e7657 .

Elizabete da Silva Dantas de Jesus

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva- SP (2008), especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal de São Paulo (2017). Aluna do curso de pós graduação em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Endereço para CV: <http://lattes.cnpq.br/0781119835623976>

José Wáttylla Alves dos Santos Paiva

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Educação São Francisco (2012) especialista Vigilância em Saúde pela Universidade Estadual do Piauí (2014). Aluno do curso de pós graduação em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Endereço para CV: <http://lattes.cnpq.br/1303702228267876>

Ligia Lopes Ribeiro

Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2005) e mestrado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná (2018). Aluna do curso de pós graduação em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
Endereço para CV: <http://lattes.cnpq.br/8409883882083261>

Nathalia Telles Paschoal Santos

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense – RJ especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2015) Aluna do curso de pós graduação em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Endereço para CV: <http://lattes.cnpq.br/6926656928291580>

Paula Taciana Soares da Rocha

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco – PE (2007). Especialista em Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2010). Aluna do curso de pós graduação em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Endereço para CV: <http://lattes.cnpq.br/8339178005331766>

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo oferecer um embasamento teórico acerca da importância da comunicação efetiva entre equipes multiprofissionais de instituições de saúde, a fim de prevenir a ocorrência de eventos adversos relacionados a falhas na comunicação efetiva. Tão importante é a importância da ferramenta comunicação, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) implantou como meta mundial para melhorar a segurança do paciente o protocolo de comunicação, tem por objetivo garantir que os cuidados e planos terapêuticos dos pacientes assistidos sejam seguidos por toda equipe envolvida na prestação do cuidado, de forma a abranger as transferências desse paciente entre unidades e setores dentro de uma instituição de saúde. Esta revisão foi elaborada durante o curso de pós-graduação em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Em uma organização de saúde a

comunicação efetiva torna-se essencial para o exercício das ações voltadas à segurança do paciente, pois se constitui como uma das metas internacionais mais relevantes na prevenção de incidentes de segurança e eventos adversos.

Descritores: Segurança do Paciente, Evento Adverso, Comunicação Efetiva.

INTRODUÇÃO

A origem da palavra comunicação vem do latim *communio*, significando aquilo que é comum, identificado por múltiplos aspectos que o ato de se comunicar emprega, com destaque dos objetos comunicativos e a mensagem que ela quer expressar dentro das relações socioculturais (CRUZ, 2015).

Em uma organização de saúde a comunicação efetiva é essencial para o exercício das atividades, para a coordenação das ações multiprofissionais e para a efetivação dos processos voltados a assistência adequada nas diferentes etapas do cuidado. Para Risso e Braga (2010), a comunicação se constitui como um processo de auxílio para compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e a forma como ocorre o *feedback*, observando a influência que a mesma exerce para qual sua finalidade foi criada no comportamento das pessoas envolvidas em um espaço de tempo. Corrobora o citado por MOREIRA *et al.* (2019) quando aponta que uma comunicação efetiva abrange comportamentos direcionados em transmitir, receber e interpretar as informações de maneira fácil e clara para quem a mesma diz respeito e que a necessidade pela busca das soluções apropriadas para as atividades em saúde deve incluir ferramentas disponíveis na instituição para facilitar esse processo. Desta forma é necessário que em organizações de saúde a comunicação abranja diferentes interfaces englobando conseqüentemente os meios e ferramentas que auxiliem nesse processo tais como prontuários físico e eletrônico, rondas e trocas de informações entre as equipes multiprofissionais.

Para a segurança do paciente a comunicação efetiva deve se consolidar por meio do uso de uma linguagem clara, organizada, com técnicas corretas, objetivando a promoção da cultura de segurança. E apesar de ser sabidamente reconhecida como uma importante competência para os profissionais, a mesma esbarra em fragilidades como a falta de clareza ou de padronização na forma em que essa mensagem é proferida, caracterizando-se como tema constante de discussões em instituições de saúde (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

De forma geral, a comunicação efetiva se constitui como uma das metas internacionais mais relevantes no tocante a prevenção de incidentes e eventos adversos (EA), pois existem vários fatores relacionados à comunicação que podem ocasionar incidentes na assistência do paciente levando a falhas como: suspensão desnecessária de procedimentos cirúrgicos, problemas relacionados à identificação, informações relativas a resultados de exame, falhas relacionadas à medicação e dietas. Bem como em processos que envolvem troca de plantão, transferências de cuidado entre equipes assistenciais, prescrições medicamentosas e a comunicação sobre alterações no estado geral de saúde do doente (BRASIL, 2017).

Segundo OLINO *et al.* (2019) uma das principais causas de incidentes e EAs na assistência está justamente na falha da comunicação entre profissionais de saúde, pois devido ao grande contingente de tecnologias associadas ao cuidado eles têm demonstrado dificuldades em manter uma comunicação que propicie uma continuidade do trabalho em equipe de saúde, tanto dentro quanto fora das dependências do hospital.

Percebe-se que a comunicação efetiva deve ser um elo facilitador no trabalho da equipe multiprofissional, sendo essencial para prestação de cuidados seguros e de qualidade. Também é imprescindível que haja uma gestão dessa comunicação, priorizando

a cultura de segurança, para que a mesma seja exercida de maneira padronizada, levando em conta a realidade, considerando os meios e ferramentas disponíveis para auxiliar em tal processo e implique positivamente na segurança do paciente (BRASIL, 2017).

Diante disso, considerando a importância da temática para a promoção da segurança do paciente, enfermagem, equipe multiprofissional da saúde e considerando a vivência profissional dos autores no setor de Qualidade e Segurança do Paciente de uma instituição hospitalar de grande porte, vivenciando constantemente eventos adversos relacionados à ausência de comunicação efetiva entre as equipes, este estudo busca elencar a importância da comunicação efetiva nas instituições de saúde como ferramenta indispensável para segurança do paciente.

Este referencial teórico foi elaborado durante o curso de pós-graduação em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Para tanto, realizou-se leitura analítica de protocolos, manuais, livros e artigos científicos, além de discussões realizadas em disciplina do curso de especialização sobre o tema, para poder obter um panorama em relação à veracidade da importância da comunicação efetiva em instituições de saúde, a fim de promover uma melhor qualidade da assistência em saúde e segurança do paciente.

COMUNICAÇÃO EFETIVA EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE

A comunicação sempre fez parte da existência dos seres humanos, consistindo na sobrevivência da espécie desde os primórdios em que o homem conseguiu dominar essa ferramenta (PAES; MAFTUM, 2013). A ação de se comunicar agrega valores, tanto para quem transmite uma mensagem, quanto a quem recebe. É um processo que consiste em compreender e compartilhar mensagens quando é sólida e embasada, direcionando o que se pretende expor e tendo por finalidade o bem comum para o mensageiro e receptor (SILVA E NAKATA, 2005).

A comunicação é composta por vários artifícios, que podem ser usados para facilitar a compreensão, podendo ser dividida em comunicação verbal e não-verbal. Para Risso e Braga (2010) a verbal é aquela composta e associada às palavras expressas, por meio da linguagem que pode ser a escrita e/ou falada, é o ato de interagir de forma verbal com alguém quando se pretende expor, classificar e validar a compreensão de algo. Já a não-verbal pode ser definida como sendo aquela que ocorre na interação interpessoal, alcançada por meio de um conjunto de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, singularidades somáticas, naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos. Este tipo de comunicação tem por função expressar emoções, complementar ou reforçar o que está sendo dito por palavras, substituir e às vezes contradizer o verbal (SILVA, 2001). Ainda Cruz (2015) afirma que ela consiste nas expressões corporais e faciais oriundas do que se está comunicando e que não se consegue controlar de forma consciente algumas expressões e gestos acarretando assim em múltiplas interpretações, a depender do contexto, do indivíduo e até mesma da cultura dos envolvidos. Corroborando Araújo, Silva e Puggina (2006) referindo que a comunicação não-verbal imprime certa emoção e sentimento nos gestos do emissor da mensagem, de acordo com o contexto inserido.

Na área da saúde, a comunicação é fundamental, pois repercute nas interações entre profissionais e pacientes. Hemesath et al. (2019) referem que a comunicação verbal no campo da saúde se apresenta por meio da escrita e registro, a depender da instituição podendo ser eletrônica e deve ter precisão e globalidade, abrangendo cada passo do processo assistencial para que todos os leitores do registro consigam compreender claramente a mensagem e com isso minimizar possíveis incidentes.

Guzinski et al. (2019) diz que a comunicação efetiva entre os colaboradores de uma equipe se dá de diferentes formas, que vão desde o contato visual, e perpassam por meios mais formais, como a discussão das informações relevantes dos pacientes assistidos. Devendo englobar as ferramentas disponíveis e aperfeiçoá-las para domínio de todos.

A comunicação é uma das ferramentas mais importantes e imprescindível na prestação de cuidados aos pacientes. Ela exige uma mensagem direta que envolva escuta adequada das queixas dos pacientes e deve ser um processo recíproco, visto que as instituições de saúde necessitam que seus colaboradores saibam lidar no cotidiano, de forma interpessoal com colegas de trabalho, clientes e seus familiares/acompanhantes (SILVA; NAKATA, 2005).

Santos et al. (2019) reforça a importância da comunicação como competência relevante entre as equipes de saúde frente aos processos assistenciais, devendo todos estar atentos as informações que chegam, para que sejam entendidas como parte do cuidado, e este gere bons resultados. Ainda Lemos et al. (2019) destaca que a comunicação efetiva deve ser pautada na segurança em todas as etapas do processo de assistência entre todos os envolvidos, sendo necessária a confirmação do entendimento, além da habilidade específica para um melhor gerenciamento de cada caso.

Tamanho é a importância da ferramenta comunicação, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) implantou metas mundiais para melhorar a segurança do paciente, e entre elas, tem se a comunicação efetiva, que tem por objetivo garantir que os cuidados e planos terapêuticos dos pacientes assistidos sejam seguidos por todas as equipes envolvidas na prestação do cuidado, de forma a abranger as transferências desse paciente entre unidades e setores dentro de uma instituição de saúde (HEMESATH *et al.*, 2019).

O ambiente hospitalar por si já é propício para ocorrência de incidentes e EAs associados às atividades humanas, justamente devido à complexidade dos processos, procedimentos e tecnologias envolvidas, sendo necessária uma avaliação contínua das práticas desenvolvidas neste ambiente, considerando aspectos estruturais e organizacionais (MORAES *et al.*, 2019). Atividades como: transferências de pacientes entre unidades, situações de emergência, troca de informações por telefone são algumas das situações cotidianas vivenciadas pelos profissionais, e a ausência de clareza definida por protocolo pode acarretar em uma comunicação extremamente precária. Moraes et al. (2019) discorre que a comunicação feita via telefone pode ser fator causador de incidentes, pois na realidade interna, diferentes sotaques, formas de pronúncias de seus colaboradores, interferências na ligação, além de nomenclaturas diferentes das acostumadas pelo receptor podem promover falhas graves.

Assim, sob o imperativo da segurança do paciente, diversas estratégias têm sido implementadas para reduzir erros na assistência em saúde. No entanto, há o reconhecimento de que a principal barreira para uma assistência segura não é a falta de dados, conhecimentos ou experiência dos profissionais, mas o fato que muitas organizações de saúde têm culturas fragilizadas que reforcem comportamentos negativos. Estas culturas dificultam a promoção de cuidado de alta qualidade, atendimento eficaz, de forma eficiente e rentável (MELLO e BARBOSA, 2017).

Para Lemos et al. (2019), a multidisciplinaridade que faz parte do trabalho é fator determinante na prestação de uma assistência segura e de qualidade, tendo a comunicação papel de destaque como motivo de ocorrências de EAs. Em um estudo realizado pela *Joint Commission Internacional (JCI)*, mais de 60% dos EAs tem relação com uma comunicação deficiente no ambiente hospitalar. É neste contexto que se torna necessária uma estruturação eficiente e efetiva para a comunicação entre os envolvidos no cuidado, a fim de promover uma melhor assistência durante o período de internação e até mesmo após a alta hospitalar, sendo necessária a continuidade do cuidado, integrando redes de apoio para proporcionar uma melhor adaptação ao paciente em sua rotina de vida.

As falhas de comunicação que ocorrem nos ambientes de trabalho é um grande desafio a ser vencido, pois podem acarretar danos sérios na vida dos pacientes que foram acometidos, bem como aos profissionais envolvidos e este fato gera a preocupação da importância de investir nesse ambiente para a garantia de um cuidado com qualidade e seguro (GUZINSKI *et al.*, 2019). Faz-se necessário promover uma cultura de segurança sólida dentro das instituições de saúde, aceitando os problemas relacionados a comunicação para assim tentar saná-los, rompendo paradigmas, trabalhando as fragilidades, investindo em educação continuada de seus colaboradores de modo a sensibilizá-los para a importância da comunicação efetiva (TARTAGLIA *et al.*, 2018). Outro grande desafio aos profissionais é a comunicação efetiva com o paciente. Assim como o cuidado, esta comunicação deve ser centrada nele, envolvendo-o em todas as decisões, expondo as formas de tratamento e intervenções que o mesmo passará, permitindo que haja momentos para o esclarecimento das dúvidas, e expressão de suas incertezas e medos. É preciso ser sensível para identificar a necessidade dos pacientes a partir das formas como estes a expressam, tanto por meio da linguagem verbal, como por seus gestos e expressões (MELLO e BARBOSA, 2017).

Dentro do universo da comunicação, é necessário compreender que existem muitas barreiras que podem dificultar e atrapalhar esse processo. Para Silva e Nakata (2005) essas barreiras são provenientes muitas vezes da deficiência em saber interpretar a mensagem ou incentivo recebido. A comunicação ineficiente tem sido causa mais frequente de incidentes e EAs, principalmente relacionados à transferência de cuidados de pacientes entre equipes. Nesse contexto, é preciso que os profissionais aperfeiçoem o uso dos recursos disponíveis, de forma a estarem capacitados para erigir uma comunicação adequada, a fim de suprir as necessidades do paciente (MORAES *et al.*, 2019).

FERRAMENTAS PARA COMUNICAÇÃO EFETIVA EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

A comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional ocorre de diferentes maneiras nas organizações de saúde, devendo ser sempre clara, objetiva, sem possibilidade de gerar ambigüidades. Ela se aplica em momentos de transmissão de informações via telefone, de instrução e prescrição verbal em momento de emergência, de formulários e notas de transferência de pacientes, verbal e escrita entre os profissionais, nas transferências de cuidados para outros setores, em transferência de equipe assistencial, entre outras (OLINO *et al.* 2019)

As diversas estratégias de comunicação possibilitam uma troca de informações tanto escrita, quanto falada, podendo também recorrer a outras ferramentas tais como as audiovisuais objetivando a interação entre a equipe e possibilitando a transmissão de dados relevantes para continuidade da assistência (CHAVES *et al.*, 2019).

É importante ressaltar a utilização e registros dos documentos relacionados ao paciente, devendo ser multidisciplinar e estruturado através de *checklists*, visto que estes aperfeiçoam a comunicação, reforçando necessidade de cumprimentos das ações e etapas preconizadas, de modo a possibilitar a melhoria e revisão diária do plano terapêutico (LEMOS *et al.*, 2019).

Olino *et al.* (2019) cita outra excelente estratégia de comunicação entre profissionais de saúde utilizada durante a transferência do paciente, o Modified Early Warning Score (MEWS). Ela é uma ferramenta para identificação da deterioração de pacientes clinicamente instáveis e sua aplicação é composta por cinco parâmetros fisiológicos que mensura a pressão arterial sistólica do paciente, a frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar e seu nível de consciência. É classificada através de pontuação de um a três para valores acima ou abaixo dos parâmetros, e apresentando um escore variando entre zero e 14 pontos, sendo quanto mais alto maior a gravidade.

Outra estratégia que favorece a comunicação entre colaboradores de uma instituição de saúde, são os *rounds* interdisciplinares, que tem por metodologia a discussão das características assistenciais, na qual os participantes podem expressar suas opiniões em cada caso, de forma a proporcionar um atendimento pautado em um cuidado seguro e envolvendo otimizando o tempo e com foco no paciente. Conseqüentemente os *rounds* interdisciplinares favorecem o compartilhamento das informações e as vivências e dificuldades encontradas no cotidiano, propiciando a solução em equipes das situações complexas e seus diferentes aspectos (WALTON *et al.*, 2016).

Barcellos (2019) descreve a técnica de comunicação chamada *readback*, que demonstra que se uma prescrição ou resultado de exames quando descrito de forma verbal ou por telefone, seja anotado por quem o recebeu e depois repassado a quem solicitou. Ela demonstra que essa ação garante maior segurança no repasse das informações.

Outra ferramenta validada internacionalmente, que vem sendo amplamente utilizada nas instituições de saúde é a SBAR. O nome SBAR é um acrônimo que vem do inglês onde S que dizer situação, B antecedente, A de avaliação e R de recomendação. A SBAR favorece entre as equipes de saúde a comunicação relacionado ao paciente. É de fácil aplicação, sendo eficiente para aumentar a segurança, padronizando a troca de informações sobre condições do paciente entre os envolvidos no cuidado, ou seja, entre os profissionais (SANTOS *et al.*, 2019).

Dentre as diversas ferramentas de comunicação, uma das principais e premissa é o protocolo de comunicação efetiva. Sua utilização na execução das atividades cotidianas é uma solução viável para prevenção de incidentes e eventos adversos pois sinaliza pontos críticos para a comunicação efetiva, além de facilitar a identificação de momentos e ferramentas que devem ser utilizadas para reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à falha de comunicação pela equipe multiprofissional (MORAES *et al.*, 2019).

Uma cultura de segurança consolidada na instituição permite uma comunicação efetiva, que reflita de forma positiva nos processos assistenciais e possibilite um cuidado de forma adequado para prevenir e/ou reduzir os incidentes e eventos adversos (OLINO *et al.*, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca recorrente de fortalecer a segurança do paciente e reduzir os danos ao mínimo aceitável em instituições de saúde, percebe-se que já existem muitos avanços, e que tal temática é uma preocupação constante dos gestores. Mas apesar de tais avanços, um dos maiores desafios tem sido a falta de comunicação durante o percurso de cuidado dos pacientes, gerando incidentes, eventos adversos e até óbitos.

Sob esta perspectiva teórica, torna-se importante a adoção de processos padronizados para comunicação verbal e não-verbal em momentos de transição do cuidado, pois quando o processo é consolidado há uma redução de incidentes de segurança do paciente nas instituições de saúde.

As estratégias e ferramentas que auxiliam e melhoram a comunicação entre as equipes multiprofissionais deve ser uma prioridade nas organizações de saúde para que os processos assistenciais transcorram de maneira segura e eficiente. Os protocolos de comunicação efetiva instituídos tendem a minimizar variações e padronizam informações, possibilitando uma maior segurança, precisão, eficácia e qualidade na assistência.

Nesse sentido acreditamos que a implantação de um protocolo de comunicação efetiva em instituições de saúde, que aborde as mais diversas faces e problemas da comunicação, consiga sanar diferentes dificuldades, padronizando processos internos de cuidado. Bem como contribuir para a consolidação da cultura de segurança na instituição, trazendo consigo diversas modificações conceituais e práticas para a área da saúde no

cotidiano da equipe, favorecendo uma comunicação interprofissional aberta e efetiva, ratificando a importância da mesma no processo de cuidado, desde a identificação das falhas, ao estabelecimento de mecanismos e ferramentas eficazes para solucionar os problemas.

Acreditamos também que este estudo possa contribuir para uma construção crítica-reflexiva dos profissionais de saúde com relação ao seu papel no cuidado prestado durante todas as etapas da assistência e que contribua para uma mudança de postura da equipe multiprofissional em prol da segurança do paciente, de forma a valorizar as informações que são compartilhadas, para o desenvolvimento de uma visão crítica de cada caso.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A relevância desta pesquisa apresenta-se por colaborar com um estudo sobre comunicação efetiva na segurança do paciente, acrescentando conhecimento ao meio acadêmico da enfermagem e contribuindo para que a equipe de enfermagem e multiprofissional venham a minimizar os riscos de eventos adversos ao paciente.

Atualmente a segurança do paciente é um assunto explorado de forma intensa. Tratar este tema representa compreender os fatores contribuintes que desencadearam incidentes e eventos adversos, envolvendo o papel do ser humano nesse processo. (BICA *et al.*, 2017).

REFERÊNCIAS

ANPED. Grupos de trabalho: avaliação e proposta. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/grupos-de-trabalho>>. Acesso em 10 de mar. De 2020.

ARAUJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da; PUGGINA, Ana Cláudia G.. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 419-425, Sept. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300011&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Feb. 2020.

BARCELLOS, Guilherme brauner. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. *In*: Sousa, Paulo (Org.) Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras./ organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. – 2.ed (revista e ampliada) – Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. 268 p. : il. color.

BIASIBETTI, Cecilia et al . Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 40, n. spe, e20180337, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200421&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 fev. 2020. Epub 29-Abr-2019.

BICA, Tainá Fabiola dos Santos et al. Características dos incidentes de segurança do paciente notificados em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 10, p. 4206-4216, sep. 2017. ISSN 1981-8963. Available at: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231184/25164>>. Date accessed: 10 fev. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa; 2017 [citado 2020 mar 30]. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/1%20Assist%C3%Aancia%20Segura_%20Uma%20reflex%C3%A3o%20te%C3%B3rica%20aplicada%20%C3%A0%20pr%C3%A1tica.pdf

_____. Portaria n. 529, de 1º. de abril de 2013a. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 02 abr. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 07/09/2017.

CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi et al. Passagem de plantão na atenção hospitalar. Journal of Nursing UFPE on line, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 989-996, apr. 2019. ISSN 1981-8963. Available at: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236967/31868>>. Date accessed: 05 mar. 2020.

CHC/UFPR. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. 2014. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/plano_de_reestruturacao_ufpr.pdf/fda0236c-20b3-4664-8a53-2e04fae7b9d9. Acesso em: 28.04.2019.

CHC/UFPR. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. 2017. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr>. Acesso em: 28.04.2019.

CRUZ, Doris de Oliveira Araujo. A Comunicação entre Enfermeiro e Paciente no Tratamento Conservador Ambulatorial em Nefrologia./ Doris de Oliveira Araujo Cruz.— Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2015. 139 f.; il.; 30cm

EVANGELISTA, Viviane Canhizares et al . Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 6, p. 1099-1107, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601099&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Feb. 2020.

GUZINSKI, Célia et al . Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 40, n. spe, e20180353, 2019 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200807&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 fev. 2020. Epub 29-Abr-2019

HEMESATH, Melissa Prade et al . Comunicação eficaz nas transferências temporárias do cuidado de pacientes hospitalizados. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 40, n. spe, e20180325, 2019 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200420&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 mar. 2020. Epub 29-Abr-2019.

LEMOS, Dayanna Machado Pires et al . Comunicação efetiva para o cuidado seguro ao paciente com implante de dispositivo de assistência ventricular. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 40, n. spe, e20180344, 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200806&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 fev. 2020. Epub 29-Abr-2019.

MELLO, Janeide Freitas; BARBOSA, Sayonara Fátima Faria. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 25 Abr 2019.

MORAES, Kátia Bottega et al . Transferência do cuidado de pacientes com baixo risco de mortalidade no pós-operatório: relato de experiência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 40, n. spe, e20180398, 2019 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200808&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 fev. 2020. Epub 29-Abr-2019.

MOREIRA, Felice Teles Lira dos Santos et al . Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 40, n. spe, e20180308, 2019 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200417&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 fev. 2020. Epub 29-Abr-2019.

OLINO, Luciana et al . Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e ModifiedEarlyWarning Score. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 40, n. spe, e20180341, 2019 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200422&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 fev. 2020. Epub 29-Abr-2019.

PAES, Marcio Roberto; MAFTUM, Mariluci Alves. Comunicação entre equipe de enfermagem e pacientes com transtorno mental em um serviço de emergência. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 12, n. 1, p. 56-62, mar. 2013 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612013000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 fev. 2020.

RISSO, Amanda Creste Martins da Costa Ribeiro; BRAGA, Eliana Mara. Communicating pediatric surgery suspension: feelings of the relatives involved in the process. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 2, p. 360-367, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200017&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Feb. 2020.

SANTOS, Grazielle Rezende da Silva dos et al . COMMUNICATION NOISE DURING THE NURSING TEAM HANDOVER IN THE INTENSIVE CARE UNIT. **Texto contexto - enferm.**, v. 28, e20180014, 2019 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100318&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 mar. 2020. Epub 29-Abr-2019.

SILVA, Maria Júlia Paes. Percebendo o ser humano além da doença – o não-verbal detectado pelo enfermeiro. *Nursing (São Paulo)* 2001; 41:14-20.

SILVA, Waldine Viana da; NAKATA, Sumie. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 58, n. 6, p. 673-676, dez. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 fev. 2020.

TARTAGLIA, Alessandro et al. Comunicação, comportamentos destrutivos e segurança do paciente. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 226-230, dez. 2018. ISSN 2358-2871. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/406>>. Acesso em: 09 mar. 2020. doi:<https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800040007>.

WALTON, Victoria et al. Rodadas de ala, participantes, papéis e percepções: revisão de literatura. *Int J Health Care Qual Assur.* 2016;29(4):364- 79. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJHCQA-04-2015-0053/full/html>.

