

Fundamentos da Enfermagem 3

**Michelle Thais Migoto
(Organizadora)**

Atena
Editora
Ano 2019



Michelle Thais Migoto
(Organizadora)

Fundamentos da Enfermagem 3

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

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

F981 Fundamentos da enfermagem 3 [recurso eletrônico] / Organizadora Michelle Thais Migoto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Fundamentos da Enfermagem; v. 3)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-116-9

DOI 10.22533/at.ed.169191202

1. Enfermagem. 2. Enfermagem – Prática. I. Migoto, Michelle Thais. II. Série.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

No volume 3, desta obra *Fundamentos de Enfermagem*, é composto por 20 capítulos, que englobam assuntos relacionados ao ambiente hospitalar, como também a dimensão ensino. A principal relação entre eles, é que os hospitais além de serem espaços voltados para a assistência à saúde em suas diversas especialidades, é também o campo da prática de ensino, de pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.

A assistência hospitalar se fortalece quando ela se abre para o ensino e o desenvolvimento de pesquisa, que retroalimentam a qualidade da assistência, segundo a Segurança do Paciente. Esta relação ocorre pelo ensino para a graduação e pós-graduação para as diversas profissões da área da saúde.

Por fim, esperamos que este livro possa fortalecer a Enfermagem, colaborando e instigando os envolvidos na dimensão do ensino, da pesquisa e da extensão. Estimulados por instrumentos metodológicos, tecnológicos, educacionais e assistenciais que corroboram com o desenvolvimento da prática profissional da Enfermagem

Michelle Thais Migoto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A TEORIA DO CUIDADO HUMANO APLICADA AO PACIENTE CARDIOPATA	
Andrea Cristina Dantas Borba Valdecy Ferreira de Oliveira Pinheiro Ana Beatriz de Oliveira Aziz Gomes	
DOI 10.22533/at.ed.1691912021	
CAPÍTULO 2	12
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA BUSCA DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO DURANTE A HEMODIÁLISE	
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão Ismael Viana Aragão Maxwell do Nascimento Silva Fernando Rodrigo Correia Garcia Francisca Bruna Arruda Aragão Wochimann de Melo Lima Luciana Coelho Carvalho Oliveira Rafael Mondego Fontenele	
DOI 10.22533/at.ed.1691912022	
CAPÍTULO 3	29
CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE CUSTO NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES	
Silvia Emanoella Silva Martins de Souza André Ribeiro da Silva Cássio Murilo Alves Costa Maria Auristela Menezes Costa Jitone Leônidas Soares Jônatas de França Barros Carissa Menezes Costa Críssia Maria Menezes Costa Fernando Antibas Atik	
DOI 10.22533/at.ed.1691912023	
CAPÍTULO 4	51
A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DO TRABALHO NA ORIENTAÇÃO DO USO DOS EPI'S PARA A PREVENÇÃO DOS ACIDENTES OCUPACIONAIS	
Milena Suzy Lopes Pereira Natália Saldanha Ferreira Augusto Sílvia Ximenes Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.1691912024	
CAPÍTULO 5	56
DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS ENFERMEIROS NA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)	
Elaine Ribeiro Adriana Cristina Mota Furlan Érika Christiane Marocco Duran	
DOI 10.22533/at.ed.1691912025	

CAPÍTULO 6 69

O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À SINDROME DE ONDINE

Maria Cláudia Parro
João Cesar Jacon
Marcela Pereira de Sá
Roberta Bistafa

DOI 10.22533/at.ed.1691912026

CAPÍTULO 7 82

POLÍTICAS E AVANÇOS DA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL:
UMA REVISÃO DA LITERATURA

Karine Raiane Cabreira de Oliveira
Oscar Kenji Nihei

DOI 10.22533/at.ed.1691912027

CAPÍTULO 8 93

REVISÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM DO INSTITUTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
DO HCFMUSP

Nathalia Casarin Scoz Campos
Camila Hidalgo
Larissa Cristina da Silva Pinheiro
Andreia Oracic Pena
Fernanda Santos da Silva
Renata Lourenço César Parra

DOI 10.22533/at.ed.1691912028

CAPÍTULO 9 100

RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS: AÇÕES DA ENFERMAGEM PARA REDUZIR A SUA OCORRÊNCIA

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Roberta Daniele Rocha Chagas de Oliveira
Ana Rute Soeiro Brandão
Maxwell do Nascimento Silva
Fernando Rodrigo Correia Garcia
Francisca Bruna Arruda Aragão
Fabrício e Silva Ferreira
Wochimann de Melo Lima
Luciana Coelho Carvalho Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.1691912029

CAPÍTULO 10 118

A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM RURAL

Ângela Roberta Alves Lima
Eliana Buss
Maria del Carmen Solano Ruiz
José Siles González
Rita Maria Heck

DOI 10.22533/at.ed.16919120210

CAPÍTULO 11 131

A ARTICULAÇÃO TEORIA-PRÁTICA NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS: POSSIBILIDADES DO
AUTOESTUDO DOCENTE

Lídia Chiaradia da Silva
Rita de Cássia Magalhães Trindade Stano

DOI 10.22533/at.ed.16919120211

CAPÍTULO 12 147

USO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA DE PACIENTES EM CUIDADO INTENSIVO

Graciela de Brum Palmeiras

Adriano Pasqualotti

Marlene Teda Pelzer

DOI 10.22533/at.ed.16919120212

CAPÍTULO 13 162

AVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM QUANTO A UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA NO ENSINO SUPERIOR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

José Rocha Gouveia Neto

Bruna Oliveira Gonzaga

Mirelly da Silva Barros

Mônica Gusmão Lafrande Alves

Nathália Bianca Gomes da Nóbrega

Taciana da Costa Farias Almeida

DOI 10.22533/at.ed.16919120213

CAPÍTULO 14 175

FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SERVIÇO: A PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES

Anna Karla Nascimento Lima

Denise Barbosa de Castro Friedrich

Edna Aparecida Barbosa de Castro

Fábio da Costa Carbogim

Raquel de Oliveira Martins Fernandes

William Ávila de Oliveira Silva

DOI 10.22533/at.ed.16919120214

CAPÍTULO 15 189

FORMAÇÃO POLÍTICA COMO FERRAMENTA TRANSFORMADORA DE UMA PROFISSÃO: A REALIDADE DA ENFERMAGEM DESDE ACADEMIA

Audrey Moura Mota-Gerônimo

Heloisa Maria Pierro Cassiolato

Bruna Paesano Grellmann

Daniela de Oliveira Soares

Giordan Magno da Silva Gerônimo

DOI 10.22533/at.ed.16919120215

CAPÍTULO 16 202

INFORMÁTICA EM SAÚDE COMO FERRAMENTA NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Neyse Patrícia do Nascimento Mendes

Carlos Jordão de Assis Silva

Kátia Regina Barros Ribeiro

Érika Cecília Resende de Souza

Deborah Dinorah de Sá Mororó

DOI 10.22533/at.ed.16919120216

CAPÍTULO 17	210
TÉCNICA DE GRUPO FOCAL NA PESQUISA EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Lisa Antunes Carvalho Nara Jací da Silva Nunes Maria Luzia Machado Godinho Maira Buss Thofehr Álvaro Luiz Moreira Hypólito Edison Luiz Devos Barlem	
DOI 10.22533/at.ed.16919120217	
CAPÍTULO 18	219
TUTORIAL PARA ELABORAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM – UMA PROPOSTA EDUCACIONAL VIRTUAL	
João Cesar Jacon Maria Cláudia Parro	
DOI 10.22533/at.ed.16919120218	
CAPÍTULO 19	229
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CUIDADO A MULHERES COM DIABETES GESTACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Patricia de França Costa Anna Karolina Lages de Araujo Gisely de Jesus Fonseca Morais Yana Thalita Barros de Oliveira Castro Ariadne Sales Fama Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.16919120219	
CAPÍTULO 20	234
EXPOSIÇÃO SENTIDOS DO NASCER: PERFIL DOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAIS	
Rosiane de Oliveira Cunha Kleyde Ventura de Souza Juliana Maria Almeida do Carmo Bernardo Jefferson de Oliveira Sonia Lansky Stella Elizei Malta	
DOI 10.22533/at.ed.16919120220	
SOBRE A ORGANIZADORA	246

A TEORIA DO CUIDADO HUMANO APLICADA AO PACIENTE CARDIOPATA

Andrea Cristina Dantas Borba
Valdecy Ferreira de Oliveira Pinheiro
Ana Beatriz de Oliveira Aziz Gomes

INTRODUÇÃO

A dinâmica da assistência de enfermagem ao paciente no período pré-operatório privilegia as atitudes de saúde segmentadas, fragmentadas e demasiadamente especializadas, muito distantes da visão de prática de saúde que visa compreender a totalidade das necessidades de saúde que em um paciente nesta circunstância, vai além da atenção individual curativa. A enfermagem, ainda hoje, desenvolve cuidados na enfermaria cirúrgica, bastante voltados para a realização dos atos curativistas, equipamentos e o pessoal necessário para a sua realização, prover materiais; ações estas bem distantes de uma assistência voltada ao atendimento das necessidades integrais do paciente ⁽¹⁾.

O pré-operatório de cirurgia cardíaca é um período no qual a maioria dos pacientes apresentam um alto grau de vulnerabilidade relacionado à sua condição cirúrgica: decisão de operar ou não frente ao diagnóstico médico; medo e ansiedade; perda de privacidade e exposição do próprio corpo; entre outros.

Outro grande problema para a realização

do amparo desses pacientes é o tempo limitado e reduzido para a prestação dos cuidados de enfermagem, o que obriga o enfermeiro a levantar prioridades que devem ser solucionadas naquele período. Isto prejudica a assistência que passa a não conseguir satisfazer os cuidados integrais do paciente ⁽²⁾.

O trabalho desenvolvido na enfermaria cirúrgica é muito dinâmico, o ambiente físico, frio e fechado, parece estimular o silêncio e o distanciamento entre o paciente e a equipe multidisciplinar. Isto torna a comunicação deficitária e, conseqüentemente, acarreta a um levantamento de dados insuficientes do paciente (principalmente no que tange ao lado biopsicossocial), levando ao não atendimento de todas as necessidades deste ⁽³⁾.

Frente à grande demanda de pacientes e à magnitude e a complexidade que podem surgir no pré-operatório, percebe-se que a assistência de enfermagem está relacionada com as intervenções destinadas a prevenir ou tratar os problemas elencados como prioritários e proporciona ao paciente o retorno às atividades do cotidiano ⁽⁴⁾. Nesta fase, o enfermeiro utiliza o método científico para embasar sua prática e considera o Processo de Enfermagem como metodologia de trabalho, garantindo a continuidade da assistência. Tal processo

é constituído de um conjunto de etapas inter-relacionadas e interdependentes e inclui coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, nas quais sobressai a importância do cuidado individual fundamentados em teorias e modelos conceituais de enfermagem⁽⁴⁾.

O enfermeiro que atua junto ao paciente no pré-operatório deve se envolver na elaboração e levantamento de dados sobre ele, organizando as informações colhidas a fim de estabelecer os Diagnósticos de Enfermagem.

O Diagnóstico de Enfermagem é definido como “um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais”. São constituídos por título, definição, características definidoras, fatores de risco e fatores relacionados⁽⁵⁾.

Para sustentar os diagnósticos adequados a cada situação clínica, é necessário que as bases para essa decisão estejam fortemente ligadas às características definidoras, que podem ser definidas como um conjunto de padrões clínicos (sinais e sintomas) agrupados em inferências para assegurar a presença da categoria diagnóstica⁽⁵⁾. Para conclusão dos diagnósticos, consideram-se ainda os fatores relacionados e, quando se cogitam diagnósticos de risco, deve-se associá-los aos fatores de risco encontrados.

A identificação dos Diagnósticos de Enfermagem em pacientes que se encontram no pré-operatório de cirurgia cardíaca poderá direcionar a assistência holística de enfermagem a esses pacientes, fornecendo subsídios para a elaboração de um plano de cuidados individualizado, implementação de intervenções, treinamento e qualificação da equipe de enfermagem⁽⁶⁾.

Este trabalho teve como objetivo geral utilizar a teoria de Jean Watson para identificar os diagnósticos de Enfermagem e suas necessidades em pacientes no período do pré-operatório de cirurgia cardíaca. E como objetivos específicos construir o instrumento baseado na teoria do Cuidado Humano proposta por Jean Watson, identificar os Diagnósticos de Enfermagem considerando fatores relacionados, características definidoras e fatores de risco, e identificar as necessidades de Ordem Superior e de Ordem Inferior dos pacientes no período pré-operatório.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo do tipo “série de casos”. Os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como e por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos na vida real⁽⁷⁾.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, segundo diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com CAAE: 53305415.0.0000.5537 a amostra foi escolhida por conveniência, num total de 10 participantes. O local do

estudo foi o Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. No período de Dezembro de 2016 à Novembro de 2017.

A população foi constituída de pacientes referenciados de diversos municípios do estado, internados no Hospital Universitário Onofre Lopes de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que serão submetidos à cirurgia cardíaca. A amostra foi por conveniência. Os critérios exclusão e para a seleção da amostra foram pacientes com inabilidade de entender e assinar o termo de consentimento, manifestação do doente e/ou responsável do desejo de não continuar no estudo, apresentar complicações operatórias severas, como falhas cardíacas e respiratórias, procedimentos de emergências e reoperação. Os critérios inclusão para a seleção da amostra foram possuir idade igual ou superior a 18 anos, com indicação de cirurgia cardíaca, independente do sexo, com verbalização e compreensão adequadas para participar da entrevista e que consentiram em participar do estudo. De acordo com os critérios de inclusão, foi realizada uma visita pré-operatória ao doente com objetivo de obter autorização para participação destes na pesquisa, assinatura do Termo de Consentimento livre e esclarecido, sendo fornecidos todos os esclarecimentos necessários a respeito do estudo.

Os dados foram coletados utilizando-se um instrumento próprio de avaliação, que é validado e fundamentado no modelo conceitual de Jean Watson. O instrumento é composto pelas etapas de identificação do paciente e análise das suas necessidades de ordem inferior (necessidades de oxigenação e respiração, de circulação, de termorregulação, de integridade tecidual, de mobilidade, de alimentação e hidratação, de eliminação e de sexualidade) e as necessidades de ordem superior (necessidades emocionais, afetivas, psicológicas, de afiliação, de religiosidade/fé, de conhecimento, de crescimento pessoal e de relações inter e intrapessoais).

Os procedimentos para coleta de dados foram realizados após a seleção da amostra, quando a pesquisadora realizou a visita pré-operatória ao doente. Lá foram colhidos dados e informações dos pacientes, utilizando-se do instrumento. Através de entrevista e exame físico do paciente, informações do acompanhante e do prontuário, foi-se capaz de obter os dados e informações pré-operatórias. O referido instrumento permite utilizar a teoria de Jean Watson para identificar os diagnósticos de Enfermagem baseado na classificação da Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) em pacientes no período do pré-operatório de cirurgia cardíaca.

O software R versão 2.13.1 foi utilizado com principal ferramenta para executar as análises estatísticas. Para análise quantitativa dos dados foram empregadas técnicas de estatística descritiva, que envolveram a obtenção de distribuições, frequências absolutas e percentuais, bem como média, mediana, máximo, mínimo e desvio padrão.

RESULTADOS

Na série de casos com uma amostra total de 10 pacientes, 40% pacientes estudados são do sexo masculino e 60%, do sexo feminino. A faixa etária dos pacientes estudados variou de 26 a 71 anos, observando-se maior ocorrência da faixa média de 53,5 anos, correspondendo a 14,008% do número total da amostra. 100% pacientes apresentaram alterações no tocante de problema cardiovascular, sendo submetidos à cirurgia cardíaca.

Após a coleta, os dados foram caracterizados, sistematizados e agrupados de maneira lógica. Considerando o processo de raciocínio clínico baseado na Teoria de Jean Watson, as variáveis ponderadas durante a coleta foram analisadas e associadas às características definidoras e fatores de risco dispostos pela Taxonomia II da NANDA, de maneira que foi possível consolidar os diagnósticos de enfermagem. Nota-se que alguns deles foram comuns a todos os pacientes, enquanto outros foram encontrados em apenas determinados sujeitos da pesquisa devido a suas condições clínicas particulares. Desse modo, encontram-se na Tabela 1, as Necessidades de Ordem Inferior, com seus respectivos déficits, para cada paciente analisado, como também a frequência simples e o percentual em que ocorrem; na Tabela 2 as Necessidades de Ordem Superior com seus respectivos déficits para cada paciente analisado, como também frequência simples e o percentual em que ocorrem; e, na Tabela 3, 4 e 5 os Diagnósticos de Enfermagem identificados para cada paciente analisado, como também, a frequência simples e o percentual em que ocorreram.

Necessidades de Ordem Inferior	Pacientes										Total	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	F	F%
Circulação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	100%
Atividade - Inatividade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	100%
Alimentação e hidratação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	100%
Integridade tecidual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	100%
Ventilação	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	2	20%
Termorregulação	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	2	20%
Eliminação	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	1	10%
Sexualidade	-	N/I	-	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	0?	0%?

Tabela 1 – Análise das Necessidades de Ordem Inferior para cada paciente submetido à cirurgia cardíaca. Jean Watson, Natal, 2017.

Fonte: Dados primários

*: "X" indica a presença do déficit e "-" indica a ausência do déficit.

†: F e F% representam respectivamente o número de pacientes e o percentual de pacientes que possuem déficits nas necessidades.

N/I: não informado

Necessidades de Ordem Superior	Pacientes										Total	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	F	F%
Conhecimento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	9	90%
Emocionais, afetivas psicológicas	X	X	-	X	-	X	-	X	-	X	6	60%
Religiosidade/fé	-	X	-	X	-	X	-	-	X	X	5	50%
Crescimento pessoal	-	-	-	X	X	-	X	X	X	-	5	50%
Relações inter e intra-pessoais	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	2	20%
Afiliação	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	2	20%

Tabela 2 – análise das Necessidades de Ordem Superior para cada paciente Submetido à cirurgia cardíaca. Jean Watson, 2017.

Fonte: Dados primários

*: “X” indica a presença do déficit e “-” indica a ausência do déficit.

†: F e F% representam respectivamente o número de pacientes e o percentual de pacientes que possuem déficits nas necessidades.

Diagnósticos de enfermagem reais	Pacientes										Total	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	F	F%
Débito cardíaco diminuído	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	100%
Intolerância à atividade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	100%
Conhecimento deficiente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	9	90%
Deambulação prejudicada	-	X	X	-	-	-	X	X	X	-	5	50%
Ansiedade	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	4	40%
Sobrepeso	X	-	X	X	-	-	-	-	-	-	3	30%
Volume de líquidos excessivo	X	X	-	-	-	-	-	-	-	X	3	30%
Integridade tissular prejudicada	X	X	-	-	-	X	-	-	-	-	3	30%
Padrão de sono prejudicado	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-	3	30%
Mobilidade física prejudicada	-	-	X	-	-	-	X	X	-	-	3	30%
Obesidade	-	-	-	-	-	-	X	-	X	X	3	30%
Troca de gases prejudicada	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	2	20%
Insônia	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	2	20%
Sofrimento espiritual	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	2	20%
Controle de impulsos ineficaz	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	2	20%
Comportamento de saúde propenso a risco	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	2	20%
Processos familiares disfuncionais	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	2	20%
Regulação do humor prejudicada	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	2	20%
Ventilação espontânea prejudicada	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10%
Autonegligência	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10%
Medo	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10%
Controle ineficaz da saúde	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10%
Risco de desequilíbrio eletrolítico	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10%
Fadiga	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10%

Déficit no autocuidado para alimentação	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10%
Perfusão tissular periférica ineficaz	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10%
Manutenção do lar prejudicada	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10%
Controle emocional instável	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10%
Maternidade prejudicada	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10%
Religiosidade prejudicada	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10%
Diarreia	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	1	10%
Distúrbio na imagem corporal	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	1	10%
Padrão respiratório ineficaz	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	1	10%
Enfrentamento familiar comprometido	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	1	10%
Enfrentamento familiar incapacitado	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	1	10%
Pesar	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	1	10%
Dentição prejudicada	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	1	10%
Dor aguda	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	1	10%
Desesperança	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	1	10%
Baixa autoestima crônica	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	1	10%
Enfrentamento ineficaz	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	1	10%
Tristeza crônica	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	1	10%
Mucosa oral prejudicada	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	1	10%

Tabela 3 – Diagnósticos de enfermagem reais identificados para cada paciente submetido à cirurgia Cardíaca. Natal, RN, 2017

Fonte: Dados primários

*: "X" indica a presença do diagnóstico e "-" indica a ausência do diagnóstico.

†: F e F% representam respectivamente o número de pacientes e o percentual de pacientes que foram diagnosticados.

Diagnósticos de Risco	Pacientes										Total	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	F	F%
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	100%
Risco de infecção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	100%
Risco de função cardiovascular prejudicada	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	100%
Risco de perfusão renal ineficaz	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	100%
Risco de glicemia instável	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	9	90%
Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	9	90%
Risco de quedas	-	X	X	X	X	X	X	-	X	X	8	80%
Risco de úlcera por pressão	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	7	70%
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	-	-	X	X	-	X	X	X	X	-	6	60%
Risco de religiosidade prejudicada	-	X	-	X	-	X	-	-	X	X	5	50%
Risco de integridade tissular prejudicada	-	-	-	X	X	-	X	X	X	-	5	50%

Risco de integridade da pele prejudicada	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	4	40%
Risco de sobrepeso	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	2	20%
Risco de constipação	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	2	20%
Risco de suicídio	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	2	20%
Risco de solidão	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	2	20%
Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	2	20%
Risco de função hepática prejudicada	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	2	20%
Risco de confusão aguda	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	1	10%
Risco do olho seco	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	1	10%

Tabela 4: Diagnósticos de enfermagem de risco identificados para cada paciente submetido à cirurgia Cardíaca. Natal, RN, 2017

Fonte: Dados primários

*: "X" indica a presença do diagnóstico e "-" indica a ausência do diagnóstico.