Bianca de Oliveira da Silva

Enfermeira formada pela Faculdade Integradas Brasil Amazônia (FIBRA)

Fênix Mendes Aguiar

Enfermeira formada pela Faculdade Integradas Brasil Amazônia (FIBRA)

Luna Carolina Cardoso Castro

Enfermeira formada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA)/ Especialista em Atenção à Saúde Mental (UEPA/FPEHCGV), Pós graduanda em Saúde Pública: Uma abordagem Interprofissional (UEPA/FIOCRUZ)

Thais Divina Trindade da Rocha

Enfermeira formada pela FIBRA, pós-graduanda em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade FINAMA

Sheila Cristina Amador da Silva

Terapeuta Ocupacional formada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA); Pós graduanda em Saúde Mental pela Faculdade Unyleya e Pós graduanda em Neuropsicopedagogia pela Faculdade Campos Eliseos

RESUMO

Introdução: A política de saúde mental brasileira originou-se das lutas de usuários, familiares e trabalhadores, visando mudanças no tratamento excludente das pessoas com sofrimento psíquico, havendo a criação dos Centros de Atenção Psicossociais para tratamento a nível ambulatorial. Entre um dos modelos da nova assistência em saúde mental, têm-se os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), os quais realizam o acolhimento às pessoas com sofrimentos graves e persistentes de substâncias psicoativas. Com a mudança no paradigma assistencial em saúde mental, o processo de trabalho é pautado em desafios como: recursos financeiros, capacitação profissional, que interferem no funcionamento de um CAPS AD. **Objetivos:** Observar, relatar e refletir sobre as dificuldades na assistência de um Centro de Atenção Psicossocial em Belém - PA. **Metodologia:** Relato de experiência e observação ativa em um CAPS AD durante aulas práticas do curso de Enfermagem, sendo empregada a Teoria do Arco de Maguerez para identificação da problematização. **Resultados:** Observou-se profissionais que necessitam de mais capacitação e há a desvalorização do setor pelo poder público (infraestrutura deficiente). **Conclusão:** Observou-se predominância do abandono ao tratamento e frequentes reacolhimentos como problemas, com predominância de usuários assistidos com faixa etária dos 30 aos 60 anos, sendo importante, no tratamento, o apoio familiar e a compreensão de que as recaídas fazem parte do mesmo como estratégia para garantir a manutenção da abstinência e possibilitar maior adesão. Destacando-se a importância de mais capacitações como forma de promover uma melhor assistência em saúde mental para dependência química, além do empoderamento da equipe e usuários para realização de um tratamento humanizado e holístico. **Contribuições/Implicações Para a Enfermagem:** As iniciativas de humanização, escuta ativa e assistência holística ao

paciente propiciam um tratamento efetivo, garantindo segurança e vínculo entre o usuário e profissional durante o tratamento.

Descritores: Enfermagem, Saúde, Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciada na década de 1970, culminou em um processo de mudanças no paradigma da assistência em saúde mental/psiquiatria, pois baseando-se nos modelos de assistência americano e europeu, houve uma ruptura do tratamento asilar, o qual fora substituído pelo modelo comunitário (BRUSAMARELLO, 2009).

O novo modelo assistencial em saúde mental, composto de atividades para explorar as capacidades e habilidades da pessoa em sofrimento psíquico, antes excluída, segregada socialmente, possibilitou discutir novas tecnologias na assistência, como a criação do trabalho em oficinas terapêuticas e o tratamento/moradia em residências terapêuticas (CARVALHO, 2012).

A política de saúde mental brasileira, que se originou das lutas de usuários, familiares e trabalhadores, visando mudanças no tratamento excludente das pessoas com transtornos mentais, teve como precursora a Terceira Conferência de Saúde Mental, a qual possuía como tema “cuidar sim, excluir não”, e esta reforçou a necessidade de assistir o indivíduo em sofrimento psíquico de forma holística, não apenas tratando a doença, mas visualizando-o como ser social, desmistificando, desta forma, a doença mental (COSTA et al., 2015; ARANTES, STEFANELLI, FUKUDA, 2008).

A partir da Terceira Conferência, promulgaram-se as portarias GM/SM número 106/2000, criando-se as residências terapêuticas e em 2001, mesmo ano da conferência, criou-se a Lei Paulo Delgado, número 10.216, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, redirecionando o modelo assistencial (ARANTES, STEFANELLI, FUKUDA, 2008).

Desta forma, com a modificação da Portaria número 224 para a Portaria GM/SM 336/2002 foram classificados os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), os quais realizam o tratamento de sofrimento psíquico moderado e grave, sendo classificados em CAPS I, CAPS II, CAPS i (infanto-juvenil), CAPS AD (Álcool e outras Drogas), CAPS III e CAPS IV (criado a partir da Lei 3.588/2017). Assim, possibilitou-se o crescimento e tratamento em âmbito comunitário e ambulatorial em saúde mental no Brasil, construindo-se uma rede em saúde mental, denominada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual foi criada pela Portaria 3.088/2011, garantindo-se acesso aos serviços de saúde e de saúde mental em todo País, desde a Atenção Primária até a atenção terciária (tratamentos em crise em leitos psiquiátricos em hospitais gerais) (BRASIL, 2004; RIBEIRO et al., 2018).

Desta maneira, os CAPS AD, um dos modelos dessa nova forma de assistir em comunidade, realizam o acolhimento às pessoas com sofrimentos graves e persistentes que são usuários de crack, álcool e outras drogas, oferecendo atendimentos individuais e grupais (oficinas terapêuticas), a partir da construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), realizado junto ao usuário do serviço e família, quando esta se faz presente no atendimento, para atender às necessidades do mesmo por meio de atendimentos multiprofissionais e interprofissionais (BRASIL, 2004).

Com todas as mudanças no modelo assistencial, o processo de trabalho, antes baseado no modelo biomédico, passou a ser pautado em novos desafios como: recursos financeiros, capacitação profissional, equipe assistencial e gestora, que vem afetando os processos básicos para o funcionamento dos CAPS de modo geral.

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E SEUS DESAFIOS

Para Campos (2019), houveram consolidações importantes no novo paradigma do cuidar em saúde mental após trinta anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, garantindo-se, apesar da crise econômica, maior investimento na criação e manutenção dos CAPS, sendo comprovado, por meio de diversos estudos, a ineficácia do isolamento social como método de tratamento, havendo o fechamento de inúmeros hospitais psiquiátricos no Brasil, promovendo-se, assim, maior consolidação dos direitos à cidadania aos indivíduos com sofrimento psíquico.

Apesar do maior favorecimento da rede comunitária em saúde mental desde 2006, a partir de 2011 se iniciou um processo de escassez de investimentos, sendo apontados em estudos diversos, que vem ocorrendo uma fragilidade institucional dos serviços de saúde mental no Brasil, ora causado por financiamento inadequado e burocratização, ora por falta de inclusão, de forma mais humanizada, das famílias no tratamento, ora sendo apontada maior consistência de suporte e uma rede articulada que garante assistência integral, havendo, então discrepâncias nessa oferta do cuidado (CAMPOS, 2019).

A capacitação, segundo Campos (2019) até 2011 em saúde mental recebeu bastante destaque, sendo ofertadas em grande número para os profissionais que desejavam atuar na área, no entanto, este processo também entrou em declínio, mesmo após o crescimento e expansão dos CAPS III nesse mesmo período, havendo cada vez menos investimentos para o âmbito da Saúde Mental e para os CAPS, incluindo o CAPS IV, passando-se a elaborar novos investimentos, desde 2017, em comunidades terapêuticas (CT), destacada pela autora como uma nova forma de excluir e segregar os usuários, desta vez, de Substâncias Psicoativas (SPAs).

No estado do Pará, o cuidado em saúde mental ao longo dos anos passou por muitos obstáculos, entre eles a falta de investimentos na área, a qual causou uma estagnação na criação de novos CAPS, inclusive criação e expansão dos CAPS III, como ocorreu em todo Brasil, havendo sobrecarga de demanda aos já existentes. Isso se intensificou a partir da Nota Técnica 11/2019 promulgada em novembro de 2018, quando passou-se a destinar mais verbas aos hospitais gerais com leitos psiquiátricos em detrimento aos atendimentos ambulatoriais e comunitários e investimentos maciços na criação e financiamento de CT (BRASIL, 2018).

Desta maneira, garantir maiores investimentos em recursos humanos, favorecendo a criação de atividades de capacitação no serviço, como a educação permanente, torna-se fundamental para evitar a burocratização e a ineficácia de práticas clínicas ultrapassadas, sendo primordial realizar atividades intersetoriais a fim de promover mais união na RAPS, desde a Atenção Básica (AB), até o nível terciário, como nos CAPS, para que seja possível mudar a conjuntura política atual, evitando, assim, um retrocesso no cuidado em saúde mental. Atividades estas que devem ser desenvolvidas pelos CAPS e já são desenvolvidas por CAPS AD no município, modificando, assim, o processo de trabalho por atribuir mais funções a este serviço.

O PROCESSO DE TRABALHO NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL

Para Mery (2002), o processo de trabalho é composto por todas as ações que são realizadas no trabalho ou o conjunto de procedimentos que o homem utiliza para transformar um objeto.

No processo de trabalho fazem-se presentes as finalidades e objetivos do mesmo, os quais visam satisfazer as necessidades e expectativas dos homens, sendo eles responsáveis por transformar as matérias primas ao utilizarem os meios de produção. Com isso, o objetivo do processo de trabalho é considerado um dado objeto ou condição, o qual

somente é atingido quando se obtém os meios e condições necessárias, entre os quais é possível destacar o conhecimento, tido como meio intangível, assim como a estrutura física e as estruturas sociais, exemplificadas como as relações de poder e remuneração por cada atividade exercida como trabalho (MERY, 2002).

Assim, o processo de trabalho em saúde, segundo Egry (1996) é orientado por vários determinantes, entre os quais se encontram: o componente estrutural, o qual se relaciona às leis orgânicas do Sistema Único de Saúde (SUS), suas regulamentações, diretrizes e políticas para cada setor; o componente particular, o qual se define como a função que o serviço desempenha na rede local de atenção, seus dispositivos de interdependência ou a colaboração das ações no sistema de saúde; e no componente singular, o qual define a forma de organização do serviço, a capacidade de produzir saúde.

Quando se aborda o termo singular, englobam-se aspectos relacionados à satisfação do usuário assistido, satisfação dos servidores que atuam no serviço, além da capacidade de resolubilidade do serviço e a capacidade que possuem em atender sua demanda (SILVA, FONSECA, 2005).

No âmbito da saúde mental o processo de trabalho abrange, ainda, mais que o processo saúde-doença e a forma de assisti-lo, inclui a complexidade da oferta da qualidade de vida, ampliando-se a visão do cuidar, empoderando-se a pessoa em sofrimento psíquico para que ela seja atuante e ativa no processo do tratamento por meio da construção conjunta do PTS (ARANHA, et al., 2000).

Observa-se, portanto, uma correlação entre o significado de processo de trabalho e sua definição atrelada à saúde, em que há necessidade de meios e condições de trabalho para que o mesmo seja realizado e assim seja promovida a mudança no indivíduo enquanto ator principal do seu tratamento, garantindo-se os direitos dos usuários dos serviços em saúde mental (BRASIL, 2001).

Desta forma, é necessário garantir que todos estes componentes estejam alinhados para que se obtenha um processo de trabalho satisfatório e coeso, constituindo-se como, este processo, um desafio em saúde mental.

Com a realização das aulas práticas da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental em um CAPS AD do município de Belém, foi possível observar, por meio da participação em atividades grupais e individuais, que apesar dos avanços em assistir o usuário de SPAs, garantindo a assistência individualizada e holística, desmistificando o uso destas substâncias, promovendo a desconstrução da marginalização acerca deste público, muitos profissionais que atuam neste serviço, possuem dificuldades relacionadas à avaliação específica em saúde mental, haja vista que poucos possuem formação específica para a atuação, bem como os cortes realizados por meio da Norma Técnica 11/2019 (BRASIL, 2018), promoveram poucos recursos financeiros para investimento na infraestrutura local, assim como em materiais para realização das oficinas terapêuticas, o que despertou interesse sobre como a equipe se comporta frente a estes desafios para manter um tratamento humanizado e integral ao usuário de SPAs e como eles interferem no processo de trabalho.

Portanto, este trabalho possui como objetivos observar, de forma ativa, os atendimentos individuais e em grupo realizados em um CAPS AD, relatando sobre as dificuldades visualizadas por acadêmicos de enfermagem na assistência neste serviço, refletindo acerca das práticas realizadas no local e a influência delas na minimização dos desafios em saúde mental e no processo de trabalho.

METODOLOGIA

Trata-se de um artigo de relato de experiência realizado nas aulas práticas do curso de graduação em Enfermagem da disciplina enfermagem em saúde mental II, as quais

ocorreram no ano de 2018, em um CAPS AD, localizado na cidade de Belém do Pará, em que fora empregada a teoria da Problematização por meio do Método do Arco de Charles de Maguerez e observação ativa ou participante, tendo como marcadores artigos científicos na base de dados Scielo e Revista de Pesquisa Online, com os seguintes temas: “Cuidado é Fundamental”, em que foram encontrados dois artigos, “modelo assistencial em saúde mental”, presentes em dois artigos e “desafios do processo de trabalho”, também encontrados em dois artigos.

A metodologia de observação ativa ou participante, como afirma Agrosino (2009), é definida como uma estratégia de pesquisa em que o observador e os observados encontram-se em uma relação de interação que ocorre no ambiente de trabalho dos observados. Logo, foi a metodologia escolhida para este artigo, por garantir esta interação e atuação em serviço.

Desta maneira, como acadêmicos participou-se, sob supervisão da preceptora, de atividades individuais e em grupo. Um exemplo das atividades desenvolvidas pelas acadêmicas, foi a oficina terapêutica sobre Rede de Atenção psicossocial (RAPS), com a dinâmica da teia. Nesta atividade, com uso de barbante e em forma de roda, os usuários receberam os nomes de cada componente da RAPS, sendo proposto para os mesmo que identificassem sua importância nessa rede. Ao final, foi solicitado para que alguns deles soltassem o barbante, significando a quebra, ruptura desta rede, sendo orientado que isto causa fragilidade e falta de assistência naquele componente, dificultando a assistência holística e continuidade do tratamento fora do CAPS, por exemplo. A conclusão da atividade ocorreu quando os usuários puderam identificar a importância sobre a rede e da mesma ser fortalecida e mantida íntegra, para garantir o acesso aos serviços também fora do CAPS AD, que é um direito de todos.

Outras atividades desenvolvidas, foram os atendimentos de enfermagem, em que foi possível realizar exame físico completo de cada usuário agendado previamente e a partir do resultado de cada exame, foi possível prescrever as intervenções de enfermagem, assim como realizar educação em saúde; outra atividade foi a apresentação de filmes para promoção de reflexão acerca da saúde mental, como em: “Nise, o coração da loucura” e “O bicho de sete cabeças”, os quais foram expostos em atividades do CAPS, a fim de proporcionar orientações sobre a prevenção em saúde mental para evitar o retrocesso ao modelo manicomial.

As discentes também puderam participar de uma roda de conversa em que eram debatidos assuntos quanto ações preventivas em saúde, ressaltando a importância de consultas periódicas, exames de rastreios com foco na mamografia, exame Papanicolau e toque retal, e hábitos cada vez mais saudáveis que incluíam a redução do consumo de SPAs. Sendo assim, foi possível abrir a discussão à reflexão e alguns usuários se sentiram confortáveis para expressarem suas experiências diante de todos, enquanto outros participavam passivamente da conversa, de modo que apenas ouviam o que era discutido. Deste modo, a roda de conversa resultou em uma troca de saberes entre os discentes e os usuários, o que possibilitou melhor aproximação e conhecimento sobre as pessoas que estavam inseridas na referida unidade e reflexão sobre o tema que foi discutido.

Ao final do estágio foi construído um relatório para melhor descrição das atividades desenvolvidas e avaliação do processo de aprendizagem junto à preceptora.

RESULTADOS

A cada visita no centro de atenção psicossocial para tratamento de usuários de SPAs, foi possível conhecer o perfil dos mesmos e seus percursos históricos de adesão ou não ao tratamento por meio dos prontuários e dos atendimentos observados e desenvolvidos. A partir disto identificou-se que a maioria dos usuários assistidos são do

sexo masculino; com variância de idade entre a idade produtiva, por volta dos 30 anos, até idosos, de 60 anos; com, em sua maioria, usuários que possuem entre o ensino fundamental incompleto ou completo ao ensino médio completo; a maioria com poucos vínculos familiares, os quais foram fragilizados ou rompidos pelo consumo de SPAs e conflitos em decorrência deste uso; apresentando outros casos na família de uso de substâncias; e uma parcela destes se encontram em situação de rua.

Assim, durante os atendimentos individuais, as discentes tiveram contato com os prontuários dos pacientes, realizando discussões sobre os casos clínicos e reflexão quanto a realidade dos pacientes frente ao tratamento e recursos oferecidos pelo CAPS AD. Durante a leitura, foi notória a aplicação da política de redução de danos e o tratamento baseado na abstinência, a busca pela família dos pacientes como forma de garantir maior adesão ao tratamento e compreensão do mesmo (fases deste tratamento) e a falta de adesão ao mesmo.

Dentre as dificuldades dos pacientes estava o desafio para seguir com a prática da abstinência, desistências do tratamento e frequentes reacolhimentos.

Em relação aos profissionais, observou-se que haviam limitações diante do baixo investimento público, poucas atividades terapêuticas e profissionais pouco capacitados para atender aos objetivos de reinserção social. Dificuldades estas relatadas por outros autores como Marchetti e Saeki (2019) e por Krachenski e Holana (2019), como dificuldades para o manejo de crises (atividade também desenvolvida em CAPS, porém não presenciada pelas discentes); além destes desafios, Ribeiro *et al.* (2018), aborda a falta de material para a realização de atividades de grupo, como outro entrave para o desenvolvimento de atendimentos em saúde mental em CAPS, sendo estes visíveis e relacionados ao sucateamento da assistência em saúde mental.

Marchetti e Saeki (2019), corroborando com Campos (2019) mencionam que os profissionais relatam, em diversos estudos, como principal fator limitante para a inclusão e realização de atividades específicas em saúde mental, a ausência de capacitação e preparo, além da falta de apropriação das discussões político-ideológicas relacionadas ao atendimento do usuário, o que também é apontado por Mery (2002). Este fato pode ser minimizado com a realização dos estudos de casos (discussões com a equipe), no entanto, para isto, dependerá da presença da equipe na íntegra para promoção de uma assistência interprofissional em cada caso e assim, melhorar a comunicação entre a equipe e o processo de trabalho pela troca de conhecimentos e experiências entre os mesmos.

Com isso, evidencia-se, como carência do serviço, não apenas a falta de capacitação em serviço, como a falta de busca, pelos profissionais, de capacitações em saúde mental fora do local de trabalho, havendo grande necessidade de educação permanente em saúde e de incentivos para aquisição de novos conhecimentos.

Braga *et al.*, (2020) ressalta que atualmente o contexto político indica caminhos para sucateamento e retrocessos no modo da atenção em saúde mental centrado no sujeito e suas complexidades, e contraditoriamente, contribuindo para persistência ao modelo tradicional de psiquiatria, o que é demonstrado pela Nota Técnica 11/2019 e descrito por Campos (2019).

Sendo importante destacar, como meios para superação desses desafios, que apesar das dificuldades estruturais e profissionais, as oficinas terapêuticas existentes eram adaptadas para a realidade do espaço físico e ocorriam conforme a programação do calendário de Saúde do Ministério da Saúde, dentre elas: realização da horta, exposição de filmes com temas reflexivos para realização de debates com os usuários, práticas de promoção do autocuidado e educação em saúde. Além dessas, outras atividades ocorriam, como os acolhimentos, atendimentos multiprofissionais, assembleias, também ocorrendo intervenções em crise, em que são acionados os componentes da rede; consultas

específicas de saúde mental (mini mental ou exame mental), assim como atendimentos individuais de psiquiatria e clínico geral também se encontravam disponíveis no CAPS.

Destaca-se entre a realização do exame mental que é necessário possuir capacitação em saúde mental para desenvolver tal atividade e foi possível observar, novamente, a necessidade de mais investimentos em capacitação, haja vista que neste CAPS, os psicólogos possuem tal competência/habilidade assim como profissionais com formação em saúde mental em que, mesmo apresentando três profissionais especialistas nesta área, as demandas de todos os turnos de funcionamento do CAPS (manhã e tarde), necessitavam de um número maior de profissionais, sendo, este atendimento presenciado pelas acadêmicas, como fundamental para avaliar as funções psíquicas de cada usuário, envolvendo-se consciência, orientação, humor, afeto, aparência e psicomotricidade, memória, inteligência, pensamento, as quais podem interferir no tratamento de cada usuário, especialmente quando se avalia o juízo crítico dos mesmos (para Carvalho, 2012, esta função é identificada como a capacidade que cada indivíduo possui de avaliar cada situação e agir corretamente, discernindo entre diferentes opções de resolubilidade para as situações).

Sendo assim, pôde-se identificar que há atividades terapêuticas no CAPS AD, no entanto, elas poderiam ocorrer em maior número, podendo serem criadas as que promovam a expressão artística, que não foi visualizado durante o estágio. Profissionais pouco capacitados para um processo de trabalho eficiente e a desvalorização do setor público, dificultando a assistência foram pontos importantes identificados por todos os autores, o que pode colaborar para uma maior dificuldade de reinserção social eficiente.

CONCLUSÃO

Por meio da observação dos aspectos analisados, por meio da RAPS é possível acessibilidade para os serviços em saúde mental no Brasil, desde o nível de atenção primária até o nível de atenção terciária, envolvendo leitos psiquiátricos em hospitais gerais e tratamentos comunitários.

O CAPS AD realiza assistência de forma comunitária, acolhendo pessoas que possuem sofrimento psíquico em decorrência do consumo de SPAs, ofertando atendimentos com equipe de multiprofissionais, garantindo a participação em oficinas terapêuticas e atendimentos individuais, sendo possível envolver a família nesse contexto de tratamento, prevenção e promoção em saúde mental.

Por meio das aulas práticas no CAPS AD, observou-se a partir da participação nas atividades desenvolvidas, que vários dos profissionais possuem carências relacionado à formação específica em saúde mental, o que se constitui como um desafio para o desenvolvimento de um processo de trabalho coeso no local, haja visto que a portaria prevê a importância de especialistas em CAPS III, no entanto, os profissionais, que se encontram capacitados, desenvolvem trabalho assistencial vislumbrando a manutenção dos princípios da Reforma psiquiátrica e reinserção social, o que é dividido com a equipe, nos estudos de casos, para que a equipe se faça mais íntegra e humanizada na promoção da saúde e saúde mental.

Assim, a partir da análise foi identificado que a maioria parte dos usuários é predominante ao sexo masculino na faixa etária de 30 anos, e idosos de 60 anos, poucos deles possuem vínculos familiares, e decorrente a recaída pelo uso de SPAs, os conflitos evoluem, e muitos usuários encontra-se em situação de rua, ainda sendo necessário maior investimento, não apenas no SUS, mas em políticas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que também se encontra sucateado no município de Belém, para que ambos sistemas de assistência possam garantir melhores condições de atender aos usuários de modo geral, em especial este que se encontra em maior situação de vulnerabilidade.

Nota-se, como primordial, neste contexto de tratamento em álcool e outras drogas a busca pela família do usuário para o apoio durante o mesmo, sendo esta uma das dificuldades visualizadas para a manutenção da abstinência, bem como para a adesão ao tratamento, compreendendo-se que as desistências e abandonos fazem parte do mesmo, o que deve ser orientado à família e usuários do serviço, a fim de possibilitar a reflexão de que os CAPS são portas abertas, como promulga a portaria GM 336/2002 e por isso é um direito dos mesmos serem assistidos de forma holística, sem julgamentos de suas condutas ou pré conceitos, para que o mesmo, de fato, se sinta acolhido e responsável por seu tratamento, quantas vezes houver necessidade, reforçando, em cada novo acolhimento, a importância deste vínculo interpessoal com equipe e retorno ao serviço quando se fizer necessário (reacolhimentos), sendo possível, assim, minimizar uma fase importante e que constitui o tratamento em álcool e outras drogas, que é a recaída.

A falta de investimento dificulta a execução da maior parte das atividades desenvolvidas com os usuários, apesar desta carência, consegue-se realizar atividades com os mesmos, garantindo assim a reinserção social, empoderamento para recuperação da cidadania e promoção em saúde. Com isso, é possível observar que o cuidado em saúde mental, apesar destes desafios no processo de trabalho, falta de investimentos, ainda promove a atuação de profissionais comprometidos com a saúde e com a saúde mental em um CAPS AD do município, promovendo a reflexão de que mais serviços como este são necessários para assistir a demanda em álcool e outras drogas que vem aumentando no Estado, para que todos possuam acesso à Rede de Atenção Psicossocial de modo que se garanta a equidade, humanização e saúde integral.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A partir deste trabalho foi possível identificar que a adesão ao tratamento com humanização, tanto no desenvolvimentos de atendimentos individuais, quanto grupais, a implementação da política de redução de danos, criação de estratégias, junto aos usuários para manter ou iniciar a abstinência, inserção e empoderamento familiar, estímulo à reinserção na sociedade, oficinas terapêuticas regulares, ambiente acolhedor, capacitação profissional, o estabelecimento de comunicação acolhedora, através de fortalecimento de iniciativas de humanização existentes e orientação em educação em saúde, entre outras estratégias, são fundamentais para que o tratamento em álcool e outras drogas ocorra de forma satisfatória, bem como é necessário que a enfermagem e a equipe multiprofissional que atua no CAPS realize a prestação da assistência de forma holística, evitando agravos de saúde e saúde mental.

Para isto, faz-se necessário o compromisso do cuidar em enfermagem e em saúde mental, de forma que não seja limitado pelas dificuldades, mas tampouco se acomode diante o descaso da governabilidade dos Centros de Atenção Psicossociais. Tornando viável agregar o Processo de Enfermagem e a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em busca de planos, intervenções e resultados esperados, que levem em consideração as necessidades dos usuários, dentro do contexto humanístico, holístico e não excludente que visem, sobretudo, expandir a visão do cuidar e promover a autonomia em saúde do sujeito para que ele seja ativo em sua própria terapêutica

REFERÊNCIAS

AGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Editora Artmed. 2009;

ARANHA, A.L., GUILHERME M., ROCHA, S.S.L., SILVA, M.J.P., da. **Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas**. Revista Latino americana de

Enfermagem 2000 outubro; 8(5):65-70. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000500010&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 23 de novembro de 2019;

ARANTES, E.C., STEFANELLI, M.C., FUKUDA, I.M.C., **Evolução da história da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – Enfermagem Psiquiátrica em suas Dimensões assistenciais**. Editora Manole. São Paulo. 2008;

BRAGA, F. S. et al. Meios de trabalho do enfermeiro na articulação da rede de atenção psicossocial. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nova Legislação em Saúde Mental álcool e outras Drogas**. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/ministerio-da-saude-divulga-nota-tecnica-com-alteracoes-nas-politicas-nacionais-de-saude-mental-e-de-drogas/>> Acesso em: 20 de novembro de 2018;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação Direitos aos portadores de transtornos mentais – Lei 10.216 de 6 de abril de 2001**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental..>> Acesso em: 19 de novembro de 2012;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. Brasília. 2004;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 20 de dezembro de 2015;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria CAPS IV – 3.588 de 21 de dezembro de 2017**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> - Acesso em: 20 de dezembro de 2015;

BRUSSAMARELLO, T. et al., **Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico**. Cogitare Enfermagem. Pág. 79 – 84. 2009.

CAMPOS, R. T. O., **Saúde Mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios - Espaço temático: saúde mental no brasil: avanços e retrocessos**. Revista: Cadernos de Saúde Pública. Pag.: 35 (11). 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019001300501&script=sci_arttext> Acesso em: 07 de junho de 2020;

CARVALHO, M.B., **Psiquiatria para a Enfermagem**. Editora: Rideel. São Paulo. 2012;

COSTA, P.H.A et al., **Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 20(10):3243-3253, 2015.

Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232015001003243&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 20 de novembro de 2018;

EGRY, E.Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo. Ícone; 1996;

KRACHENSKI, N. B; HOLANDA, A. F. Manejo de crise nos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão sistemática de literatura. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, Curitiba. 2019.

MARCHETTI, S.; SAEKI, T. A inclusão social de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas de um município paulista. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em português)**, Ribeirão Preto. 2019.

MERY, E. E., **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo. HUCITEC. 2002;

RIBEIRO, M. C. et al. Atenção Psicossocial e satisfação no trabalho: processos dialéticos na saúde mental. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Caçador. 2018.

SILVA, A.L.A., FONSECA, R.M.G.S., **Processo de Trabalho em Saúde Mental e o campo psicossocial**. Revista Latino Americana de Enfermagem: 13(3). 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300020&tlng=pt> Acesso em: 23 de novembro de 2018;

Alana Tairis Silva Oliveira

Enfermeira / Fass / São Sebastião

Amanda dos Santos Ferreira Melo

Enfermeira/ Fass / Caraguatatuba

Caroline Morais de Jesus

Enfermeira / Fass / São Sebastião

Luís da Silva Rodrigues

Enfermeiro / Fass / São Sebastião

Priscila Miguel Guardia

Enfermeira / Fass / Ilhabela

Soraya El Hakim

Dra. em Enfermagem / Fass / São Paulo

RESUMO

Introdução: Vivemos em uma sociedade na qual existe uma pobreza na cultura socioeducativa sobre temas atuais como: sexualidades, depressão, bullying e gravidez precoce, entre outros. Temos observado que os adolescentes já vêm com certa curiosidade nestes assuntos que só eram abordados na fase adulta, porém não se sentem seguros ou confortáveis a perguntar para algum adulto ou alguém de sua confiança como: mãe, pai, irmão, amigos e vão procurar informações a terceiros ou método próprio que podem ser prejudicial á saúde. **Objetivo:** identificar e analisar os dados obtidos pelos formandos acadêmicos de enfermagem em relação ao programa saúde da escola onde proporciona a participação em projetos que envolvam saúde e educação. **Metodologia:** será relato de experiência onde os alunos envolvidos colocaram as suas percepções referentes ao projeto que será realizado na escola estadual no município de São Sebastião com os alunos dos ensinos médios. **Resultados esperados:** Com a metodologia utilizada esperamos obter resultados em que possamos passar informações para que os alunos tenham conhecimento e possam identificar se enquadra em uma situação vulnerável sendo ela uma patologia, agressão física, emocional ou sexual entre outras, tanto no âmbito familiar quanto escolar.

Descritores: Educação; Saúde; Enfermagem; Adolescência.

INTRODUÇÃO

Programa Saúde na Escola (PSE) do Ministérios da Saúde e da Educação trata do serviço garantidos aos estudantes das redes públicas. Nesses cenários as ações estão voltadas para promoção à saúde, como prevenção à obesidade; controle do peso e altura; prevenção das violências e dos acidentes; identificação de sinais de doenças em eliminação, como hanseníase, tuberculose; cuidados com a saúde bucal, auditiva e ocular; higiene corporal; combate ao mosquito *Aedes aegypti*, incentivo à atividade física e

prevenção de IST/Aids, prevenção da gravidez na adolescência; vacinação. Nesse contexto a rede pública do país conta, atualmente, com a distribuição gratuita de 19 vacinas para proteger contra mais de 20 doenças, duas das mais recomendadas para o público são prioridade no programa: HPV e meningite (BRASIL, 2018a).

Segundo a Secretaria de Educação Fundamental o ensino de educação em saúde tem se tornado uma adversidade para a educação, no que diz respeito à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida. As experiências mostram que transmitir informações a respeito da função corporal e descrições sobre as características das doenças, bem como um conjunto de hábitos de higiene, não é suficiente para que os alunos desenvolvam atitudes para terem uma vida saudável. Diante do recomendado pelo Ministério da Saúde, é de suma importância seguir os temas propostos, pois são baseados em fatores de risco e danos à saúde que envolvem uma população escolar (BRASIL, 2018b).

METODOLOGIA

O projeto foi desenvolvido de maneira pedagógica, através de oficinas, em sala de aula, realizada uma aula quinzenal, com duração de 1h/aula, dispendo de equipamento multimídia, impressos e simuladores e dramatização. Estas ações serão ministradas pelos acadêmicos do curso de Enfermagem da FASS (Faculdade São Sebastião), sob supervisão dos professores. Foi seguido um cronograma de atividades e no final o aluno recebeu um diploma de “multiplicador da saúde escolar”. Os temas abordados seguiram os preceitos do PSE, sendo eles: Ansiedade, depressão, sexualidade, planejamento familiar, infecção sexualmente transmissível, gravidez precoce, bullying e cyber bullying.

Tipo de Pesquisa

A metodologia utilizada foi um relato de experiência, que se refere a uma análise concisa, desde uma organização arquitetada pelos próprios acadêmicos, no qual possam analisar questões que considerem efetivas no desenvolvimento de sua prática docente, indicando os aspectos positivos e as dificuldades identificadas na organização e no desenvolvimento do projeto, os resultados e outros elementos que julgar pertinentes (COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA, 2016). Essa metodologia, para ser fiel necessita seguir as seguintes etapas:

1ª - Introdução da pesquisa: onde é justificado o problema estudado de forma clara e objetiva, marco-teórico, pergunta norteadora, objetivos e justificativa.

2ª - Desenvolvimento: Parte primordial e indispensável da pesquisa que através de forma estruturada e clara, deverá conter detalhada e ordenadamente os tópicos do assunto estudado. Inseridas no desenvolvimento temos a metodologia, que irá conter a descrição *de como, quando e onde ocorreu a pesquisa, e a discussão dos dados, onde será relatada a experiência vivenciada e análise dos dados obtidos pelas autoras da pesquisa.*

3ª - Conclusões ou considerações finais: Deverá ser baseada nos objetivos especificados no texto através de uma síntese dos resultados obtidos, evidenciando a análise e discussão destes dados.

4ª - Referências: Deverá conter todos os autores e obras mencionados no texto, estando de acordo com as normas da ABNT.

Local da pesquisa

O grupo educativo foi realizado na Escola Estadual do Estado de São Paulo localizada no município de São Sebastião.

Critério de inclusão e exclusão

A inclusão foi estabelecida por: alunos do Ensino Médio, com a faixa etária de 15 a 18 anos de ambos os sexos, escolhidos por indicação da escola, dos pais ou responsáveis, por meio eletivo, respeitando o regimento escolar, e por voluntariedade da Escola Estadual. Os representantes deveriam preencher 10% da população de alunos, em todas as salas, nos dois turnos, vespertino e matutino, exceto os estudantes dos ensinos fundamentais com idade entre 9 á 14 anos e os aprendizes do período noturno.

Desenvolvimento da Pesquisa

Após a realização dos grupos educativos e das dinâmicas, nós os acadêmicos de Enfermagem da Faculdade São Sebastião descrevemos individualmente os pontos de vista em relação a experiência vivida. Nesse momento tivemos oportunidade de observar o comportamento e aceitação dos assuntos abordados pelos alunos do Ensino Médio. Posteriormente as descrições foram unidas e refletidas e em seguida foram extraídos os pontos principais para assim descrever o relato de experiência. Após cada relato feito individualmente, o mesmo foi lido por todos para a construção da contextualização.

Autorização da Pesquisa

Para a metodologia utilizada não foi necessária autorização do Comitê de Ética, por se tratar de relato de experiências dos acadêmicos de enfermagem.

Portanto os responsáveis legais da escola assinaram um termo de responsabilidade da formação de grupo. Em nenhum momento foi mencionada narrativas dos alunos. (apêndice A).

Procedimentos metodológicos para desenvolvimento do grupo educativo

As palestras tiveram como definição de instruir os alunos educando-os sobre assuntos pertinentes aos temas escolhidos por nós acadêmicos: Ansiedade, depressão, sexualidade, planejamento familiar, infecção sexualmente transmissível, gravidez precoce, bullying e cyberbullying.

As palestras foram ministradas em sala de multimídia da própria instituição, com aproximadamente cinquenta poltronas acolchoadas sendo todas totalmente ocupadas pelos alunos, aonde elas chegavam e iam se acomodando. O ambiente utilizado estava arejado com boa ventilação, devido a existência de ventiladores e janelas.

Foram utilizadas para as apresentações televisão que se conectava ao computador projetando assim os slides, contendo, imagens, áudios, fotos e textos explicativos de cada tema proposto. Para a primeira dinâmica, aplicada no primeiro dia, abordando o tema depressão e ansiedade, foram fornecidas duas bexigas para cada aluno, o qual foi orientado a pensar em situações negativas, que os deixavam muito triste, em seguida pediu-se para que assoprassem estes sentimentos, juntamente com o ar para dentro do balão até que este estourasse e levasse embora toda sua negatividade. Para a segunda bexiga, solicitou-se que fizessem o mesmo procedimento, só que agora, com situações e pensamentos positivos, mas sem estourá-la e em seguida entregar a um dos seus colegas como troca desses desejos e sentimentos.

No segundo encontro, foram abordados os temas de sexualidade, ISTS e planejamento familiar; Estipulou-se como didática a participação de 10 alunos por meio de encenação. Onde cada um dos 10 participantes recebeu um pedaço de papel com algumas palavras chaves como: HIV, sífilis, gravidez precoce e herpes elaboradas pelos

pesquisadores, sobre gravidez, e IST's. Em seguida foi colocada uma música e solicitou-se aos alunos que se imaginassem em uma festa e começassem a dançar em duplas e que constantemente trocassem de parceiros, mas que quando a música parasse de tocar eles deveriam parar de dançar e cada um ler em voz alta para o grupo, as palavras existentes em seu papel. Com o contexto existente no papel, cada um foi estimulado a se conceber com o problema proposto para que todos refletissem como seriam suas vidas em decorrência dos problemas supostamente existentes e conseqüentemente os riscos que cada um correu devido à falta de proteção e informação, como: gravidez precoce, evasão escolar, doenças bacterianas e virais transmitidas por via sexual, dentre outras.

A terceira dinâmica utilizou-se de exposição de simuladores dos genitais femininos e masculinos para que os participantes apontassem o grau de conhecimento do grupo quanto aos seus corpos e o uso de preservativos como método de proteção, argumentando e mostrando como é feito a forma preventiva e apontando o grau de conhecimento de cada participante através da dinâmica, onde tiraram suas dúvidas.

Relato (R1)

Ao prepararmos o local das palestras os alunos foram entrando, foi observado o comportamento da classe escolhida pela instituição, mostrando-se quieto e recluso, sentando com o seu grupo ou colega mais próximo.

Quando iniciamos sobre depressão, ansiedade, bullying e cyberbullying foram notados o desconforto de um dos estudantes ao instruímos sobre assunto, ele abaixou as mangas da blusa para esconder os braços. Conforme prosseguimos com a apresentação percebemos que os alunos foram se sentindo mais confortáveis e seguros para fazerem perguntas e até mesmo relatos em relação ao seu pessoal, complementaram também alguns tópicos contando seus conhecimentos sobre os temas escolhidos. Demonstraram algumas reações de sentimentos, como choro, descontentamento e dúvidas, alguns perguntavam, já outros mantiveram-se mais quietos. Foi percebido por nós o quanto o vínculo é importante na relação enfermeiro com o projeto de educação escolar, sem ele, não é possível ter educação em saúde.

Quando foi realizada uma dinâmica referente ao tema, os alunos demonstraram bem participativos não houve recusa, todos participaram e até demonstraram certo conforto quanto a atividade, com essa descontração observamos que começaram a interagir mais, uns mais sociáveis que outros que preferiram participar com poucas palavras.

Com relação aos temas sexualidade, ISTs e planejamento familiar os alunos apresentaram bastante interesse, alguns se mostrando mais à vontade em relação a alguns tópicos abordados, enquanto outros demonstraram mais constrangidos e até mesmo com vergonha; percebi que em alguns tópicos os estudantes demonstraram bastante curiosidade pois faziam demasiadas perguntas e tinham bastante dúvidas. A minha percepção diante das dinâmicas em alguns momentos mostrou desinibição de alguns, sentiram-se confortáveis em realizar as ações com bexigas e até mesmo com as matérias didáticas oferecidas para as aulas educativas. Percebi também o quanto os alunos foram receptivos ao conteúdo na prevenção das doenças e a gravidez na adolescência e como podem fazer para procurar ajuda caso surgir dúvidas e como pode ser prejudicial à saúde e ao futuro se forem omissos a prevenção de ambas. Porém é sabido que a mudança de comportamento é algo contínuo, pois o indivíduo necessita acreditar nas mudanças. A educação em saúde é um início importante para tal mudança.

Notado que o grupo escolhido tinha alguma relação referente ao tema e em relação a profissão, da qual diziam querer seguir, algo acontecido com eles ou familiares, apresentavam já algum interesse pela área da saúde.

Foi notada a falta de um profissional da área da saúde no ambiente escolar, pois os alunos apresentaram algumas dúvidas básicas sobre seu corpo, sexualidades e

comportamento. A educação em saúde escolar deve abordar questões que ajudam os alunos nos esclarecimentos de forma lúdica e livre, sem preconceito, melhorando assim o conhecimento sobre temas mais delicados.

Em geral foi observado que os alunos foram muito participativos e comunicativos excedendo o esperado já que alguns dos estudantes relaram experiências e dúvidas que tinham, não se sentiram acanhados ou desconfortáveis com a dinâmica pelo contrário até demonstraram descontração durante execução do projeto.

Relato (R2)

Nosso primeiro contato com os alunos selecionados para as atividades educativas nos apresentamos e conversamos como seria o projeto, do que se tratava e os temas que iríamos abordar durante as aulas. Ao abordarmos os temas sobre ansiedade e depressão, notamos que alguns dos alunos tiveram mais destaques. Já ao abordar sobre o ato de mutilações, a aluna abaixou as mangas da blusa comprimida como se estivesse tentando esconder ou desviar a atenção de nós palestrantes, esses temas foram bem aproveitados por cada um dos que estavam presentes na sala, cada um pôde contar suas experiências sobre os debates e demonstraram bastante interesse em ajudar ao notar quando identificar algum ente ou conhecidos, que possam está apresentando quaisquer sintomas apresentado. Percebemos que se expressaram com choro, aflições e expressões de tristezas ao falar sobre suas experiências com o que foi proposto, pois deixa mais dinâmica. Ao realizarmos uma dinâmica da bexiga, como já citado acima na metodologia, todos foram bem participativos cada uma com o seu jeito, uns mais descontraídos e outros um pouco mais tímidos ou mais reclusos. Percebo que a dinâmica facilita no ensino aprendido

Aos temas como ISTs, planejamento familiar e gravidez na adolescência, os alunos foram bem participativos, contribuindo com conhecimentos que já tinham, mas também procuraram sanar dúvidas com o que não sabiam, alguns se interagem mais outros menos, mostramos imagens sobre as doenças, como contraídas e como fazer para preveni-las, conversamos e instruímos como e quando se deve ser feito o planejamento familiar. Notei que a maioria nem sabiam para que servia, conversamos como a gravidez precoce pode influenciar na evasão escolar e que deve sempre conversar com os pais, com algum responsável ou procurar na atenção básica profissional da saúde para instruí-los sobre dúvidas, evitando quaisquer complicações futuras.

Abordado também o uso da internet seus benefícios e malefícios, e como pode ser prejudicial na vida de alguém que faz mau uso da rede utilizada, quando tratamos sobre o bulliyng e cyberbulliyng todos entenderam e logo contaram um pouco sobre suas experiências.

Os alunos foram bem participativos em relação aos temas oferecidos, tantos com o conteúdo e as dinâmicas ofertadas, tivemos resultados bastante positivos em relação ao desenvolvimento e participação de todos, pois em cada aula notávamos que se sentiram mais à vontade para conversar e se destacarem durante as aulas educativas.

Podemos observar a necessidade de um profissional da área da saúde na instituição, para poder discutir e a necessidade em ter mais temas como esses e outros para o fornecimento de conhecimento dos adolescentes no âmbito escolar. Pois quanto mais cedo aprenderem, terão mais facilidade de se expressarem e obtiverem os conhecimentos aprimorados, e nada melhor do que o ensino dentro das escolas onde é um local de aprendizagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estruturação das categorias

As categorias foram formadas a partir das convergências similaridades dos relatores.

Categoria 1- A vivência de perceber o outro

Muitas vezes na vida cotidiana, não percebemos o outro de forma reflexiva, o dia a dia no trabalho, pode nos levar infelizmente, a procedimentos automáticos, orientações programadas e percepção do outro de forma superficial. Na educação em saúde, como no cuidado à saúde, não podemos perceber o outro de forma automática, precisamos ter sempre autocrítica sobre de qual maneira estamos cuidando e para cuidar devemos perceber de forma integral o ser cuidado.

Sobre depressão, ansiedade, bullying e cyberbullying foram notadas o desconforto de um dos estudantes ao instruímos sobre assunto, ele abaixou as mangas da blusa para esconder os braços. “Demonstraram algumas reações de sentimentos, como choro, descontentamento e dúvidas, alguns perguntavam, já outros mantiveram-se mais quietos...” (R1)

“Percebi que se expressaram com choro, aflições e expressões de tristezas ao falar sobre suas experiências sobre o tema que foi proposto...” (R2)

Os temas mais fortes foram percebidos por nós a mudança do semblante, como também a reclusão decorrente ao assunto. Cada indivíduo reage de maneira singular as suas expectativas, e os enfermeiros é de suma importância que entenda a individualidade como a coletividade de sentimento.

Foi importante perceber, que os alunos sentiram de alguma forma liberdade de expressar seus sentimentos diante de nós, estimulando o processo de acolhimento junto aos alunos. O grupo educativo aproxima o profissional de saúde com a população cuidada, melhorando o vínculo e facilitando o cuidado.

A confecção de um convite individual, uma maior aproximação da comunidade e a participação da equipe de saúde; a discussão coletiva das atividades e questões dos temas dos encontros; e o espaço de acolhimento das questões que circulam na vida (ABRAHÃO; FREITAS, 2009).

Projetos visando à saúde dessa população são de indiscutível importância no âmbito da promoção da saúde, da prevenção e da resolução ou encaminhamento de problemas detectados, contribuindo essencialmente para o bom aproveitamento e rendimento do aprendizado (SILVA et al., 2010).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), 2012: A Enfermagem é participante no acolhimento dos usuários, escutando e atendendo as necessidades em relação a saúde, observando a primeira avaliação, a classificação de risco, vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos e as precisões das intervenções de cuidados, possibilitando o atendimento humanizado e dando continuidade a atenção e o estabelecimento dos elos.

Conforme Ministério da Saúde: Deve-se ter a escola como um ambiente de relações, desenvolvendo um pensamento crítico e político, valores pessoais, crenças e o conhecimento do mundo tendo interferência direta na produção social da saúde (BRASIL, 2009).

Agrega o cuidado com as atuações educativas visando compartilhar práticas e saberes em uma relação conjunta, em que o enfermeiro realize seu papel de cuidador e

educador, complementando ao seu saber-fazer o saber-fazer popular (GUERREIRO et al., 2014,p 13).

Categoria 2- Percepção da falta de um profissional de saúde no âmbito escolar.

As escolas públicas no Brasil não contam com o enfermeiro dentro das escolas. O enfermeiro muitas vezes está presente diariamente dentro das escolas, quando essa é de cunho particular. No programa de saúde escolar, sabemos e compartilhamos com as atividades do enfermeiro nos programas de vacina, acuidade visual e orientação em saúde, porém é de suma importância que tenha um enfermeiro mais frequente nas escolas.

“Foi notada a falta de um profissional da área da saúde no ambiente escolar, pois os alunos apresentaram algumas dúvidas básicas sobre seu corpo, sexualidades e comportamento que devem ser tomados em algumas situações pessoais ou no ambiente escolar e familiar...” (R1).

“Podemos observar a necessidade de um profissional da área da saúde na instituição, para poder discutir e a necessidade em ter mais temas como esses entre outros para o fornecimento de conhecimento dos adolescentes no âmbito escolar ...” (R2)

Foi perceptível que os alunos se mostraram desvalidos em relação a promoção e prevenção de saúde, sendo assim tivemos anuência sobre a percepção de como é necessário a participação de um profissional da área da saúde no âmbito escolar.

A atuação de um especialista da área dentro desse mesmo ambiente, seria bem conveniente com os estudos, por se tratar de um espaço que já vem sendo utilizado para aprender, sendo assim seria um lugar adequado para abordar e ensinar pontos necessários para o desenvolvimento pessoal.

A importância na interação escola - família - serviços de saúde na concepção de abranger outras competências sociais como uma rede de suporte aos escolares, sendo que esta associação privilegiada pode permitir ao enfermeiro ser elemento essencial na identificação precoce de situações que afetam negativamente a saúde do escolar e a sua qualidade de vida (Mendes, 2011).

O Profissional da Enfermagem é apto em sua formação para atuar e desenvolver em atividades de planejamento em saúde, sendo habilidoso, competente e tendo conhecimento para agir na melhoria do indivíduo em relação a saúde (ROSA, et al, 2017).

Segundo Gisen; Kaiser (2013) o enfermeiro tem o perfil de se sobressair pedagogicamente, sendo ele o profissional ideal para desenvolver práticas de educação em saúde no âmbito escolar, investindo assim na autonomia e autocuidado do aluno.

“O Enfermeiro é um educador por excelência e sua função na promoção de saúde e a prevenção de doenças é essencial” (MAFACCIOLLI; LOPES, 2011)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem tem um papel muito importante em relação a educação em saúde, segundo o Ministério da Saúde, o objetivo da promoção a saúde é “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais por meio da Política Nacional de Promoção” Sendo assim esse projeto visa tanto promoção em saúde quanto a educação desses alunos, dando a oportunidade de aumentar o conhecimento deles em relação a prevenção e conhecimentos em geral. Através desse projeto temos como intuito de futuramente desenvolver trabalhos de educação para a população leiga, podendo assim favorecer-los com entendimentos na área da saúde.

Os nossos resultados foram atingidos como esperávamos, tendo em conta que os alunos tiveram uma boa absorção dos conteúdos ministrados uma vez que as suas dúvidas foram sanadas, dando autonomia para debates e troca de conhecimentos com os colegas de classe que não puderam participar, para os seus familiares e outros do seu convívio social, tornando-os multiplicadores de cuidado e conhecimento, tendo noção em que lugares como a escola podem ajudar, aconselhar de forma preventiva.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; FREITAS, C. S. F. MODOS DE CUIDAR EM SAÚDE PÚBLICA: O TRABALHO GRUPAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE. **Rev. enferm. UERJ**, [S. l.], p. 440, 20 fev. 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a24.pdf>. Acesso em: 29 out. 2019.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)**. ministério da saúde, d2013/2018b. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar-pense>. Acesso em: 15 abr. 2019.

Brasil. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf. Acesso em: 31 out. 2019.