†: F e F% representam respectivamente o número de pacientes e o percentual de pacientes que foram diagnosticados.

Diagnósticos de Saúde	Pacientes										Total	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	F	F%
Disposição para melhora do autocuidado	X	-	-	-	-	X	-	-	-	X	3	30%
Disposição para controle da saúde melhorado	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10%
Disposição para conhecimento melhorado	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	1	10%

Tabela 5: Diagnósticos de enfermagem de saúde identificados para cada paciente submetido à cirurgia Cardíaca. Natal, RN, 2017

Fonte: Dados primários

*: "X" indica a presença do diagnóstico e "-" indica a ausência do diagnóstico.

†: F e F% representam respectivamente o número de pacientes e o percentual de pacientes que foram diagnosticados.

DISCUSSÃO

A Tabela 1 evidencia as Necessidades de Ordem inferior referentes aos processos biofísicos, propostas na teoria da Jean Watson, sendo 100% dos pacientes com déficit nas necessidades de "Circulação", "mobilidade" e "alimentação e hidratação". Tal achado é evidenciado em estudos⁽⁸⁾ que mostram que a falta de atividade física e uma alimentação desequilibrada levam ao surgimento de problemas cardiovasculares, fato evidenciado em todos os pacientes do estudo, que são cardiopatas, no pré-operatório de cirurgia cardíaca.

Além disso, na tabela 1 foram identificadas barreiras para conversar com os pacientes sobre sua sexualidade, notada pela falta de privacidade no diálogo, por

ser o primeiro contato com a entrevistadora e pelos tabus culturais existentes⁽⁹⁾. O que dificultou uma percepção em uma das necessidades pilares da teoria de Jean Watson (necessidade de sexualidade), diminuindo as possibilidades de intervenções em possíveis causas geradoras de problemas biopsicossociais.

Já nas necessidades de Ordem Superior, 90% dos pacientes possuem déficit na necessidade de “conhecimento”, 60% em “Emocionais, afetivas psicológicas” e 50% em “Religiosidade/fé”, o que é evidenciado pelo modelo biomédico de cuidado, onde há um distanciamento das emoções da razão, no qual o ser humano doente/saúde debilitada é visto como “uma máquina quebrada”. É um modelo no qual se esquece do lado metafísico, espiritual, em que são priorizadas necessidades fisiológicas e biológicas. Não ocorre uma “cura espiritual” e nem se permite expressar-se de forma a encontrar nisto um meio de cura⁽¹⁰⁾.

A importância disso também é expressa de forma psicossomática onde problemas de ordem emocional/espiritual/religiosa podem acarretar em problemas físicos como evidenciado na Síndrome de Takotsubo⁽¹¹⁾.

Analisando a tabela 3, o diagnóstico “Débito cardíaco diminuído” foi verificado em 100% dos pacientes selecionados para esta pesquisa. Para este diagnóstico, as características definidoras se configuram em bradicardia, taquicardia e variações na leitura da pressão arterial, as quais foram observadas por meio do acompanhamento constante da monitorização dos pacientes; e os fatores relacionados incluem ritmo cardíaco e frequência cardíaca alterados, que se mostram comuns em pacientes submetidos à revascularização miocárdica.

O diagnóstico “Intolerância à atividade” também foi observado em todos os componentes da amostra. Os fatores relacionados observados incluem desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio, estilo de vida sedentário, fraqueza generalizada, imobilidade e repouso no leito. As características definidoras aplicadas constituem alterações eletrocardiográficas, desconforto aos esforços, fadiga, resposta anormal da frequência cardíaca à atividade e resposta anormal da pressão sanguínea à atividade. É importante ressaltar a importância da atividade física para estes pacientes na manutenção e melhoria da circulação sanguínea, preservação da trofia e tônus muscular dos membros, desde que estas atividades sejam prescritas corretamente de acordo com cada caso⁽¹²⁾.

Uns dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes nos estudos de caso foram: débito cardíaco diminuído (100%), Risco de função cardiovascular prejudicada (100%), Intolerância à atividade (100%), Estilo de vida sedentário (90%) e conhecimento deficiente (90%). Estes dados mostram uma clara relação entre a falta de conhecimentos e de acesso à informação e a prevalência em problemas cardiovasculares⁽¹³⁻¹⁴⁾. Quanto maior a falta de informações de fatores de risco modificáveis (tais como a prática atividade física, ter uma alimentação saudável, seguir orientações dos profissionais da forma adequada, etc.), maior será a probabilidade do indivíduo de apresentar doenças cardiovasculares⁽¹⁵⁾.

No estudo, a maioria nunca praticou atividade física e possui um estilo de vida sedentário (90%). Além disso, foram diagnosticados 20% com obesidade, 30% com sobrepeso e 30% com risco de sobrepeso. Estes diagnósticos sobre peso corporal estão estritamente vinculados à alimentação desequilibrada.

A teoria de Jean Watson ressalta a importância do papel do enfermeiro como educador, pois a desinformação reduz o controle do paciente sobre a sua situação de saúde, bem como sua autonomia para o autocuidado⁽¹⁶⁾, uma vez que este não possui conhecimentos sobre o seu estado de saúde, os fatores de risco, seus cuidados perioperatórios, favorecendo o medo pelo desconhecido e desenvolvimento ansiedade e a recusa, muitas vezes, em aderir a um tratamento ou regime terapêutico. E isto também fere os princípios propostos pela teoria de Jean Watson sobre humanização do atendimento aos pacientes, pois se deixa de promover uma assistência adequada, integral e de qualidade⁽¹⁷⁾. Podendo assim não ter resolutividade dos problemas do paciente, mantendo-o desconfortável no meio hospitalar, o que pode acarretar uma série de desequilíbrios emocionais e físicos, tais como ansiedade, aumento da pressão sanguínea, entre outros, alterando o prognóstico da recuperação do paciente⁽¹⁸⁾.

O instrumento utilizado baseado na Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, apesar de completo (abarcando as necessidades de ordem biopsicossocial), é muito extenso. Na prática, seria uma barreira para adesão dos enfermeiros ao instrumento, porque infelizmente, o enfermeiro não teria este tempo para realizar esta coleta de dados de forma tão demorada, pois, na realidade do Brasil, ainda há uma grande desproporção entre número de pacientes para quantitativo de enfermeiros, por mais que exista uma resolução⁽¹⁹⁾ regulamentadora, o que acabaria os enfermeiros não conseguindo atender a todos os pacientes em seu serviço.

Outra limitação encontrada ao longo do estudo foi o “engessamento” dos diagnósticos da NANDA- I⁽⁵⁾. Muitas vezes o paciente se adequava ao título diagnóstico, bem como em sua definição, porém não se adequava em suas características definidoras e/ou fatores relacionados. Por exemplo: o diagnóstico de “risco de infecção”, não possui entre seus fatores de risco a “hospitalização prolongada”, mesmo possuindo muitos estudos⁽²⁰⁻²¹⁾ que comprovam que a hospitalização prolongada aumenta em muito a chance de um paciente ser infectado. E isto se estende a outros diagnósticos, dificultando a caracterização de um problema que possui relevância, mas que não é possível de ser enquadrado em um diagnóstico padronizado pela NANDA.

CONCLUSÃO

O estudo mostra que é possível identificar os déficits nas necessidades de ordem biofísicas, como também nas necessidades ordem psicossocial e espiritual, vislumbrando uma assistência mais adequada, individualizada e humanista ao paciente em pré-operatório de cirurgia cardíaca. Desta maneira, possibilita a construção do

raciocínio clínico, identificando os diagnósticos de enfermagem no paciente cardiopata, à medida que permitem a articulação entre os fatores relacionados, fatores de risco e características definidoras conforme a Taxonomia II da NANDA, utilizando o referencial teórico à luz da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. Portanto concluímos que o instrumento construído baseado nesta teoria é eficiente para uma ampliação do olhar clínico do paciente de forma humanista.

REFERÊNCIAS

Campos SMCL. Sistemática da assistência da enfermagem perioperatória: percepção de enfermeiros assistenciais. Rev. SOBECC. 2000;5(4):21-5

Ayres JRCM. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZEERESNIA, D., Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Smeltzer SC BARE, BG Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgico. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999; Artmed, 2015.

Santos LGS, Backes VMS, Vasconcelos MAA assistência humanizada ao cliente no centro cirúrgico: uma expectativa apoiada na teoria humanística de PATERSON & ZDERAD. Rev. Nursing, São Paulo, n.48, a.5, p.25-29, maio 2002

Nanda Internacional. NANDA nursing diagnosis 2015 – 2017 New York

Galdeano LE, Rossi LA, dos Santos CB, Dantas RA. Nursing diagnoses of patients in the perioperative period of cardiac surgery. Rev. Esc Enferm USP [internet]. 2004 [cited 2015 December 6, 2015]; 40:26-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40nl/a03v40nl.pdf>.

Yin RK. Case study: desing and methods. 2nd ed. New York: Bookman, 2001.

Dutra Oscar P. II Diretriz brasileira de cardiopatia grave. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2006 Aug [cited 2017 Nov 22]; 87(2): 223-232. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001500024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2006001500024>.

Simone Mara de Araújo Ferreira, Thais de Oliveira Gozzo, Marislei Sanches Panobianco, Manoel Antônio dos Santos, Ana Maria de Almeida. Barreiras na inclusão da sexualidade no cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e mamário: perspectiva das profissionais. Rev. Latino-Am. Enfermagem jan.-fev. 2015;23(1):82-9.

José Augusto C. Barros. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? . Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84 , july 2002. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7070/8539>>. Acesso em: 22 nov. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>.

Lemos Alessandra Edna Teófilo, Junior Araújo Antonio Luiz, Lemos Michely Teófilo, Belém Lucia de Souza, Vasconcelos Filho Francisco Juarez C., Barros Raimundo Barbosa. Síndrome do coração partido (síndrome de Takotsubo). Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2008 Jan [cited 2017 Dec 03]; 90(1): e1-e3. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008000100015&lng=en.

Diretriz de Reabilitação Cardíaca. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2005 May [cited 2017 Nov 22]; 84(5): 431-440. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005000500015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2005000500015>.

Bonotto Gabriel Missaggia, Mendoza-Sassi Raul Andres, Susin Lulie Rosane Odeh. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Jan [citado 2017 Nov 20] ; 21(1): 293-302. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100293&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.07232015>.

Ganassin Gabriela Schiavon, Silva Elza Monteiro da, Pimenta Adriano Marçal, Marcon Sonia Silva. Efetividade da intervenção educativa no conhecimento de homens relacionado às doenças cardiovasculares. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2016 Feb [cited 2017 Nov 20] ; 29(1): 38-46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000100038&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600006>.

Ribeiro Amanda Gomes, Cotta Rosângela Minardi Mitre, Ribeiro Sônia Machado Rocha. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Jan [cited 2017 Nov 20] ; 17(1): 7-17. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100002>.

JRC Braz e YMM Castiglia. *Temas de anestesiologia para o curso de graduação em medicina*. 2ª ed ver. e amp. São Paulo: Artes Médicas, 2000

Watson J. (1988). *Nursing: human science and human care, a theory of nursing*. New York: National League for Nursing.

Bonica JJ. Posoperative pain. In: Bonica J J.(ed.) *The management of pain*. E ed. Philadelphia: London: Lea & Febiger, 1990. v1, pp. 461-480.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 0527/2016. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html Acesso em: 4 nov. 2017

Siqueira Ana Barros, Cordeiro Renata Cereda, Perracini Monica Rodrigues, Ramos Luiz Roberto. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2004 Oct [cited 2017 Nov 20] ; 38(5): 687-694. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000500011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000500011>.

Oliveira Stefanie Griebeler, Quintana Alberto Manuel, Budó Maria de Lourdes Denardin, Kruse Maria Henriqueta Luce, Beuter Margrid. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2012 Sep [cited 2017 Nov 20] ; 21(3): 591-599. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300014>.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA BUSCA DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO DURANTE A HEMODIÁLISE

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Ismael Viana Aragão

Universidade Braz Cubas, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Maxwell do Nascimento Silva

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Fernando Rodrigo Correia Garcia

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Francisca Bruna Arruda Aragão

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Wochimann de Melo Lima

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Luciana Coelho Carvalho Oliveira

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Rafael Mondego Fontenele

Hospital São Domingos, Unidade de Terapia Intensiva.
São Luís-MA

RESUMO: A Insuficiência Renal Crônica leva o indivíduo a perda gradativa e irreversível da função renal, o que conseqüentemente ocasiona na necessidade da utilização do método de substituição renal. Dentre os métodos de substituição, o mais utilizado é a hemodiálise. Destacando-se as complicações mais comuns temos: hipotensão, câibras, náuseas e vômitos, cefaleia, dor torácica, dor lombar, prurido, febre e calafrios. Para cada complicação, existe uma medida a ser tomada. O objetivo da pesquisa foi descrever a importância da assistência de Enfermagem destinada ao paciente renal crônico submetido à hemodiálise em busca de sua qualidade de vida. Utilizou as bases de dados SCIELO, LILACS, BIREME e Portarias do Ministério da Saúde, para busca de publicações de 2005 a 2015. Diante a importância do conhecimento do Enfermeiro sobre as medidas que devem ser tomadas em cada situação, ressalta-se o diagnóstico precoce como a melhor intervenção, mas também na prevenção, controle e principalmente na assistência qualitativa do enfermeiro na busca por qualidade de vida. Conclui-se no estudo, que a assistência de Enfermagem no controle das intervenções das complicações da hemodiálise possibilita um olhar diferenciado para essa clientela, estabelecendo confiança mútua, prevenindo complicações mais sérias, tendo em vista as necessidades dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de Hemodiálise. Qualidade de vida. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT: Chronic Renal Insufficiency leads the individual to a gradual and irreversible loss of renal function, which consequently leads to the need to use the renal replacement method. Among the substitution methods, hemodialysis is the most used. Highlighting the most common complications we have: hypotension, cramps, nausea and vomiting, headache, chest pain, low back pain, pruritus, fever and chills. For each of these complications, there is a measure to be taken. The aim of the study was to describe the importance of nursing care for chronic renal patients undergoing hemodialysis in search of quality of life. He used the databases SCIELO, LILACS, BIREME and Portfolios of the Ministry of Health, to search for publications from 2005 to 2015. Given the importance of the knowledge of the Nurse on the measures which should be taken in each situation, it is worth noting the early diagnosis as the best intervention, but also in the prevention, control and especially in the qualitative assistance of the nurse in the search for quality of life. It was concluded in the study that Nursing care in the control of hemodialysis complications interventions allows a different perspective for this clientele, establishing mutual trust, preventing more serious complications, taking into account the needs of patients.

KEYWORDS: Hemodialysis Units. Quality of life. Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

O sistema renal é de fundamental importância para a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico e metabólico do organismo. Para tanto, os rins são responsáveis por tornar o meio extracelular constante para o funcionamento celular normal, através da excreção de produtos do metabolismo (uréia, creatinina, ácido úrico), de eletrólitos e água obtidos da ingesta alimentar. Mantém-se assim uma constante entre a excreção e a soma da ingestão com a produção endógena (GONÇALVES, 2006).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) surge quando os rins não são capazes de realizar a remoção dos produtos da degradação do organismo e de executar suas funções reguladoras. Com isso, há acúmulo de substâncias nos líquidos corporais e comprometimento de funções endócrinas, metabólicas, hidroeletrólíticas e de equilíbrio ácido-base (SANTOS et al., 2011).

A IRC é uma patologia nefrológica que requer, na maioria das vezes, tratamento dialítico. Os sinais e sintomas iniciais da insuficiência renal são inespecíficos, dificultando o diagnóstico precoce. Entre os tratamentos indicados para a substituição da função renal podemos citar: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. Nesta pesquisa daremos maior enfoque a hemodiálise que pode ser usada tanto em pacientes com insuficiência renal aguda e/ou crônica, principalmente por ser tratar de um método rápido e eficaz (KNOBEL, 2010).

No Brasil, os dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia indicam que 100

mil pessoas fazem diálise. Atualmente, existem 750 unidades cadastradas no País. Os números mostram ainda que 70% dos pacientes que fazem diálise descobrem a doença tardiamente. A taxa de mortalidade para quem enfrenta o tratamento é 15%. De acordo com os dados do censo em unidades de diálise no Brasil, realizado em julho de 2010, o número de pacientes em programa de diálise era de 92.091, sendo que 90,6% em HD (TEIXEIRA, 2015).

O tratamento é utilizado para pacientes que estão agudamente doentes e que necessitam de diálise por curto prazo (dias a semanas), bem como para pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) que necessitam de terapia em longo prazo ou permanente (SMELTZER; BARE, 2006).

O paciente ao ser submetido ao tratamento de hemodiálise torna-se dependente de uma tecnologia, de profissionais especificamente treinados para a manutenção desta tecnologia e atenção que é muito importante a estes indivíduos. Para o enfermo a máquina de hemodiálise representa a manutenção de uma homeostase fisiológica, e por que não dizer, a manutenção de sua vida (CAMPOS; TURATO, 2010).

Desse modo surge como problema de pesquisa: Qual a importância da enfermagem na hemodiálise frente às complicações em pacientes renais crônicos? Tendo como objetivo geral descrever a importância da assistência de Enfermagem destinada ao paciente renal crônico submetido à hemodiálise em busca de sua qualidade de vida.

A justificativa para realização da presente pesquisa é embasada frente à necessidade de sensibilização e promoção de um cuidado integral e humanizado aos pacientes hemodialíticos, exigindo do enfermeiro e da equipe de saúde um conhecimento especializado, aplicado individualmente, de forma contínua e interdisciplinar, fundamentado em dados empíricos e científicos. O cuidado das pessoas com essas doenças tem sido um grande problema na área da saúde, abrangendo várias dimensões e representando um desafio a ser enfrentado no dia-a-dia, tanto por aqueles que vivenciam a situação quando para os cuidadores.

Também, a qualidade de vida desses clientes pode ser alterada pela severidade dos sintomas da doença e por intercorrências clínicas ou complicações paralelas, quantidade de medicação exigida para aliviar os sintomas e alteração da vida social, devido a restrições sofridas na vida cotidiana imposta pela condição crônica. Além disso, ainda se estabelece uma relação de dependência a uma máquina, a uma equipe especializada e à obrigatoriedade de aceitar e assumir um esquema terapêutico rigoroso para manutenção de sua vida. Dessa forma, existe a necessidade de investigar através dessa pesquisa como o enfermeiro deve agir diante do tratamento e as complicações que possam vir a ocorrer no paciente em hemodiálise, buscando assim atendê-lo com uma maior segurança. Com isto espera-se que este trabalho sirva de base para a elaboração de medidas que diminuam esses episódios e minimizem os riscos da ocorrência dessas complicações.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, por meio de uma pesquisa bibliográfica de cunho documental, cuja metodologia consiste na coleta de dados, realizada de fontes seguras de levantamento bibliográfico. Para a seleção da literatura que respondesse aos objetivos da presente pesquisa, foi realizada uma busca durante os meses de fevereiro a junho/2018 de publicações em diferentes bancos de dados, entre os quais: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), BIREME e Portarias do Ministério da Saúde, por meio de descritores, utilizados isoladamente ou agrupados, tais como: Hemodiálise; Qualidade de vida; Enfermagem; Intervenções.

Os critérios de inclusão no estudo foram: artigos publicados de 2005-2015, em português, com resumo e texto completo, disponíveis nas bases de dados que abordassem acerca da hemodiálise e suas complicações a assistência prestada pela Enfermagem, que tratem sobre as intervenções de Enfermagem diante as complicações do paciente em hemodiálise na busca de qualidade de vida do mesmo. Não foram incluídos no estudo publicações que não se adequarem ao tema proposto, que estavam incompletos ou que não possuíam referencial científico, como apostilas ou textos inacabados, que foram realizados no período anterior a 2005, que estavam fora do contexto abordado.

Após o levantamento dos instrumentos de dados, foi realizada a seleção e análise dos mesmos, coletando as informações e discussões pertinentes ao tema destacando o posicionamento e os resultados de cada estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Principais métodos de substituição renal

Os métodos de substituição renal possuem como objetivos a melhoria das anormalidades metabólicas decorrentes da disfunção renal, a regulação do equilíbrio e balanços influenciados pelos rins. Além disto, visa o controle do líquido extracelular em pacientes com falência orgânica múltipla, a preservação e o auxílio na recuperação das disfunções orgânicas. E eventualmente, a remoção de mediadores que contribuem para o estado de desregulação da resposta inflamatória na doença crítica. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2015).

Entre os métodos de substituição temos a diálise peritoneal ambulatorial (DPAC), diálise peritoneal cíclica contínua (DPCC), diálise peritoneal intermitente (DPI), transplante renal (TX) e a mais utilizada, a hemodiálise (VIEIRA et al., 2005).

No tratamento por meio da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), é realizada uma técnica de infusão de líquido de diálise na cavidade abdominal do paciente, favorecendo a depuração do sangue por meio da membrana peritoneal,

com o intuito de remover substâncias que necessitam ser eliminadas pelo organismo, acrescentando ainda que o treinamento do paciente para realizar a DPAC é desenvolvido pela enfermeira do serviço de diálise; entretanto, o tratamento propriamente dito, isto é, a troca das bolsas de diálise, é realizada pelo paciente e/ou familiar em seu domicílio. O paciente retorna ao ambulatório para consultas médicas e de enfermagem periódicas, com a finalidade de avaliar o estado de saúde, bem como o tratamento da DPAC, e possíveis complicações. (SILVA et al., 2011).

A solução de diálise está sempre presente na cavidade peritoneal. A drenagem do líquido que estava na cavidade é trocada após um período mínimo de 4 horas e máximo de 6 horas por tornar-se saturada e, infunde-se então uma nova solução. Apenas durante a noite, para não incomodar o bem estar do paciente, a solução permanece por mais de 6 horas. Para renovar o líquido saturado é necessário realizar as trocas no mínimo quatro vezes ao dia. (RESENDE et al., 2007).