BRASIL. **Programa Saúde nas Escolas**. ministério da educação, 2018b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16795. Acesso em: 8 mar. 2019.

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA. ROTEIRO PARA ORIENTAR O RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA. **Encontro nacional de formadores**, Enfam, 25 nov. 2016. Disponível em: <https://www.enfam.jus.br/wp-content/uploads/2016/12/Orienta%C3%A7%C3%A3oEscritaTextoRelatoExperi%C3%Aancia.pdf>. Acesso em: 9 maio 2019.

GUERREIROI, E. M. *et al.* Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], ano Feb. 2014, v. vol.67, ed. no.1, p. 13-21, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0013.pdf>. Acesso em: 26 set. 2019.

LEITE, C. *et al.* PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PERCEBIDA POR ESCOLARES. **Cogitare Enferm**, [S. l.], p. 14, 19 jan. 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/35925/22157>. Acesso em: 18 abr. 2019.

MAFFACCIOLLI, R.; MARQUES, L., M. J. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], p. 973-981, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a29v16s1.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Secretaria de Atenção à Saúde. OS 2012/0294. **Política Nacional de Atenção Básica : DA INFRAESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA**

ATENÇÃO BÁSICA, Ministério da saúde: MS, ano 1, p. 46, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2019.

PUC. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. **NORMAS PARA ELABORAÇÃO DE RELATOS DE EXPERIÊNCIA REFLEXIVOS**. MINAS

GERAIS: PUC MINAS, 2018. Disponível em: http://www1.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20180806164828.pdf. Acesso em: 2 de maio 2019.

ROSA, E. F. T. *et al.* CONSIDERAÇÕES SOBRE A ENFERMAGEM NA ESCOLA E SUAS PRÁTICAS EDUCATIVAS. **HOLOS issn** , [S. l.], ano 2017, v. Vol. 05, n. 33, p. 360-369, 4 nov. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/15002071/Downloads/3644-16891-1-PB.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2019.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL. Saúde. *In*: BRASIL. **Parâmetros curriculares nacionais**. Ministério da Educação: [s. n.], 2018. *E-book*. Pág.61 Disponível em: <https://cptstatic.s3.amazonaws.com/pdf/cpt/pcn/volume-10-5-temas-transversais-saude.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

SABEL, P. DA S; GISEN, L; ELAINE KAISER, Dagmar. ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM ESCOLAS NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. *Cienc Cuid Saude* , [s. l.], p. 814-821, 12 dez. 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/97067/000917205.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 6 nov. 2019.

SILVA, Kelanne Lima da *et al.* A INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS E VALORES CULTURAIS NO COMPORTAMENTO SEXUAL DOS ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO. **Rev. enferm. UERJ**, [s. l.], 16 jan. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a14.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2019

Roselin Padilha Teles

Graduanda em Enfermagem. – Universidade do Extremo Sul
Catarinense (UNESC)– Criciúma – SC – Brasil

Valdemira Santana Dagostin

Enfermeira – Doutora em Ciências da Saúde– Universidade do Extremo Sul
Catarinense (UNESC)– Criciúma-SC- Brasil

Márgada Tessmann

Enfermeira – Doutora em Ciências da Saúde – Universidade do Extremo Sul
Catarinense (UNESC)– Criciúma-SC- Brasil

Denise Macarini Teresa

Enfermeira – Mestre em Ciências da Saúde – Universidade do Extremo Sul
Catarinense (UNESC)– Criciúma-SC- Brasil

Neiva Junkes Hoepers

Enfermeira – Mestre em Ciências da Saúde – Universidade do Extremo Sul
Catarinense (UNESC)– Criciúma-SC- Brasil

Maria Madalena Santiago

Enfermeira- Especialista em Central de Material e Esterilização- Universidade do Extremo Sul
Catarinense (UNESC)– Criciúma-SC- Brasil

RESUMO

O estudo visou conhecer a compreensão dos colaboradores da Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA) de um hospital do sul de Santa Catarina, sobre o protocolo de manejo da sede, quanto fragilidades e potencialidades do mesmo para os pacientes. Sede incluir aspectos fisiológicos, psicológicos e socioculturais. Pacientes com sede dão respostas diferente a esse desconforto. Os fatores responsáveis pela sensação da sede são diversos, dentre eles o jejum, as drogas empregadas durante o procedimento, os anestésicos cirúrgicos, a intubação endotraqueal, o sangramento intra-operatório, a desidratação e a faixa etária em que o paciente se encontra. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e de campo, com a participação de 19 colaboradores da sala de recuperação pós-anestésicos, A coleta de dados aconteceu a partir de entrevista semiestruturada. Os resultados assinalam que os colaboradores estão envolvidos e participam da educação permanente desenvolvida pela instituição referente ao protocolo do manejo da sede e são conhecedores do processo. Os colaboradores concordam sobre a importância da aplicação do protocolo, com os resultados imediatos que o protocolo apresenta e sugerem aplicação assídua do mesmo.

Descritores: Sede; Enfermagem; Protocolo.

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios já existia a preocupação com a segurança do paciente cirúrgico antecede mesmo da descoberta da anestesia, onde os pacientes que sendo submetidos à

cirurgia pudessem ser observados e cuidados com rigor em uma sala muito semelhante a cirúrgica. Na década de 1940 algumas propriedades de funcionamento desta unidade já se achavam bem estabelecidas, como a atuação de enfermagem especializada com competência de distinguir alterações na evolução pós-anestésica dos pacientes, delinear e planejar cuidados específicos que precavessem complicações decorrentes do método anestésico cirúrgico (NOCITE, 1987).

A Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA) é o lugar destinado a receber pacientes em pós-operatório, onde são desenvolvidos cuidados intensivos, até o tempo em que o paciente esteja consciente, com reflexos protetores presentes e com estabilidade de sinais vitais. Para isso, são indispensáveis recursos técnicos e humanos especializados que ofereçam suporte para precaução, detecção e cuidados precoce específicos (MIYAKE, 2002).

O cuidado de enfermagem no período pós-operatório é concretizado a partir da singularidade de cada paciente, que pode variar de acordo com a fase do pós-operatório, imediato, mediato ou tardio e objetivam à sustentação do equilíbrio hemodinâmico do paciente e das suas funções vitais. (DUARTE, 2012).

Na fase pós-operatória imediata, o foco abarca a conservação da via aérea do paciente, avaliação dos efeitos anestésicos, ponderação de complicações as quais o paciente está vulnerável e provimento de conforto e alívio da dor. Posteriormente, as atividades de enfermagem enfocam a recuperação do paciente e a iniciação do ensino do autocuidado, dos cuidados de acordo com cenário para a recuperação e reabilitação depois da alta. (SMELTZER e BARE, 2005, p. 427).

Os graus de dependência para o cuidado de enfermagem vão variar conforme necessidade do paciente, uns carecem mais de cuidados e outros menos, partindo do pressuposta que cuidar significa zelar pelo bem-estar de alguém e observar o outro como um todo (PASSOS; SADIGUSKY, 2012).

No pós-operatório o desconforto relatado com maior frequência pelos pacientes é a sede, que é definida como a vontade consciente de beber água ou um mecanismo de compensação fisiológico que busca o restabelecimento do equilíbrio hídrico no organismo, dependente dos sinais e sintomas fisiológicos e por condições culturais, emocionais hábitos e aspectos alimentares prévios. Alguns mecanismos de compensação que buscam o restabelecimento do equilíbrio hídrico no organismo, somados a um contexto cirúrgico podem acelerar a sensação da sede no Pós-operatório imediato (POI). Este processo inicia-se pelos receptores presentes na boca, que respondem a diferentes estímulos químicos, onde a utilização do frio na boca reduz a percepção da sede (LEIPER, 2005).

A sede é uma resposta do organismo à falta de água e um sintoma intenso que domina todas as outras sensações, que podem chegar a 75% das manifestações no pós-operatório, repercutindo de forma negativa na experiência cirúrgica. O hormônio antidiurético (ADH), são estimulados com o estresse cirúrgico, e quando associado a náusea e a hipoglicemia podem ter sua secreção potencializadas desencadeando a sensação da sede. Para minimizar o desconforto da sede a administração do gelo mostrou-se eficaz para o alívio no manejo da sede (ARONI et al., 2012).

Relatos de pacientes que vivenciaram esse desconforto mostram o quanto é desagradável e difícil vivenciar a sede. Esta sensação pode potencializa ainda mais sentimentos como ansiedade, irritabilidade e desespero (GOIS et al., 2012).

Para diminuir a sede no pós-operatório, foi criado o protocolo e manejo da sede, embasados no que descreve Nascimento e colaboradores (2014) em seu Manual Operacional do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede, com critérios pré-estabelecidos para sua avaliação.

O protocolo da sede consiste em um palito de gelo com presença de mentol ou não, para o alívio da sede e conforto do paciente no pós-operatório imediato. É utilizado na sala

recuperação após a cirurgia. A equipe de enfermagem avalia primeiramente o grau de consciência do paciente para que possa aplicar o protocolo, onde se oferece ao paciente um palito de gelo que o próprio paciente o segurará para aliviar sua sede.

O presente estudo objetivou discutir e elencar a compreensão dos colaboradores sobre o protocolo da sede no pré-operatório na Sala de Recuperação Pós Anestésica em um hospital privado, identificando suas potencialidades e fragilidades.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo caracterizou-se como qualitativo, do tipo exploratório e descritivo, realizado na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) de um Hospital privado no Sul de Santa Catarina, realizado com 19 colaboradores do setor, sendo 15 técnicos de enfermagem e 4 enfermeiros.

Foram critérios de exclusão: colaboradores de enfermagem admitidos no referido hospital há menos de 3 meses atuando no setor de SRPA e de inclusão: aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dos vinte colaboradores do setor, somente uma colaboradora não aceitou contribuir para a pesquisa, sendo respeitada sua decisão, conforme preceitos éticos. Os demais preceitos éticos também foram obedecidos e o estudo teve aprovação para desenvolvimento pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) com nº 71849517.2.0000.0119. Para dar seguimento ao estudo, foi feita entrevista com os colaboradores através de um questionário com perguntas semiestruturada, desenvolvidas no período do trabalho não demorando mais que 30 minutos cada entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para manutenção do anonimato dos atores sociais utilizou-se a letra T.E. com o respectivo número, para identificar os técnicos de enfermagem e a letra ENF para Enfermeiros.

Quanto ao perfil dos atores sociais utilizou-se as variáveis: gênero, estado civil e faixa etária, tempo de formação e de atuação na instituição, dupla jornada e especialização (para os Enfermeiros), sendo os dados descritos no Quadro 01.

Quadro 01 – Perfil Sócio Demográfico dos colaboradores

Características	N
Gênero	
Feminino	16
Masculino	3
Estado Civil	
Casado	11
Solteiro	6
Divorciada	2
Faixa Etária	
20-29 anos	5
30-39 anos	11
40-49 anos	2
50-59 anos	1
Categoria Profissional	
Enfermeiros	4
Técnico de Enfermagem	15
Dupla Jornada	
Enfermeiros	2
Técnico de Enfermagem	2

Tempo de Formação	
Até 1 ano	3
1 ano e 1 dia a 5 anos	6
5 anos e 1 dia a 10 anos	4
10 anos e 1 dia a 15 anos	5
Acima de 15 anos	1
Tempo trabalho na instituição	
Até 1 ano	3
1 ano e 1 dia a 5 anos	8
5 anos e 1 dia a 10 anos	8

Fonte da Pesquisadora, 2017.

Segundo pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o perfil da enfermagem no Brasil, mostra que sua equipe é predominantemente feminina, sendo composta por 84,6% de mulheres. O Quadro 01 demonstra com relação ao gênero, que 84,2% dos participantes são do gênero feminino, porém, é importante ressaltar que ainda que se trate de uma categoria eminentemente feminina ainda, registra-se a presença de 15% dos membros do gênero masculino demonstrando que os homens estão adentrando a profissão e passando a compor o contingente da mão de obra trabalhadora neta área.

No que se refere ao estado civil, os dados demonstraram que 11 colaboradores são casados, 06 solteiros e 2 divorciadas. Destacam-se neste grupo, profissionais com idade média de 35,1 anos, a maioria de casadas (57,8%) ou vivendo com parceiro fixo. Em relação à dupla jornada de trabalho, somente quatro (4) colaboradores possuem outro vínculo empregatício.

Ao serem arguidos do tempo de formação, observou-se que 3, ou seja, 15,7% possuem tempo menor de um ano de formação, 31,5% estão na faixa de um a cinco anos e os demais 52,63% acima dos cinco anos. Quanto ao tempo de trabalho na instituição, 3 com tempo de atuação de um ano, 8 entre 1 e 5 anos e 8 têm entre 5 a 10 anos, sendo pessoas com experiência na profissão.

Ao se analisar o perfil educacional dos Enfermeiros verificou-se que, todos cursaram pelo menos um curso de Especialização Lato sensu. A qualificação profissional do enfermeiro é importante para que haja um desenvolvimento dos avanços tecnológicos e das transformações na sociedade, objetivando melhorar a assistência prestada aos sujeitos do cuidado e atuar de forma crítica e reflexiva no âmbito profissional (ESSER, et al, 2012).

Ao serem questionados sobre o número de cirurgias realizadas mensalmente, a maioria relata ser na média de 40 a 50 cirurgia/dia com média mensal de 800 a 1000 cirurgia/mês. A média de internações hospitalares na referida instituição de saúde chega a mil mensais, sendo destas, 700 cirurgias/mês, demonstrando o conhecimento que a equipe tem das metas hospitalares e se observa pelas falas registradas que os dados gerenciais são compartilhados, fazendo que todos sejam corresponsáveis pelo andamento do setor.

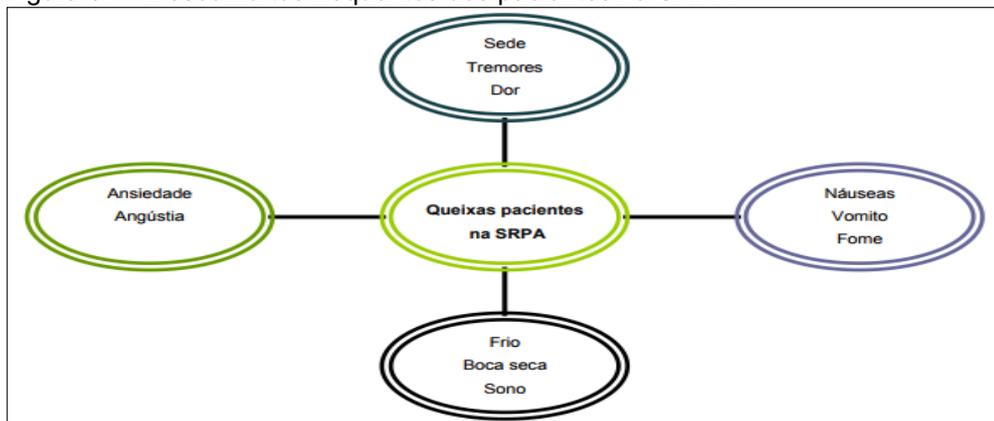
O Enfermeiro, no uso de suas atribuições deve ser capaz de buscar na gestão a oportunidade de estabelecer relações com os profissionais focando suas competências à capacidade de acessar, analisar, estruturar e sintetizar informações de gestão e em gerir indiretamente recursos e avaliar serviços de saúde e melhoria da qualidade e vida, permitindo assim maior integração com a equipe (BALSANELLI et al; 2008).

Em relação às categorias que emergiram da análise temática dos dados foram assim descritas:

CATEGORIA 1 - PRINCIPAIS DESCONFORTOS REFERENCIADOS PELOS PACIENTES NA SRPA

Os principais desconfortos dos pacientes na SRPA, referenciadas pelos colaboradores foram: sede; fome; êmese, náusea; frio, tremores, boca seca e sono. Conforme mostra a Figura 01.

Figura 01 – Desconfortos frequentes dos pacientes na SRPA



Fonte do pesquisador, 2017.

A dor é o quinto sinal vital (PEDROSO, CELICH, 2006), sendo caracterizada como o desconforto mais frequente no período pós-operatório, mencionado por quase todos os colaboradores da SRPA. Sua intensidade varia de acordo com a singularidade dos fatores fisiológicos, a causa de cirurgia, a própria intervenção cirúrgica, a habilidade técnica do cirurgião, comorbidades, o local e o tipo da incisão; fatores como ansiedade, medo e depressão, e ainda fatores culturais do paciente (LASAPONARI, 2013).

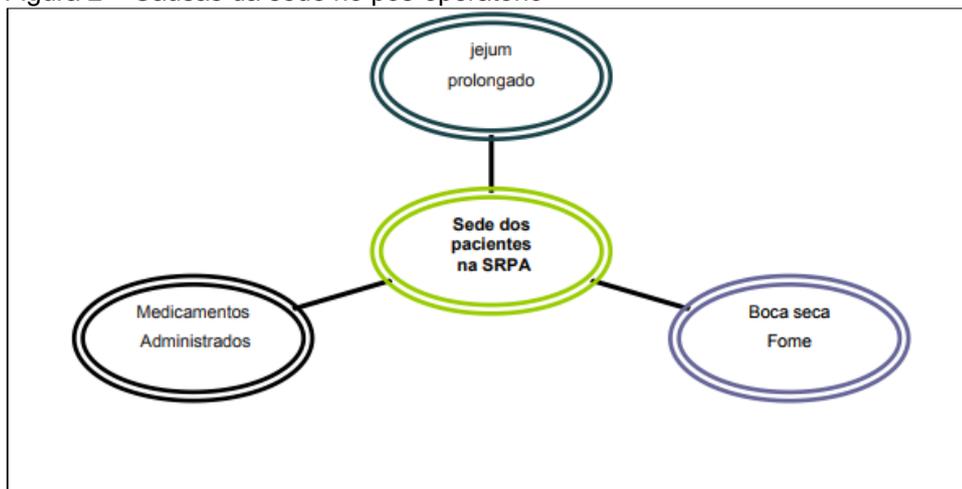
Náuseas e vômitos são bastante frequentes nos pacientes que estão na recuperação da anestésica. Podem resultar de agentes inalatórios e medicamentos utilizados durante o procedimento cirúrgico. Na antiguidade, com métodos anestésicos mais primitivos como os usados até a década de 1960, a base de éter ou ciclopropano os efeitos colaterais citados eram mais frequentes, podendo a incidência de vômitos atingir 60% dos pacientes submetidos a estes inalatórios. Hoje sabe-se que pode ser utilizado profilaxia para amenizar esses sintomas. (LAGES et al, 2005).

Em relação à sede, sintoma citado pela maioria dos colaboradores, este será discutido mais adiante. Estas considerações das principais sintomatologias evidenciadas pelos colaboradores na SPA permitem entender que se faz necessário que a equipe de enfermagem esteja ciente de sua responsabilidade frente ao paciente com dor, sede, tremores, êmese e demais sintomas referenciados no pós-operatório, pois, percebendo seu papel assistencial, poderá intervir de maneira adequada, respeitando o ser e contribuindo para a realização de um cuidado humanizado.

CATEGORIA 2 – CAUSAS DA SOLICITAÇÃO DE ÁGUA PELOS PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

As causas da sede mais citados pelos pacientes que solicitam água no pós-operatório, estão relacionados ao jejum prolongado, medicamentos administrados no ato operatório que ocasionam boca seca e fome, de acordo com as falas dos colaboradores ilustradas na Figura 02:

Figura 2 – Causas da sede no pós-operatório



Fonte do pesquisador, 2017.

O jejum no pós-operatório foi estabelecido quando as técnicas anestésicas ainda eram incipientes, no sentido de prevenir complicações pulmonares associadas a bronco aspiração pós vomito. A rotina permanece até os dias atuais, garantindo o esvaziamento gástrico e evitando assim a bronco aspiração no momento da indução anestésica (AGUILAR-NASCIMENTO, et al 2009).

No sujeito em jejum pré-operatório, o organismo via de regra consome a água armazenada, para não interromper as reações bioquímicas (AGUILAR-NASCIMENTO, 2010). No presente estudo, observou-se que a rotina de jejum no pré-operatório faz parte do protocolo técnico e é aplicado pela instituição.

As drogas utilizadas nos procedimentos anestésicos normalmente provocam o ressecamento da mucosa oral, desencadeando uma reação de redução da secreção salivar e dando a sensação de secura da boca e de sede (OMOIGUI, 2001). Estes episódios, são considerados como consequência de diversos fatores já mencionados e com a própria perda sanguínea durante o procedimento cirúrgico (NASCIMENTO, FONSECA, 2013).

Como forma de minimizar estes sintomas, autores enfatizam que dentro da rotina de trabalho da equipe de enfermagem, os principais enfoques na assistência de enfermagem deve ser a identificação da dor, hipotermia, náuseas e vômitos, e de incômodos subjetivos, ou seja, os que envolve aspectos individuais como a sede, passa despercebida (SILVA, FONSECA, NASCIMENTO 2015).

CATEGORIA 3 – COMPREENSÃO SOBRE A SEDE PELOS COLABORADORES DA SRPA

O paciente cirúrgico pertence a um grupo propenso ao desenvolvimento da sede por conta do tempo de jejum e dos procedimentos e condutas realizadas no pré-operatório. A sede é um revide do organismo à carência de água ou a crescente concentração osmótica no plasma, e pode ser classificada como sede hipovolêmica ou sede osmótica respectivamente (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013).

A sede é um sintoma tão intenso que sobrepuja todas as demais sensações, não podendo o mesmo ser ignorado. Um estudo realizado por Aroni e colaboradores, afirmam que independentemente do procedimento cirúrgico, tipo de anestesia e perda sanguínea, os pacientes no pós-operatório apresentaram sede. O estudo mostrou que em jejum mínimo de 8 horas, 100% dos pacientes referiram ter sede (ARONI, NASCIMENTO, FONSECA, 2012).

Significar a sede é complexo e as questões fisiológicas aprofundadas, segundo estudos enfatizam que, na percepção do paciente, este desconforto é intenso e resultam no aumento de ansiedade, desidratação, irritabilidade, fraqueza e desespero. (CORREIA, SILVA, 2005). Os resultados deste estudo corroboram com este conceito segundo compreensão dos atores sociais participantes.

CATEGORIA 4 - CONHECIMENTO E DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO DO MANEJO DA SEDE

Para que haja desenvolvimento e eficácia do protocolo de manejo da sede é necessário que os colaboradores o compreendam o processo. No presente estudo ficou evidenciado que os colaboradores conhecerem o protocolo. No entanto, é importante ressaltar que a educação permanente é realizada pela instituição, de forma específica, o que potencializa a construção deste conhecimento e aplicabilidade do mesmo. A educação permanente é entendida como um processo dinâmico e contínuo da construção do conhecimento, que leva ao desenvolvimento do compromisso pessoal e profissional, promovendo a transformação da realidade (PASCHOAL, MANTOVANI, MÉIER, 2007).

A educação permanente dos colaboradores é fator essencial para o desenvolvimento da sociedade que vive em constantes transformações. No mundo do trabalho, a possibilidade de educação permanente deve contemplar novas tecnologias, e a própria pressão social de melhorias para uma assistência qualificada (RICALDONI, SENA, 2006).

Pode ser observado também que alguns colaboradores, apesar de ter participado da educação permanente sobre o protocolo da sede, ainda não incorporou em sua rotina a aplicação do mesmo. Ainda assim, são conhecedores do protocolo, descreveram em síntese o protocolo completo para atender a necessidade do paciente. Conforme o relato dos colaboradores notou-se que apenas T.E. 11,12,13,14 não conheciam detalhadamente sobre o protocolo da sede. Alguns técnicos em enfermagem em contrapartida mencionaram que por atuarem no período noturno, não participaram das capacitações.

Para melhor entender o protocolo, Nascimento e colaboradores (2014) descrevem o Manual Operacional do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede que fundamenta principalmente em avaliar o Nível de Consciência, Proteção de Vias Aéreas e Náuseas e Vômitos. E neste sentido os trabalhadores colocam que estes indicadores devem ser avaliados antes do oferecimento do picolé de gelo e mentol, saciando assim a vontade da ingestão de água.

Os profissionais comprometidos com a educação permanente contribuem para a melhor qualidade dos serviços, e a resolutividade, satisfação dos usuários e integração com a comunidade estimulam nela a autonomia e o autocuidado (BRASIL 2005).

CATEGORIA 5 - COMPREENSÃO DOS COLABORADORES DA SRPA NA IMPLANTAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO NA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MANEJO DA SEDE

Definir a melhor estratégia de alívio da sede não é único desafio para seu manejo no Pós-operatório imediato. Aspectos sobre a segurança na administração dos métodos ainda são tímidos em comparação a demanda ocorrida no setor. Percebe-se que o protocolo é importante tanto para o paciente quanto para a equipe de enfermagem. Mas quem mais se beneficia mesmo ainda é o paciente, por que o alívio da sede é instantâneo causando menos ansiedade, angústia e alívio da sede (CONCHON et al., 2015).

O hospital onde foi realizada a presente pesquisa destaca-se por ser o único hospital da região sul do país com a implantação do protocolo da Sede no momento da pesquisa. Os colaboradores compreendem que seja importante sua implantação e implementação

devido a importância do protocolo, em auxiliar significativamente na recuperação do paciente de forma mais eficiente e rápida. Notou-se que a maioria concorda com os resultados imediatos que o protocolo apresenta e sugerem a aplicação assídua do mesmo. Também percebem que o paciente reage imediatamente após a aplicação e que alguns já sinalizam querer o “picolézinho”, pois já ouviram falar a respeito.