A drenagem do dialisado gasto e o influxo de solução fresca de diálise são realizados manualmente, contando com a gravidade para mover o líquido para dentro e para fora do abdômen. As soluções dessa modalidade são embaladas em sacos plásticos flexíveis, claros ou em recipientes plásticos semi-rígidos. Para pacientes adultos as soluções estão disponíveis em volumes de 1,5; 2; 2,5; ou 3 litros, sendo o volume padrão 2 litros (RIBEIRO et al., 2008).

A Diálise peritoneal cíclica contínua (DPCC) combina com a diálise peritoneal intermitente, no período da noite, com um tempo prolongado de retenção durante o dia. O cateter inserido no peritônio é conectado à máquina durante a noite, e o paciente recebe três a cinco trocas de 2 litros durante esse período. Pela manhã, o paciente, após infundir 1 a 2 litros de dialisado fresco, desconecta o cateter e o dialisado permanece na cavidade abdominal até que o equipo seja reconectado à máquina cicladora na hora de dormir (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2015).

Neste método a diálise ocorre durante a noite, enquanto o paciente dorme. O paciente é conectado a uma máquina cicladora automática que periodicamente substitui a solução de diálise da cavidade peritoneal por uma nova solução por meio da força da gravidade. Antes da infusão, a máquina aquece a solução e, por meio de pinças e temporizadores, as cicladoras regulam o tempo e o volume da infusão, tempo de permanência e o tempo e o fluxo da drenagem. Em casos de eventuais problemas, alarmes sonoros são acionados acordando o paciente que deverá verificar o que está acontecendo e corrigir o problema; para isto o paciente, ou algum familiar, recebe treinamento para manusear a máquina cicladora pela enfermeira da unidade de diálise (HIGA et al., 2008).

Resende et al. (2007) citam a Diálise Peritoneal Intermitente como uma variação da diálise peritoneal que, mesmo não sendo tão eficiente quanto à hemodiálise na remoção de soluto e líquido, permite uma alteração mais gradual no estado de volume hídrico do paciente e na retirada dos produtos de degradação, se tornando o tratamento de escolha para pacientes com instabilidade hemodinâmica.

Esse método consiste em um banho por infusão direta, na cavidade peritoneal, de uma solução dialisadora durante 10 a 15 minutos. A solução deverá permanecer no peritônio por 30 minutos, sendo em seguida drenada por gravidade. O volume introduzido a cada banho varia em torno de 2.000 ml para adultos, e o tempo de duração é de 24 horas, realizando-se ao final do dia 24 banhos, ou seja, 1 hora para cada banho de dialisado, e essas sessões devem ser realizadas de duas a três vezes por semana em ambiente hospitalar (ARONE; PHILIPPI, 2005).

Para Ribeiro et al. (2008), o transplante de órgão, mais do que um procedimento técnico-científico se constitui numa reavaliação de hábitos, valores sociais, princípios religiosos, éticos e morais. É um procedimento cirúrgico que consiste na transferência de um órgão (coração, pulmão, rim, pâncreas, fígado) ou tecido (medula óssea, ossos, córneas) de um indivíduo para outro, a fim de compensar ou substituir uma função perdida. Sendo assim, no transplante de rim implanta-se um rim sadio em um indivíduo portador de insuficiência renal terminal. Esse novo rim passará a desempenhar as funções que os rins doentes não conseguem mais manter. Relatam ainda em que o melhor tratamento para a IRC é sem dúvida o transplante renal, que só não poderá ser realizado em casos de neoplasia, infecções sistêmicas em atividade, incompatibilidade sanguínea ABO e presença de anticorpos citotóxicos pré-formados contra o doador.

De acordo com Barros et al. (2006), o transplante renal é indicado para o tratamento da IRCFT de quase todas as etiologias, incluindo as mais comuns, como glomerulonefrites, nefropatia diabética, nefrites intersticiais, doenças císticas, vasculares e outras. O transplante envolve a remoção de um rim de um doador vivo ou de cadáver humano para um receptor que possui Doença Renal em Estágio Terminal (DRET).

O transplante é considerado bem sucedido quando se atinge valores de filtração glomerular maior que 50ml/min. Além de melhorar a sobrevida, os benefícios de um transplante bem sucedido inclui a resolução da anemia, o retorno das funções endócrinas, sexual e reprodutivas normais e a melhora dos níveis de energia, tornando viável o retorno para emprego em tempo integral e para uma atividade física mais extenuante. As principais desvantagens do transplante renal inclui o risco cirúrgico, os efeitos colaterais e o custo dos imunossupressores. (HIGA et al., 2008).

No Brasil, somente 10% dos pacientes que estão na lista de espera conseguem realizar esse tratamento (BRASIL, 2004). Segundo Resende et al. (2007) pode-se perceber que o tratamento baseado em transplante renal é bastante complexo e requer uma assistência de enfermagem especializada para superar o comprometimento orgânico decorrente do tratamento. Os cuidados de enfermagem no pós-operatório incluem monitorar sinais vitais e funções fisiológicas, avaliar condições hemodinâmicas e volume de líquido intravascular, realizar curativos estéreis, atentar para sinais de septicemia.

O transplante renal tem o melhor custo efetividade para o tratamento da doença renal terminal. A média de custo para o paciente em hemodiálise por ano é dez vezes maior que o tratamento com transplante, incluindo o custo com imunossupressores.

Entretanto, o transplante renal não é a cura definitiva, pois o paciente irá necessitar de cuidados para o resto de sua vida, o que implica em adquirir conhecimento para reconhecer fatores de risco e sinais e sintomas relacionados às principais complicações a que está exposto, como as infecções e a rejeição do órgão (RIBEIRO et al., 2009).

Em relação a hemodiálise as complicações que ocorrem durante a sessão de hemodiálise podem ser eventuais, mas algumas são extremamente graves e fatais. A hemodiálise consiste em retirar do organismo produtos tóxicos que são filtrados pelo rim normal (uréia, creatinina, fósforo, etc.) (SILVA et al., 2011).

Neste processo, utilizam-se membranas de celulose, que são imersas em uma solução eletrolítica ou solução de diálise. Esta solução possui composição semelhante à do plasma de um indivíduo com função renal normal. A hemodiálise é um tratamento onde a circulação do paciente é extracorpórea, realizada entre duas membranas de celulose que agem como membrana semipermeável (TERRA et al., 2010).

A terapia hemodialítica evita a morte dos pacientes com insuficiência renal crônica, embora ela não cure a doença renal e não compense as perdas das atividades endócrinas e metabólicas dos rins. O tratamento é utilizado para pacientes que estão agudamente doentes e que necessitam de diálise por curto prazo (dias a semanas), bem como para pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) que necessitam de terapia em longo prazo ou permanente (SMELTZER; BARE, 2006).

Entre as dificuldades encontradas pelo paciente renal crônico durante o tratamento são citadas: alterações no peso e apetite; boca seca; constipação e distúrbios do sono. O paladar torna-se desagradável, devido a restrições do sódio e potássio. Além das complicações clínicas, o paciente necessita de ingestão hídrica restrita e estilo de vida regrado (HIGA et al., 2008).

Guyton e Hall (2006) afirmam que, como a hemodiálise não consegue manter a composição inteiramente normal do líquido corpóreo e não pode substituir todas as múltiplas funções realizadas pelos rins, a saúde dos pacientes mantidos nesse tratamento em geral permanece de modo significativo, comprometida. Os rins trabalham vinte e quatro horas por dia, a hemodiálise, não é uma substituição dos mesmos, porque ela acontece três vezes por semana durante três horas, ocorrendo um acúmulo de substâncias prejudiciais ao sangue entre as sessões, ocasionando sintomas como: náuseas, êmese, anorexia, hipertensão, edema, prurido, dispnéia e mal estar geral (RIBEIRO et al., 2009).

O tratamento hemodialítico substitui a função dos rins nos indivíduos que tem a DRC, mais não por completo, pois além das funções de filtração do sangue eles exercem várias outras funções no organismo como: controle no nível de sais 29 minerais, controle dos ácidos (pH) no organismo, síntese de hormônios que estimulam a produção do sangue e controle da saúde dos ossos através da produção de vitamina D, controle de água corporal e controle da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2015).

Para a realização da hemodiálise é necessário um acesso; que se dá através

da confecção de uma fístula artério-venosa (FAV) ou cateteres percutâneos (jugular, femoral, subclávia). Na atualidade, a hemodiálise se constitui no método dialítico extensamente utilizado, sendo realizado em 85% dos pacientes que se submetem ao tratamento dialítico no Brasil (TERRA et al., 2010).

3.2 Hemodiálise e suas complicações

Para Nascimento; Marques (2005) a principal complicação que ocorre durante a hemodiálise envolve as alterações hemodinâmicas decorrentes do processo de circulação extracorpórea e a remoção de um grande volume de líquidos em um espaço de tempo muito curto. As complicações mais comuns durante a hemodiálise são, em ordem decrescente de frequência, hipotensão (20%-30% das diálises), cãibras (5%-20%), náuseas e vômitos (5%-15%), cefaléia (5%), dor torácica (2%-5%), dor lombar (2%- 5%), prurido (5%), febre e calafrios (< 1%).

As complicações menos comuns, mas sérias e que podem levar à morte incluem: a síndrome do desequilíbrio, reações de hipersensibilidade, arritmia, hemorragia intracraniana, convulsões, hemólise, embolia gasosa, hemorragia gastrointestinal, problemas metabólicos, convulsões, espasmos musculares, insônia, inquietação, demência, infecções, pneumotórax ou hemotórax, isquemia ou edema na mão e anemia. (HIGA et al., 2008).

A hipotensão arterial é citada por Smeltzer e Bare (2006) como sendo uma das complicações mais comuns, ocasionada pela rápida drenagem dos líquidos corporais durante a hemodiálise. Outros fatores também estão relacionados com a hipotensão dialítica, o ganho excessivo de peso no período interdialítico leva a retirada brusca de líquidos do espaço intravascular, quando a perda de água é muito grande e atinge valores inferiores ao peso seco do paciente ocorre hipotensão (ultrafiltração excessiva); solução de diálise de baixa concentração de sódio (hiponatremia) é comum em pacientes em hemodiálise por receberem grandes quantidades de soluções contendo pouco sódio; hiperaquecimento da solução de diálise; cálculo do peso seco inadequado; ingestão de alimentos; pois alguns pacientes podem apresentar hipotensão imediatamente após a ingestão de alimentos após a sessão. Os autores alertam que os pacientes hipotensos podem permanecer assintomáticos até que a pressão arterial tenha caído para níveis perigosamente baixos.

As cãibras musculares ocorrem em até 20% dos tratamentos de hemodiálise. A patogênese está provavelmente relacionada à ultrafiltração rápida, hiponatremia, hipocalemia e hipotensão. Pacientes urêmicos, porém ainda sem tratamento dialítico, não apresentam cãibras com frequência. A administração de sulfato de quinino e o ganho de pouco peso entre as sessões de diálise ajudam a prevenir as cãibras. (VIEIRA et al, 2005).

As cãibras estão associadas a elevadas taxas de ultrafiltração durante a diálise e não indicam, necessariamente, que o paciente atingiu o peso seco. Contudo, em situações que o paciente é ultrafiltrado abaixo do peso seco, as cãibras são mais

frequentes e podem ocorrer horas após o término da hemodiálise. Estas ocorrem usualmente associadas à hipotensão, embora elas frequentemente persistam após a restauração da pressão arterial a níveis adequados. Em uma minoria de pacientes as câibras ocorrem sem qualquer queda precedente da pressão arterial (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

As náuseas e vômitos ocorrem em cerca de 10% dos tratamentos hemodialíticos. As suas causas principais são: hipotensão, hipertensão arterial, úlcera gástrica, síndrome de desequilíbrio, ansiedade, ingestão de alimentos durante a HD e hipercalcemia. Sugere-se como tratamento a correção da causa, e se persistir deve ser administrado antiemético. A cefaleia é o sintoma mais comum em pacientes em regime de hemodiálise, sendo a origem da cefaleia como sendo a hipertensão arterial, seguido por nenhum fator identificado, hipotensão arterial e alterações no peso corporal e a ansiedade (ANTONIAZZI et al., 2002).

Pode ser também uma manifestação sutil da síndrome do desequilíbrio, ou pode estar relacionada ao uso de solução de diálise contendo acetato. Em pacientes que ingerem café, a cefaleia pode ser uma manifestação de abstinência de cafeína, uma vez que a sua concentração sanguínea é reduzida agudamente durante a HD. Essa alteração física é tratada por meio de analgésicos e pela eliminação da causa (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

A dor torácica é retratada por Kovelis et al. (2008), que descrevem que o sistema respiratório é especificamente afetado tanto pela doença como pelo tratamento, além da redução da função pulmonar e da força muscular respiratória, pacientes com DRC submetidos à hemodiálise apresentam variações de peso, devido à sobrecarga de líquido corporal no período interdialítico, ainda explicam que essa sobrecarga, em associação com um possível aumento da permeabilidade capilar pulmonar, pode resultar em edema pulmonar e efusão pleural, alterações essas que poderiam explicar redução da função pulmonar. A lombalgia é de início agudo; e às vezes extremamente intensa, que alguns autores relacionam a isquemia da cauda equina. Responde mal à administração de analgésicos, porém é aliviada com a diminuição do fluxo sanguíneo (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

O prurido pode, em alguns pacientes, iniciar-se ou agravar-se durante a sessão de HD. Nessas condições, a fisiopatologia é incerta, e o tratamento inclui o uso de anti-histamínicos e benzodiazepínicos. Os pacientes devem ser aconselhados a tomar banhos rápidos e com água em temperatura ambiente, além de utilizarem cremes hidratantes (TERRA et al., 2010).

Terra et al. (2010) acreditam que febre e calafrios podem ser reações pirogênicas, quando elas ocorrem sugerem a possibilidade de contaminação da água de diálise, dos equipos de entrada e saída de sangue. Afirmam ainda que o paciente renal crônico é imunodeprimido e por isso, está mais suscetível a infecções. As infecções bacterianas nos pacientes renais crônicos parecem progredir de maneira rápida, e a cura pode ocorrer de maneira mais lenta.

A crise hipertensiva é uma complicação pouco frequente durante a HD e sua fisiopatologia obscura. Em alguns pacientes, observam-se elevação nas catecolaminas e, em outros pacientes, ativação do sistema renina-angiotensina secundária à depleção de volume (HIGA et al., 2008).

A elevação súbita da pressão arterial durante a diálise pode ser devida a sobrecarga de volume, ansiedade ou síndrome de desequilíbrio. O tratamento é feito pela correção da causa e pela administração de hipotensores, como nifedipina e captopril. A sobrecarga de volume pode ser aliviada pelo aumento da ultrafiltração, e no caso de ansiedade, a psicoterapia e os sedativos prestam uma boa ajuda (VIEIRA et al., 2005).

A Síndrome do desequilíbrio da diálise caracteriza-se por confusão mental, cefaleia, náuseas, vômitos, tremores, agitação, delírio, contrações musculares ou mesmo crises convulsivas generalizadas. Geralmente é observado ao final da diálise ou no período pós-diálise imediato. Não é bem conhecida sua causa, mas admite-se que esteja relacionada à rápida remoção da ureia do sangue. O tratamento consiste, sobretudo, na administração profilática de medicamento anticonvulsivante no início da diálise a todo paciente com níveis excessivamente altos de ureia no sangue (RESENDE et al., 2007).

Quando ocorrem convulsões, o paciente deve ser sedado e a diálise suspensa, podendo ser reiniciada algumas horas depois, se sua condição clínica permitir. A sua duração, em geral, é cerca de 12h, sendo rara a persistência de sintomas por tempo mais prolongado. O seu prognóstico geralmente é bom. Outras complicações da hemodiálise são: embolia gasosa, hemólise, arritmias, síndrome do primeiro uso, alterações eletrolíticas, hemorragia intracraniana, convulsões e morte súbita (SMELTZER; BARE, 2006).

3.3 Principais intervenções que os enfermeiros devem realizar diante das complicações durante o tratamento

O enfermeiro é um agente de mudanças e através das atividades de enfermagem visa encontrar relações entre o homem e o ambiente, no processo vital, a fim de incorporar novos conhecimentos no processo instrucional para encontrar uma maneira de ação (MOURA et al., 2010).

A utilização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. O enfermeiro necessita conhecer as fases do processo de enfermagem, sob o contexto de um referencial teórico, e assim, promover o cuidado e o restabelecimento do paciente (SPERANDIO, 2005).

A SAE é um método que se caracteriza pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases de maneira organizada. O processo de enfermagem é uma das formas

de sistematizar a assistência. É dividido em cinco fases: coleta de dados, diagnóstico, plano de ação, evolução e implementação (RIBEIRO et al., 2008). Comprovadamente a SAE se faz instrumento de comunicação que efetiva as atividades da enfermeira de assistir o paciente, promovendo subsídios para o planejamento, coordenação e avaliação das suas ações, priorizando o atendimento ao cliente (MARTINS, 2005).

O objetivo da assistência de enfermagem neste setor é identificar e monitorar os efeitos adversos da hemodiálise e complicações decorrentes da própria doença, desenvolvendo ações educativas de promoção, prevenção e tratamento. Nesse setor existem várias intervenções específicas realizada pelo enfermeiro (RIBEIRO et al., 2009).

O paciente em tratamento renal estabelece uma relação de dependência com o equipamento da hemodiálise, ele precisa também de uma equipe especializada, além da obrigatoriedade de aceitar e assumir um esquema terapêutico rigoroso para manutenção de sua vida. A equipe de saúde treinada pode garantir um tratamento dialítico seguro, mesmo assim não há como se garantir a não-ocorrência de complicações, que no mais das vezes estão associadas às condições clínicas do paciente e a evolução da doença renal (MOURA et al., 2010).

A portaria nº 154 de 15 de julho de 2004 estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva e as normas para cadastramento desses estabelecimentos junto ao Sistema Único de Saúde. De acordo com essa portaria, na unidade de hemodiálise deve haver um médico nefrologista para cada 35 pacientes com título de especialidade registrado no Conselho Federal de Medicina, um enfermeiro também para cada 35 pacientes devendo possuir treinamento em hemodiálise reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia, um técnico de Enfermagem para cada 4 pacientes por turno de hemodiálise (BRASIL, 2004).

A assistência prestada pela Enfermagem em hemodiálise deve atuar juntamente com a equipe multidisciplinar levando o paciente a encontrar um maior entendimento da doença e capacidade de enfrentamento de sua atual condição, visando à diminuição do impacto da doença renal crônica na vida do indivíduo doente e da família, retirando daí aspectos que possam dar subsídios a uma boa qualidade de vida (RESENDE et al., 2007).

Além das complicações, ainda entram na conta dos potenciais riscos ao paciente os eventos adversos relacionados à terapia como: cateter obstruído, retirada acidental da agulha da fístula e coagulação do sistema extracorpóreo. De todos os eventos adversos encontrados, a maioria estava relacionada aos profissionais (falhas, despreparo, falta de atenção, falha na comunicação) e à organização do serviço (qualidade dos materiais, falta de recursos, sobrecarga de trabalho, recursos humanos inadequados, área física inadequada, ausência de protocolos específicos, etc.) (SOUSA, 2013).

Segundo Moura; Ramos; Espíndula (2010) o enfermeiro na hemodiálise, deve

assistir o paciente de forma integral, visando-o como um todo, estabelecendo uma relação de confiança e segurança entre paciente/enfermeiro, priorizando os cuidados necessários bem como sua qualidade de vida. Os autores afirmam ainda, que o papel do enfermeiro na sessão de hemodiálise inclui orientação para a mudança de hábitos e costumes: adoção de uma dieta rigorosa, com diminuição de proteínas, sódio e potássio, limitação à vida profissional e à atividade física e adesão às rotinas do tratamento. O paciente renal deve receber informações adequadas ao novo modo de vida que terá de assumir com as rotinas das sessões de hemodiálise quanto à dieta alimentar, o cuidado com a higiene, dentre outros. Dessa forma, torna-se necessário julgar as respostas dessa clientela frente ao cuidado da enfermagem (SILVA et al., 2011).

Nesse contexto, o objetivo da assistência de enfermagem na hemodiálise é identificar e monitorar os efeitos adversos e complicações decorrentes da própria doença, desenvolvendo ações educativas de promoção, prevenção e tratamento, na busca por uma boa qualidade de vida, apesar da doença instalada (OLIVEIRA et al., 2008). Atualmente, obtém-se um grande progresso em relação à segurança e a eficácia das máquinas de hemodiálise, tornando o tratamento mais seguro. Existem alarmes que indicam qualquer alteração que ocorra no sistema (detectores de bolhas, alteração de temperatura e do fluxo do sangue entre outros), mesmo assim, isso não garante que as complicações deixem de ocorrer (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

A atuação da equipe de enfermagem diante destas complicações, desde a monitorização do paciente, a detecção de anormalidades e a rápida intervenção é essencial para a garantia de um procedimento seguro e eficiente para o paciente. A equipe de enfermagem tem importância muito grande na observação contínua dos pacientes durante a sessão, podendo ajudar a salvar muitas vidas e evitar muitas complicações ao fazer o diagnóstico precoce de tais intercorrências. (RIBEIRO et al., 2009).

Os cuidados de Enfermagem incluem a sistematização do momento da entrada à saída do paciente da sessão de hemodiálise, com a chegada do paciente à unidade, deve-se recepcioná-lo, sempre observando o seu estado geral e sempre realizar uma avaliação pré-hemodiálise, que envolve o encaminhamento do paciente à balança para registrar o peso, verificar sinais vitais, encaminhar o paciente a máquina, os auxiliares e/ou técnicos devem comunicar ao Enfermeiro responsável qualquer alteração, conversar com o paciente sobre qualquer sintoma que ele tenha sentido desde a última hemodiálise e se não houver restrição, iniciar a sessão de diálise. Na avaliação pós-hemodiálise, deve-se atentar para os sinais vitais, sinais de sangramento no local da punção, verificar o peso e não deixar que o paciente sintomático deixe a unidade sem atendimento médico. (MOURA et al., 2010).