Com a diminuição da angústia e da necessidade de água, a aplicação do protocolo da sede facilita a recuperação do paciente e diminui as chamadas constantes para atendimento.

Com implantação do protocolo o atendimento ao paciente torna-se rotineiro, mesmo que a recepção dos pacientes aconteça simultaneamente em muitas das vezes, os protocolos existentes facilitam e organizam as prioridades a serem executadas nos atendimentos. Desta forma, ficou explícita que este protocolo não atrapalhou a rotina do setor, porém, não se consegue aplicar em todos os pacientes.

Tendo como resultado deste questionamento, os Técnicos em enfermagem 12,14,18 não souberam responder à pergunta realizada a eles, já o colaborador TE 13 destacou que a implantação atrapalha a rotina da SRPA justificando que deveria haver uma pessoa específica para a implantação do protocolo.

Para uma melhor avaliação do paciente na RPA existem escalas que auxiliam nos cuidados ao paciente, com isto facilita o atendimento mais qualificado ao paciente (CUNHA, PENICHE 2007).

Na prática diária, observa-se que a equipe de enfermagem da SRPA realiza muitas ações de assistência ao paciente e que, diante da instabilidade e da alta rotatividade, nesta unidade, são necessárias ações rápidas, para evitar complicações no cuidado a estes pacientes. (BELLO, 2000). A assistência de enfermagem durante o POI destina-se a intervenções de prevenção e/ou tratamento de complicações, devendo avaliar o paciente de forma sistematizada e integral.

Em relação à sobrecarga de trabalho e, ainda, ao número insuficiente de profissionais para o desempenho da atividade dificulta um atendimento integral e qualificado no setor. (SERRA, 2015).

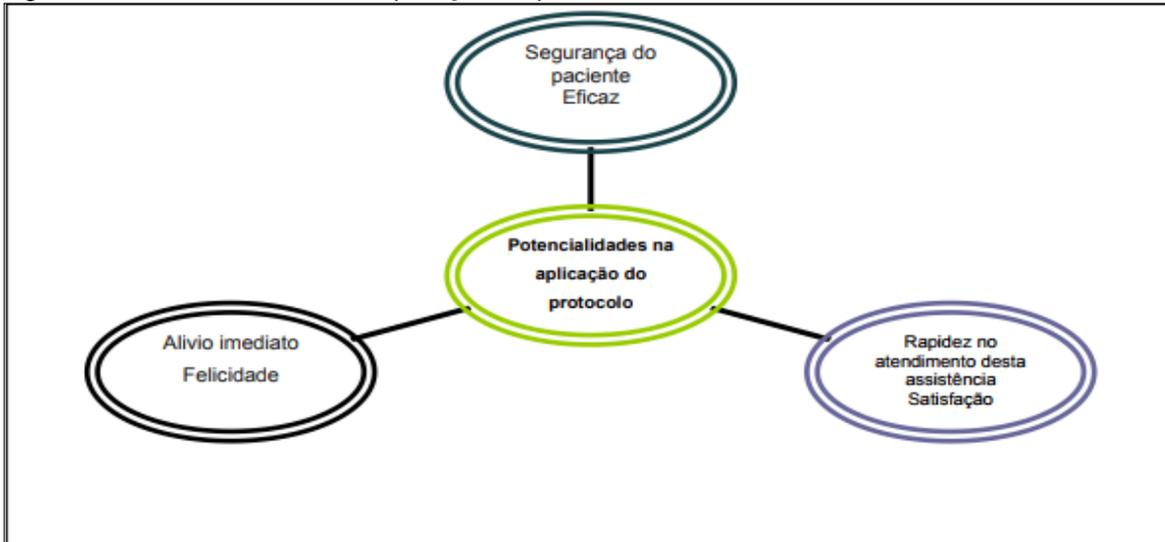
Bem como a falta de pessoal qualificado e numericamente inadequado para prestar assistência de enfermagem pode estar relacionada as complicações, tanto com pacientes adultos como pediátricos. A equipe de enfermagem numericamente suficiente, bem treinada e com a presença fixa e constante na SRPA é indispensável para desenvolver uma assistência de qualidade e poder atuar na prevenção das complicações (FONSA, PENICHE2008).

CATEGORIA 6 - POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NO PROTOCOLO DE MANEJO DA SEDE

A equipe de enfermagem que atua diretamente no cuidado ao paciente no pós-operatório imediato, visualiza na aplicação do protocolo do manejo da sede, como uma forma de atendimento com excelência na prestação da assistência de enfermagem, observa as potencialidades que traz principalmente ao paciente. Abordam que a segurança do paciente alivia imediato da sede, felicidade e satisfação do paciente após o atendimento de suas necessidades.

Na figura 5 podemos visualizar as colocações acerca das potencialidades que o protocolo proporciona ao paciente.

Figura 03 – Potencialidades na aplicação do protocolo

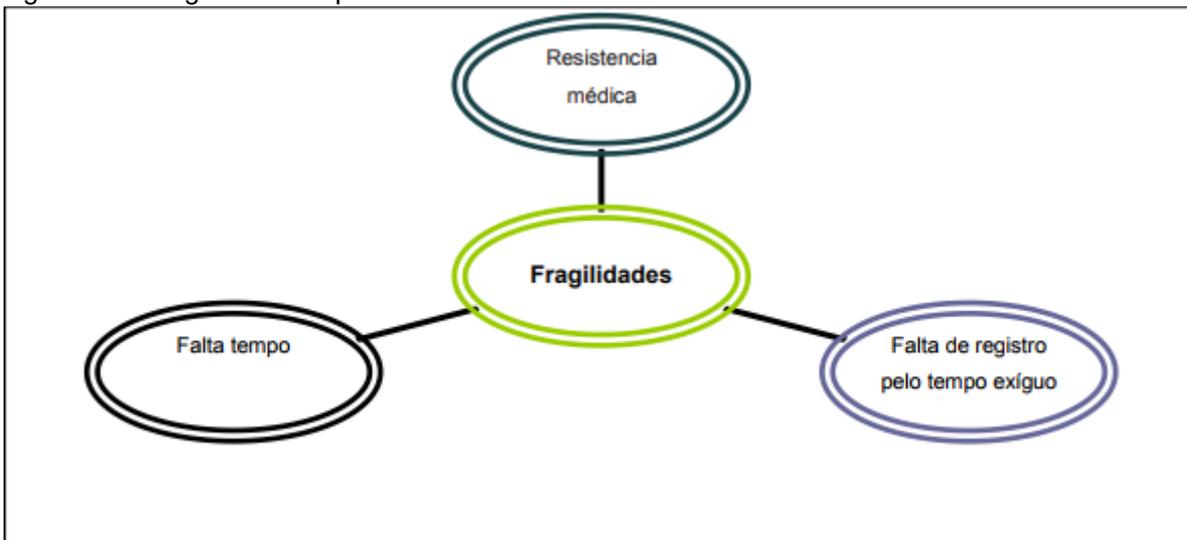


Fonte do pesquisador, 2017.

Nas falas dos colaboradores, ficou claro que todos visualizam as potencialidades que traz a aplicação do protocolo e manejo da sede para o paciente como minimização de sintomas, melhora da recuperação em tempo e qualidade.

Como fragilidade na utilização do protocolo de manejo da sede pode citar principalmente a resistência dos profissionais anestesistas, o tempo devido ao movimento intenso no setor, pois a média de cirurgia gera em torno de 40 cirurgias/dia.

Figura 04 – Fragilidades do protocolo



Fonte do pesquisador, 2017.

Instrumentos de registro e controle de sinais e intercorrências são essenciais na Sala de Recuperação Anestésica. Encontram-se inseridos na prática das instituições de saúde instrumentos contendo escalas de avaliação de pacientes adultos, infantis ou submetidos a cirurgias ambulatoriais. Não se encontram, todavia, Relatos de registros intencionais do manejo da sede no POI. (GARCIA et al, 2015).

CATEGORIA 7 - SUGESTÃO DE MODIFICAÇÃO NA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANEJO DA SEDE

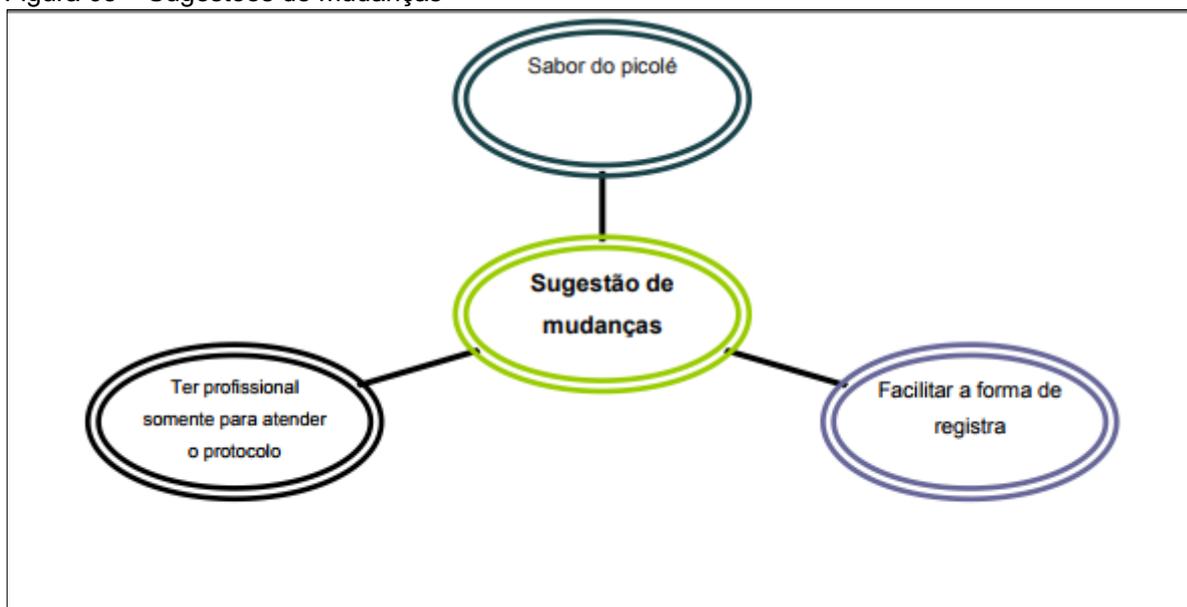
O colaborador tem papel importante e independentemente do setor no qual atua na instituição, principalmente quando trabalhamos com pessoas. É fundamental que ele esteja motivado, satisfeito e se sinta parte da equipe, para que suas atitudes reflitam de forma positiva no atendimento qualificado aos pacientes.

Colaborador é uma fonte de informações, ideias e sugestões, que podem mudar a forma de fazer, otimizar recursos, corrigir problemas e qualificar melhor a assistência prestada.

Neste sentido, um dos questionamentos realizados aos colaboradores reflete na prática diária do atendimento, ou seja, seria possível melhorar/ modificar o protocolo de manejo da sede, tornando este mais aplicável e fácil de manusear na visão de quem realmente faz o dia a dia da SRPA.

Foi observado que este protocolo é uma ferramenta que possibilita dar uma assistência qualificada e humanizada para seus pacientes e algumas modificações simples atenderia ainda melhor. Na figura 05 podemos observar algumas sugestões plausíveis colocadas pelos colaboradores como possibilidades de ter outros sabores, principalmente para atender a ala infantil, modificar a forma de registrar, pois no dia a dia, com as demandas altas, fica difícil assim o fazer, bem como a possibilidade de se ter um profissional para esta atividade, assim atenderia toda a demanda e não somente alguns pacientes.

Figura 05 – Sugestões de mudanças



Fonte do pesquisador, 2017.

No entanto ficou claro nas colocações dos entrevistados que o protocolo é eficaz, e que não necessita grandes modificações, sendo que a maioria coloca que não faria nenhuma modificação.

CONCLUSÃO

A sala de recuperação pós-anestésica é um local de grande importância nos primeiros momentos no pós-operatório imediato, onde a visão da equipe de enfermagem é de extrema importância para detectar qualquer alteração e assim aplicar ações para sua

resolutividade. A equipe que trabalha na SRPA é devidamente treinada para todos os tipos de eventos que possa ocorrer, por isso na aplicação do protocolo e manejo da sede, o passo a passo deve ser minucioso e aplicado com muito critério.

A sede é um desconforto real e gera grande sofrimento ao paciente. Com a pesquisa realizada observou-se a importância da implantação do protocolo da sede, para benefício do paciente, não só do alívio da sede, mas como também da sensação de tranquilidade, angústia diminuída e estresse.

A equipe atuante no setor é formada por 4 enfermeiros, que atuam juntamente ao CC e 15 técnicos em enfermagem. Com relação ao gênero, 84,2% dos participantes é do gênero feminino, com idade média de 35,1 anos, a maioria de casadas e com tempo de formação acima dos cinco anos.

O assunto destacou-se por ser um método pioneiro na região sul do país, onde poucas instituições fazem acontecer. O trabalho exímio da equipe de enfermagem se destaca na atuação de uma assistência qualificada em prol da recuperação do paciente. Busca no cotidiano do trabalho sempre inovar, como na implantação do protocolo de manejo da sede na instituição, demonstrando interesse por parte dos colaboradores e na aceitação entre os pacientes.

Foi unânime as colocações acerca das potencialidades e necessidade de sempre ampliar os estudos e aplicação do protocolo manejo da sede. Já uma das fragilidades apontada na utilização do protocolo da sede, é devido a falha nos registros tendo em vista a sobrecarga de trabalho.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Os resultados da pesquisa impactarão os profissionais de saúde servindo como mola propulsora para implantação do protocolo nos respectivos cenários de prática profissional das áreas hospitalares, especificamente SRPA, conferindo maior segurança e qualidade da assistência de enfermagem.

Esperamos que a pesquisa possa atingir um público maior de trabalhadores de enfermagem no que tange a implantação do protocolo de manejo da sede, possibilitando uma qualidade na assistência ao paciente na sala de recuperação.

REFERÊNCIAS

AGUILAR-NASCIMENTO, José Eduardo de et al. Jejum pré-operatório de 8 horas ou de 2 horas: o que revela a evidência?. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 36, n. 4, p. 350-352, 2009.

ARAI, Shoshana; STOTTS, Nancy; PUNTILLO, Kathleen. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. **American Journal of Critical Care**, v.22, n.4, p.328-335, 2013.

ARONI, Patrícia; ALVES DO NASCIMENTO, Leonel; FAHL FONSECA, Lígia. Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós-anestésica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, 2012.

BALSANELLI, Alexandre Pazetto; JERICÓ, Marli de Carvalho. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. **Acta paulista de Enfermagem**, 2005.

BELLO, C. N. Recuperação pós-anestésica-escalas de avaliação, princípios gerais. **Rev Centro Est Anest FMUSP**, v. 9, p. 4-5, 2000.

CONCHON, Marília Ferreira et al. Sede perioperatória: uma análise sob a perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, 2015.

CORREIA, Maria Isabel Toulson Davisson; SILVA, Rodrigo Gomes da. Paradigmas e evidências da nutrição pré-operatória. **Rev. Col. Bras. Cir**, v. 32, n. 6, p. 342-347, 2005.

DA CUNHA, Ana Lúcia Silva Mirancos; DE CÁSSIA, Aparecida; PENICHE, Giani. Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 2, p. 151-60, 2007.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 657-665, 2012.

ESSER, Maria Angélica Motta da Silva; MAMEDE, Fabiana Villela; MAMEDE, Marli Villela. Perfil dos profissionais de enfermagem que atuam em maternidades em Londrina, PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 133-41, 2012.

FONSECA, Rosa Maria Pelegrini et al. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 428-433, 2009.

GOIS, Cristiane Franca Lisboa; DANTAS, Rosana Aparecida Spadotti. Stressors in care at a thoracic surgery postoperative unit: nursing evaluation. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 22-27, 2012.

LAGES, Neusa et al. Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do "pequeno-grande" problema. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 55, n. 5, p. 575-85, 2005.

LASAPONARI, Elaine Ferreira et al. Revisão integrativa: Dor aguda e intervenções de enfermagem no pós-operatório imediato. **Rev. SOBECC**, p. 38-48, 2013.

MIYAKE, Mara Harumi et al. Complicações pós anestésicas: subsídios para assistência de enfermagem na Sala de Recuperação Anestésica. **Acta paul. enferm**, v. 15, n. 1, p. 33-39, 2002.

NASCIMENTO, Leonel Alves do et al. Elaboração do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós Operatório Imediato. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, 2014.

NASCIMENTO, Leonel Alves; FONSECA, Ligia Fahl. Sede do paciente cirúrgico: elaboração e validação de um protocolo de manejo seguro da sede. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 7, n. 3, p. 1055-1058, 2012.

NOCITE, José Roberto. Recuperação pós-anestésica: aspectos gerais. **Rev. bras. anesthesiol**, v. 37, n. 3, p. 161-7, 1987.

OMOIGUI, Sota. Manual de drogas usadas em anestesia. In: **Manual de drogas usadas em anestesia**. 2004.

PASSOS, Sílvia da Silva Santos; SADIGUSKY, Dora. Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 4, p. 598-603, 2011.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; JOAQUIM MÉIER, Marineli. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, 2007.

PEDROSO, Rene Antonio; KLS, Celich. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto contexto enferm**, v. 15, n. 2, p. 270-6, 2006.

RICALDONI, Carlos Alberto; DE SENA, Roseni Rosangêla. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 6, 2006.

SANTOS, Samira Beserra dos; FONSECA, Lígia Fahl; NASCIMENTO, Leonel Alves do. Percepção da Equipe de Enfermagem em Sala de Recuperação Anestésica sobre a Sede: Análise de múltiplas instituições. Anais Eletrônico IX EPCC – **Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar** Nov. 2015, n. 9, p. 4-8 ISBN 978-85-8084-996-7.

SERRA, Maria Aparecida Alves et al. Nursing care in the immediate postoperative period: a cross-sectional study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, n. 2, p. 161-7, 2015.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Guanabara Koogan, 2005.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; MUSSI, Fernanda Carneiro. O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 3, p. 300-307, 2001.

Glauca Pereira de Lucena

Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). Mestre em gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB). Especialista em Obstetrícia pelo Programa de Residência da ESCS/SES-DF, enfermeira obstetra da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Patrícia Moreno Pereira

Farmacêutica graduada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). Especialista em Farmácia Clínica pela Faculdade Albert Einstein

Vanilde Pereira Nery

Enfermeira graduada pelo Centro Universitário do Planalto Central Professor Aparecido dos Santos (UNICEPLAC). Pós-graduanda em Obstetrícia pelo Instituto de Pós-graduação Enfermagem de Brasília (IPGEB)

Maria Liz Cunha de Oliveira

Enfermeira, Mestre em Educação, Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UNB). Pós-doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Católica de Brasília (UCB). Docente do programa de mestrado/doutorado do Universidade Católica de Brasília (UCB)

RESUMO

Em grande parte do mundo, o envelhecimento populacional tornou-se realidade nas últimas décadas. É nesse panorama que as avós aparecem com relevância e importância na sociedade. Sabe-se que elas exercem uma influência na criação e convívio com seus filhos e netos. Diante desse contexto, o objetivo do estudo foi comparar as soluções expressas pelas avós, frente aos principais problemas da amamentação, bem como conhecer a sua influência junto a suas filhas e noras. O presente estudo é de caráter descritivo de abordagem quali-quantitativa. Foram entrevistadas 25 avós e 25 puérperas em um hospital público do Distrito Federal. Conclui-se que as avós exercem grande influência sobre a prática da amamentação de suas filhas e noras. Suas falas revelaram a presença marcante de crenças, mitos e tabus, que muitas vezes divergem do preconizado pelo Ministério da Saúde. Ouvir os saberes dessas avós e convidá-las para as consultas de pré-natal, afim delas receberem orientações preconizadas pelo MS, também se faz de grande valia para a compreensão das arestas que são necessárias reparar.

Descritores: Avós. Aleitamento Materno. Relações Familiares.

INTRODUÇÃO

Em grande parte do mundo, o envelhecimento da população tornou-se realidade nas últimas décadas. Segundo estudo de Celade (2012), as mudanças nas condições de vida da população e os avanços da medicina no combate às enfermidades reduziram mortalidades precoces e promoveram um aumento dos anos de vida.

No Brasil, essa realidade não é diferente e, nesse contexto, tem-se ainda que a maioria da população idosa de 60 anos ou mais de idade é composta por mulheres (55,7%), o que se dá devido aos efeitos da mortalidade diferencial por sexo (IBGE, 2011). A redução das taxas de fecundidade e de mortalidade no caso do Brasil têm sido responsáveis por esse novo padrão demográfico, no qual se observa uma sobrevida dessas mulheres (SOARES, 2012).

É nesse panorama que as avós aparecem com relevância e importância na sociedade, e uma nova palavra surge, a “avosidade”. Para Goldfarb e Lopes (apud FREITAS; PY; NERI, 2011), o que define a avosidade não é a idade cronológica ou o papel social, mas a possibilidade de transmitir as funções materna e paterna para as próximas gerações. Tornar-se avó requer uma elaboração do próprio papel, pois o nascimento de um neto exige uma reorganização psíquica.

Os benefícios da presença das avós em suas famílias são inúmeros e incontestáveis. Estudos confirmam que as participações dos avós, que também constituem fontes importantes de suporte familiar, promovem apoio emocional, financeiro e instrumental a mães, pais e filhos (REYNOLDS et al., 2003).

Neste contexto, tem-se que a avó demonstra ser uma forte rede de apoio. Essa rede de apoio para a mulher no seu processo de gestar-parir-maternar é de extrema importância para que as incertezas do processo sejam amenizadas. Também denominada de suporte social ou apoio social, essa rede é composta por pessoas de confiança, pessoas que se mostram preocupadas, valorizam e gostam do outro e, principalmente, têm disponibilidade para ajudá-lo (GONÇALVES et al., 2011).

Mas, em contrapartida, as relações entre avós e seus filhos podem se tornar negativas com o nascimento dos netos, em decorrência de conflitos entre mãe e filha (CHIAPIN et al., 2004). Esses conflitos podem estar ligados também a práticas de saúde, como o aleitamento materno dos netos.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral do binômio mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade. Porém, apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena e dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as prevalências de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém das recomendadas (BRASIL, 2015).

É neste período da amamentação que intercorrências poderão surgir, e seu manejo dependerá muito do que lhe foi ensinado e da rede de apoio que a puérpera possui (BRASIL, 2001). Nesse contexto, os conselhos das avós podem refletir práticas culturais ultrapassadas, podendo influenciar negativamente na duração do aleitamento materno (GRASSLEY; ESCHITI, 2008).

Com tudo isso, sabendo da importância da avó no contexto familiar e na prática da amamentação, essa pesquisa se propõe a responder o seguinte questionamento: Quais são as soluções expressas pelas avós frente aos principais problemas da amamentação e sua influência junto as suas filhas/noras?

O objetivo da presente pesquisa foi comparar as soluções expressas pelas avós, frente aos principais problemas da amamentação, com as recomendações atuais do MS, bem como conhecer a sua influência junto às filhas/noras.

MÉTODO

O presente estudo é de caráter descritivo de abordagem quali-quantitativa. Foi realizado em um hospital público localizado no Distrito Federal, com estrutura para atender aproximadamente 450 nascimentos por mês.

A amostra foi consistida de avós, fossem elas maternas ou paternas, de idades diversas, bem como de suas respectivas filhas ou noras que estivessem internadas no Alojamento Conjunto (ALCON) no momento da realização da entrevista.

Foram entrevistadas 25 avós e 25 filhas/noras. Na proposta inicial, o número estimado era de 30, porém, o desenvolvimento do trabalho indicou que 25 era um número adequado, por satisfazer o critério de saturação. Esse critério consiste em realizar as entrevistas até o ponto em que se perceba que não estão sendo obtidos dados novos (PATTON, 1990). Segundo Bertaux (1980), o fenômeno da saturação aparece quando os elementos de conhecimento das relações socioestruturais trazidas por cada participante da pesquisa, permitem uma totalização da proposta inicial.

A pesquisadora compareceu 6 vezes ao local da coleta de dados no mês de julho de 2017, com uma média de 4 entrevistadas por dia.

A pesquisa teve como critérios de inclusão: avós e mães/puérperas de RNs de parto normal ou de parto cesárea, com peso de nascimento igual ou superior a 2.500g, internados no ALCON, e as mães/RNs que não possuíam nenhum impedimento para a amamentação. E foram excluídas da pesquisa avós e mães de neonatos que possuíam alguma restrição quanto à prática do aleitamento materno.

Para se estabelecer contato com as possíveis participantes, primeiramente foi realizado um levantamento das mães/RNs que se encaixavam nos critérios de inclusão junto aos livros de registros e às enfermeiras do ALCON. As participantes foram, então, convidadas pessoalmente a participar da pesquisa, quando, então, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados, foram elaborados 2 instrumentos: um direcionado às avós e outro para as mãe/puérperas.

Para as avós, foi redigido um roteiro de entrevista semiestruturada, elaborado exclusivamente para a presente pesquisa. A primeira parte da entrevista foi composta pelas variáveis: idade da avó, escolaridade, dias de contato com binômio mãe/bebê, se é avó materna ou paterna, número de filhos, quantos foram amamentados e por quanto tempo. Na segunda parte da entrevista, foram listados alguns problemas da amamentação, quando foi, então, solicitado à avó que respondesse como agiria frente ao problema apresentado.