As intervenções de enfermagem variam de acordo com as possíveis complicações e com o quadro clínico do paciente. As ações de enfermagem englobam a participação na implantação, na vigilância, no controle e na verificação da manutenção do cateter.

Como também, ações educativas com a equipe de enfermagem e orientações para o paciente, incluindo a necessidade de documentar as ações implantadas e observações no contato com o paciente, por meio de anotações para acompanhar sua evolução. Assim, é importante ter profissionais conscientes, competentes, atualizados, capacitados para a autocrítica e o desempenho do trabalho em equipe, com vistas a interferir positivamente no seu meio, em benefício da coletividade (RIBEIRO, 2008).

Diante das complicações já vistas, identificaremos as medidas que vem ser tomadas em cada situação. Em um episódio hipotensivo está presente cabe à enfermagem diminuir a velocidade de ultrafiltração ou zerar a ultrafiltração conforme necessário, colocar o paciente em posição Trendelenburg e lateralizar a cabeça, infundir bolus de 100 ml de soro fisiológico a 0,9% ou mais se necessário, instalar oxigenoterapia nos casos de sintomatologia mais intensa e, se a hipotensão for grave e o paciente não estiver respondendo a essas medidas terapêuticas, a velocidade da bomba de sangue pode ser temporariamente reduzida, porém esta medida não deve ser utilizada de forma rotineira, pois pode resultar em subdiálise (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

Portanto, para a categoria hipotensão as condutas preventivas de enfermagem são as seguintes: adequar a prescrição com a programação da ultrafiltração; frequente aferição da pressão arterial; monitorar sinais e sintomas da hipotensão; reavaliar frequentemente o peso seco do paciente e uso de medicações anti-hipertensivas em contato com a equipe médica; orientar os pacientes quanto ao ganho de peso interdialítico (TERRA et al., 2010).

Souza; Martino; Lopes (2007) afirmam que para o controle das câibras, a equipe de enfermagem deve reforçar sempre que necessário as consequências do ganho excessivo de peso e estimular uma mudança de comportamento, visando a diminuição das complicações intradialíticas. Logo, quando o episódio de câibra está presente a enfermagem deve massagear e aplicar calor no músculo afetado; desprogramar a ultrafiltração a fim de reduzir ou zerar as perdas conforme necessário (HIGA et al., 2008).

Em se tratando de náuseas e vômitos, Daurgidas, Blake e Ing (2008) afirmam que a enfermagem deve considerar náuseas e vômitos como possíveis causas da hipotensão arterial, manifestações da síndrome do desequilíbrio e reações ao dialisador. A enfermagem precisa ainda avaliar causas não relacionadas com a diálise quando ocorrem náuseas e vômitos fora do contexto da diálise, e assim corrigir a causa. Em relação à cefaléia, a enfermagem deve orientar os pacientes quanto ao controle da hipertensão arterial, ganho de peso interdialítico bem como, realizar as intervenções quanto à prevenção e correção de episódios hipotensivos. Deve ainda investigar o consumo frequente de cafeína seja na dieta ou uso medicamentoso a fim de correlacionar possível abstinência de substâncias com o sintoma. Quando a cefaleia está instalada deve-se administrar analgésicos por via oral ou parenteral conforme prescrição médica (TERRA et al., 2010).

A enfermagem deve realizar avaliação da pele em busca de lesões ocasionadas pelo prurido, também pode aconselhar os pacientes a tomarem banhos rápidos e com água em temperatura ambiente, além da utilização de emolientes para hidratar e lubrificar a pele (OLIVEIRA et al., 2008).

Se o paciente apresentar dor torácica ou lombar, não há estratégia de tratamento ou prevenção específica, embora possa ser benéfico substituir a membrana do dialisador por uma de outra variedade (o benefício dessa mudança é controverso). Se o paciente em tratamento hemodialítico apresentar febre e calafrios, cabe à enfermagem investigar as possíveis causas destes sintomas e administrar analgésicos e antibióticos a critério médico. Deve-se sempre, inspecionar os acessos vasculares e durante todos os procedimentos utilizar-se de medidas necessárias ao controle da infecção. Se houver sinal de infecção em acesso permanente (fístula ou prótese), deve-se administrar prontamente a terapia antimicrobiana conforme orientação médica e realizar a diálise por outra via (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).

Moura, Ramos e Espíndula (2010) completam que a intervenção mais importante nas complicações durante a sessão de hemodiálise é o diagnóstico precoce. A intervenção de enfermagem é de fundamental importância nas complicações durante a sessão de hemodiálise, pois evita o agravamento e a evolução destas e qualidade de vida ao paciente em tratamento. Diante de cada complicação, há uma intervenção específica a ser realizada, minimizando assim a sintomatologia do paciente e proporcionando uma boa readaptação imediata à sessão.

4 | CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou uma aprendizagem mais ampla sobre a assistência de Enfermagem sobre as intervenções que devem ser realizadas durante as sessões de hemodiálise na busca por qualidade de vida do paciente em tratamento, concedendo desta forma, um olhar mais cuidadoso, diferenciado para essa clientela.

Observou-se que o processo de substituição renal, no caso a hemodiálise, possui várias complicações, dentre as mais comuns, já citadas, encontramos: hipotensão, câibras, náuseas e vômitos, cefaleia, dor torácica, dor lombar, prurido, febre e calafrios. Para cada uma dessas complicações existe uma medida a ser tomada pelo enfermeiro. É importante lembrar, que a sistematização da enfermagem inicia assim que o cliente entra na unidade, buscando sempre saber de suas condições físicas e clínicas estão adequadas para o início da sessão de hemodiálise.

Diante do exposto, o enfermeiro deve prestar tanto uma assistência qualitativa, como deve assumir também uma posição de educador, já que o enfermeiro é o profissional que possui mais contato com o cliente, devendo estabelecer uma relação de confiança e ensinamentos, envolvendo também a família do cliente.

A equipe de Enfermagem possui tanto a responsabilidade de prestar uma

assistência qualitativa durante o procedimento dialítico, quanto à de assumir uma posição de educador com o objetivo de passar informações de forma preventiva no intuito de minimizar as futuras complicações que a hemodiálise pode gerar, como os cuidados que o cliente deve tomar sobre sua dieta, a realização de atividades físicas, levando sempre em consideração a situação clínica e física de cada cliente, tendo um olhar holístico também, proporcionando uma qualidade de vida ao paciente apesar das limitações e diagnóstico que se encontra.

Dessa forma, se faz notório que, a educação continuada com profissionais que atuam na assistência do paciente dialítico deve prosseguir, buscando melhorias, sempre deixando claro que a melhor intervenção a ser tomada é o diagnóstico precoce e a busca por uma qualidade de vida apesar da doença já instalada. Por esse motivo, este estudo pode servir como base literária para elaboração de estratégias de melhoria para qualificar as intervenções de Enfermagem diante o paciente em hemodiálise, capacitando de forma contínua o Enfermeiro e sua equipe para atuar na busca de qualidade de vida dos pacientes em questão.

As atividades de educação em saúde destinadas às pessoas com problemas renais não devem ser estáticas, pois a simples transmissão da informação não assegura mudanças significativas que levem à melhoria da saúde. É preciso buscar outras maneiras de transmitir esse conhecimento, diferente do método tradicional, uma maneira onde os pacientes aprendam e participem de novas práticas, para que possam adaptar-se de maneira positiva ao seu novo estilo de vida. É necessária ainda, uma reflexão crítica da equipe de saúde e dos pacientes para juntos, buscarem meios que possam modificar esta realidade.

Dessa forma sugere-se que a melhor maneira para que se obtenham bons resultados nas intervenções de Enfermagem mediante as complicações da hemodiálise, é visualizar o sujeito de um modo singular, estimulando a melhoria na qualidade da assistência individualizada, com profissionais sempre aptos a intervir mediante a qualquer complicação, treinamento educacional dos profissionais através da implantação de um Núcleo de Educação Permanente na unidade e diagnósticos precoces.

Por fim, concluímos este estudo com a esperança de que se tenha um olhar profissional mais atencioso para os pacientes em hemodiálise com qualificação nas intervenções realizadas pela Enfermagem, para que se melhore cada vez mais a qualidade da assistência prestada e que traga benefícios e qualidade de vida para a clientela.

REFERÊNCIAS

- ARONE, E. M.; PHILIPPI, M. L. dos S. **Enfermagem médico-cirúrgica aplicada ao sistema renal e urinário**. São Paulo: Editora Senac, 2005.
- ANTONIAZZI, A. L. et al. Cefaléia relacionada à hemodiálise: análise dos possíveis fatores desencadeantes e do tratamento empregado. **Arquivos de NeuroPsiquiatria**, São Paulo, v. 60, n.3, set. 2002.
- BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento**. 3. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2006.
- CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 799-805, 2010.
- CRUZ, J. et al. **Atualidades em nefrologia**. v.12. São Paulo: Sarvier, 2012.
- DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana sistêmica e segmentar**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
- DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. **Manual de Diálise**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008.
- GONÇALVES, L. F. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento**. 3 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- HIGA, K. et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm**, v.21, número especial, p.203-6, 2008.
- JANICE, L. H.; CHEEVER, K. H. **BRUNNER & SUDDARTH: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgico**.12.ed. v. 2. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011.
- KNOBEL, E. et al. **Terapia Intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.
- KOVELIS, D. et al. Função pulmonar e força muscular respiratória em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, v. 34, n.11, nov. 2008.
- MARTINS, M.; CESARINO, C. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Latino Am Enferm**, v.13, n.5, p.670-6, 2005.
- MOURA, S. M. C. de. RAMOS, V. A.; ESPÍNDULA, B. M. O papel do enfermeiro na sessão de hemodiálise: revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, Goiás, v.1, n.1, ago./dez. 2010.
- NASCIMENTO, C. D.; MARQUES, I. R. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **REBEn**, Brasília, v. 58, n. 6, nov./dez. 2005.
- NASCIMENTO, V. P. C. et al. Avaliação da técnica de curativo em cliente com acesso venoso para hemodiálise. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro. v.17, n.2, p. 215-219, 2009.
- OLIVEIRA, S. M. de et al., Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade

de hemodiálise. **Acta paul. Enferm.** São Paulo, v. 21, dez. 2008.

PECOITS, R. Diagnóstico de doença renal crônica: avaliação da função renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia.** v. 26, n. 3, 2004.

RESENDE, M. C. et al. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psicologia Clínica.* **Psicol. Clin.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, dez. 2007.

RIBEIRO, R. C. H. M. et al. Levantamento sobre a Infecção do Cateter de Duplo Lúmen. **Acta Paulista de Enfermagem,** v. 21, 2008.

RIBEIRO, R. C. H. M. et al. O perfil sócio-demográfico e as principais complicações intradialíticas entre pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Arq Ciênc Saúde,** out-dez; v.16, n.4, p.175-80, 2009.

SANTOS, L. V. A. et al. Qualidade de vida relacionada ao domínio relação social em transplantados renais: estudo preliminar. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto,** v. 10, Supl.1, p.64-72, 2011.

SESSO, R.; GORDAN, P. Dados Disponíveis Sobre a Doença Renal Crônica no Brasil. **J. Bras. Nefrol.** v. 29, n. 1, mar. 2007.

SILVA, A. S. da et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev Bras Enferm,** Brasília, set-out; v.64, n.5, p.839-44, 2011.

SMELTZER, S.; BARE, B. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SPERANDIO, D. J.; ÉVORA, Y. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Rev Latinoam Enferm.** v.13, n.6, p.937-943, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Hemodiálise.** Disponível em: http://www.sbn.org.br/pdf/diretrizes/Diretrizes_Insuficiencia_Renal_Aguda.pdf. Acesso em: 20.abr.2017.

SOUSA, M. R. G. et al. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. **Rev Esc Enferm,** v.47, n.1, 2013.

SOUZA, E. F. de; MARTINO, M. M. F. de; LOPES, M. H. B. de. M. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. **Rev. esc. enferm.** São Paulo, v. 41, n. 4, dez. 2007.

TEIXEIRA, F. I. R. et al. Sobrevida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. **J. Bras. Nefrol.,** São Paulo, v. 37, n. 1, p. 64-71, mar. 2015.

TERRA, F. de S. et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Rev Bras Clin Med,** v.8, n.3, p.187-92, 2010.

TORTORA, G. J. **Corpo Humano:** fundamentos de anatomia e fisiologia. 6. ed.

Porto Alegre: Artmed, 2006.

VIEIRA, Walber Pinto et al. Manifestações musculoesqueléticas em pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Reumatologia.** São Paulo, v. 45, n. 6, nov./dez. 2005.

CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE CUSTO NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Silvia Emanoella Silva Martins de Souza
André Ribeiro da Silva
Cássio Murilo Alves Costa
Maria Auristela Menezes Costa
Jitone Leônidas Soares
Jônatas de França Barros
Carissa Menezes Costa
Críssia Maria Menezes Costa
Fernando Antibas Atik

RESUMO: A prática de gerenciamento de custos em enfermagem no Brasil ainda é intimamente ministrada nas instituições de nível superior. O objetivo desse estudo foi verificar quais são os modelos de gerenciamento de custos da enfermagem no Brasil. A metodologia utilizada foi a revisão integrativa da literatura nas bases de dados eletrônicas LILACS, MEDLINE, ColecionaSUS e bibliotecas virtuais Cochrane e SciELO, com recorte temporal entre os anos de 1980 a 2016. Utilizou-se os termos em português: “gerenciamento”, “custos”, “enfermagem”. Concluiu-se que o gerenciamento de custos é essencial para a qualidade do serviço de enfermagem, os profissionais dessa área no Brasil relatam não possuir formação acadêmica suficiente para gestão de custos, sendo que este profissional tem um papel bastante significativo no controle de material, tanto em testes, avaliações,

gastos, quanto na forma adequada de utilizá-los, além dos estudos realizados no país serem escassos e possuírem metodologias pouco apuradas e com mínimo de aprofundamento na sua importância.

PALAVRAS-CHAVE: Controle de Custos, Enfermagem, Gestão de Recursos.

ABSTRACT: The practice of cost management in nursing in Brazil is still intimately administered in higher education institutions. The purpose of this study was to verify which are the cost management models of nursing in Brazil. The methodology used was the integrative review of the literature in the electronic databases LILACS, MEDLINE, ColecionaSUS and virtual libraries Cochrane and SciELO, with a temporal cut between the years 1980 to 2016. It was concluded that cost management is essential for the quality of the nursing service, professionals in this area in Brazil report not having sufficient academic training for cost management, and this professional has a very significant role in the control of material, both In tests, evaluations, expenditures, as well as in the appropriate way of using them, besides the studies carried out in the country are scarce and have methodologies that are not very clear and with a minimum of deepening in their importance.

KEY WORDS: Cost Control, Nursing, Resources Management.

RESUMEN: La práctica de la gestión de los costes de enfermería en Brasil se encuentra aún muy enseñada en las instituciones terciarias. El objetivo de este estudio fue determinar cuáles son los modelos de gestión de los costes de enfermería en Brasil. La metodología utilizada fue la integrada de la literatura en bases de datos LILACS electrónicos, MEDLINE, Cochrane Colección SUS y bibliotecas virtuales y SciELO, con el marco de tiempo entre los años 1980 a 2016. Utilizamos los términos en portugués, “gestión”, “costo”, “enfermería”. Se concluyó que la gestión de costes es esencial para la calidad del servicio de enfermería, los profesionales de esta área en Brasil informan carecer de la suficiente formación académica para la gestión de costes, y este profesional tiene un papel muy importante en el control de los materiales, tanto las pruebas, las evaluaciones, los gastos y en la forma correcta de utilizarlos, además de los estudios en el país son escasos y pequeños poseen metodologías refinadas y profundización con un mínimo de su importancia.

PALABRAS CLAVE: Control de Costos, Enfermería, Gestión de Recursos.

INTRODUÇÃO

O estudo de aspectos econômicos em saúde mostra-se extremamente atual e oportuno, uma vez que as organizações de saúde vivem momentos de grande competitividade, de busca pela qualidade do atendimento aos clientes e de necessidade de incorporação de tecnologia de ponta⁽¹⁾.

A capacitação de enfermeiros na gestão de custos é importante para preparar os profissionais para atuarem de forma racional os gastos dentro do serviço hospitalar, utilizando o mínimo de recursos possíveis com hábitos e atitudes condizentes às exigências do mercado, de forma a promover a manutenção da qualidade dos serviços prestados⁽²⁾.

É importante ressaltar que os profissionais de Enfermagem não tem conhecimento e expertise com relação ao custos dos materiais e produtos dispensados nas áreas para serem utilizados para com o paciente, condição esta, que muitas vezes são percebidas dentro das instituições hospitalares pois não existe um trabalho direcionado dos serviços de auditoria e faturamento hospitalar nas áreas assistenciais com relação aos custos dos materiais médicos hospitalares, dificultando o entendimento e a compressão dos profissionais de Enfermagem e de outras especialidades quanto ao valor agregado a cada material utilizado e sua importância relacionado ao desperdício e a insistência cobrança da correta descrição no prontuário do paciente para que seja posteriormente faturado.

Infelizmente muitos profissionais relatam não possuir uma formação acadêmica voltada ao gerenciamento de custos, o que dificulta na visualização e elaboração de estratégias quando se trabalha com relatório gerencial de custo⁽¹⁾.

Diante desta necessidade na formação dos profissionais enfermeiros e técnicos

de Enfermagem, os serviços hospitalares estão tendo que investir em treinamentos efetivos através da educação permanente, para que se possa desenvolver aspectos gerenciais e formar líderes responsáveis com os gastos utilizados nos pacientes.

Para contribuir com o controle e custos hospitalares, o enfermeiro tem o papel de executar atividades de controle de qualidade e desperdício, avaliar o material, testar novos materiais, controlar materiais de alto custo e orientar sobre a forma de utilizar adequadamente os materiais⁽³⁾.

Na década de 80, existia ainda uma pequena quantidade de trabalhos publicados sobre custos da assistência de Enfermagem na literatura brasileira, sendo que este tema nem sequer era objeto de debate ou estudo nos currículos dos cursos de administração por exemplo, mostrando não haver nos enfermeiros, ainda, uma consciência de custos hospitalares e da contribuição da sua equipe para redução ou adequação destes à eficácia do serviço⁽⁴⁾.

Provavelmente está limitação na formação dos profissionais vem corroborando para o aumento do número de glosas hospitalares, uma vez que não se é dada a devida importância relacionado ao uso indiscriminado destes materiais.

É importante ressaltar também que a vida financeira da instituição está diretamente ligada às áreas hospitalares bem como o adequado faturamento destes itens

Ainda são escassas as faculdades de enfermagem no Brasil que tenha uma disciplina específica que engloba somente o conteúdo gerenciamento de custos na enfermagem.

A literatura atual é também limitada, visto que a resolução dessa problemática é essencial para o bom desenvolvimento dos serviços prestados pela equipe de enfermagem, bem como pelo hospital como um todo.

Diante as situações descritas acima, teve-se como objetivo neste estudo verificar quais são os modelos de gerenciamento de custos da enfermagem no Brasil e quais são as medidas práticas que estes estudos propõem para o enfermeiro.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a revisão integrativa da literatura nas bases de dados eletrônicas LILACS, MEDLINE, ColecionaSUS e bibliotecas virtuais Cochrane e SciELO, com recorte temporal entre os anos de 1980 a 2016. A pesquisa bibliográfica incluiu a busca de teses, artigos, dissertações e livros relacionados aos temas de Gerenciamento de Custos em Enfermagem. A seleção dos artigos considerou os mais pautados com a pesquisa em questão. Utilizou-se os termos em português: “gerenciamento”, “custos”, “enfermagem”.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A enfermagem é essencial e fundamental para o funcionamento de um hospital. Cada dia que passa, a sua contribuição científica torna-se cada vez mais importante para a excelência ao atendimento do paciente e ao gerenciamento de custos nas instituições hospitalares. O custo hospitalar pode estar em diversos setores, tais como: pessoal, equipamentos sofisticados, manutenção desses equipamentos dentre outros. O alto custo para manter uma estrutura complexa de Unidade de Terapia Intensiva - UTI, por exemplo, tem justificado cada vez mais rigoroso o controle de custos nessa área, em especial com o pessoal⁽⁵⁾.

Frente a esse quadro complexo descrito, o profissional de Enfermagem precisa estar preparado para responder aos novos desafios gerenciais com os quais vai se deparar em sua atividade profissional, entre os quais o gerenciamento de Custos dos Serviços de Saúde, contribuindo para a viabilidade de atendimentos à saúde, tanto no setor Público como no Privado⁽⁶⁾.

Ao confrontar a relação do enfermeiro com a gerência de recursos materiais, humanos e políticas de saúde, num contexto sociopolítico e econômico-social que caracteriza determinada instituição de saúde, sujeitas às leis de mercado, percebe-se que se exige do enfermeiro o desenvolvimento de habilidades técnico-administrativas que ultrapassam a visão do cuidado pelo cuidado⁽⁷⁾.

Assim, os enfermeiros têm exercido atividades referentes ao gerenciamento de materiais em suas unidades de trabalho, sendo responsáveis pela previsão, provisão, organização e controle desses materiais⁽⁸⁾. Além disso, assumem também atividades em relação à seleção e à compra de materiais⁽⁹⁾, sendo que essas atividades podem variar de uma instituição para outra. Basicamente, envolvem desde o auxílio na determinação dos tipos de materiais que vão ser adquiridos, a padronização, a especificação técnica e o controle de qualidade desses materiais, a emissão de parecer técnico sobre eles, até o controle sobre o serviço de manutenção preventiva e reparadora dos materiais médico-hospitalares.

O aumento exponencial dos custos em saúde está diretamente relacionado a uma série de fatores: o emprego de novas tecnologias, o aumento da expectativa de vida da população, o crescimento da demanda com a universalização do acesso à saúde, a escassez de mão de obra qualificada, acarretando baixa produtividade, a má gestão das organizações devido à incapacidade administrativa dos profissionais de saúde, a não implantação de sistemas de controle de custos, os desperdícios na cadeia produtiva, dentre outros⁽¹⁰⁾.