A entrevista foi gravada por um gravador de voz digital (8gb estéreo MP3 Wma profissional). As gravações foram transcritas e, após transcrição, procedeu-se à análise qualitativa de conteúdo temática de Bardin (2010), adequada ao estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências.

Esse método permite explorar as relações que os indivíduos mantêm com os objetos, pessoas e fenômeno e relações. Sendo assim, foram seguidos os passos propostos pela autora, a saber: 1) ordenação dos dados, que englobou a transcrição na íntegra das entrevistas e das observações, 2) leitura exaustiva e posterior organização dos depoimentos e dos dados obtidos na observação e 3) finalmente, a classificação dos dados, que deu origem às categorias apresentadas nos resultados deste estudo.

Na transcrição das falas, foram utilizados codinomes de flores para a não identificação das participantes. Após as entrevistas, se a pesquisadora visse a necessidade de uma explicação ou atualização por parte das avós, panfletos eram ofertados juntamente com informações orais, tudo isso, pensando no bem-estar do RN e de sua mãe.

Para as mães/puérperas, foi elaborado um questionário com as seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, com quem mora, se é primípara ou múltípara e o tipo de

parto. A quantificação do *score* de influência junto às mães/puérperas foi realizada utilizando-se uma escala intervalar de 0 a 5. A seguinte pergunta foi abordada: “Considerando uma escala de 0 a 5, quanto sua mãe e quanto sua sogra influenciam na prática do aleitamento materno?”,

Para a análise dos dados quantitativos da pesquisa, foi utilizada a frequência (%) das variáveis.

As entrevistas com as avós e a aplicação do questionário com as mães/puérperas foram realizadas em local privativo, individualmente, face a face, longe de familiares e profissionais, evitando, assim, que as mesmas se sentissem constrangidas, deixando-as mais à vontade para expor suas opiniões.

As entrevistadas participaram voluntariamente da pesquisa. Foi informado para elas que sua recusa em participar em nada influenciaria seu atendimento no referido ALCON. A identidade das participantes foi mantida em sigilo, não contendo qualquer informação que permitisse identificá-las. As próprias entrevistadas escolherem seus codinomes - nomes de flores -, que mais lhe agradassem. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, nº CAEE: 65086917.6.0000.5553. Respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012, foi preservado o sigilo e o anonimato, protegendo a privacidade e mantendo a confidencialidade das entrevistas gravadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a visualização dos dados das avós e das puérperas, e para melhor exposição das frequências quantitativas do estudo, foram elaboradas as Tabelas 1 e 2, que mostram as principais características sociodemográficas das participantes do estudo.

Observa-se que as avós são, em sua maioria, jovens de 40-59 anos (68%), que possuem o 1º grau incompleto (52%) e que, segundo estimativas, passaram de 4-7 dias de contato semanal com a mãe/bebê (56%). A grande maioria das avós são avós maternas (64%), corroborando com os estudos de Lopes, Prochnow e Piccinini (2010), que evidenciaram ser durante o nascimento de sua prole que a mãe tende a se aproximar de sua própria mãe, e ter uma relação com emoções mais positivas. Em estudo realizado com 47 mães brasileiras primíparas, 98% contavam com uma figura feminina de apoio, sendo esta a sua própria mãe, 47% a sogra ou irmã mais velha.

Tabela 1- Dados sociodemográficos das avós.

	AVÓ	n	%
IDADE	30 - 39 anos	2	8%
	40 - 49 anos	9	36%
	50 - 59 anos	8	32%
	60 - 70 anos	6	24%
ESCOLARIDADE	Analfabeta	1	4%
	1º grau incompleto	13	52%
	1º grau completo	7	28%
	2º grau: incompleto	1	4%
	2º grau: completo	2	8%
	3º grau: incompleto	0	0%
DIAS DE CONTATO MÃE-BEBÊ	4-7 dias	14	56%
	1-3 dias	6	24%
	A cada 15 dias	2	8%
	A cada mês	3	12%
AVÓ	Materna	16	64%
	Paterna	9	36%

QUANTOS FILHOS TEVE	1-2	8	32%
	3-4	12	48%
	5-6	4	16%
	7 ou mais	1	4%
DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO	< 3 meses	1	4%
	3m e 1d - 6 meses	9	36%
	6m e 1d - 1 ano	12	48%
	1a e 1d - 2 anos	2	8%
	2a e 1d ou mais	1	4%

A Tabela 1 ainda traz que 48% das avós tiveram de 3-4 filhos e que a mesma porcentagem amamentou em média 6 meses a 1 ano seus filhos.

Na Tabela 2, pode-se observar que 72% das puérperas entrevistadas têm de 15-25 anos, possuem o 2º grau incompleto ou completo (56%), são, em sua maioria, casadas (40%) e moram com o companheiro e filhos (40%). O percentual das estudadas primíparas é de 64% e 52% delas tiveram parto normal.

Para melhor expor o *score* de influência que as avós exercem sobre suas filhas e noras, foi confeccionada uma terceira tabela (ver Tabela 3).

Tabela 2– Dados sociodemográficos das mães/puérperas.

PUÉRPERA		n	%
IDADE	15 - 20 anos	9	36%
	21 - 25 anos	9	36%
	26 - 30 anos	6	24%
	31 anos ou mais	1	4%
ESCOLARIDADE	Analfabeta	0	0%
	1º grau incompleto	1	4%
	1º grau completo	5	20%
	2º grau incompleto	7	28%
	2º grau completo	7	28%
	3º grau incompleto	2	8%
	3º grau completo	3	12%
ESTADO CIVIL	Solteira	9	36%
	Casada	10	40%
	União estável	6	24%
	Viúva	0	0%
COM QUEM MORA	Sozinha	0	0%
	Filhos	3	12%
	Companheiro	7	28%
	Companheiro e filhos	10	40%
	Pais	5	20%
PARIDADE	Primípara	16	64%
	Secundípara ou mais	9	36%
TIPO DE PARTO	Normal	13	52%
	Cesárea	12	48%

Tabela 3 - Score de influência que a avó materna e paterna exercem sobre suas filhas e noras.

	SCORE (0-5)	n	%
SCORE DE INFLUÊNCIA DAS AVÓS/MÃES	5	14	56%
	4	7	28%
	3	3	12%
	2	1	4%
	1	0	0%
	0	0	0%
SCORE DE INFLUÊNCIA DAS AVÓS/SOGRAS	5	7	28%
	4	3	12%
	3	6	24%
	2	4	16%
	1	1	4%
	0	4	16%

O score de 0 a 5 se representava da seguinte maneira: quanto menor o valor referido, menor era a influência, e quanto maior o valor, maior era a influência exercida. Ao analisar a influência que as avós (maternas ou paternas) exercem sobre suas filhas e noras, o resultado mostrado na Tabela 3 evidenciou que as puérperas são influenciadas pela presença das avós em suas vidas, o que corrobora com Moreira e Nascimento (2012). Para os autores, as primeiras gerações exercem uma relação de poder sobre as mais jovens, na tentativa de manter sua autoridade e *status* social. As experiências das mulheres mais velhas da família são valorizadas, pois estas servem como modelo de referência para as filhas, devido ao processo natural de envelhecimento.

Observa-se, entretanto, que quando se trata da avós materna o score de influência representou porcentagens altas, revelando que 56% das entrevistadas dizem que suas mães influenciam completamente a prática da amamentação (score 5). Quando se trata de avós paternas, se observou um decréscimo desse score (25%). Na análise das avós paternas, também se evidenciou o surgimento dos scores 1 e 0 (4% e 16%, respectivamente), dado que não esteve presente na análise das avós maternas. Ou seja, pode-se inferir que as avós maternas possuem mais influência sobre suas filhas do que as avós paternas sobre suas noras.

Esses achados corroboram com os estudos de Susin, Giugliani e Kummer (2005), onde para as mães estudadas, as avós maternas possuem mais influência sobre elas e também ajudam durante o período de aleitamento com mais frequência do que as paternas (59,5% e 47% respectivamente).

Quanto ao aspecto qualitativo desta pesquisa, as falas das avós foram agrupadas por assuntos e por significados comuns, dividindo-os em categorias e subcategorias, que estão expostas a seguir.

1ª CATEGORIA: Problemas da Amamentação

Subcategoria fissuras mamilares

Quanto ao conhecimento das avós sobre fissuras mamilares, houve muitas respostas diferentes das informações encontradas na literatura científica, nas quais se destacam as seguintes falas:

ORQUÍDEA: "Eu passaria tipo um óleo, talvez uma pomadinha, óleo mineral..."

GIRASSOL: "Aí eu já não sei, talvez fazer compressas quentes né?"

Segundo o MS, a recomendação mais adequada para esse caso é: colocar o bebê para mamar na posição correta e de forma que ele apreenda a mama corretamente; manter

as mamas secas, não usando sabonetes, cremes ou pomadas; tratar as fissuras com leite materno e sol. O importante é corrigir a “pega”. Quando existem fissuras, a mãe deve ser orientada para iniciar a mamada pela mama sadia ou menos comprometida e depois passar para outra mama, pois o bebê está menos faminto e suga com menos voracidade (BRASIL, 2015).

MIMOSA: “Passar o próprio leite, ficar um pouco no sol...”

Atualmente, tem se recomendado também o tratamento úmido das fissuras com o uso do próprio leite materno, com o objetivo de formar uma camada protetora que evite a desidratação das camadas mais profundas da epiderme (BIANCUZZO, 2010).

Subcategoria prensão mamilar incorreta

Com relação às falas sobre prensão incorreta do mamilo, as avós demonstram em sua maioria que suas soluções estão de acordo com o preconizado atualmente.

IBISCO: “Continuaria tentando, insistindo até ele pegar.”

ACÁCIA: “Eu faria massagem no peito, ajeitaria a posição dele, procuraria ajuda, e falaria para mãe não desistir...”

Para o MS, a prensão incorreta da região mamilo-areolar faz com que a criança não consiga retirar leite suficiente, levando à agitação e choro. A pega errada, só de mamilo, provoca dor e fissuras e faz com que a mãe fique tensa, ansiosa e perca a autoconfiança, acreditando que o seu leite seja insuficiente ou fraco (BRASIL, 2015).

Subcategoria mamas ingurgitadas

Nesta subcategoria, as avós deixaram claro que há necessidade de uma atualização, pois, em muitas falas, práticas culturais e/ou obsoletas ainda estavam presentes.

MIMOSA: “Eu passaria o pente...”

AMOR PERFEITO: “Faria compressa com um paninho bem quentinho.”

COPO DE LEITE: “Eu tiraria com a bombinha e colocaria na chuquinha...”

A orientação para essa dificuldade, segundo o MS, é a ordenha manual da aréola, se ela estiver tensa, antes da mamada, para que ela fique macia, facilitando, assim, a pega adequada do bebê; mamadas frequentes, sem horários preestabelecidos (livre demanda); massagens delicadas das mamas, com movimentos circulares, particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento; suporte para as mamas, com o uso ininterrupto de sutiã com alças largas e firmes, para aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica; se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de sucção. O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio à mãe, diminuir a pressão dentro dos alvéolos, aumentar a drenagem da linfa e do edema e não comprometer a produção do leite, além de prevenir a ocorrência de mastite (BRASIL, 2015).

Para Biancuzzo (2009), essa dificuldade costuma ocorrer com mais frequência em torno do terceiro ao quinto dia após o parto e geralmente está associado a um dos seguintes fatores: início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas, uso de suplementos e sucção ineficaz do bebê.

Subcategoria demora na descida do leite

As entrevistas mostraram o caráter cultural nas respostas das avós, evidenciadas pelas seguintes falas:

LISIANTO: “Tem que dar muito caldo pra mulher para que desça o leite.”

HORTÊNCIA: “Comer bastante canjica, cuscuz, coisa com milho, café com leite...”

Segundo o MS, para essa dificuldade encontrada, o profissional de saúde deve desenvolver confiança na mãe, além de orientar medidas de estimulação da mama, como sucção frequente do bebê e ordenha. A mãe deve ser orientada a estimular a sua mama regularmente (no mínimo cinco vezes ao dia) por meio de ordenha manual ou por bomba de sucção. Isso garantirá a produção de leite (BRASIL, 2015).

As falas apresentadas corroboram com os achados de Ribeiro et al. (2004), em que a maioria das mães (82%) respondeu que a alimentação e ingestão de líquidos seriam os principais fatores para o aumento da quantidade de leite materno.

Subcategoria bebê que não suga ou tem a sucção fraca

Nessa subcategoria pode-se observar que o conhecimento de algumas avós sobre o tema diferiu do preconizado pelo Ministério da Saúde e pela literatura científica, mas em outras falas foi possível notar a concordância com as recomendações.

MIMOSA: "Ai nessa parte eu entraria em desespero, ficaria nervosa..."

BROMÉLIA: "Faria mamadeira, de leite com Nescau..."

Para o MS, o manejo desses casos se restringe a acalmar a mãe e o bebê, suspender o uso de bicos e chupetas quando presentes e insistir nas mamadas por alguns minutos cada vez. O recurso da mudança de posição também pode ser usado (BRASIL, 2015).

ORQUÍDEA: "Tem que tentar, continuar estimulando. A gente coloca um pouco de leite no dedinho e estimula colocando na boca dele..."

Para Nicklas (2014), deve-se colocar o bebê no peito no instante de seu nascimento, pois assim se observa que ele logo abre sua boca e procura instintivamente o bico do seio da mãe e já começa a tentar sugar. É impressionante! E este estímulo na mama da mãe é muito eficaz para a descida do colostro e mais tarde do leite materno.

Subcategoria "pouco leite"

Essa categoria apresentou um forte caráter cultural, envolvido por crenças e tabus que são, em maioria, mantidos pelas avós.

IPE: "Eu daria muito suco, canjica, muita água, mingau, cuscuz."

COPO DE LEITE: "Uma alimentação que tenha caldo no meio, galinhada..."

As recomendações para essa dificuldade, segundo o MS, é melhorar o posicionamento e a pega do bebê, quando não adequados; aumentar a frequência das mamadas; oferecer as duas mamas em cada mamada; massagear a mama durante as mamadas ou ordenha; dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas; após a mamada, ordenhar o leite residual; evitar o uso de mamadeiras, chupetas e protetores de mamilos; consumir dieta balanceada; ingerir líquidos em quantidade suficiente (lembrar que líquidos em excesso não aumentam a produção de leite, podendo até diminuí-la); repousar, sempre que possível (BRASIL, 2015).

Para Giugliani (2004), a queixa de "pouco leite" geralmente é uma percepção errônea da mãe, alimentada pela insegurança quanto à sua capacidade de nutrir plenamente o bebê, desconhecimento do comportamento normal de um bebê (que costuma mamar com frequência) e opiniões negativas de pessoas próximas. A percepção errônea da mãe muitas vezes leva à complementação da criança, que vai afetar negativamente a produção de leite, uma vez que a criança passa a sugar menos na mãe.

2º CATEGORIA: Conhecimentos Paralelos à Prática da Amamentação

Subcategoria cólicas no recém-nascido

Nessa subcategoria, as avós demonstraram, através de suas falas, que o aleitamento materno exclusivo pode ser quebrado com o uso de medicamentos e/ou chás para a cólica do recém-nascido. Em contrapartida, as falas sobre massagem e calor local também estiveram bem representadas.

MIMOSA: “Dar um remedinho pra cólica, Luftal, chá de fuxicória, de camomila, de alface, de funcho, de poejo...”

AMOR-PERFEITO: “A mãe não pode comer chocolate né? Refrigerante e comida com ovo também não é bom...”

Água, chás e principalmente outros leites devem ser evitados, pois há evidências de que o seu uso está associado com desmame precoce e aumento da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2015).

Para Josminsky (2005), cabe aos profissionais de saúde discutir as crenças maternas relacionadas ao tipo de alimento e cólica do bebe, poupando-as de alterar desnecessariamente seus hábitos alimentares ou de acrescentar chás e medicamentos ao recém-nascido.

COPO DE LEITE: “Esquentar a fraldinha e colocar na barriguinha, põe juntinho com a mãe, pra pegar aquela quenturinha e fazer massagem.”

Segundo as recomendações atuais do MS, as cólicas devem ser amenizadas com massagens abdominais e incentivo à prática do aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2015).

Subcategoria duração do aleitamento materno

As avós do presente estudo reconhecem a importância do aleitamento materno exclusivo, e a grande maioria tem o conhecimento sobre a recomendação atual.

JASMIM: “Seis meses.”

LÍRIO: “Ah, eu creio que se tiver bastante leite, até os seis meses.”

Segundo o MS, o aleitamento materno deve ser exclusivo até seis meses de idade e depois este deve ser complementado com outros alimentos até dois anos ou mais (BRASIL, 2015).

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2007), as crianças que recebem leite materno possuem melhor desenvolvimento e apresentam relativo aumento da inteligência em relação as crianças não amamentadas no peito. Ela acrescenta ainda que até os seis meses de vida, o bebê amamentado não necessita de chá, água ou qualquer outro tipo de alimento.

Subcategoria cuidados com as mamas

Essa subcategoria apresentou uniformidade nas falas, sendo que a grande maioria apontou o uso de água e sabão constante nas mamas como um cuidado importante a ser prestado.

TULIPA: “Limpar bem limpinho com água e sabão antes de colocar o bebê pra mamar...”

COPO DE LEITE: “Tem que higienizar o peito dela com álcool e um algodãozinho.”

Xavier (2016) aponta que não existe preparo especial quanto às mamas. Sendo assim, não é recomendável utilizar óleos, sabões, cremes, buchas ou conchas. A

própria natureza (ou seja, fisiologia corporal) se encarrega desse preparo, podendo o excesso de limpeza alterar a microbiota natural da mama.

DALIA: “Ser exposta ao sol, passar o leite no biquinho para poder hidratar. Não pode passar pomada, só o leite mesmo.”

É recomendado banho de sol nas mamas por 15 minutos, até 10 horas da manhã ou após as 16 horas. Esclarecer que o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo deve ser evitado (BRASIL, 2015).

Subcategoria alimentação da mãe que amamenta

De todas as subcategorias apresentadas, esta evidenciou maior fator cultural, falas cheias de crenças que não são comprovadas pela literatura, mas que continuam sendo realizadas na sociedade de maneira empírica ao longo dos anos.

JASMIM: “Tem que dar muito caldo, canjica, milho, muito líquido, comida saudável, reforçada, que tenha ferro...”

CRAVINA: “Depois de 30 dias pode comer de tudo, mas antes disso não pode comer peixe, nem limão...”

BROMÉLIA: “Eu penso assim abacaxi não pode, ovo não pode...”

Para o MS, como regra geral, as mulheres que amamentam não necessitam evitar determinados alimentos, e devem ser encorajadas a ingerir líquidos em quantidades suficientes para saciar a sua sede. Entretanto, líquidos em excesso devem ser evitados, pois não aumentam a produção de leite, podendo até diminuir (BRASIL, 2015).

A alimentação da mãe lactante é influenciada por fatores socioculturais que regem as escolhas alimentares, assim como pela disponibilidade local dos alimentos. Essas práticas são geralmente transmitidas pela família e pela sociedade. Assim, tabus, mitos, crenças e hábitos alimentares podem influenciar a alimentação materna durante o aleitamento materno (KULAKAC et al., 2007).

Subcategoria uso de mamadeira e chupeta

Para essa subcategoria, as avós demonstraram não aprovarem o uso da chupeta, mas concordaram com o uso da mamadeira por não encontrarem outra alternativa para ofertar líquidos a criança.

AZALÉIA: “Chupeta eu não daria, fica muito artificial, atrapalha a criança, a dentição fica ruim, não aconselho nenhuma mãe a usar. Faz o bebê babar.”

LISANTO: “Eu sei que a mamadeira é bom dar, porque com o tempo vai ter que tomar suco... não tive nenhum problema com meus 5 filhos...”

O MS desaconselha o uso da chupeta pela possibilidade de interferir negativamente na duração do aleitamento materno, entre outros motivos. Crianças que chupam chupetas, em geral, são amamentadas com menos frequência, o que pode comprometer a produção de leite. Além disso, seu uso está associado à maior ocorrência de candidíase oral (sapinho), de otite média e de alterações do palato. A mamadeira, além de ser uma importante fonte de contaminação, pode influenciar negativamente a amamentação. Observa-se que algumas crianças, depois de experimentarem a mamadeira, passam a apresentar dificuldade quando vão mamar no peito. Alguns autores denominam essa dificuldade de “confusão de bicos”, gerada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira (BRASIL, 2015).

Corroborando com essas recomendações, Vogel, Hutchison e Mitchell (2001) apresentam que o uso de chupeta também prejudica a função motora oral, exercendo papel importante na síndrome do respirador bucal, e também levar a problemas ortodônticos provocados pela sucção do bico, que não estimula adequadamente os

músculos da boca. Para, Lamounier (2003), esses hábitos são ainda bastante difundidos e culturalmente arraigados no Brasil e em outros países.

Algumas limitações puderam ser identificadas no estudo. As avós e mães/puérperas estudadas eram usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), com predominância, portanto, de indivíduos de menor poder aquisitivo. Esta pesquisa teve uma abrangência regional, podendo apresentar resultados diferentes se aplicada em outras regiões do país e do mundo.

CONCLUSÃO

Quanto aos dados quantitativos, obtiveram-se as seguintes frequências: as avós eram em sua maioria jovens, de 40-59 anos (68%), que possuíam o 1º grau incompleto (52%) e que, segundo estimativas, passariam de 4-7 dias de contato semanal com a mãe-bebê (56%). A grande maioria das avós eram avós maternas (64%). Dessas 48% tiveram, em média, de 3-4 filhos e a mesma porcentagem amamentou em média 6 meses a 1 ano seus filhos. Quanto aos dados das puérperas, observou-se que 72% das puérperas entrevistadas tinham de 15-25 anos, possuíam o 2º grau incompleto ou completo (56%), eram, em sua maioria, casadas (40%) e moravam com o companheiro e filhos (40%). 64% das estudadas eram primíparas e 52% delas tiveram parto normal.

A partir das análises qualitativas realizadas, algumas conclusões se fizeram pertinentes: 1. As avós exercem grande influência sobre a prática da amamentação de suas filhas e noras; 2. Quanto às soluções que expressam frente aos principais problemas da amamentação, suas falas revelaram a presença de crenças, mitos e tabus, que muitas vezes divergem do que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Conclui-se, por conseguinte, que é preciso primeiramente o reconhecimento por parte dos profissionais que atuam direta ou indiretamente com o nascimento e a prática da amamentação, quanto à importância de uma intervenção multiprofissional que envolva essas avós. A influência das avós na amamentação de seus netos poderá ser uma grande aliada para uma amamentação mais eficaz e prazerosa.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Diante dos resultados desse estudo e sabendo da importância da enfermagem para o sucesso do aleitamento materno, faz-se necessário ouvir os saberes dessas avós e convocá-las para as consultas de pré-natal para que elas recebam orientações preconizadas pelo MS também se faz de grande valia para a compreensão das arestas que se é necessário reparar.

Este trabalho contribui para uma assistência de enfermagem mais qualificada e deixa aqui possibilidades de novos questionamentos para pesquisas futuras sobre avós e amamentação, bem como sua influência.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 2010. Edições 75.

BERTAUX, D. L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités. **Cahiers Internationaux de Sociologie**, v. LXIX, p. 45-67, 1980.

BIANCUZZO, M. Maternal physical assessment and counseling. In: **Breastfeeding the newborn**. St. Louis: Mosby, p. 226-304, 2009.

BIANCUZZO, M. **Sore nipples: prevention and problem solving**. Herndon, USA: WMC Worldwide; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CELADE, N. C. **Proyecciones de Población**. Observatório Demográfico da América Latina: CELADE, 2012. 144 p.

CHIAPIN, G.; ARAUJO, G. B; WAGNER, A. Sogra-nora: como é a relação entre estas duas mulheres? **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). Resolução n^o 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html> Acesso em: 4 jan. 2016.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm> Acesso em: 15 nov. 2016.

GIUGLIANI E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5 (Supl), 2004.

GOLDFARB, D. C.; LOPES, R. G. da C. Avosidade: a família e a transmissão psíquica entre gerações. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p. 1347, 2011.

GONÇALVES, T. R. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciênc. saúde colet.**, v. 16, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/12.pdf>>. Acesso em: 3 nov 2016.

GRASSLEY, J.; ESCHITI, V. Grandmother Breastfeeding Support: what do mothers need and want? **Birth**, v. 35, p. 329-335, dec. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico 2010: famílias e domicílios (resultados da amostra)**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm>> Acesso em: 14 nov. 2016.

JOSMINSKY, F.S. **Aprendendo a lidar com a cólica do filho**. São Paulo, 2005. 99 p.

KULAKAC, O. et al. The opinions of employed mothers about their own nutrition during lactation: a questionnaire survey. **Internacional Journal of Nursing Studies**, v. 44, n. 44, p. 589-600, 2007.

LAMOUNIER, J. A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 4, 2003.

LOPES, R. C. S; PROCHNOW, L. P.; PICCININI, C. A. A relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, p. 295-304, abr./jun. 2010.

MOREIRA, M. A.; NASCIMENTO, E. R. A interseccionalidade família, geração e amamentação. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 191-208, set. 2012.

NICKLAS, C. Fonoaudióloga: Reflexo de sucção. **Revista Amamentar é**, 2014. Disponível em: <<http://www.amamentareh.com.br/reflexo-de-succao/>>. Acesso em: 17 set. 2017.

PATTON, M. Q. **Qualitative Evaluation and Research Methods**. London: Sage Publications, 1990.

REYNOLDS, G. P.; WRIGHT, J. V.; BEALE, B. The roles of grandparents in educating today's children. **Journal of Instructional Psychology**, v. 30, n. 4, p. 316-325, 2003.

RIBEIRO, E.M. et al. conhecimento das mães sobre aleitamento materno no Hospital São Lucas - Juazeiro do Norte (CE). **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe**, España y Portugal, 2004.

SOARES, C. Envelhecimento populacional e as condições de rendimento das idosas no Brasil. **Rev. Gênero**, Niterói, v. 12, n. 2, p. 167-185, 2012.

SUSIN, L. R. O; GIUGLIANI, E. R. J.; KUMMER, S. C. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 141-147, jul. 2005.

VOGEL A. M, HUTCHISON B. L, MITCHELL E. A. The impact of pacifier use on breastfeeding: a prospective cohort study. **J Paediatr Child Health**, v. 37, p. 58-63, 2001.

XAVIER, J. **Mitos e verdades sobre a produção de leite materno**. 2016. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/infantil/para-pais/2016/11/mitos-e-verdades-sobre-producao-de-leite-materno>>. Acesso em: 3 ago. 2017.

Gabrielle Pessoa da Silva

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Educação em Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Jéssica Leite Bernardo da Silva

Graduanda em enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Rhayza Rhavenia Rodrigues Jordão

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Educação em Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Ryanne Carolynne Marques Gomes

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Educação em Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Francisca Márcia Pereira Linhares

Docente da graduação e pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

RESUMO

Introdução: A Doença Arterial Coronariana (DAC) é uma das principais causas de morbimortalidade mundial, ocorre como resultado da obstrução das artérias coronárias e constitui um grupo de doenças que inclui a angina estável, angina instável e infarto agudo do miocárdio com ou sem elevação do segmento ST, sendo essas três últimas conhecidas como Síndromes Coronarianas Agudas. Os indivíduos acometidos por essa síndrome apresentam importantes fatores de risco modificáveis, os quais podem ser modificados por meio de mudanças no estilo de vida. **Objetivo:** Descrever a Sistematização da Assistência de Enfermagem para um cliente com SCASSST/DAC multiarterial. **Metodologia:** Relato de experiência da execução da Sistematização da Assistência de Enfermagem para uma paciente com SCASSST/DAC multiarterial, realizado em abril e maio/2018, em um hospital escola especializado em cardiologia, situado em Recife-PE. A coleta de dados ocorreu por meio de análise do prontuário, anamnese e exame físico, com posterior raciocínio clínico para identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Resultados:** LBS, 60 anos, CRM há 10 anos, HAS, DM, DRC. Os principais diagnósticos de enfermagem elencados foram: Dor aguda, Risco de queda, Risco de intolerância à atividade, Risco de solidão, Risco de glicemia instável, Risco de pressão arterial instável, Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída e Controle ineficaz da saúde. Para cada um desses diagnósticos foram elaboradas intervenções, dentre as quais: promover alívio da dor, evitar possíveis quedas, controle da intolerância à atividade e da disglícemia, estímulo para modificações no estilo de vida. **Conclusão:** O plano de cuidados permitiu uma assistência individualizada e humanizada com foco no manejo dos fatores de risco cardiovasculares modificáveis e na promoção de hábitos saudáveis de vida. **Contribuições para a enfermagem:** Destaca-se o avanço científico desta área, o estímulo ao pensamento crítico do enfermeiro e a consolidação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prática clínica diária.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Enfermagem cardiovascular; Síndrome coronariana aguda.

INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de morte no Brasil e no mundo, também é responsável pelo aumento da morbidade e incapacidade ajustadas pelos anos de vida (NASCIMENTO et.al 2018; DUTRA et al., 2016). Dentre as DCV, a doença isquêmica do coração, como também é conhecida a Doença Arterial Coronariana (DAC), apresenta-se como a principal causa de morte mundial. No Brasil, é responsável por 31% das mortes cardiovasculares, ultrapassando a taxa de morte por Acidente Vascular Cerebral (AVC) (RIBEIRO et al., 2016).

A DAC ocorre como resultado da obstrução das artérias coronárias e constitui um grupo de doenças que inclui a angina estável, Síndrome Coronariana Aguda Sem Supra de segmento ST (SCASSST), que envolve tanto a angina instável quanto o infarto agudo do miocárdio, e Síndrome Coronariana Aguda Com Supra de segmento ST (SCACSST), a qual envolve o infarto com supra de ST (FONSECA; IZAR, 2016; SMELTZER; BARE, 2018).

A causa mais comum da DAC é a aterosclerose coronariana, uma vez que mecanismos lipídicos e inflamatórios parecem estar associados com a instabilidade da placa ateromatosa e, conseqüentemente, com a evolução das SCA. Quando ocorre uma ruptura dessa placa, inicia-se um processo inflamatório que vai culminar na obstrução do vaso, a qual pode ser parcial ou total. Quando ocorre necrose muscular cardíaca devido a uma obstrução parcial, tem-se o infarto agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST e quando há a obstrução total do vaso, tem-se o infarto agudo do miocárdio com a elevação do segmento ST. Destaca-se que quando o vaso coronariano é parcialmente obstruído e não há sinais de necrose miocárdica tem-se a apresentação clínica da angina (FONSECA; IZAR, 2016).

A principal manifestação clínica da DAC é a dor torácica, que é decorrente da isquemia miocárdica. A dor geralmente é do tipo em “aperto” localizada na área retroesternal, região anterior e posterior do tórax, podendo irradiar para o pescoço, mandíbula, região interescapular, ombros, face interna dos braços, sempre com predileção pelo lado esquerdo. Essa dor pode ser associada a sinais e sintomas de indigestão, dispnéia, palidez, sudorese, tonturas, náuseas e vômitos (SMELTZER; BARE, 2018).

Dentre os fatores de risco predominantes nas Síndromes Coronarianas Agudas (SCA), tem-se aqueles não modificáveis, cujo os mais prevalentes são idade, sexo masculino e história familiar, e os modificáveis, como a hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, sedentarismo, obesidade e tabagismo (SANTOS; MACHADO; MENEZES, 2018; SILVEIRA et al., 2018; RODRIGUES et al., 2017).

A maior parte da população com síndrome coronariana aguda apresenta com maior frequência, fatores de risco modificáveis. Sendo assim, é necessário que as autoridades de saúde bem como os profissionais da saúde avaliem os fatores de risco mais prevalentes da população, com vistas ao direcionamento da assistência à saúde cardiovascular e prevenção de complicações (SANTOS; MACHADO; MENEZES, 2018; RODRIGUES et al., 2017; CARDOSO et al., 2020).

Implementar políticas de saúde com foco na minimização de fatores de risco modificáveis e voltadas para o estímulo de hábitos de vida saudáveis, o acesso a medidas para prevenção primária e secundária de DCV, bem como o tratamento de eventos cardiovasculares, deve ser uma prioridade de saúde pública com vistas ao controle das DCV no Brasil e no mundo (PRÉCOMA et al., 2019).

A enfermagem tem papel relevante na minimização de fatores de risco cardiovascular modificáveis por meio de ações de educação em saúde, que quando

realizadas por meio de abordagens participativas e interativas, tem potencial para promover o empoderamento para o autocuidado, a propagação do conhecimento e modificações no estilo de vida (BASTABLE, 2010; FERRETI et al., 2014; FARIAS et al., 2018; RODRIGUES et al., 2019).

O estímulo de hábitos saudáveis de vida, como a alimentação saudável, cessação do tabagismo, controle de peso e prática de atividades físicas são ações de enfermagem que podem ser trabalhadas por meio da educação em saúde e proporcionar um impacto positivo na saúde cardiovascular das pessoas. Dessa forma, consegue-se redução do risco, morbidade e promoção da saúde cardiovascular (LUIS; ABREU; GÓMEZ, 2017).

No âmbito da enfermagem, a programação de intervenções, tal qual as ações de educação em saúde, devem ser construídas com base no Processo de Enfermagem (PE), instrumento metodológico que norteia o cuidado profissional e desenvolve-se em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. Os enfermeiros devem liderar a execução e avaliação desse processo, sendo privativas do enfermeiro as etapas de Diagnóstico de Enfermagem (DE) e prescrição das ações ou intervenções de enfermagem (COFEN, 2009).

Para a formulação dos DE, existem atualmente terminologias padronizadas no mundo todo. Dentre essas, destaca-se a terminologia proposta pela *NANDA-International* (NANDA-I), a qual vem sendo utilizada mundialmente pelos profissionais de enfermagem. Nessa taxonomia, os DE são agrupados em domínios (refletem uma área de interesse), classes (grupo mais específico dentro dos domínios, que possui estrutura similar) e diagnósticos (agrupados nas classes). Atualmente, a taxonomia da NANDA-I é organizada em 13 domínios, 47 classes e 244 diagnósticos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Além da NANDA-I, tem-se taxonomias também para a descrição de resultados e intervenções de enfermagem. A *Nursing Outcomes Classification* (NOC) é um sistema que pode ser utilizado para selecionar medidas de resultados relacionadas ao DE (JOHNSON et al., 2016), já a *Nursing Interventions Classification* (NIC) é uma taxonomia que pode ser utilizada para intervenções de enfermagem tanto independentes quanto interdisciplinares (BULECHEK et al., 2016).

Nesse sentido, a descrição da assistência de enfermagem ao paciente com DAC e SCA faz-se relevante e pode permitir ampliação dos conhecimentos científicos na área profissional, bem como favorecer uma assistência individualizada e humanizada, baseada na ciência da enfermagem. Assim, o objetivo deste estudo foi descrever a Sistematização da Assistência de Enfermagem para um cliente com SCASSST/DAC.

METODOLOGIA

Relato de experiência da execução da Sistematização da Assistência de Enfermagem para um paciente com diagnóstico de SCASSST/DAC multiarterial. O estudo foi realizado em abril e maio de 2018, em um hospital escola especializado em cardiologia de Recife-PE.

A coleta de dados ocorreu pela discente de enfermagem durante estágio curricular. Para a elaboração da primeira etapa do PE (coleta de dados), realizou-se análise do prontuário e anamnese seguido de um exame físico geral e específico durante todo o acompanhamento do paciente ao longo da internação hospitalar. Posteriormente, com base no raciocínio clínico da enfermagem, identificou-se os problemas/fenômenos de enfermagem para após descrever os DE, os quais foram categorizados segundo a taxonomia da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A partir dos DE elencados, elaborou-se os resultados esperados usando como referência a NOC (JOHNSON et al., 2016), e posteriormente foram planejadas e implementadas as prescrições de enfermagem, segundo a NIC (BULECHEK et al., 2016).

As evoluções de Enfermagem eram registradas diariamente e utilizadas para avaliar a evolução do paciente a cada 24 horas.

RESULTADOS

Coleta de dados

Paciente L.B.S, sexo feminino nascida em 05/07/1957, 60 anos, divorciada, dona de casa, 2 filhos, natural de gravatá - PE. Apresenta antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus tipo II (DM II), Retinopatia Diabética, Doença Renal Crônica (DRC), Dislipidemia (DLP), SCASSST/DAC multifatorial prévia, tabagismo, passado de neoplasia de mama. Como antecedentes familiares referiu HAS, Câncer (CA), Acidente Vascular Encefálico (AVE) e DM II.

L.B.S foi admitida no hospital especializado de cardiologia de Recife/PE em 21/04/2018 com quadro clínico de precordialgia tipo aperto/queimação, de forte intensidade, com irradiação para membro superior esquerdo (MSE), sem fatores desencadeantes e com duração > 30 minutos associada à dispneia em repouso. Referiu também oligúria há +/- 24 horas. Possui vários internamentos anteriores com quadro semelhante, sendo o último no dia 07/04/2018, em que ficou cerca de 15 dias internada para estabilização.

Ainda em relação ao histórico de doenças da paciente, a mesma informou que foi submetida à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM) há 10 anos, sem nova proposta de abordagem cirúrgica devido anatomia desfavorável a despeito de Cateterismo Cardíaco (CATE) evidenciando DAC Multiarterial e tratamento conservador para DRC.

Ao ser admitida na enfermaria em 24/04/2018 apresentava-se clinicamente estável, negando precordialgia e dispnéia, tosse ou febre. Relatou sensação de peso constante em região precordial.

Ao exame físico e anamnese realizado em 08/05/2018, no 10º dia de internação hospitalar, L.B.S queixou-se de dificuldade para enxergar e da falta de ter uma acompanhante, o que lhe gerava indisposição e medo de sofrer uma queda, se saísse do leito. Apresentou-se consciente e orientada, no tempo e espaço, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Normocorada, anictérica, acianótica, hidratada e afebril (T= 37°C). Conciliando bem sono e repouso, higiene oral e corporal satisfatórias. Aparelho Respiratório: Respiração espontânea, Murmúrios Vesiculares (+), Ruídos Adventícios (-), em ambos hemitórax, expansibilidade torácica bilateral, eupneica, frequência respiratória de 22 irpm. Aparelho Cardiovascular: bulhas normofonéticas, ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros, frequência cardíaca de 71 bpm, normosfígmica (Pulso = 70 bpm, cheio e regular), hipertensa no momento (PA = 140 x 100mmHg), perfusão periférica regular, venoclise em membro superior direito em boas condições de funcionamento. Sistema gastrointestinal: abdome plano, flácido, doloroso à palpação superficial em região epigástrica e, em região mesogástrica à palpação profunda. Eliminação intestinal presente. Diurese espontânea, força muscular e amplitude diminuídas em membros superiores e inferiores. Escala de Morse score 50 (risco elevado) (URBANETTO et al., 2013).

As medicações em uso foram: AAS 100mg/dia, Monocordil 40 mg (3x)/dia, Hidralazina 100mg (3x)/dia, Metoprolol 100 mg (2x)/dia, Sivastatina 40 mg/dia, Alodipino

10mg/dia, Furosemida 40mg/dia, Insulina NPH antes das principais refeições. A análise dos exames complementares realizados em 22/04/2018 revelou alterações na Hemoglobina (9,7 g/dL) e Hematócrito (27,7%), indicando um quadro anêmico e na Creatinina (1,87 mg/dL) e Uréia (114,6 mg/dL), por consequência do diagnóstico de DRC apresentado.

Durante o período de internamento a paciente evoluiu clinicamente estável, queixando-se de dificuldade para enxergar, saudade dos filhos, medo de sair do leito e, ocasionalmente, referia dor em região precordial e dispneia em repouso. Ao exame físico, destacam-se as dores à palpação superficial em epigástrio e profunda em mesogástrio, a diminuição da força e amplitude de membros superiores e inferiores e o risco elevado de queda (escore 50 na escala Morse) (URBANETTO et al., 2013).

Diagnósticos e Intervenções de enfermagem:

O plano de cuidados de enfermagem foi realizado a partir da identificação dos diagnósticos de enfermagem elencados como prioritários, segundo a taxonomia da NANDA-I 2018-2020 (TABELA 1) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Tabela 1. Diagnósticos e intervenções de enfermagem da paciente L.B.S. Recife-PE, 2020.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	METAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
1. Dor aguda relacionada a agentes químicos lesivos evidenciada por relato verbal	Proporcionar alívio da dor	Determinar o nível de dor por meio de escalas padronizadas, proporcionar medidas de conforto, ambiente tranquilo e atividades calmas para facilitar o controle não farmacológico da dor. Administrar as medicações específicas de acordo com a prescrição médica quando medidas não farmacológicas não forem mais viáveis.
2. Risco de quedas relacionado à redução da acuidade visual	Evitar possíveis quedas	Aplicar a escala de morse diariamente. Orientar a paciente a pedir ajuda ao sair e retornar ao leito.
3. Risco de intolerância à atividade relacionado ao desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio no miocárdio	Evitar a intolerância à atividade	Estimular a paciente a caminhar ocasionalmente, desestimulando um longo período de permanência no leito. Incentivar a realização da fisioterapia motora e respiratória

<p>4. Risco de solidão relacionado a isolamento social, privação afetiva e emocional decorrentes da internação hospitalar</p>	<p>Evitar o isolamento social</p>	<p>Contatar familiares para conseguir um acompanhante para a paciente. Acionar acompanhamento psicológico para a paciente. Realizar escuta terapêutica diariamente.</p>
<p>5. Risco de glicemia instável relacionado à estado de saúde comprometido</p>	<p>Manter a glicemia estável</p>	<p>Verificar glicemia capilar de rotina (12x12h) e corrigir os valores conforme prescrição médica. Orientar alimentação adequada, evitar doces e carboidratos.</p>
<p>6. Risco de pressão arterial instável relacionado à disfunção dos mecanismos reguladores da pressão arterial</p>	<p>Manter a pressão arterial estável, em níveis normais</p>	<p>Verificar a pressão arterial de 6x6h e comunicar anormalidades. Administrar medicações conforme prescrição médica. Orientar sobre mudanças no estilo de vida (alimentação hipossódica, atividade física).</p>
<p>7. Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída relacionado a oclusão/espasmo da artéria coronária</p>	<p>Manter boa perfusão tissular cardíaca</p>	<p>Orientar sobre como proceder em casos de sinais de piora da isquemia cardíaca (dor torácica e dispneia). Monitorizar sinais vitais a cada 6h e comunicar alterações. Realizar eletrocardiograma</p>
<p>8. Controle ineficaz da saúde relacionado a apoio social insuficiente evidenciado por falha em agir para reduzir fatores de risco (internações subsequentes)</p>	<p>Manter a saúde eficaz</p>	<p>Acionar serviço social para contatar familiares/parentes/amigos. Estimular apoio social mediante conversa com familiares. Orientar medidas de redução/controle dos fatores de risco modificáveis</p>

CONCLUSÃO

A identificação dos DE, por meio da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), permitiu uma assistência individualizada e humanizada, com foco no manejo dos fatores de risco cardiovasculares modificáveis e na promoção de hábitos saudáveis de vida para um cliente com SCASSST/DAC multiarterial. Assim, tem-se que a assistência de enfermagem é fundamental tanto para prevenir, quanto para tratar os problemas cardiovasculares.

Ressalta-se que a partir da identificação dos DE, o enfermeiro é capaz de realizar a etapa de planejamento (resultado esperado e prescrições de enfermagem) com a finalidade de implementar as intervenções de enfermagem, que venham a alcançar seus resultados esperados. Diante do contexto das DCV, essas intervenções são implementadas no intuito de minimizar os fatores de risco cardiovasculares modificáveis, bem como de promover o empoderamento do paciente ao autocuidado e às modificações no estilo de vida.

Assim, estabelecer o plano de cuidado de enfermagem é essencial para uma assistência holística, que venha a atender as reais necessidades do indivíduo. Atrelado a isso, destaca-se que a educação em saúde deve estar presente na prestação do cuidado de enfermagem, com vistas a promover à saúde e prevenir os agravos das doenças. Dessa forma, no contexto das DCV, as orientações sobre as mudanças no estilo de vida, bem como a inclusão da família no cuidado ao paciente, são fundamentais para a reabilitação da saúde do indivíduo.

Com base no raciocínio clínico da enfermagem, foram identificados tanto DE com foco no problema, quanto DE de risco, conforme a taxonomia da NANDA-I (2018-2020), os quais foram: Dor aguda; Controle ineficaz da saúde; Risco de queda; Risco de intolerância à atividade; Risco de solidão; Risco de glicemia instável; Risco de pressão arterial instável; e Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída.

Entretanto, destaca-se que a maioria dos diagnósticos identificados são de risco, o que contribui para a implementação de intervenções que venham a prevenir os fatores de risco relacionados as DCV. Sendo assim, foi possível conhecer os possíveis riscos para o paciente e estabelecer intervenções com o objetivo de minimizar e evitar esses riscos para a saúde do indivíduo.

Salienta-se que associar os fatores predisponentes a um DE é importante para determinar com clareza e assertividade os cuidados de enfermagem, assim como para subsidiar a comunicação com os outros integrantes da equipe, o que contribui para a qualidade de vida do indivíduo.

Acrescenta-se que a identificação dos diagnósticos também contribui para a análise das respostas do paciente à patologia e para a investigação holística do indivíduo, tendo como base a padronização da linguagem de enfermagem da taxonomia da NANDA-I.

Portanto, conclui-se que a assistência de enfermagem é fundamental para pacientes que tenham ou que são susceptíveis aos fatores de risco para DCV e que o Processo de Enfermagem é fundamental para o cuidado ao paciente e para a prevenção de agravos, logo, tem-se que a prevenção dos fatores de risco cardiovasculares contribuirá para a maior eficácia e redução dos custos da assistência.

A prevenção dos fatores de risco, as mudanças no estilo de vida, o apoio emocional, o tratamento farmacológico e as ações educativas (intervenções estabelecidas no plano de cuidado deste estudo) podem auxiliar na saúde cardiovascular. Portanto, esses elementos devem estar presentes na assistência de enfermagem.

Sugere-se a realização de outros estudos, com a finalidade de organizar a base do conhecimento científico da enfermagem, visto que isso irá promover o cuidado qualificado às pessoas com problemas cardiovasculares, bem como subsidiará a assistência dos serviços de saúde.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Este estudo contribui para o conhecimento e prática do enfermeiro que atua na assistência aos pacientes diagnosticados ou que são susceptíveis às DCV, visto que apresenta estratégias e ferramentas que subsidiam a assistência de enfermagem, de modo a ampliar o desenvolvimento da prática clínica, a qual é considerada de suma importância. Assim, contribui para a obtenção dos resultados positivos da assistência de enfermagem.

Além disso, tem-se que as DCV são responsáveis pelas principais causas de mortalidade no Brasil e no mundo, o que merece destaque nas pesquisas científicas. Logo, este estudo permite compreender como a enfermagem pode reduzir e prevenir os fatores de risco que contribui para essa mortalidade.

Destaca-se que os achados deste estudo também contribuem para a discussão e conhecimento da temática, uma vez que a implementação do Processo de Enfermagem repercute de maneira positiva no cuidado de enfermagem à saúde do indivíduo com SCASSST/DAC multiarterial.

Acrescenta-se que este estudo reforça que a descrição da assistência ao paciente com SCASSST/DAC multiarterial é relevante. Nesta perspectiva, a discussão sobre a atuação do enfermeiro na assistência aos indivíduos com problemas cardiovasculares pode contribuir para a construção de protocolos para cuidados com as pessoas que possuem a mesma condição clínica, bem como pode subsidiar outros estudos acerca da assistência aos indivíduos susceptíveis ou diagnosticados com DCV.

Ademais, as taxonomia da NANDA-I, NOC e NIC foram utilizadas, o que enfatizou o julgamento clínico e a tomada de decisão do enfermeiro. Ainda, destaca-se que a implementação da SAE impulsiona o julgamento e raciocínio clínico do enfermeiro frente aos problemas de saúde e/ou fatores de risco para as doenças cardiovasculares, o que contribui para uma tomada de decisão mais precisa.

Destaca-se o avanço científico desta área, o estímulo ao pensamento crítico do enfermeiro e a consolidação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prática clínica diária, bem como que a descrição da assistência de enfermagem permite a ampliação do conhecimento científico acerca dos principais DE identificados em indivíduos com problemas cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

BASTABLE, S. B. **Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice**. 4 ed. United States of America: Copyrighted, 2010.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J.; WAGNER, C. M. **NIC - Classificação Das Intervenções de Enfermagem**. 6ª ed., editora elsevier, 2016.

CARDOSO, F. N.; DOMINGUES, T.A. M.; SILVA, S. S.; LOPES, J. L. Fatores de risco cardiovascular modificáveis em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. e-1275, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília, DF, 15 out. 2009. Disponível em: < <http://www.portalcofen.gov> >. Acesso em: 10 de maio de 2018.

DUTRA, D. D.; DUARTE, M. C., S.; ALBUQUERQUE, K. F.; LIMA, A. S.; SANTOS, J. S.; SOUTO, H. C. et al. Cardiovascular disease and associated factors in adults and elderly registered in a basic health unit. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4501-4509, 2016.

FARIAS, M. S.; OLIVEIRA, S. C.; FREITAS, M. C.; GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. F.; BARROS, L. B. F. Cuidado clínico de enfermagem no cotidiano de sua prática e em saúde cardiovascular. **Revista de Enfermagem da UFJF**, v. 4, n. 1, p. 77-82, 2018.

FERRETTI, F.; GRIS, A.; MATTIELLO, D.; TEO, C. R. P. A.; SÁ, C. Impacto de programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares. **Rev. saude publica.**, v. 16, n. 6, p. 807-820, 2014.

FONSECA, F. A. H.; IZAR, M. C. O. Fisiopatologia das síndromes coronarianas agudas. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 26, n. 2, p. 74-77, 2016.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

JOHNSON, M.; MOORHEAD, S.; MAAS, M. L.; SWANSON, E. **NOC - Classificação Dos Resultados de Enfermagem**. 5ª ed., editora elsevier, 2016.

LUIS, N. P.; ABREU, J. G.; GÓMEZ, M. B. S. Competencias enfermeras sobre el diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular. **Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria**, v. 10, n. 1, p. 40-51, 2017.

NASCIMENTO, B. R.; BRANT, L. C. C.; OLIVEIRA, G. M. M.; MALACHIAS, M. V. B.; REIS, G. M. A.; TEIXEIRA, R. A. et al. Cardiovascular Disease Epidemiology in Portuguese Speaking Countries: data from the Global Burden of Disease, 1990 to 2016. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia.**, v. 110, n. 6, p. 500-511, 2018.

PRÉCOMA, D. B.; OLIVEIRA, G. M. M.; SIMÃO, A. F.; DUTRA, O. P.; COELHO, O. R.; IZAR, M. C. O. et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**. 2019; [online].