Neste sentido, essa crescente elevação de custos em saúde, fez com que os profissionais que atuam nesta área buscassem a aquisição de conhecimentos sobre custos e conseqüentemente, a sua aplicação na realização de estudos, onde se busca a racionalização no processo de alocação de recursos, o equilíbrio entre custos e recursos financeiros e a otimização de resultados⁽¹¹⁾.

O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) em 1993, fez considerações sobre algumas tecnologias capazes de reduzir custos, mediante o aumento da eficiência e eficácia nos cuidados, citando que alguns aparelhos como termômetros digitais, aparelhos portáteis de Eletrocardiograma (ECG) e computadores dentre outros, podem facilitar algumas tarefas, liberando os enfermeiros para outras atividades, ressaltando ainda que o progresso tecnológico, com o desenvolvimento de novos equipamentos, produtos e técnicas inovadoras, são extremamente caros⁽¹²⁾.

Vale ressaltar que a incorporação de novas tecnologias em saúde, diferente de outros setores, não substitui o trabalho por capital, pelo contrário, só aumenta a necessidade de mão-de-obra cada vez mais complexa e sofisticada⁽¹¹⁾.

Outro fator importante a ser levado em consideração é o envelhecimento da população. Essa transformação é acompanhada por aumentos significativos de doenças crônicas degenerativas, que exigem tratamentos mais prolongados, sofisticados e complexos, afetando diretamente os gastos públicos com saúde⁽¹³⁾.

Perante isso, o conhecimento dos custos nas organizações de saúde e na enfermagem têm como objetivos avaliar o crescimento quantitativo e financeiro das unidades, conhecer os custos dos tratamentos e procedimentos realizados, negociar a tabela de preço e remuneração, alocar recursos de modo eficiente, identificar ineficiências e desperdícios no processo produtivo, dentre outros⁽¹⁴⁾.

A presença de grandes estoques de alguns materiais e a escassez de outros, dentro de um hospital, é talvez um dos pontos que mais afligem os profissionais envolvidos com o processo gerencial. A escassez implica muitas vezes na interrupção da assistência, levando a vivência de situações danosas e estressantes para o cliente, família e profissionais. A presença de grandes estoques de outros, ocasiona, além da perda de capital decorrente dos problemas que surgem devido a falta de controle de estoque, a falta deste mesmo capital para a compra dos demais materiais em falta⁽¹⁵⁾.

A capacitação de enfermeiros na gestão de custos é importante para preparar os profissionais para atuarem de forma racional os gastos dentro do serviço hospitalar, utilizando o mínimo de recursos possíveis com hábitos e atitudes condizentes às exigências do mercado, de forma a promover a manutenção da qualidade dos serviços prestados⁽²⁾.

Para contribuir com o controle e custos hospitalares, o enfermeiro tem o papel de executar atividades de controle de qualidade e desperdício, avaliar o material, testar novos materiais, controlar materiais de alto custo e orientar sobre a forma de utilizar adequadamente os materiais⁽³⁾.

Na década de 80, existia ainda uma pequena quantidade de trabalhos publicados sobre custos da assistência de Enfermagem na literatura brasileira, sendo que este tema nem sequer era objeto de debate ou estudo nos currículos dos cursos de administração por exemplo, mostrando não haver nos enfermeiros, ainda, uma consciência de custos hospitalares e da contribuição da sua equipe para redução ou adequação destes à eficácia do serviço⁽⁴⁾.

A Organização Mundial de Saúde aponta a enfermeira como o profissional da área de saúde com o maior potencial para assegurar uma assistência rentável, ou seja, eficaz em função dos custos⁽¹²⁾.

MODELOS DE GERENCIAMENTO DE CUSTOS EM ENFERMAGEM

A enfermagem moderna⁽¹⁶⁾ sofreu significativas modificações em sua prática e finalidades, ao evoluir de uma atividade voltada para a prestação de cuidados caritativos para uma atividade institucionalizada e destinada à recuperação, à cura da doença e ao cumprimento de funções administrativas, pois, ao se inserir nos hospitais, o enfermeiro deparou com um trabalho baseado em regras e normas preestabelecidas pela instituição, no qual a racionalidade e a impessoalidade eram os elementos essenciais para o desenvolvimento dessa prática⁽¹⁷⁾.

As organizações têm exigido que o enfermeiro assuma cargo de gerência sob a argumentação de que esse profissional, além de possuir conhecimentos relativos à prestação do cuidado ao cliente, possui capacitação na área administrativa e se relaciona de maneira satisfatória com os demais membros da equipe de saúde. “Cabe à gerência um caráter articulador e integrativo, já que a ação gerencial é determinada e determinante do processo de organização de serviços de saúde/ enfermagem”⁽¹⁸⁾.

Neste contexto, entende-se sobre Gerenciamento de Custos na Enfermagem um processo administrativo que visa a tomada de decisão dos enfermeiros em relação a uma eficiente racionalização na alocação de recursos disponíveis e limitados, com o objetivo de alcançar resultados coerentes às necessidades de saúde da clientela e às necessidades/finalidades institucionais. Para tanto, se faz necessário a compreensão de um conjunto de princípios e conhecimentos de análise econômica que viabilizem a escolha de decisões mais convenientes⁽¹¹⁾.

Para maior controle destes estoques relacionados a materiais coletivos, bem como os vinculados a prescrição médica e de Enfermagem, cada vez mais estão sendo controlados através de relatórios de materiais que justifiquem seu uso, para que seja apresentada no mento da auditoria do prontuário, servido de alibi na justificativa do mesmo.

A implementação de sistemas de gerenciamento de custos é importante para a área de saúde, quando se visa à contenção de gastos sem a perda da qualidade do serviço a que se propõe prestar. Para isso, é necessário o envolvimento não só da área administrativa, mas também dos gerentes das diferentes unidades que compõem uma organização hospitalar, pois cada integrante deve contribuir, com seu conhecimento específico, na criação, implementação e controle desse sistema⁽¹⁵⁾.

Neste contexto é que se vê a necessidade de enfermeiros com formação especializada para serem parceiros no desenvolvimento e implementação de novos projetos e pesquisas nestas áreas, apresentando levantamentos estatísticos do quanto possamos colaborar para reduzir desperdícios, bem como trabalhar com dispensação

de acordo com o número médio de internações.

Ressalta-se ainda que a sustentabilidade financeira das instituições está além do processo de gerenciamento dos gestores diretores e superintendentes, bem como dos gestores das áreas assistências, traçando planos estratégicos de desenvolvimento operacional para controlar ao máximo a saída de materiais que não seja vinculado a um doente, processo este que deve estar bem amarrado ao setor de farmácia, de onde sai 98% dos materiais e medicamentos, e de custos significantes

No Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), muito tem se discutido sobre a questão da gerência de serviços de saúde, ou seja, a capacidade dos serviços para resolver os problemas, tanto na área hospitalar quanto na atenção básica. O SUS com suas fortes implicações sócio-político, econômico e cultural compõe um cenário no qual o trabalho gerencial exercido pelo enfermeiro passa a ser visto como característica essencial para o enfrentamento dos desafios propostos por esse novo sistema⁽¹⁹⁾.

É importante considerar que o sistema está falido, por falta de gerenciamento de custo, falta materiais e medicamentos, bem como insumos básicos nas redes públicas para o cuidado básico ao paciente enfermo.

Segundo Gersdoff (1980)⁽²⁰⁾, os recursos que mais elevam os custos hospitalares após o quadro de pessoal são os custos com medicamentos, materiais e equipamentos. Kurcgant (1991)⁽⁸⁾ ressalta que dentre os insumos necessários à prestação de assistência à saúde, os recursos materiais, representam um custo na ordem de 30 a 45% das despesas das instituições de saúde. Estudos mais recentes de 2001 referem valores entre 15 a 25%⁽²¹⁾.

Nos dias de hoje é impossível dentro do contexto hospitalar, não pensar em controle de custos, principalmente dos materiais de consumo, grande parte consumidos pela equipe de enfermagem⁽¹⁵⁾.

Os processos de dispensação dos materiais principalmente de alto custos eles precisam estar bem amarrados a processos assistências que vincula a uma indicação precisa e necessária para a continuidade do cuidado ao doente, para que se possa evitar as glosas, pois hoje os serviços de auditorias dos convênios trabalham em cima destas falhas de processos para que possam reduzir seus gastos com a conta do paciente.

É necessária a adoção de sistemas de gerenciamento de custos para que os serviços de saúde possam conter os gastos, mas mantendo, ao mesmo tempo, uma atenção de qualidade. Para isso, é necessário o envolvimento dos profissionais de saúde na formulação e desenvolvimento desses sistemas⁽¹¹⁾.

A classificação pelo método ABC, proposto por Wilfredo Pareto, logo após a Segunda Guerra Mundial, pode ser entendida como uma classificação baseada no valor de utilização dos itens de estoque, permitindo o controle seletivo de estoque. É um procedimento que tem por objetivo identificar os produtos em função dos valores que eles representam e, com isso, estabelecer formas de gestão apropriadas à

importância de cada item em relação ao valor total dos estoques⁽²²⁾.

Os materiais da Classe A representam o “grosso” do investimento, numericamente acima de 50%. Pertencem a Classe B os itens em número e valor intermediário, sua significação financeira oscila entre 20 e 30% do total do investimento. A vigilância sobre a Classe C de materiais pode ser mais moderada, uma vez que o investimento representa aproximadamente 20% do custo total⁽¹⁵⁾.

Apesar da importância do relatório de custo como instrumento de controle e planejamento, evidenciou-se que ele tem sido pouco explorado pelos enfermeiros e pouco divulgado dentro de um hospital. Nesta mesma pesquisa, muitos não possuem o conhecimento necessário para interpretação dos dados contidos no relatório, mas reconhecem a necessidade de treinamentos para maior compreensão na utilização desse material no cotidiano profissional⁽¹⁾.

Para que se possa realizar o gerenciamento de custos na enfermagem tem que ter conhecimento, compreensão e utilizar conhecimentos de contabilidade de custos, entendida como a área da contabilidade que trata da determinação, análise e controle dos gastos, que ocorrem na área de saúde especificamente na prestação dos serviços⁽²³⁾.

Estas são algumas definições de termos importantes que o gerenciador de custos na enfermagem deve compreender e se familiarizar, segundo a ementa da disciplina Administração em Enfermagem 2, da Faculdade de Enfermagem, na Universidade Federal de Juiz de Fora⁽²⁴⁾:

Gasto - é o investimento, um custo ou uma despesa (normalmente em dinheiro) que uma instituição faz para obter um produto ou realizar um serviço. Exemplo: compra de matéria prima, recursos humanos, aquisição de equipamentos entre outros.

Investimento – é o gasto realizado tendo em vista a aquisição de bens ou serviços que irão ser incorporados ao patrimônio. Exemplo: aquisição de móveis, máquinas, matéria prima entre outros.

Despesas - são os gastos não utilizados no processo de produção das atividades fins da organização, ou seja, que não tem relação direta com a prestação do serviço ao paciente. São os bens consumidos ou serviços prestados direta ou indiretamente para a obtenção de receitas, relacionados à função administrativa do serviço como, por exemplo: pagamento de juros, taxas bancárias, materiais de uso administrativo.

Desembolso - aquilo que se paga por adquirir um bem ou serviço.

Custo – gasto relativo a um bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços, serve para a formação do preço, como por exemplo: medicamentos, recursos humanos, energia elétrica, água, entre outros.

Os custos podem ser classificados em:

Custos diretos – são os gastos que são aplicados diretamente na produção de um bem ou serviço, é aquele facilmente identificado no produto, que eu posso mensurar. Não precisa de critérios de rateio. Exemplo: materiais, equipamentos, recursos humanos.

Custos indiretos - são os gastos que não são aplicados diretamente na produção de um bem ou serviço, mas sim estão relacionados ao processo de produção, é aquele não identificado no produto, aqueles que eu não tenho como medir exatamente. Necessita de critérios de rateios para locação. Exemplo: depreciação, água, luz, telefone, entre outros. Custo Variável - depende da quantidade de atendimento realizado ou produzido. Ex.: material, medicamentos e etc.

Custo Fixo - independe da quantidade de atendimento realizado ou produzido. Ex.: aluguel, salários, encargos, etc.

Rateio – divisão proporcional dos custos apurados

Cada instituição possui suas especificidades no modelo de gerenciamento de custos, mas todas possuem algo em comum: a economicidade sem perda da qualidade e aumento da eficiência dos serviços prestados e realizados pelo enfermeiro na instituição.

PROPOSTAS DE POLÍTICAS INTERNAS DAS INSTITUIÇÕES NO GERENCIAMENTO DE CUSTOS DA ENFERMAGEM

O profissional enfermeiro, engajado no processo gerencial das Instituições de saúde, seja como Gerentes ou Diretores de Divisão de Serviço, ou Chefes de Unidades, necessitam mais do que nunca, buscar conhecimentos a respeito de Custos Hospitalares, reconhecendo seu papel como agente de mudanças, no alcance de resultados positivos, bem como buscando o equilíbrio entre qualidade, quantidade e custos⁽¹¹⁾.

A gestão de custos em qualquer tipo de organização é apresentada como um instrumento gerencial fundamental para o controle dos recursos, permitindo identificar caminhos estratégicos mais efetivos e oferecendo aos administradores a oportunidade de identificar atividades mais lucrativas, bem como aquelas cujo custo precisa ser analisado e controlado com maior cuidado, ou que não são viáveis economicamente⁽¹⁾.

Em um estudo realizado por Campos e Santos (2008)⁽²⁵⁾, percebe-se que existe uma relação de identificação dos enfermeiros com as instituições em que trabalham. Esse fato deve-se à identificação e à aproximação entre a realidade da organização e a realidade do sujeito, a base da lealdade organizativa a partir da qual se tem uma decisão coerente com os objetivos da organização. Observou-se, neste estudo, que existem diferenças no papel do enfermeiro para o gerenciamento entre os hospitais investigados e, conseqüentemente, na sua identificação com as instituições em que trabalham. Para os enfermeiros do hospital filantrópico, a administração não interfere no seu trabalho de gerenciamento, mas eles mesmos se preocupam em mostrar que o hospital, apesar de ser filantrópico, possui despesas e, por isso, precisa de um gerenciamento eficaz dos custos para a manutenção dele.

Uma proposta bastante interessante foi realizada no estudo de Oliveira et al.

(2014)⁽²⁾, onde foi elaborado, aplicado e avaliado um curso de capacitação em gestão de custos para enfermeiros de um hospital universitário público. O curso foi dividido em duas etapas com intervalo de 15 minutos entre elas. Utilizou-se como estratégia de aprendizagem aulas expositivas dialogadas com recursos audiovisuais. A aula expositiva dialogada permitiu a exposição do conteúdo, com a participação ativa dos estudantes, cujo conhecimento prévio foi considerado e pode ser tomado como ponto de partida. O professor levou os estudantes a questionarem, interpretar e discutirem o objeto de estudo, a partir do reconhecimento e do confronto com a realidade⁽²⁶⁾.

No estudo de Albano e Freitas (2013)⁽²⁷⁾, a grande maioria dos entrevistados da pesquisa afirmam não participar do gerenciamento de custos assistenciais e, ainda, a metade daqueles que participam não saber explicar sua atuação, confirmando a suposição de que o enfermeiro não tem visão de gerenciamento de custos hospitalares, nem consciência de que o desempenho de seu trabalho e o de sua equipe influenciam na eficiência da organização⁽²⁸⁾.

Esta pesquisa⁽²⁷⁾ foi realizada em uma instituição privada na cidade de São Paulo, onde o mesmo concluiu que apesar da maioria dos entrevistados ter afirmado que os conteúdos de Administração e Gestão aplicada à Enfermagem, abordando os níveis de planejamento organizacional e de gerenciamento de custos assistenciais foram oferecidos durante a sua graduação em Enfermagem, estes conteúdos foram insuficientes para auxiliá-los no exercício de suas funções enquanto enfermeiros, além de não haver preocupação com a educação permanente. Essa carência de conhecimento limita a atuação do enfermeiro, compromete o status da profissão, mostra que este profissional não participa do planejamento institucional, não possui visão de gerenciamento de custos hospitalares e não tem consciência de que o desempenho de seu trabalho e o de sua equipe influencia na eficiência da organização.

No hospital filantrópico, os enfermeiros afirmam que o gerenciamento de custos é uma atividade direcionada e realizada por todos, pois a forma de controle de custos é realizada mediante um sistema de custo, onde cada setor possui um código, para onde é lançado tudo o que é requisitado no setor. Esse relatório é emitido mensalmente e analisado por cada supervisor de enfermagem, com o objetivo de identificar possíveis gastos que possam ser evitados e/ou diminuídos. Além disso, existem outras atividades específicas desenvolvidas pelos enfermeiros das unidades para manter sob controle o relatório de custo do seu setor⁽²⁵⁾.

Segundo esta mesma pesquisa, ressalta-se que os órgãos governamentais (instituições públicas) compram por meio de licitação, cujo critério para avaliação das propostas é, em geral, o menor preço. Já em hospital filantrópico, a compra de materiais e equipamentos, normalmente, é via requisição, ou seja, compra direta. Nesse tipo de compra, os enfermeiros possuem maior liberdade na escolha de marca, modelo, material e uma avaliação mais criteriosa em relação ao custo/benefício.

Eles ainda afirmam que no hospital privado, a forma de aquisição de materiais e equipamentos se assemelha à do hospital filantrópico, mas com uma liberdade

maior dos enfermeiros dos setores. Nesse tipo de hospital, a aquisição se dá por meio de compra direta, necessitando apenas uma indicação ou parecer da enfermagem sobre a marca ou modelo desejado. O custo só é levado em consideração quando, no mercado, existe outro equipamento com o mesmo padrão de qualidade.

Talvez a vantagem ainda encontrada que difere de um hospital filantrópico para os hospitais públicos é que se tem um maior controle através das comissões de compra de materiais bem como o controle de sua aprovação.

MEDIDAS DE DESENVOLVIMENTO TEÓRICO-PRÁTICO DE GERENCIAMENTO DE CUSTOS HOSPITALARES

Os hospitais possuem milhares de materiais de consumo essenciais para a prática médica e da enfermagem. São eles: medicamentos, gêneros alimentícios, produtos de escritório, de limpeza, de conservação, de limpeza, de conservação, reagentes químicos, materiais cirúrgicos, vidrarias, etc⁽⁸⁾. A maioria das empresas trabalha com uma grande diversidade de produtos tornando-se difícil para o setor administrativo manter um padrão único de planejamento e controle de estoques. Dar o mesmo grau de atenção a todos os itens não é uma prática recomendável, uma vez que cada um possui suas peculiaridades como custo, demanda, prazo de entregas e alternativas de fornecimento. Dessa maneira, um tipo de controle adequado para um produto pode ser inadequado para outro, acarretando em falta de material ou estoque excessivo no almoxarifado central⁽¹⁵⁾.

Partindo do pressuposto da classificação ABC mencionada no primeiro capítulo, proposto por estes mesmos autores, recomenda-se para as classes de produtos os seguintes procedimentos:

Para Classe A, recomenda-se alto índice de rotatividade, aquisição de quantidades menores em curtos espaços de tempo, com maior frequência de compra, para esses materiais, minimizando a imobilização de recursos.

Para Classe B, devem receber um tratamento menos rigoroso que os da classe A.

Para Classe C, seu controle deve ser simples e econômico, já que o Capital empatado nesta classe de materiais é pequeno em comparação com as outras. Fazem parte dessa classe os numerosos itens de pouca importância em termos de valor

Segundo Lourenço e Castilho (2006)⁽¹⁵⁾ para a elaboração da curva ABC⁽²⁹⁾ estabelece uma relação entre a percentagem acumulada do valor dos estoques e a percentagem acumulada do número de itens do estoque, foram seguidas as cinco etapas descritas abaixo⁽³⁰⁾:

1. Ordenaram-se os itens de estoque segundo seu Valor de Aquisição Ano (VAA) em ordem decrescente (VAA = quantidade adquirida X custo unitário);
2. Calculou-se o VAA acumulado item a item;

3. Calculou-se a percentagem do VAA acumulado de cada item em relação ao valor total dos estoques;
4. Calculou-se, para cada item, a percentagem do número de itens acumulados em relação ao número total de itens do estoque;
5. Procedeu-se à divisão em classes.

Eles sugerem que esta curva seja construída anualmente, por causa da alteração de valores de produtos, e que também seja construída por unidade assistencial de enfermagem, possibilitando um controle de gastos com maior acurácia.

Outro fator importante no gerenciamento de custos em enfermagem é a aferição do tempo versus custo médio do trabalho do enfermeiro na consulta da enfermagem. Margarido e Castilho (2006)⁽¹⁴⁾ afirmam em seu estudo que as enfermeiras que gerenciam unidades devem refletir sobre a importância de conhecerem o tempo gasto e o custo dos procedimentos, pois, é mediante comprovações fundamentadas e baseadas em evidências científicas que se justifica a necessidade de recursos.

Neste sentido, percebe-se uma maior importância de se realizar estes registros, bem como a realização de projetos e estudos científicos por parte dos profissionais de enfermagem, a fim de melhorar a captação e distribuição de recursos por parte da instituição.

Faz-se notório à conscientização e participação deste profissional no sentido de racionalizar os gastos dentro de um serviço de saúde, utilizando o mínimo de recursos possíveis junto com a manutenção da qualidade dos serviços prestados. Sendo assim, o gerenciamento de custos apresenta-se como um processo administrativo que visa conhecer o custo em cada instância, tornando-se um diferencial na tomada de decisão dos enfermeiros e propiciando a este profissional um papel efetivo na racionalização de recursos, controle de desperdícios e otimização de resultados⁽²⁾.

O relatório gerencial de custo é um instrumento que propicia o acompanhamento sistemático das despesas e custos operacionais de cada unidade dentro do hospital, auxiliando na definição de prioridades para o gerenciamento da unidade. Entretanto, nota-se que não é utilizado em sua totalidade pelos enfermeiros em suas diferentes categorias, pois estes mantêm o foco de seu trabalho voltado às questões assistenciais. A falta de tempo para o desenvolvimento das questões relacionadas ao gerenciamento da unidade é o principal argumento apontado pelos enfermeiros⁽²⁾.