RIBEIRO, A. L.; DUNCAN, B. B.; BRANT, L. C.; LOTUFO, P. A.; MILL, J. G.; BARRETO, S. M. Cardiovascular Health in Brazil: Trends and Perspectives. **Circulation**. v. 133, n. 4, p. 422-433, 2016.

RODRIGUES, P. C.O.; SANTOS, E. S.; HACON, S. S.; IGNOTTI, E. Fatores de risco para mortalidade por doenças cardiovasculares associados à alta exposição ao tráfego veicular. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 423-434, 2017.

RODRIGUES, M. G. J.; SILVA, R.; GONÇALVES, M. D.; PARAÍSO, A. F.. Processo de enfermagem em pacientes submetidos à angioplastia transluminal percutânea coronária. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 23, p. e284-e284, 2019.

SANTOS, A. F.; MACHADO, R. R.; MENEZES, M. G. V. Fatores de risco predominantes na população com síndrome coronariana aguda. **Revista Saúde.com**, v. 14, n. 2, p. 1146-1152, 2018.

SILVEIRA, E. L.; CUNHA, L. M.; PANTOJA, M. S.; LIMA, A. V. M.; CUNHA, A. N. A. Prevalência e distribuição de fatores de risco cardiovascular em portadores de doença arterial coronariana no Norte do Brasil. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 20, n. 3, p. 167-173, 2018.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

URBANETTO, J. S.; CREUTZBERG, M.; FRANZ, F.; OJEDA, B. S.; GUSTAVO, A. S.; BITTENCOURT, H. R. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 47, n. 3, p. 569-575, 2013.

Suzana Curtinhas da Cunha

Professora Assistente da Escola de Ciências da Saúde da Unigranrio
<http://lattes.cnpq.br/4557475296517357>

Jorge Luis Alves de Oliveira

Professor Assistente da Escola de Ciências da Saúde da Unigranrio
<http://lattes.cnpq.br/8708541132776414>

Mariana Lima Amorim

Aluna de Graduação da Unigranrio
<http://lattes.cnpq.br/9958865273089579>

Rayza Rodrigues Franklin

Aluna de Graduação da Unigranrio
<http://lattes.cnpq.br/9467571364420031>

RESUMO

Introdução: Sabemos que a ação cicatricial é dinâmica e sistêmica e está diretamente relacionada às condições gerais do paciente onde há fatores intrínsecos e extrínsecos que interferem diretamente na cicatrização e da resposta do organismo. A fisiologia do corpo humano nos mostra que temos três etapas de cicatrização, sendo elas: fase inflamatória, fase de granulação e a fase de maturação. **Objetivo:** Relatar o processo de cicatrização de uma ferida vivenciado por um profissional de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado por um profissional de saúde, no período de março a julho de 2017, realizado durante visitas domiciliares sobre a técnica correta na realização do curativo, na Baixada Fluminense. **Análise e Discussões:** Foi iniciado o curativo com SF 0,9% para limpeza e Ryfocina spray para a cobertura. Assim sendo, sabendo do processo cicatricial, foi observado a necessidade de troca de cobertura, sendo esta alterada para Kollagenase e AGE, tendo a necessidade de retirar o esfacelo presente. Após uma análise mais detalhada, com o uso da Kollagenase, resolvemos utilizar como cobertura hidrofibra antimicrobiana com prata. Portanto, no dia 27/03/2017, foi realizado o debridamento instrumental para assim, eliminar o tecido necrótico na lesão a fim de estimular o processo cicatricial deixando apenas o tecido de granulação na lesão. **Conclusão:** Fica evidente que para se ter melhora, o enfermeiro, que tem como atribuição o cuidado a feridas, é preciso ter o conhecimento do processo de cicatrização do corpo humano, das coberturas e procedimentos a que irá submeter o paciente.

Descritores: Cicatrização, Educação em Enfermagem, Ferimentos e Lesões.

INTRODUÇÃO

Sabemos que a ação cicatricial de uma ferida é dinâmica e sistêmica e está diretamente relacionada às condições gerais do paciente onde há fatores intrínsecos como a localização da lesão, o tipo de tecido lesionado e a presença de infecções dentre outros fatores que tem influência literal sobre o processo de cicatrização de uma lesão,

conjuntamente estão presentes os fatores extrínsecos que influenciam o processo de cicatrização como, por exemplo, o estado nutricional do indivíduo, idade, tabagismo, uso de medicamentos, Diabetes Mellitus e o estado imunológico do cliente, entre outros. Esses fatores interferem diretamente na cicatrização e da resposta do organismo.

A fisiologia do corpo humano nos mostra que temos três etapas de cicatrização, sendo elas: fase inflamatória, fase de granulação e a fase de maturação.

A fase inflamatória tem um período de 3 a 6 dias é nessa fase onde ocorrem alterações vasculares que levam a vasoconstrição com o intuito de facilitar o carregamento de plaquetas nos vasos lesionados para gerar hemostasia, para a ação dos macrófagos e da prostaglandina que se finaliza com a neovascularização. É na fase inflamatória que as lesões apresentam os sinais clássicos como calor, rubor, edema e dor.

A fase de granulação (ou fibroblástica) ocorre em aproximadamente 3 semanas. Nessa fase ocorre o início da regeneração da epiderme com a sequência de mobilização, migração, proliferação e diferenciação celular para o tecido de granulação ser gerado e consequentemente a epitelização da região.

A terceira e última fase da cicatrização é a fase de maturação que se inicia aproximadamente na terceira semana e pode durar até dois anos, ocorre a contração da ferida e a remodelação, podendo haver presença de uma estrutura densa de fibras de colágeno desorganizadas.

A cicatrização de uma ferida pode ocorrer por primeira intenção, segunda intenção ou terceira intenção.

Existem alguns tipos de lesões como: lesões normotróficas, atróficas, hipertróficas, agudas e crônicas. O entendimento dessas características e processo fisiológico facilita e guia o profissional na escolha do método de tratamento mais adequado.

É necessário seguir alguns princípios básicos para avaliar e descrever uma lesão, como identificar a causa da lesão, a sua localização anatômica, a profundidade e a mensuração, os tipos de tecido presente no leito, o tipo de borda, se há presença de exsudato ou necrose, o odor e as características do tecido perilesional.

Analisado esses fatos percebe-se a importância do Enfermeiro ao realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) completa e com uma anamnese bem detalhada para assim obter uma compreensão global dos fenômenos que possam vir a interferir no processo de reabilitação da área lesionada.

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de número 567 de 29 de Janeiro de 2018 que trás a regulamentação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas, portanto, observamos dentro desses parâmetros que cabe ao Enfermeiro avaliar, prescrever e realizar curativos em todos os tipos de feridas tendo autonomia para realizar escolha de materiais, coberturas e equipamentos necessários para o tratamento da lesão.

Portanto, a atuação do Enfermeiro nas comunidades com Unidades Básicas de Saúde onde a equipe realiza visitas domiciliares torna-se indispensável para o manejo das feridas dos membros da comunidade e também a criação de protocolos que irão reduzir complicações ao indivíduo que porta algum tipo de lesão, como, por exemplo, uma amputação. Visto isso, é importante destacar alguns dados situacionais da região onde o trabalho foi realizado, a Baixada Fluminense é uma região do Estado do Rio de Janeiro que apresenta uma grande área demográfica periférica onde a maior parte da sua população é constituída de famílias com baixa renda onde nós Enfermeiros nos deparamos com uma grande frequência lesões onde os curativos muitas vezes são realizados apenas quando a equipe faz a visita domiciliar, fato este que reforça a notoriedade da laboração do Enfermeiro na realização de curativos na assistência domiciliar.

OBJETIVO

Relatar o processo de cicatrização de uma ferida vivenciado por um profissional de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por um profissional de saúde, no período de março a julho de 2017, realizado durante visitas domiciliares sobre a técnica correta na realização do curativo, na Baixada Fluminense.

ANÁLISE E DISCUSSÕES

No ano de 2017, paciente D.M.V., 78 anos, estava em sua residência quando esquentou água para despejar (ou verter) no ralo do banheiro, quando a mesma foi realizar essa tarefa, esbarrou no box do banheiro e assim, a água caiu sobre sua perna direita. Após o acidente, a paciente foi levada à unidade hospitalar da rede privada onde ficou internada por 40 dias, houve inicialmente a necessidade de aplicar a técnica de curativo a vácuo (VAC® - Vacuum Assisted Closure, KCI, San Antonio, Estados Unidos), conhecida também como Terapia por Pressão Negativa (TPN).

A TPN é um tipo de tratamento ativo da ferida que promove sua cicatrização em ambiente úmido, por meio de uma pressão subatmosférica controlada e aplicada localmente. É composta por um material de interface (espuma ou gaze), por meio do qual a pressão subatmosférica é aplicada e o exsudato é removido. Esse material fica em contato com o leito da ferida com objetivo de cobrir toda sua extensão, incluindo túneis e cavidades. O material de interface é coberto por uma película adesiva transparente que oclui totalmente a ferida em relação ao meio externo. Em seguida, um tubo de sucção é conectado a esse sistema e ao reservatório de exsudato, que é adaptado a um dispositivo computadorizado. Esse dispositivo pode permitir a programação de parâmetros para fornecer uma pressão subatmosférica no leito da ferida, possui alarme sonoro que indica eventual vazamento de ar pelo curativo e pode indicar a necessidade de troca do reservatório.

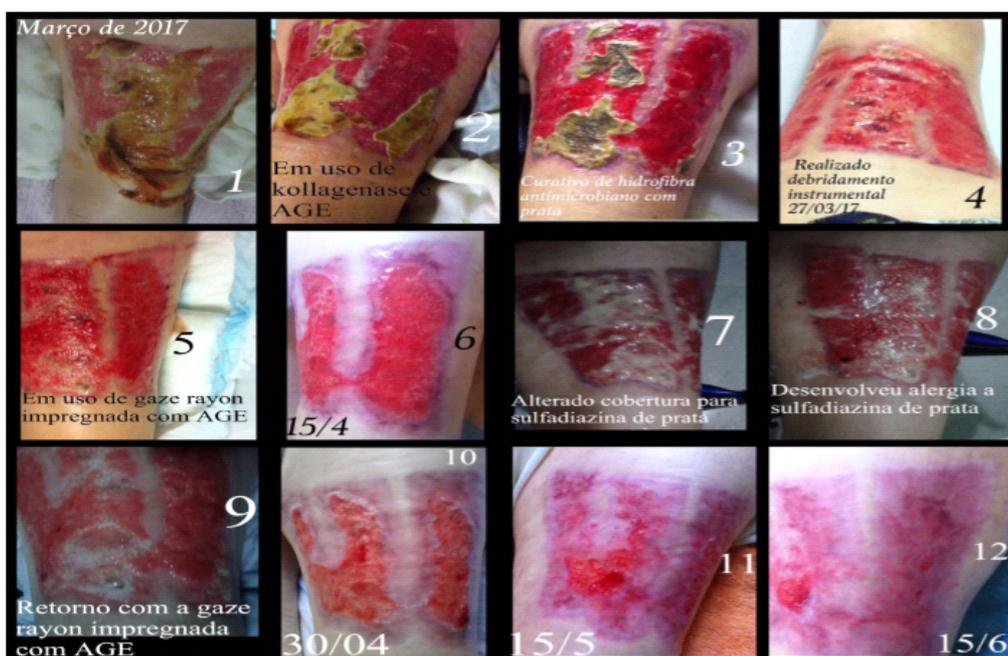
Atualmente, no Brasil, há diversos modelos e marcas de curativos comerciais e dispositivos baseados na TPN. Tais marcas possuem diferenças entre si, como em relação ao tipo de terapia disponível, ao material de interface, ao reservatório, ao dispositivo computadorizado (programação da terapia, alarmes sonoros, etc), ao tipo de instalação (hospitalar ou domiciliar), entre outras.

Quanto ao tipo de terapia, a pressão subatmosférica pode ser administrada de modo contínuo (sem interrupção), intermitente (com ciclos programados de interrupção intercalados com os de terapia), ou associado com instilação de soluções (com ciclos programados de instilação intercalados com ciclos de remoção da solução e ciclos de terapia).

Posteriormente à TPN foi visto a necessidade de realização do enxerto, utilizando a pele da sua coxa esquerda para enxertar na direita. Depois da alta hospitalar, os curativos e a evolução da ferida foi acompanhado, na época por acadêmicas do 9º período e professores da Universidade particular no Estado do Rio de Janeiro - UNIGRANRIO, com o intuito de restabelecer qualidade de vida a paciente e método prático de aprendizado. No primeiro momento, foi iniciado o curativo com SF0,9% para limpeza e Ryfocina spray para a cobertura, de acordo com as orientações médica, dadas no momento da alta hospitalar (imagem 1). Assim sendo, sabendo do processo cicatricial, foi observado a necessidade de troca de cobertura, sendo esta alterada para Kollagenase e AGE, conforme figura 2. Vendo

a necessidade de retirar esse esfacelo, conforme imagem 3. Após uma análise mais detalhada com o uso da Kollagenase, resolvemos utilizar como cobertura a Hidrofibra antimicrobiana com Prata: este é um curativo de hidrofibra antimicrobiano, estéril, macio, composto por carboximetilcelulose sódica e prata, curativo super absorvente, capaz de capturar os micro-organismos presentes no leito da ferida. Forma um gel macio e coeso que se adapta ao leito da ferida, mantendo um ambiente úmido que auxilia o debridamento autolítico. O curativo é uma placa seca e macia que gelifica ao entrar em contato com o exsudato da ferida; a medida que o exsudato é absorvido para o interior do curativo, os íons de prata são liberados e inativam as bactérias.

Portanto, no dia 27/03/2017 (Figura 4), foi realizado o debridamento instrumental para assim eliminar o tecido necrótico na lesão e assim poder estimular o processo cicatricial deixando apenas o tecido de granulação na lesão.



Fonte: acervo particular dos autores do trabalho.

Na figura de número 1, considerando os aspectos clínicos evidenciados na lesão, com predomínio de esfacelo e necrose de liquefação, deduziu tratar-se da fase inflamatória ou defensiva, onde o organismo da paciente estava respondendo à agressão tissular. É a fase em que aparecem os sinais clínicos da inflamação (edema, eritema, calor e dor) e as células de defesa leucocitárias, com destaque para os neutrófilos, cuja função primária, no local da lesão, é a fagocitose de bactérias. Por conta disso, a ferida apresentava um exsudato purulento de coloração amarelada e odor característico.

Na figura de número 2, podemos observar que após o uso de kollagenase, utilizada pelo fato de possuir a ação proteolítica seletiva sobre o tecido necrótico/desvitalizado, foi promovido o debridamento químico, favorecendo o processo de granulação e, conseqüentemente, espaços viáveis à proliferação celular. Também foi usado AGE (Ácidos Graxos Essenciais), por suas propriedades de neoangiogênese e quimiotaxia, apropriadas à proposta de granulação do leito da lesão, assim como, pelas propriedades emolientes fornecidas por seus diversos componentes, contribuindo para a hidratação e proteção do tecido perilesional.

Na figura de número 3, nota-se maior predomínio de tecido de granulação com reentrâncias de reepitelização e bordas em processo de maturação. Foi usada a cobertura

de Hidrofibra antimicrobiana com prata em algumas partes da borda da ferida e sobre o tecido a necrose de liquefação que se apresenta em menor parte.

Na figura de número 4, evidencia-se a abrangência de tecidos de granulação após o debridamento instrumental, seguido do processo de reepitelização.

Na figura de número 5, foi usada Gaze de Rayon impregnada com AGE. Os ácidos graxos essenciais contidos no curativo são capazes de promover a hidratação da ferida, mantendo um ambiente úmido ideal para a cicatrização, o alívio da dor e o favorecimento do debridamento autolítico ou mecânico de tecidos inviáveis. Além disso, os AGE's favorecem a atividade celular no local da ferida, reforçando o estímulo ao processo de cicatrização da pele.

Na figura de número 6, já podia ser observado grande evolução na lesão com presença significativa de tecido de maturação, porém o centro da ferida apresentava tecido de granulação.

Na figura de número 7 e 8, a cobertura foi alterada; passamos a usar Sulfadiazina de Prata por ser uma substância de espectro bactericida e também possuir ação antifúngica com o objetivo de minimizar os riscos para infecção, porém a paciente desenvolveu uma alergia a esta cobertura por conta disso a lesão voltou a apresentar pontos com exsudato purulento de coloração serosa.

Na figura de número 9, a cobertura foi trocada por conta da alergia desenvolvida. Foi avaliado, no nosso plano de cuidados, que o melhor era retornar o uso de Gaze de Rayon impregnada com AGE.

Na figura de número 10, no dia de 30 de abril, foi observada uma evolução significativa na lesão após o retorno do uso da Gaze de Rayon impregnada com AGE. Verificou-se que as bordas estavam cicatrizando mais rápido e por isso apresentava tecido de maturação e no centro era observado tecido de granulação.

Na figura de número 11, já estava evidente a evolução da lesão que apresentava em 85% tecido de maturação e apenas 15% de tecido granulação.

Nesta última figura (de número 12), a ferida apresenta 95% de tecido de maturação e apenas 5% de tecido de granulação. A nossa equipe ficou muito satisfeita em ver os resultados da assistência, que foi realizada na paciente, evoluir com êxito à fase de remodelagem, onde ocorre a diminuição da vascularização e reorganização das fibras de colágeno, que leva a uma cicatriz com aspecto plano, devido à diminuição da migração celular, e com alteração da coloração de vermelha para róseo/branco pálido. Destaca-se também pelo aumento da força tênsil que, no início, é muito fina e vai se intensificando até ficar espessa. Depois de três semanas de fechamento da ferida, a força tênsil se aproxima de 20% do tecido original. Quando completa cinco semanas, essa força fica por volta de 40% e, no final de oito semanas, atinge 70% da força original.

CONCLUSÃO

Segundo Potter (2013) os princípios do tratamento de uma lesão incluem apoio sistemático ao paciente, redução ou eliminação da causa das rupturas da pele e manejo da ferida que promovam ambiente propício a cura. É evidente que para uma assistência que leve melhoras ao paciente o enfermeiro que tem como atribuição o cuidado a feridas que foi designado pelo COFEN na resolução de número 0501/2015, tenha conhecimento do processo de cicatrização do corpo humano e das coberturas e procedimentos que irá submeter ao paciente, pois é necessário usar coberturas de acordo com as respostas cicatriciais que o corpo humano nos apresenta, potencializando o processo cicatricial e para que assim a evolução da ferida possa ser satisfatória. O tratamento das feridas cutâneas é dinâmico, depende da evolução das fases da reparação tecidual, e é inicialmente clínico, principalmente utilizando curativos ou coberturas.

Ainda não existem curativos ideais para tratar toda e qualquer ferida, porém um arsenal terapêutico vasto capaz de auxiliar o reparo tecidual em várias situações já é uma realidade. Cabe aos profissionais da saúde fazer a melhor escolha, sem nunca esquecer o quadro sistêmico que está envolvido no tratamento de uma ferida.

Há, no mercado mundial, diversas opções de materiais que podem ser utilizados nas diferentes etapas de tratamento das feridas, a saber: na higienização, no desbridamento, para diminuição da população bacteriana, para controle do exsudado e como estímulo à granulação.

Há algum tempo, o tratamento das lesões deixou de ser apenas focado na realização da técnica de curativo, incorporando toda a metodologia da assistência que o enfermeiro presta, com avaliação do estado geral do paciente, exame físico direcionado de acordo com a etiologia da lesão, escolha do tratamento e da cobertura a ser utilizada, além do registro de enfermagem e projeção prognóstica (BUSANELLO et al., 2014).

Como o processo cicatricial evolui constantemente, certos curativos podem deixar de ser a melhor indicação após alguns dias. O acompanhamento adequado é fundamental e deve ser feito por pessoa capacitada. Além disso, os pacientes podem reagir de forma totalmente diferente, mesmo apresentando feridas semelhantes.

Outro aspecto importante a ser destacado é que a não-resolução fisiológica adequada de uma ferida está intimamente associada à presença de comorbidades sistêmicas tais como, infecção local, desnutrição, insuficiência vascular periférica, diabetes, radioterapia e corticoterapia.

O tratamento adequado é fundamental para a cicatrização e prevenção de recidiva, quando se trata de feridas. Assim, a escolha da terapêutica deve levar em conta a relação entre o custo e o benefício, pois em muitos casos os pacientes não seguem o tratamento por motivo financeiro.

A avaliação sistematizada e contínua no tratamento de feridas, sendo realizada pela equipe de enfermagem de forma coerente irá qualificar a assistência, tornando-a adequada no tratamento de feridas e obtendo resultado satisfatório para o cliente proporcionando uma reabilitação mais rápida e eficaz (BUSANELLO et al., 2014).

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O estudo de caso traz uma reflexão da necessidade dos profissionais de enfermagem se enterarem cada vez mais na anatomia, cuidado e processo de cicatrização das feridas, com intuito de contribuir na restabilização e entrega de melhor qualidade de vida do paciente e estimular a produção científica. É necessário também se ter conhecimento do perfil atendido e das condições de saúde dos pacientes, bem como da disposição de materiais que podem ser utilizados, a fim de manter o melhor tratamento com o menor custo.

O gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente com lesão de pele é um processo complexo e dinâmico, o qual é influenciado pela realização de avaliações sistematizadas para prescrições adequadas, a partir do tipo de produto necessário, de acordo com cada momento do processo cicatricial.

O tratamento de feridas vem evoluindo através dos tempos, proporcionando grandes avanços na compreensão dos processos e fenômenos envolvidos nas diversas fases da reparação tissular. Muito se tem investido em pesquisa e desenvolvimento de recursos e tecnologias com o objetivo de favorecer esses avanços.

O cuidado do enfermeiro com o paciente que possui esse perfil requer dos profissionais, muito além da prática do curativo, abordagem também, da compreensão da fisiologia da pele, fisiologia da cicatrização, conhecimento científico e conhecimento sobre os tipos de coberturas existentes no mercado. Sem esse conhecimento, é impossível que

se possa fazer um diagnóstico correto do tipo de lesão e realizar a indicação do produto adequado para a prevenção ou tratamento da lesão (BUSANELLO et al., 2014).

Sabe-se que o profissional de enfermagem possui um papel fundamental no que se refere ao cuidado holístico do paciente, como também desempenha um trabalho de extrema relevância no tratamento de feridas, uma vez que tem maior contato com o mesmo, acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo, bem como de tem maior domínio desta técnica, em virtude de ter na sua formação componentes curriculares voltados para esta prática e da equipe de enfermagem desenvolvê-la como uma de suas atribuições (AGRA et al., 2013).

REFERÊNCIAS

1. AGRA, G., et al Cuidados paliativos ao paciente portador de ferida neoplásica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista brasileira de cancerologia*, v. 59, n. 1, p. 95-104, 2013.
2. BUSANELLO, J. et al. Fisiologia e prática de enfermagem no cuidado de portadores de feridas. *Revista Ciência em Extensão*, v. 10, n. 3, p. 254-261, 2014
3. Jorge SA, Dantas SRPE. *Abordagem Multiprofissional no Tratamento de Feridas*; c24,p337-349, Ed Atheneu, São Paulo, 2005.
4. COLTRO, PEDRO SOLER; JÚNIOR, JAYME ADRIANO FARINA; LIMA, RENAN VICTOR KÜMPEL SCHMIDT. Terapia por pressão negativa no tratamento de feridas complexas: revisão de literatura. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912017000100081&script=sci_arttext&tlng=pt#:~:text=A%20TPN%20%C3%A9%20um%20tipo,e%20o%20exsudato%20%C3%A9%20removido. Acessado em 15/05/2018, as 10:23h.
5. Cuidado e prevenção das skin tears por enfermeiros: revisão integrativa de literatura. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472014000200142&script=sci_arttext&tlng=pt, acessado em 02/05/2018, as 22:24h.
6. Glass GE, Nanchahal J. The methodology of negative pressure wound therapy: separating fact from fiction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* . 2012;65(8):989-1001.
7. Kamolz LP, Andel H, Haslik W, Winter W, Meissl G, Frey M. Use of subatmospheric pressure therapy to prevent burn wound progression in human: first experiences. *Burns*. 2004;30(3):253-8.
8. Kollagenase, modelo de bula para o profissional de saúde. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=7993662013&pldAnexo=1798567 acessado em 03/05/2018, as 20:17h.
9. Lima VLAN, Saár SRC. Avaliação do Portador de Feridas [Internet]. [citado 2009 Out 17]. Disponível em: http://www.tratamentodeferidas.com.br/admin/menu/siteexplorer/documentos/Feridas_cap03.pdf acessado em 31/03/2018, as 19:24h.
10. Pasternak J. Biofilmes: um inimigo (in) visível. *Rev. Soc. Bras. Clín. Cirúrgica* 2009;

11. Protocolo de prevenção e tratamento de feridas. Disponível em: http://www.ee.usp.br/departamento/ens/sel/protocol_feridas.pdf. acessado em 03/05/2018, as 22:00h.
12. POTTER, Patricia A; PERRY, Anne G. ; ELKIN, Matha Keene. Procedimentos e intervenções de enfermagem. 8ª EDIÇÃO. Rio de Janeiro : Elsevier, 2013.
13. Utilização da papaína para o tratamento de feridas. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v13n3/v13n3a14.pdf> acessado em 02/05/2018, as 23:30h.




epilaya
Editora

ISBN: 978-65-87809-04-5





9 786587 809045