Estes mesmos autores concluem que, apesar de pouco explorado pelos enfermeiros, observou-se através das falas dos depoentes da pesquisa que o relatório gerencial de custo tem contribuído para o controle dos gastos, planejamento e controle, trazendo grandes contribuições para a prática do gerenciamento de custos.

PESQUISAS SOBRE GERENCIAMENTO DE CUSTOS EM ENFERMAGEM

Em 2010 o Brasil se equipara com os EUA na quantidade de artigos publicados

sobre o tema (ambos se configurando como os dois países de maior número de publicações). Contudo, o tipo de estudo ainda é bem diferenciado com relação ao teor abordado em custos. Prova disso é que a grande maioria dos estudos nacionais estão na categoria de levantamento de custos de procedimentos/intervenções, que se mostrou como uma categoria relativamente incipiente em conteúdo mais abrangente, no sentido de que a maioria dos artigos se restringiram apenas a aferir os custos envolvidos em procedimentos e intervenções, sem necessariamente relacioná-los a resultados da prática clínica ou a como esses custos se contextualizam no sistema de saúde no qual estão inseridos (TEIXEIRA, 2010).

É importante ressaltar que, apesar de melhor fundamentação teórica, vários estudos, em especial da categoria da Avaliação Econômica de procedimentos/intervenções, não deixam claro os conceitos bem definidos que foram utilizados para realização do estudo. Por essa razão esta categoria não foi separada nos tipos de análise econômica existentes (são elas: custo-benefício, custo-efetividade, custo-utilidade e custo-minimização). Muitos artigos até realizam tais análises mas não identificam como sendo uma delas. Muitos utilizam o termo mais genérico “impacto econômico” para demonstrar o efeito financeiro que a intervenção provocou. Alguns, ao contrário, utilizam os termos corretos, porém não calculam de fato as razões que fornecem os respectivos índices. Isso nos reforça a ideia de que talvez exista uma lacuna deste conhecimento para o enfermeiro⁽³¹⁾.

ENSINO SOBRE GESTÃO DE CUSTOS EM ENFERMAGEM

O ensino de Administração em Enfermagem surgiu no século XIX por iniciativa de Florence Nightingale, considerada a pioneira de administração hospitalar por suas experiências bem sucedidas de utilização de funções administrativas em hospitais militares na Guerra da Criméia. Ao longo dos anos, este ensino foi aprimorado e inserido no curso de graduação em enfermagem⁽³²⁾. As funções administrativas do enfermeiro englobam planejamento, organização, direção, coordenação e controle das ações executadas nas unidades assistenciais da instituição. O enfermeiro também é responsável pelo gerenciamento de unidades, que envolve prever, prover, manter e controlar recursos materiais, humanos e financeiros a fim de garantir o funcionamento do serviço e de gerir o cuidado prestado ao paciente pela equipe de enfermagem⁽³³⁾.

A disciplina de Administração passou a ser obrigatória no currículo mínimo do curso de graduação em Enfermagem através do Parecer no 271/62 do Conselho Federal de Educação. Este parecer foi criado em colaboração pela Comissão de Peritos em Enfermagem, pela Associação Brasileira de Enfermagem e por dezenove diretoras de escolas de enfermagem do país⁽³⁴⁾. Porém, a atual Lei nº 9.394/96, conhecida como Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) extinguiu o currículo mínimo e garantiu autonomia didática e científica às Instituições de Ensino Superior (IES)

para estabelecerem o currículo de seus cursos⁽³⁵⁾. Em 2001, o Conselho Nacional de Educação (CNE) e a Câmara de Educação Superior (CES) aprovaram a Resolução CNE/CES nº 03, a qual determinou as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Enfermagem⁽³⁶⁾.

A ausência de formação profissional, bem como a necessidade de capacitação para compreensão do Relatório Gerencial de Custos é muito focado por Oliveira e colaboradores (2012)⁽¹⁾, onde os mesmos afirmam que muitos profissionais relatam não possuir formação acadêmica voltada ao gerenciamento de custos, o que dificulta na elaboração de estratégias quando se trabalha com o referido relatório, além de muitos afirmarem que não tiveram em sua formação profissional conhecimentos em gerenciamento de custos.

Muitos cursos de graduação em enfermagem não priorizam as questões gerenciais em seus currículos. No entanto, a preocupação com questões relacionada ao gerenciamento de custo, decorrentes das mudanças que vêm ocorrendo no mercado de trabalho, exige que esse tema seja inserido na formação do enfermeiro, uma vez que a ação profissional futura deve ser muito bem preparada no período de formação acadêmica do enfermeiro⁽³⁷⁾.

Oliveira e colaboradores (2014)⁽²⁾ realizaram uma capacitação dos enfermeiros na gestão de custo hospitalar teve como objetivo preparar esses profissionais a atuarem de forma a racionalizar os gastos dentro do serviço hospitalar, utilizando o mínimo de recursos possíveis com hábitos e atitudes condizentes às exigências do mercado, de forma a promover a manutenção da qualidade dos serviços prestados. A partir das discussões em grupo, percebeu-se a importância de capacitar os enfermeiros na gestão de custo, pois se trata de um tema recente dentro do campo da enfermagem e por considerar que este profissional ocupa um papel de destaque para o equilíbrio financeiro das instituições hospitalares. Evidenciou-se a necessidade de mudança na cultura dos servidores das instituições hospitalares públicas, uma vez que estes não estão acostumados a prestar contas das ações desenvolvidas, sendo necessário que existam cobranças por parte dos gestores e de uma política voltada para o gerenciamento de custo.

Estes mesmos autores afirmam que destina-se aos trabalhadores dos hospitais de ensino (hospitais universitários) incentivar os futuros profissionais a gerenciarem custos em sua prática. Para isso, a instituição tem que possibilitar a apuração dos custos e fornecer informações que direcionem as tomadas de decisões. Na percepção dos enfermeiros, a capacitação em gestão de custo deve ser expandida a todos os servidores do hospital, e não somente aos enfermeiros, pois todos são responsáveis pelo uso racional dos recursos gastos na assistência e precisam estar capacitados para o gerenciamento de custos, de modo que o sucesso no gerenciamento deste depende da conscientização de todas as áreas envolvidas.

Apesar da maioria dos entrevistados ter afirmado que os conteúdos de Administração e Gestão aplicada à Enfermagem, abordando os níveis de planejamento

organizacional e de gerenciamento de custos assistenciais foram oferecidos durante a sua graduação em Enfermagem, estes conteúdos foram insuficientes para auxiliá-los no exercício de suas funções enquanto enfermeiros, além de não haver preocupação com a educação permanente (Albano e Freitas, 2013).

Algumas sugestões para o ensino do tema Custos, são relatados em um estudo⁽²⁷⁾:

- Adequar o conteúdo de Custos para graduação
- Capacitação do docente para o tema
- Formação de grupos de estudo sobre o tema
- Estágios em setores do hospital ligados ao tema
- Estágios em convênios e Home Care em áreas ligadas ao tema
- Destacar o papel do enfermeiro no Gerenciamento de Custos
- Apresentar a Unidade de Internação como uma unidade de negócios
- Criar estratégias de ens. que sensibilizem o aluno quanto ao tema
- Criar uma disciplina específica sobre Custos
- Divulgar trabalhos relacionados com o tema

Em relação à adequação do conteúdo de Custos para a graduação, os docentes sugeriram: adequar a carga horária, instrumentalizar o aluno para utilização de metodologias de apuração de Custos de Procedimentos de Enfermagem e instrumentalizar o aluno para gerenciar os Custos de Recursos Humanos e Materiais na Enfermagem. Quanto aos estágios, em setores do Hospital, ligados ao tema Custos, Convênios Médicos e Home Care, os docentes sugeriram os seguintes departamentos: Faturamento, Contabilidade, Setor de Compras e Auditoria de Contas Hospitalares.

É muito importante o acesso dos docentes e dos alunos à bibliografia específica nas bibliotecas das Instituições de Ensino Superior, por meio da aquisição de títulos relacionados ao tema, que envolvem as áreas de Enfermagem, Administração Geral, Administração Hospitalar, Contabilidade, Economia e Economia da Saúde⁽⁶⁾.

O ENSINO DE CUSTOS NAS ESCOLAS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (EXEMPLO DE UMA PESQUISA REALIZADA EM IES EM ENFERMAGEM)

Em uma pesquisa⁽⁶⁾ verificou-se que 97,96% dos pesquisados foram favoráveis ao ensino de custos na graduação em enfermagem. Neste mesmo estudo, as autoras mostram na tabela 1 a distribuição da Percepção da Necessidade do Tema Custos na Graduação pelos docentes, segundo o tipo de IES em que trabalhavam e no global:

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO							
	Percepção da Necessidade do Tema Custos na Graduação		Privada(19)		Pública(9)		Global(28)	
	n	%	n	%	n	%		
É essencial para subsidiar as argumentações dos enfermeiros	0	0	2	11,80	2	4,08		
É importante abordar o tema custos	5	15,60	2	11,80	7	14,30		
Para uma alocação eficaz de recursos	0	0	1	5,87	1	2,04		
É necessário para a administração de recursos na área da saúde	6	18,80	3	17,60	9	18,40		
É necessário para o controle de qualidade	0	0	1	5,87	1	2,04		
É necessário para trabalhar as relações custo benefício	1	3,12	2	11,80	3	6,12		
É importante para que os enferm. participem da administração dos custos hospitalares	0	0	1	5,87	1	2,04		
É fundamental para quem trabalha com gerenciamento	4	12,60	1	5,87	5	10,20		
É importante para a tomada de decisão	0	0	1	5,87	1	2,04		
Atualmente o controle de custos é uma questão de sobrevivência organizacional	2	6,25	2	11,80	4	8,16		
É necessário pois o enferm. é um gestor de custos nos div. níveis da org. de saúde	2	6,25	0	0	2	4,08		
É uma necessidade do mercado de trabalho	2	6,25	0	0	2	4,08		
É necessário para entender o financiamento do sistema de saúde	2	6,25	1	5,87	3	6,12		
É imprescindível para o gerenciamento da assistência	2	6,25	0	0	2	4,08		
É necessário para negociar com os profissionais ligados à saúde	1	3,12	0	0	1	2,04		
É necessário pois as Org. Saúde convivem com cust. cresc. e recursos limitados	1	3,12	0	0	1	2,04		
É necessário para uma avaliação econômica dos programas de saúde	1	3,12	0	0	1	2,04		
É necessário p/ uma avaliação de honorários de enferm. de acordo com o COFEN	1	3,12	0	0	1	2,04		
É necessário para entender as características da Adm. Pública atual	1	3,12	0	0	1	2,04		
Não acha importante na graduação e sim na especialização	1	3,12	0	0	1	2,04		
TOTAL	32	100	17	100	49	100		

Tabela 1 – Distribuição da Percepção da Necessidade do Tema Custos na Graduação, segundo o tipo de IES e no global(6)

Fonte: Francisco, Castilho (2004)

O fato de predominar o ensino deste tema, nos últimos semestres dos Cursos de Graduação, pode vir a indicar um maior preparo dos alunos para sua compreensão, após terem conhecido e estagiado nos diversos setores hospitalares e extra hospitalares⁽⁶⁾.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos Temas Abordados pelos docentes relacionados à Custos, segundo o tipo de IES em que trabalhavam e no global.

Analisando a Tabela 2, referente aos Temas Abordados na disciplina de Administração relacionados a Custos verificou-se, no global, 17 (21,52%) citações para “definição e classificação de Custos”, seguida de 14 (17,72%) para “sistemas de custeio/ metodologias de apuração de Custos”, 13 (16,46%) para “análise de Custo Benefício”, 10 (12,66%) para “orçamento” e 9 (11,39%) para “Políticas Públicas de Financiamento do Setor Saúde”. Esses cinco temas totalizaram 79,75% dos temas relacionados a Custos abordados pelos 19 docentes que ministravam Custos na disciplina de Administração da amostra deste estudo⁽⁶⁾.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO						
	Temas Abordados	Privada(12)		Pública(7)		Global(19)	
		n	%	n	%	n	%
Políticas Públicas de Financiamento do Setor Saúde	5	10,20	4	13,33	9	11,39	
Definição e Classificação de Custos	10	20,40	7	23,33	17	21,52	
Sistemas de Custeio/ Metodologias de Apuração de Custos	7	14,30	7	23,33	14	17,72	
Orçamento	5	10,20	5	16,68	10	12,66	
Análise de Custo Benefício	7	14,30	6	20,00	13	16,46	
Custos Hospitalares	2	4,08	0	0	2	2,54	
Papel do Enfermeiro no Gerenciamento de Custos em Saúde	2	4,08	0	0	2	2,54	
A importância dos Custos para os Serviços de Enfermagem	0	0	1	3,33	1	1,27	
Composição da Conta Hospitalar	2	4,08	0	0	2	2,54	
Princípios Básicos da Contabilidade	1	2,04	0	0	1	1,27	
Gestão de Custos	1	2,04	0	0	1	1,27	
Gerenciamento de Custos de Recursos Materiais	4	8,16	0	0	4	5,08	
Gerenciamento de Custos de Recursos Humanos	1	2,04	0	0	1	1,27	
Qualidade da Assistência x Custos	1	2,04	0	0	1	1,27	
Elaboração de Protocolos x Resultados x Custos	1	2,04	0	0	1	1,27	
TOTAL	49	100	30	100	79	100	

Tabela 2 - Distribuição dos Temas Abordados pelos docentes, segundo o tipo de IES e no global(6)

Fonte: Francisco, Castilho (2004)

A Tabela 3 mostra a distribuição do Preparo do Docente para ministrar o tema Custos, segundo o tipo de IES em que trabalhavam e no global.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO						
	Preparo do Docente	Privada(12)		Pública(7)		Global(19)	
		n	%	n	%	n	%
Literatura impressa sobre custos	8	28,57	5	23,82	13	26,53	
Seminários, palestras, cursos de extensão sobre custos	8	28,57	6	28,57	14	28,57	
Vivência profissional	5	17,86	2	9,52	7	14,29	
Disciplinas de Pós-Graduação	4	14,29	4	19,05	8	16,33	
Pesquisa à Internet	2	7,14	1	4,76	3	6,12	
Formação anterior ou atual em área correlata	1	3,57	2	9,52	3	6,12	
Discussão com colegas sobre o tema custos	0	0	1	4,76	1	2,04	
TOTAL	28	100	21	100	49	100	

Tabela 3 – Distribuição do Preparo do Docente para ministrar o tema Custos, segundo o tipo de IES e no global(6)

Fonte: Francisco, Castilho (2004)

Analisando a Tabela 3, relacionada ao Preparo do Docente para ministrar o tema Custos verificou-se, no global, 14 (28,57%) citações para “seminários, palestras e cursos de extensão sobre Custos”, seguida de 13 (26,53%) para “literatura impressa sobre Custos”, 8 (16,33%) para “disciplinas de pós - graduação” e 7 (14,29%) para “vivência profissional”. Essas citações totalizaram 85,72% das formas de preparo dos docentes. Encontrou-se ainda 3 (6,12%) citações para “pesquisa à Internet” como uma fonte alternativa de acesso à informação⁽⁶⁾.

A Tabela 4 mostra a distribuição das Sugestões dos docentes para o ensino do tema Custos, segundo o tipo de IES em que trabalhavam e no global.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO					
	Sugestões					
	Privada(1)		Pública(7)		Global(19)	
	n	%	n	%	n	%
Adequar o conteúdo de Custos para graduação	2	20	7	53,86	9	39,10
Capacitação do docente para o tema	0	0	1	7,69	1	4,35
Formação de grupos de estudo sobre o tema	0	0	1	7,69	1	4,35
Estágios em setores do hospital ligados ao tema	1	10	1	7,69	2	8,70
Estágios em convênios e Home Care em áreas ligadas ao tema	0	0	2	15,38	2	8,70
Destacar o papel do enfermeiro no Gerenciamento de Custos	1	10	1	7,69	2	8,70
Apresentar a Unid. de Internação como uma unidade de negócios	2	20	0	0	2	8,70
Criar estratégias de ens. que sensibilizem o aluno quanto ao tema	1	10	0	0	1	4,35
Criar uma disciplina específica sobre Custos	2	20	0	0	2	8,70
Divulgar trabalhos relacionados com o tema	1	10	0	0	1	4,35
TOTAL	10	100	13	100	23	100

Tabela 4 - Distribuição das Sugestões dos docentes para o ensino do tema Custos, segundo o tipo de IES e no global(6)

Fonte: Francisco, Castilho (2004)

Analisando a Tabela 4, em relação às Sugestões dos docentes para o ensino do tema Custos, obteve-se, no global, 9 (39,10%) citações para a sugestão “adequar o conteúdo de Custos para a graduação”, seguida de mesma frequência de 2 (8,70%) citações para: “estágios em setores do hospital ligados ao tema”, “estágios em convênios e Home Care em áreas ligadas ao tema”, “destacar o papel do enfermeiro no Gerenciamento de Custos”, “apresentar a Unidade de Internação como uma unidade de negócios” e “criar uma disciplina específica sobre Custos”, somando 82,60% das sugestões⁽⁶⁾.

Custos para a graduação, os docentes sugeriram: adequar a carga horária, instrumentalizar o aluno para utilização de metodologias de apuração de Custos de Procedimentos de Enfermagem e instrumentalizar o aluno para gerenciar os Custos de Recursos Humanos e Materiais na Enfermagem. Quanto aos estágios, em setores do Hospital, ligados ao tema Custos, Convênios Médicos e Home Care, os docentes sugeriram os seguintes departamentos: Faturamento, Contabilidade, Setor de Compras e Auditoria de Contas Hospitalares. Em relação à variável Motivos para não inclusão do tema Custos na disciplina de Administração, verificou-se, no global, 3 (30%) citações para a “falta de preparo do docente”, 3 (30%) para “sem motivo específico”, seguida de 2 (20%) citações para “pequena carga horária da disciplina”⁽⁶⁾.

Neste estudo foi concluído que para ocorrer a necessária difusão de conhecimentos sobre Custos faz-se necessário, em primeiro lugar capacitar os docentes em relação ao tema, estimulando sua participação em seminários, cursos, especializações ou disciplinas de pós-graduação que permitam o aprofundamento dos seus conhecimentos. Dessa forma, estará o docente preparado para selecionar os aspectos mais relevantes sobre Custos, para o aprendizado e formação profissional dos alunos. Fundamental, também, é a intensificação da produção de novos estudos e publicações específicas sobre Custos em Enfermagem. Como sugestão para ampliação da discussão do tema,

pode-se apontar a formação de grupos de estudos, incentivo à iniciação científica, estímulo à realização de dissertações e teses sobre esta temática e a promoção de cursos e treinamentos nas Instituições de Saúde. Igualmente importante é o acesso dos docentes e dos alunos à bibliografia específica nas bibliotecas das Instituições de Ensino Superior, por meio da aquisição de títulos relacionados ao tema, que envolvem as áreas de Enfermagem, Administração Geral, Administração Hospitalar, Contabilidade, Economia e Economia da Saúde⁽⁶⁾.

Este estudo foi realizado com os graduandos de Enfermagem do estado de São Paulo, teve o objetivo de caracterizar os docentes que ministram as aulas teóricas na disciplina Administração Aplicada à Enfermagem, analisar a disciplina quanto a inserção de conteúdo relativo a custos, e se estes estariam sendo preparados (capacitados) para esta convivência com uma nova realidade de escassez de recursos, restrições financeiras e dificuldades econômicas das organizações de saúde, tanto no setor público como no privado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo verificar as tendências atuais nos modelos de gerenciamento de custos da enfermagem do Brasil e quais medidas práticas os estudos propõem para o enfermeiro.

A capacitação de enfermeiros na gestão de custos é o fator primordial para os profissionais atuarem de forma correta. Percebe-se no Brasil que os profissionais de enfermagem relatam não possuir formação acadêmica suficiente para gestão de custos, sendo que este profissional tem um papel bastante significativo no controle de material, tanto em testes, avaliações, gastos, quanto na forma adequada de utilizá-los. Ainda são escassas as faculdades de enfermagem no Brasil que tenha uma disciplina específica que engloba somente o conteúdo gerenciamento de custos na enfermagem.

Apesar de duas décadas atrás ainda existir ainda uma menor quantidade de trabalhos científicos publicados, comparados aos da atualidade, desde este período o enfermeiro busca formas e métodos que possam viabilizar melhor o controle de gastos no setor hospitalar. A literatura atual é limitada, visto que isso viabiliza a realização de pesquisas mais específicas, em diversos setores e tipos de hospitais.

Percebe-se que ainda são escassos os estudos sobre a temática, bem como a qualidade dos mesmos comprometem a eficácia e o aprofundamento da sua importância para o enfermeiro, bem como para todo o sistema de saúde de uma instituição.

As estratégias práticas para o gerenciamento de custos em enfermagem não são tão difíceis como se parece. O profissional de enfermagem precisa perceber que, o tempo gasto para o preenchimento de um relatório e cursos de formação realizados nesta área da enfermagem, irá contribuir de forma bastante positiva na saúde do paciente, bem como no trabalho e até mesmo na remuneração dos profissionais dessa

área.

O treinamento teórico-prático de gerenciamento de custos para os enfermeiros é uma estratégia bastante gratificante para o profissional, bem como para a instituição, afim de promover uma maior amplitude de vantagens e benefícios para toda a comunidade hospitalar (enfermeiros, médicos, outros profissionais da saúde, administrativos, pacientes, etc).

Esse tipo de pesquisa faz com que as instituições, públicas, privadas ou filantrópicas busquem subsídios e informações de seus enfermeiros, sobre o conhecimento teórico e prático sobre gerenciamento de custos, a fim de promover cursos e treinamentos nesta área, aperfeiçoando como um todo o custo/benefício da instituição hospitalar.

Concluiu-se neste estudo que a resolução dessa problemática (escassez de estudos e poucos profissionais habilitados) é essencial para a melhoria da qualidade dos sistemas de saúde do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira WT, Rodrigues AVD, Haddad MCL, Vanuch, MTO, Taldivo, MA. Concepções de enfermeiros de um hospital universitário público sobre o relatório gerencial de custos. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(5): 1184-91.
2. Oliveira WT, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Rodrigues AVD, Pissinati PSC. Capacitação de enfermeiros de um hospital universitário público na gestão de custo. *Rev Enferm UFSM*. 2014; 4(3): 566-574.
3. Oliveira NC, Chaves LDP. Gerenciamento de Recursos Materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva. *Rev. Rene*. 2009; 10(4): 19-27.
4. Almeida MH. Custos hospitalares na enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1984.
5. Telles SCR, Castilho V. Custo de pessoal na assistência direta de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2007; 15(5): 1-5.
6. Francisco IMF, Castilho V. O ensino de custos nas escolas de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38(3): 317-25.
7. Campos LF, Angerami ELS. Custos em enfermagem: revisão de literatura. *Nursing*. 2004; 7(7): 30-4.
8. Kurcgant P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1991.
9. Fernandes JCF. Administração de material: um enfoque sistêmico, teoria e prática. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.
10. Medici AC. Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras. *Rev Planejamento Políticas Públicas*. 1990; 4(1): 83.
11. Francisco IMF, Castilho V. A enfermagem e o gerenciamento de custos. *Rev Esc Enferm USP*. 2002; 36(3): 240-4.
12. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). La calidad, los costos y la enfermería. Trabajo

apresentado no Dia Internacional de La Enfermera, Geneva, 1993.

13. Savonitti BHRA. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. [Dissertação de mestrado] São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2000.
14. Margarido ES, Castilho V. Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(3): 427-33.
15. Lourenço KG, Castilho V. Classificação ABC dos materiais: uma ferramenta gerencial de custos em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(1): 52-5.
16. Lunardi Filho WD, Lunardi VL. Uma nova abordagem no ensino de enfermagem e de administração em enfermagem como estratégia de (RE) orientação da prática profissional do Enfermeiro. *Rev Min Enferm*. 1996; 2(5): 20-34.
17. Melo MNB, Germano RM. No caminho das pedras: a supervisão de enfermagem nos hospitais públicos. *Nursing*. 2004; 7(14): 39-44.
18. Almeida MCP, Rocha SMM. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997
19. Brasil. Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos - conceitos e metodologias. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
20. Gersdoff RCJ. Contabilidade de custos hospitalares no Brasil: qual seria um sistema prático, simples e eficaz. *Vida Hosp*. 1980; (3): 116-23.
21. Vecina Neto G, Ferreira Junior WC. Administração de materiais para sistemas locais de saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
22. Vecina Neto G, Reinhardt Filho W. Gestão de recursos materiais e medicamentos. Série: Saúde e cidadania. São Paulo: IDS-USP, 1998.
23. Castilho V, Fugulin FMT, Gaidzinski RR. Gerenciamento de custos nos serviços de enfermagem. In: Kurcgant P (Coord). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
24. Grego RM. Disciplina administração em enfermagem II – Gerencia de Custos em Enfermagem. Juiz de Fora: UFJF, 2009.
25. Campos CV, Santos LGS. A percepção do enfermeiro sobre o seu papel no gerenciamento de custos hospitalares. *Rev Min Enferm*. 2008; 12(2): 249-256.
26. Anastasiou LGC, Alves LP. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville: Univille; 2003.
27. Albano TC, Freitas JB. Participação efetiva do enfermeiro no planejamento: foco nos custos. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(3): 372-7.
28. Francisco IMF, Castilho V. A inserção do ensino de custos na disciplina administração aplicada à enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(1):13-9.
29. Gomes MJVM, Reis AMM. Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. Belo Horizonte: Atheneu, 2001.
30. Paterno D. Administração de materiais [monografia]. São Paulo: Universidade São Camilo, 1985.

31. Teixeira AM. Enfermagem e o gerenciamento de custos: revisão sistemática nacional e internacional. Botucatu: Unesp, 2010.
32. Formiga JMM, Germano RM. Por dentro da história: o ensino de administração em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005; 58(2): 222-6.
33. Massaro MC, Lucieli DP. A produção científica sobre gerenciamento em enfermagem hospitalar: uma pesquisa bibliográfica. Cogitare Enferm. 2009; 14(1): 150-8.
34. Gabrielli JMW. Formação do enfermeiro: buracos negros e pontos de luz. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.
35. Brasil. Lei nº. 9.394, 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, 1996.
36. Ministério da Educação (Brasil). Resolução CNE/CES nº. 3, de 7 novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, 2001.
37. Renovato RD, Bagnato MHS, Missio L, Bassinelo GAH. As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. Trab educ saúde. 2009; 7(2): 231-248.

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DO TRABALHO NA ORIENTAÇÃO DO USO DOS EPI'S PARA A PREVENÇÃO DOS ACIDENTES OCUPACIONAIS

Milena Suzy Lopes Pereira

Faculdades Integradas de Patos, Patos- Paraíba

Natália Saldanha Ferreira Augusto

Faculdades Integradas de Patos, Patos- Paraíba

Silvia Ximenes Oliveira

Faculdades Integradas de Patos, Patos- Paraíba

RESUMO: Os riscos referentes aos acidentes de trabalho são presentes, e necessitam ser combatidos por meio da prevenção, a qual se faz por diferentes formas, principalmente através do treinamento e utilização dos equipamentos de segurança individual ou coletivo. Um dos fatores que justificam os índices ainda apresentados de acidentes configura-se na ausência ou modo incorreto de uso dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI, por parte dos trabalhadores. Desta forma, o estudo prioriza a reflexão sobre a importância do enfermeiro do trabalho orientando o uso dos EPI's. O estudo foi embasado na pesquisa exploratória qualitativa, caracterizado pela revisão bibliográfica, sendo utilizados instrumentos para a coleta de informações, referências bibliográficas, além de artigos, teses e dissertações. Foi percebido que, muitos profissionais se encontram resistentes a utilização dos EPI's. Em relação à orientação fornecida pelo enfermeiro do trabalho, ressaltou-se que sua contribuição se faz na ação educativa, de conscientização

frente à necessidade da prevenção contra as doenças ocupacionais que podem afastar o profissional de seu posto de trabalho de forma temporária ou permanente. Concluiu-se, que a atuação do enfermeiro na orientação do uso dos EPI's é relevante, desempenhando sua função em orientar, conscientizar e informar sobre a prevenção das doenças ocupacionais. Sendo um fator primordial, para que se construam novos hábitos nos ambientes laborais. Prevenindo desta forma, doenças que podem e devem ser evitadas através da utilização dos equipamentos de proteção individual, não apenas como cumprimento das normas regulamentadores, mas para com os cuidados de sua própria saúde no ambiente laboral.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente ocupacional. Equipamento de proteção Individual. Enfermagem do Trabalho.

ABSTRACT: Risks related to occupational accidents are present, and these are combated through prevention, through forms, through the training and use of individual or collective safety equipment. One of the factors that justifies the organization of accidents is still the configuration of accidents or the incorrect use of the use of Personal Protective Equipment (PPE) by workers. Thus, the study prioritized the reflection on the importance of the nurse in the work guiding the use of PPE. The study was

based on the qualitative research, entitled Phases of the bibliographic review, being instrumental tools for an information collection, bibliographical reference, besides articles, theses and dissertations. It was noticed that many professionals are resistant to the use of PPE. Regarding the orientation to rescue work, their involvement is more focused on educational action, awareness of the task of preventing occupational diseases that can be promoted by their permanent temporary job. It is concluded that the nurses' role in the orientation of PPE is relevant, occupying their role in guiding, raising awareness and informing about the prevention of occupational diseases. Being a key factor, so that new habits are built in the work environments. Preventing for diagnosis, diseases and should be disabled with the use of individual protection devices, not just compliance with the standard rules, but have been care of their own health health in the working environment.

KEYWORDS: Occupational accident. Individual protection equipment. Nursing work.

1 | INTRODUÇÃO

Os riscos referentes aos acidentes de trabalho são presentes, e necessitam ser combatidos por meio da prevenção, a qual se faz por diferentes formas, principalmente através do treinamento e utilização dos equipamentos de segurança individual ou coletivo. Um dos fatores que justificam os índices ainda apresentados de acidentes configura-se na ausência ou modo incorreto de uso dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI, por parte dos trabalhadores.

Desta forma, o estudo prioriza a reflexão sobre a importância do enfermeiro do trabalho na orientação do uso dos EPI's, salientando a sua prática frente às ações educativas de conscientização dos empregados sobre a importância de seguir as normas de prevenção e acidentes no espaço laboral.

Além disso, o enfermeiro deve realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem com o objetivo de promover um cuidado dinâmico, humanizado e individualizado visando à promoção de saúde, proteção, prevenção e recuperação. Desenvolvendo treinamento e capacitação com membros da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes- CIPA sobre assuntos pertinentes a saúde do trabalhador.

Diante disso, o estudo em tela tem como objetivo descrever as atribuições do enfermeiro do trabalho na prevenção dos acidentes ocupacionais, bem como os principais fatores de riscos ocupacionais.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de revisão bibliográfica realizada na base de dados Scielo e Medline utilizando os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados na íntegra e que estivessem no idioma português. Foram utilizados os seguintes descritores para a busca de artigos: enfermagem do trabalho, doenças ocupacionais,

assistência de enfermagem, saúde, trabalho.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Carmo, Masson, Tasso. (2016) e previsto na norma regulamentadora NR-6, o EPI é um equipamento de uso pessoal, com a finalidade de neutralizar certos acidentes e proteger contra possíveis doenças causadas pelas condições de trabalho. A Norma Regulamentadora 32 (NR-32) abrange situações de exposições a riscos à saúde do trabalhador, a saber: riscos biológicos, riscos químicos e radiação ionizante. A diminuição ou eliminação destes agravos estão em grande parte relacionados à capacidade de entender a importância dos cuidados e medidas de proteção as quais deverão ser seguidas no ambiente de trabalho.

A condição insatisfatória do trabalho tem como consequência a perda da capacidade laboral em sua totalidade assim como pode ocasionar doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho que levam ao afastamento temporário ou permanente das funções e de atividades habituais. Levar este saber ao trabalhador deve fazer parte das medidas de prevenção. Nesta questão, cabe ao enfermeiro, enquanto na liderança da equipe de enfermagem, estar ciente das responsabilidades pertinentes.

A maior iniciativa da enfermagem na área de prevenção laboral está em contribuir para evitar as ocorrências e agravos no ambiente de risco, através da identificação e eliminação dos mesmos. Nesse sentido, pode-se afirmar que o profissional da enfermagem do trabalho desenvolve as suas atividades não somente acompanhando a saúde do trabalhador, mas atento ao cuidado, a prevenção de doenças e acidentes no próprio ambiente de trabalho, fornecendo informação de maneira clara e objetiva (LIMA^A; LIMA^B, 2017).

Segundo a ANENT – Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho é inúmera as atribuições do enfermeiro do trabalho na atualidade no contexto das organizações, desde o estudo inicial das condições de trabalho, identificando possíveis riscos, até o desenvolvimento de ações que visem à promoção da saúde do trabalhador, o que envolve cuidados de segurança e higiene e melhorias do próprio trabalho. Sendo assim, espera-se do profissional de enfermagem uma atenção dedicada a um acompanhamento quase que constante, de maneira a permitir-lhe reconhecer os possíveis riscos de acidentes ou de agentes causadores de doenças e a partir disso, desenvolver formas que ajudem a minimizar os riscos aos quais os trabalhadores poderão estar expostos. Em vista disso, deve ser feito o levantamento de dados estatísticos diversos relacionando-os com as atividades funcionais, a execução e avaliação de programas de prevenção de acidente, de doenças profissionais e não profissionais, prestar os primeiros socorros no ambiente de trabalho proporcionando ainda o atendimento ambulatorial como aplicação de medicamentos, aferição de pressão arterial, realização de curativos, vacinações, inalações e testes e coleta de

amostras para exames. (ANENT, 2011), entretanto, itens de segurança do trabalho apresentam seu uso banalizado por falta de conhecimento das normas e legislações.

Poucos percebem a complexidade que envolve a escolha do EPI, assim sendo, ocasionam problemas de aceitação por parte dos trabalhadores e gastos desnecessários às empresas. A qualidade e ergonomia desses equipamentos também são fundamentais para o bom desempenho das funções dos trabalhadores, além das instruções corretas de uso. Devido à quantidade de equipamentos e os diferentes ambientes de uso, há uma necessidade grande de avaliação do EPI utilizado pelos trabalhadores, para que se possa protegê-lo sem perder na produtividade. Muitos profissionais se encontram resistentes a utilização deste, justificando o seu não uso, pelo fato dos mesmos dificultarem a realização de suas atividades, o que é comprovado que, todo equipamento de segurança apresenta normas técnicas que são analisadas visando à proteção para o empregado.

As doenças laborais ou ocupacionais são aquelas que o indivíduo adquire em função de sua exposição a agentes ou condições que possam desencadeá-la. Em virtude disso existem hoje padrões mínimos para que determinadas funções sejam desempenhadas de maneira a oferecer o menor risco possível à saúde do trabalhador. Para que essas doenças possam ser evitadas existe a necessidade de se compreender o contexto em que elas se desenvolvem e os fatores que as desencadeiam. Assim, dentre os fatores relacionados às doenças ocupacionais pode-se citar o próprio ambiente, em suas características físicas e psicológicas, os instrumentos de trabalho, o espaço em si e a sua própria organização. Isso sem se mencionar os diversos fatores de riscos (físicos, químicos, ergonômicos, mecânicos, biológicos e psicossociais) com os quais o trabalhador se depara em seu cotidiano. Todas estas questões, aliadas a problemas como a falta de treinamento e de sinalização adequada, falta de equipamento e o desrespeito e até mesmo o não conhecimento das normas de segurança são fatores contribuintes diretos para as doenças ocupacionais.

Desta maneira, espera-se que o enfermeiro do trabalho também desenvolva ações diferenciadas capazes de contribuir para a conscientização dos trabalhadores quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual, bem como a orientação com relação ao uso de determinados medicamentos e a importância da boa saúde e da atenção constante de todos aqueles que operam algum equipamento, onde se possa ocorrer algum acidente.

4 | CONCLUSÕES

Concluiu-se, portanto, que a atuação do enfermeiro na orientação do uso dos EPI's é relevante, desempenhando sua função em orientar, conscientizar e informar sobre a prevenção das doenças ocupacionais. Sendo um fator primordial, para que se construam novos hábitos nos ambientes laborais. Diante disso, fica clara a importância

do profissional da enfermagem do trabalho atuando diretamente nas organizações desenvolvendo um papel constante de promoção da saúde do trabalhador, representando assim, um enorme benefício para toda a coletividade da organização.

REFERÊNCIAS

ANENT – **Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho**. (2011). Disponível em: www.anent.org.br. Acesso em 02 de Abril de 2018

CARMO, T. A; MASSON, V. A; TASSO, C. A. S. **Assistência de Enfermagem do Trabalho: Prevenção de Doenças Ocupacionais**. Revista Ciência & Inovação - FAM - V.3, N.1 - SET – 2016. Disponível em: <<http://www.fam.br/revista/index.php/cienciaeinovacao/article/download/57/110>.> Acesso em: 01 de Abril de 2018.

CASTRO, A.B.S; SOUSA, J.T.C; SANTOS, A.A. **Atribuições do enfermeiro do trabalho na prevenção de riscos ocupacionais**. Journal of the Health Sciences Institute - Revista do Instituto de Ciências da Saúde. 2010;28(1):5-7. Disponível em: <https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_janar/V28_n1_2010_p5-7.pdf.> Acesso em: 03 de Abril de 2018.

^ALIMA, B. O; ^BLIMA, J. A. **O papel do enfermeiro do trabalho na orientação e prevenção de acidentes e doenças laborais**. In: Brasil. Disponível em: <http://www.iptan.edu.br/publicacoes/anuario_producao_cientifica/arquivos/revista1/artigos/artigo09.pdf> Acesso em: 02 de Abril de 2018.

RIBEIRO, C. C; SANTOS, G. S. **A importância do enfermeiro do trabalho na orientação do uso dos epi's para a prevenção dos acidentes ocupacionais**. REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2011. Vol. 2, 55-69. ISSN 2178-2091.

DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS ENFERMEIROS NA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)

Elaine Ribeiro

Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).
Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem Unicamp (FENF), Campinas-SP. Docente do curso de graduação da UNIESI, Itapira-SP e coordenadora do curso de Pós Graduação em CC e CME da Uniararas, Araras-SP. Membro do “Grupo de Estudos e Pesquisa em Gerenciamento da Assistência de Enfermagem” na Linha de Pesquisa: “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem” - Unicamp. enf.elaine.ribeiro@gmail.com

Adriana Cristina Mota Furlan

Centro Universitário Hermínio Ometto (Uniararas).
Enfermeira. Pós-graduada em CC e CME da Uniararas, Araras-SP.

Érika Christiane Marocco Duran

Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).
Enfermeira. Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Unicamp (FENF), Campinas-SP. Coordenadora do curso de Graduação em Enfermagem Unicamp, Campinas-SP. Membro do “Grupo de Estudos e Pesquisa em Gerenciamento da Assistência de Enfermagem” na Linha de Pesquisa: “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem” - Unicamp.

RESUMO: Introdução: O Centro Cirúrgico trata-se de um setor fechado e de maior complexidade dentro do contexto hospitalar e nesse contexto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem

Perioperatória (SAEP), é um valioso instrumento para que o cliente seja assistido de forma integralizada, contínua, segura e humanizada pela enfermagem. **Objetivo:** Identificar por meio de revisão integrativa da literatura, as dificuldades encontradas pelos enfermeiros de Centro Cirúrgico na Implantação da SAEP no período perioperatório. Método: Trata-se de uma revisão integrativa referente aos últimos 10 anos nas bases de dados Medline via Pubmed e Lilacs, sendo aprovada pelo comitê de ética sob o número 455/2016. **Resultados:** Foram encontrados 123 artigos e 14 apresentaram conteúdo relevante para o desenvolvimento do presente estudo. Dentre as dificuldades encontradas destacaram-se a não capacitação da equipe para execução do processo de enfermagem; a falta de domínio no exame físico e a falta de interação da equipe; falta de um protocolo no hospital que determine sua realização; estrutura organizacional; funções administrativas e assistenciais do enfermeiro concomitantes; horário de internação muito próximo ao procedimento cirúrgico; escassez de recursos humanos; excesso de rotinas nas unidades; falta de planejamento; mapa cirúrgico não confiável e falta de prioridade à visita pré-operatória. **Conclusões:** É notório que a implementação da SAEP é um desafio para o enfermeiro cirúrgico, entretanto, possibilita a melhoria da assistência prestada, permitindo ao

enfermeiro a coleta do histórico do paciente e a identificação de suas particularidades para tornar a assistência de enfermagem individualizada e eficaz, minimizando riscos e complicações no pós-operatório.

PALAVRAS-CHAVES: Assistência perioperatória; Enfermagem perioperatória; Processos de enfermagem.

1 | INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico (CC) trata-se de um setor fechado, isolado e de maior complexidade dentro do contexto hospitalar, dinâmico, estressante, estimulando o silêncio e o distanciamento da equipe multidisciplinar do paciente. Além disso, trata-se de uma área que evolui a cada dia, trazendo novas descobertas e tecnologias, auxiliando os médicos e equipe de enfermagem a tornar o cuidado com o paciente cada vez mais seguro, porém às vezes um pouco mais distante (Freiberger e Mudrey, 2011).

A experiência cirúrgica envolve três momentos, sendo esses: o pré-operatório, transoperatório e/ou intraoperatório e recuperação anestésica/pós-operatório, constituindo assim o período perioperatório (Castelanos e Jouclas, 1990).

Este ainda subdivide-se em: pré-operatório mediato, que compreende desde o agendamento da cirurgia até as 24 horas que antecedem o procedimento cirúrgico; pré-operatório imediato, que compreende as 24 horas que antecedem o procedimento cirúrgico até o encaminhamento do paciente a Sala de Operações (SO); transoperatório/intraoperatório, período que compreende desde o momento em que o paciente é recebido na SO até a sua saída e, por último, pós-operatório que se subdivide em imediato, compreendendo as primeiras 24 horas após a intervenção anestésica-cirúrgica, e mediato que se inicia após as primeiras 24 horas que se seguem à cirurgia (SOBECC, 2017).

Ainda de acordo com Castellanos e Jouclas (1990) a assistência de enfermagem nesse período deve estar pautada nos conceitos de assistência holística, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada.

Nesse contexto, se faz necessário que o enfermeiro tenha domínio sobre os conceitos que envolvem o Processo de Enfermagem (PE), cujo objetivo é organizar o serviço de enfermagem garantindo a autonomia profissional por meio da sistematização das ações de enfermagem. No Brasil, Wanda de Aguiar Horta, foi a pioneira nos estudos relacionados ao PE, publicado em 1979 (Horta, 1979).

O PE, de acordo com Lefreve (2010), é composto por cinco etapas inter-relacionadas, cíclicas e não lineares que consistem em: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. A aplicação de cada uma dessas etapas auxilia o enfermeiro a organizar e priorizar o cuidado, manter o foco no que é importante (o estado de saúde do paciente e a qualidade de vida), além de formar hábitos de raciocínio que o ajudem a obter confiança e habilidades para pensar criticamente nas

situações clínicas.

Nesse contexto, é válido enfatizar ainda, que ao longo do tempo, diante de necessidades identificadas no âmbito da enfermagem, termos descritivos únicos foram estabelecidos com o propósito de facilitar e unificar uma linguagem universal entre os enfermeiros por meio de conceitos, padronizando-se a utilização de termos e classificações que possibilitam comparações de dados de diferentes regiões, projetando tendências da prática e propiciando informações que favorecem a tomada de decisões (Monteiro, et al, 2013).

Esses termos e conceitos descritivos únicos são chamados de Diagnósticos de Enfermagem (DE) como descreve Doenges, et al, (2011) e posteriormente com a criação da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA Internacional), foram estruturadas taxonomias de diagnósticos, resultados e intervenções (NANDA-I, 2013).

A taxonomia da NANDA-I trata-se de uma organização internacional que classifica e categoriza as áreas de interesse da enfermagem, com foco no diagnóstico. Em sua estrutura, os DE são agrupados em domínios e classes. O domínio é uma esfera de conhecimento: nutrição, promoção da saúde, entre outros. Já as classes são as divisões dentro de cada domínio onde se congregam características comuns dos DE. A última versão traduzida para o Brasil data do ano de 2018 e apresenta 13 domínios, 47 classes e 244 DE (Herdman, 2018).

Ainda de acordo com Herdman (2018) cada DE é formado por um título diagnóstico e uma definição, pelas características definidoras (CDs) que são os sinais e sintomas observados/relatados, que oferecem o direcionamento para que o enfermeiro julgue a presença do DE, e pelos fatores relacionados (FRs) que são os fatores contribuintes para identificação daquele DE.

No contexto cirúrgico, o PE é implementado por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que trata-se de um valioso instrumento para que o cliente seja assistido de forma integralizada, contínua, segura e humanizada pela enfermagem (Castellanos e Jouclas, 1990).

Esta pode ser conceituada ainda, como um instrumento metodológico que sistematiza a prática e proporciona a percepção, interpretação e antecipação das respostas individuais às alterações de saúde, bem como a intervenção adequada, planejada e fundamentada dos problemas identificados e a avaliação dos resultados (SOBECC, 2017).

A utilização da SAE/SAEP na prática de enfermagem é respaldada pela resolução do COFEN 272/2002, revogada pela 358/2009, que por sua vez, determina que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ser implantada em todas as instituições de saúde do Brasil, seja ela, pública ou privada, e que todas as etapas desse processo devem ser registradas no prontuário do paciente (COFEN, 2009).

Vale destacar ainda que a SAEP sofreu inúmeras mudanças ao longo da história, em meados de 1960, o papel dos enfermeiros nos Centros Cirúrgicos era voltado

principalmente para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações e serviços de saúde, no atendimento as solicitações médicas e ações administrativas relacionadas ao desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico, deixando assim a assistência direta ao paciente em segundo plano (Saragiotto e Tramontini, 2009).

Nos últimos anos essa prática vem mudando e assumindo um caráter mais abrangente na assistência, que é prestada de maneira mais especializada, integral, continuada, participativa e humanizada, usando a ferramenta da SAEP como referencial. Essa metodologia preconiza a atuação do enfermeiro nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório (Saragiotto e Tramontini, 2009). Assim, a SAEP é uma ferramenta que promove a continuidade do cuidado, além de proporcionar a participação da família.

Dentre os objetivos da SAEP destacam-se: ajudar o paciente e a família a compreenderem e se prepararem para o tratamento anestésico-cirúrgico, diminuindo ao máximo os riscos decorrentes da utilização dos materiais e equipamentos necessários para os procedimentos; prever, prover e controlar os recursos materiais e humanos; diminuindo assim ao máximo os riscos inerentes ao ambiente CC e da Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA) (SOBECC, 2017).

Ainda citando Sobecc (2017) a SAEP compreende cinco fases, sendo essas: visita pré-operatória, planejamento da assistência perioperatória, implantação da assistência, avaliação da assistência por meio da visita pós-operatória e reformulação da assistência a ser planejada, segundo resultados obtidos e solução de situações não desejadas ou ocorrência de eventos adversos.

Na visita pré-operatória, primeira etapa da SAEP, se dá a coleta de dados, anamnese, exame físico e observação direta do paciente e seus familiares, com finalidade de promover a continuidade da assistência de enfermagem entre a unidade de internação e o CC, definindo os cuidados pré-operatórios imediatos e transoperatórios a fim de: reduzir a ansiedade; identificar os problemas; planejar os cuidados por meio da análise dos problemas detectados, elaboração da evolução e prescrição para o período intraoperatório, considerando a participação familiar como um elemento de fortalecimento do indivíduo (Lemos e Suriano, 2013).

Durante a visita pós-operatória, Lemos e Suriano (2013) destacam ainda que o enfermeiro deverá avaliar os cuidados propostos e compreender a efetividade da assistência. Assim, o profissional obtém subsídios para a avaliação de qualidade da assistência prestada ao paciente além de detectar falhas a serem corrigidas no processo para posterior demonstração em seus indicadores.

Para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, é necessário, portanto, revisar e modificar a prática e o papel do profissional de enfermagem no sentido da sua atuação, garantindo respeito e reconhecimento profissional. Por meio da aplicação da SAEP o profissional tem como garantir e documentar legalmente que foi oferecida uma assistência com qualidade durante o procedimento cirúrgico (Ribeiro, et all, 2017).

Entretanto, o enfermeiro responsável pelo CC ainda possui algumas dificuldades

na implantação e realização da mesma, gerando conflitos de decisões entre a parte administrativa e assistencial, pois muitas instituições ainda possuem somente um profissional responsável pelo CC e pelo Centro de Materiais e Esterilização (CME), causando um desvio de função assistencial para gerencial (Cavalcante, et all, 2011).

Durante a realização da presente Revisão Integrativa (RI) percebe-se inúmeras dificuldades para implementação da SAEP no contexto cirúrgico, incluindo: a não capacitação da equipe para execução do processo de enfermagem; a falta de domínio no exame físico e a falta de interação da equipe; falta de um protocolo no hospital que determine a sua realização; estrutura organizacional dentre outras (Ribeiro, et all, 2017; Adamy e Tosatti, 2012; Cavalcante, et all, 2011)

Nesse contexto, o objetivo dessa pesquisa visa identificar por meio de revisão integrativa da literatura, as dificuldades encontradas pelos enfermeiros de Centro Cirúrgico na Implantação da SAEP no período perioperatório.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RI), para tal, foram seguidas as recomendações da diretriz *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* compreendendo as seguintes etapas: identificação do problema; pesquisa na literatura; avaliação e seleção; análise e apresentação (Prisma, 2009).

A questão norteadora para o desenvolvimento dessa RI foi: “Quais são as dificuldades encontradas pelos enfermeiros de Centro Cirúrgico para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAEP)?”.

Foram utilizados os seguintes descritores para as referidas bases de dados: *MeSH Terms (Medical subject Headings of U.S. National Library of Medicine)* para a base de dados *MEDLINE* via *Pubmed (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)*; *DeCS (Descritores em Ciências da Saúde)* para a base de dados *LILACS (Latin American and Caribbean Health Science Literature Database)*.

A busca foi realizada entre os dias 15 de fevereiro a 18 abril de 2017.

Os critérios de inclusão foram artigos referentes à SAEP, compreendidos entre 2007 a 2017, nos idiomas inglês, espanhol ou português, sendo excluídos do escopo desse estudo, artigos em formatos de editoriais, cartas ao leitor, comentários, notas prévias e resumos publicados em congressos.

Para a busca utilizou-se os descritores e ou palavras-chave: assistência perioperatória/*perioperative care*; enfermagem perioperatória/*perioperative nursing*; processos de enfermagem/*nursing processes*, utilizando o operador booleano “and”.

Esse estudo foi devidamente aprovado pelo comitê de ética em pesquisa sob o número 455/2016.

Os artigos foram pré-selecionados pelos títulos e de posse do material bibliográfico nacional e internacional sob a forma de resumos, iniciou-se uma leitura exploratória,

seguidos posteriormente, da leitura minuciosa e reflexiva dos artigos selecionados, de maneira objetiva e imparcial, procurando enfatizar, por meio de grifos e/ou chaves as evidências relacionadas ao objetivo da pesquisa sem estabelecer julgamentos.

Os dados foram organizados num quadro a partir de instrumento elaborado e validado no Brasil, incluindo: autores, identificação da instituição sede do estudo, título, periódico, país, idioma, ano da publicação, metodologia, objetivo, resultado, nível de evidência e rigor metodológico (Ursi, 2005).

Classificou-se os artigos em sete níveis de evidência, quais sejam: nível I, evidências oriundas de revisão sistemática ou metanálise englobando todos os relevantes ensaios clínicos randomizados, controlados ou provenientes de revisões sistemáticas cujos ensaios clínicos tivessem sofrido aleatorização e controle; nível II, evidências provenientes de ao menos um ensaio clínico aleatorizado controlado e bem delimitado; nível III, evidências provenientes de um estudo delineado e controlado, porém, não aleatorizado; nível IV, evidências de estudos coorte ou caso-controle; nível V, evidências de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI, evidências de um estudo descritivo ou qualitativo; nível VII, evidências que provenham da opinião de autoridades ou relatórios de especialistas (Stillwell, et al, 2010).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 123 artigos, sendo, 72 na base de dados *Medline* via *Pubmed* e 51 na *Lilacs*. Após a exclusão das duplicidades (n=26), restaram 22 artigos para a leitura na íntegra. Destes, 14 apresentaram conteúdo relevante para o desenvolvimento do presente estudo, conforme fluxo apresentado na Figura 1.

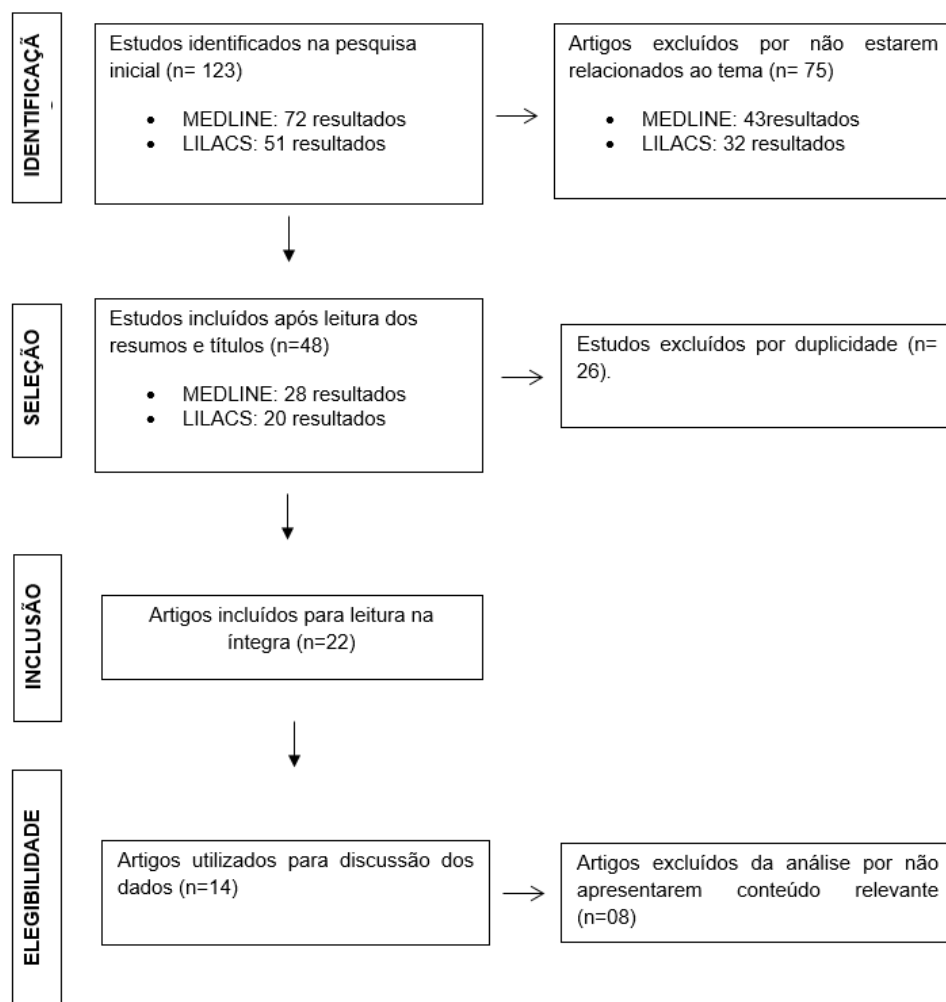


Figura 1- Fluxograma informativo das fases da revisão integrativa.

Prisma, 2009.

Dentre os periódicos de publicação dos artigos selecionados destacaram-se: Revista Sobecc (três artigos); Rev Enf UFSM, e Rev Bras Enf (dois artigos); BMC Res Notes, Rev Cienc. Cuid Saúde, Rev Núcleo Interd. de Pesq Ext. da Unipam; On line Brazilian Journal off Nursing, Rev. Cient. FAEMA, Rev mineira de enf e Acta Paulista (um artigo).

Na sequencia serão descritos os artigos incluídos nessa RI, classificados de acordo com o título, ano de publicação e método, país de origem, objetivo do manuscrito, autores e nível de evidência (Quadro 1).

Título	Ano de Publicação e Método	País	Objetivo do artigo	Autor(s)	Nível de evidencia
Implementation of nursing process in clinical settings: the case of three governmental hospitals in Ethiopia.	2018 Descritivo, do tipo documental	Ethiopia	Was to evaluate the implementation of the nursing process at three randomly selected governmental hospitals found in Amhara Region North West Ethiopia	SEMACHE, A.	Nível 6

Atitudes dos enfermeiros de Centro Cirúrgico diante da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória	2017 Descritivo, transversal.	Brasil	Descrever as atitudes dos enfermeiros relacionadas à SAEP em um centro cirúrgico (CC) de um hospital no interior paulista.	RIBEIRO, E; FERRAZ, KMC; DURAN, ECM	Nível 6
Análise da visita pré-operatória de enfermagem: revisão integrativa	2014 Revisão Integrativa	Brasil	Analisar a produção científica nacional sobre o estado da arte da visita pré-op de Enfermagem como fase da SAEP	OLIVEIRA, M MENDONÇA, KM	Nível 6
Desenvolvimento de um instrumento: Metodologia de ensino para aprimoramento da prática perioperatória	2013 Relato de Experiência	Brasil	Discutir aspectos da implantação da SAEP na prática da enfermagem perioperatória e criação do instrumento de sistematização	LEMONS, CS; SURIANO, MLF	Nível 6
Protocolo de Assistência de enfermagem ao Paciente pré e pós-operatório de Cirurgia Bariátrica	2012 Estudo Metodológico e de tecnologia assistencial.	Brasil	Construir um protocolo de assistência de enfermagem para o paciente pré e pós-op de cirurgia bariátrica.	LIDIANY GALDINO FELIX, LG; SOARES, MJGO; NÓBREGA MML.	Nível 6
A importância da Visita Pré-Operatória para Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória	2011 Revisão Integrativa	Brasil	Descrever a importância da Visita Pré-Operatória para a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória	FREIBERGER, MF; MUDREY ES.	Nível 6
Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico	2011 Revisão Integrativa	Brasil	identificar experiências de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na rotina diária de trabalho da enfermagem em instituições brasileiras.	CAVALCANTE, RB; OTONI, A; BERNARDES, MFVG; CUNHA, SGS; SANTOS, CS; DA SILVA, PC.	Nível 6
Sistematização da assistência de enfermagem período perioperatório: visão da equipe de enfermagem	2011 Descritivo qualitativo,	Brasil	Avaliar a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no período perioperatório de um Hospital do Oeste de Santa Catarina sob a visão da equipe de enfermagem	ADAMY, EK; TOSATTI, M.	Nível 7
Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): Excelência no Cuidado	2010 Descritivo, qualitativo.	Brasil	Avaliar o conhecimento dos enfermeiros acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem.	OLIVEIRA, LM; EVANGELISTA, RA.	Nível 7
O Impacto da Visita Pré-Operatória de Enfermagem no Nível de Ansiedade de Pacientes Cirúrgicos	2010 Descritivo, qualitativo.	Brasil	Identificar o perfil dos pacientes submetidos a visita pré-op de enfermagem	FRIAS, TFP; COSTA, CMA; SAMPAIO, CEP.	Nível 7
Sistema de Informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem.	2010 Descritivo, qualitativo.	Brasil	Elaborar um sistema de informação para apoio à SAE, baseado nas etapas do PE.	MALUCELI, A; OTEMAIER KR; BONNET, M; CUBAS, MR; GARCIA, TR.	Nível 7

Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – Estratégias Utilizadas por Enfermeiros para sua Aplicação	2009 Descritivo, quantitativo.	Brasil	Identificar as estratégias utilizadas por enfermeiros para a realização da SAEP nas fases pré, trans e pós-operatória em instituições das cidades de Londrina - PR.	SARAGIOTTO, IRA; TRAMONTINI, CC.	Nível 7
Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória	2009 Revisão integrativa.	Brasil	Levantar os artigos publicados pela enfermagem brasileira em centro cirúrgico (CC).	FONSECA, RMP; PENICHE, ACG.	Nível 6
Sistematização da Assistência Perioperatória: uma pesquisa qualitativa	2009 Pesquisa intervenção qualitativa.	Brasil	Desenvolver um processo participativo para estruturar a assistência de enfermagem perioperatória na Unidade de CC de um hospital geral de Curitiba.	GRITTEM, L; MEIER, JM; PERES, AM.	Nível 7

Quadro 1. Publicações levantadas ao longo da construção desse estudo.

Percebe-se ao longo da construção dessa RI que no contexto das estratégias que favorecem a expansão da prática de cuidar a SAEP deve ser constituída primeiramente por uma consulta de enfermagem bem elaborada, em que o levantamento diagnóstico da situação requer uma atenção diferenciada do enfermeiro, pois, neste momento, que se evidenciam as necessidades do paciente/cliente relacionadas ao momento cirúrgico (Nogueira, 2011)

Posto isso, a maioria dos profissionais acreditam ser a SAEP uma prática indispensável ao atendimento de qualidade para os pacientes, porém os mesmos ainda enfrentam muitas dificuldades para implantá-la.

Dentre essas, Oliveira e Evangelista (2010) identificaram como obstáculos na implantação da SAEP a não capacitação para execução do PE, a falta de domínio no exame físico e a falta de interação da equipe. Houve ainda algumas citações sobre a falta de tempo como empecilho, referindo que o enfermeiro usa seu tempo na parte administrativa, o que dificulta ainda mais sua implementação.

Já, Grittem, Méier e Gaievicz, (2009), apontam como dificuldades: a falta de um protocolo no hospital que determine a sua realização; sobrecarga de trabalho; déficit de enfermeiros; estrutura organizacional ineficaz; funções administrativas e assistenciais concomitantes; falta de tempo; horário de internação do paciente muito próximo ao horário da cirurgia; escassez de recursos humanos, falta de formulário específico para a visita pré-operatória; excesso de rotinas nas unidades; falta de planejamento; mapa cirúrgico não confiável, além de destacar a falta de prioridade à visita pré-operatória.

Dentre os principais fatores que dificultam a implantação da SAEP, Oliveira e Mendonça (2014) destacam também a falta de conhecimento sobre a realização do exame físico, falta de treinamento sobre o tema, falta de registro adequado da assistência de enfermagem, conflito de papéis, dificuldade de aceitação de mudanças,

falta de credibilidade nas prescrições, carência de pessoal, falta de estabelecimento de prioridades organizacionais, necessidade de envolvimento das equipes e da vontade política, o ensino acadêmico, a complexidade da prescrição, a falta de uniformidade nas etapas e a falta de conhecimento e educação permanente para a equipe.

Lemos, et all, (2013), apontam como uma das grandes dificuldades na implantação da SAEP por parte dos enfermeiros cirúrgicos, as exigências feitas pelas instituições para o cumprimento do seu papel assistencial, administrativo e gerencial concomitantemente.

Essa dificuldade aumenta ainda mais, quando a administração das unidades de saúde não compreende a importância da atuação do enfermeiro na assistência ao paciente cirúrgico durante o período perioperatório, proporcionando um desvio da sua função assistencial para gerencial. Portanto, o acúmulo das atividades burocráticas contribui significativamente para que o enfermeiro não tenha “disposição” em mudar o cenário, gerando também insatisfação quanto ao reconhecimento do seu trabalho (Lemos, et all, (2013).

Adamy e Tosatty, (2012) em estudo realizado sobre a visão da equipe de enfermagem sobre a utilização da SAEP, destacam que os enfermeiros apontam essa ferramenta como meio que permite entender melhor o paciente, porém torna-se complexa por ser diferenciada para cada setor. Referem ainda, que sua aplicação proporciona segurança ao paciente e aos profissionais, possibilitando um conhecimento integral das condições clínicas e psicológicas, permitindo ainda que o paciente conheça o profissional que o acompanha.

Posto isso, o enfermeiro ao implementar a SAEP junto da população cirúrgica permite uma mudança no perfil de assistência até então prestada a essa clientela, que contribui para visibilidade da assistência de enfermagem à medida que confere maior autonomia à prática profissional, permitindo organizar o processo de trabalho, com vistas a uma assistência de qualidade e segura (Grittem, Méier E Gaievicz, 2009).

Nesse contexto, as dificuldades encontradas na aplicação do PE de forma integral tornam-se potencializadas quando levamos em consideração a qualidade da mesma no período perioperatório, onde o enfermeiro responsável pelo CC se depara com um tempo limitado e reduzido para prestar a assistência de enfermagem, tendo que definir claramente as prioridades a serem trabalhadas neste período (Freiberger e Mudrey, 2011).

A presente RI, portanto, nos possibilita elencar dentre as dificuldades encontradas para implementação da SAEP no contexto que envolve o paciente cirúrgico, o desinteresse e desconhecimento pelo método, falta de domínio no exame físico, sobrecarga no trabalho, tempo insuficiente, baixa remuneração, dimensionamento de pessoal inadequado, ausência de capacitações da equipe para execução do PE, funções administrativas e assistenciais do enfermeiro concomitantes, excesso de rotinas nas unidades e uso da autoridade como forma de liderança. E frente à equipe de trabalho as dificuldades identificadas foram: falta de interação da equipe;

desinteresse, comunicação ineficaz, relacionamento prejudicado e falta de iniciativa.

Além disso, por meio da implementação da SAEP o enfermeiro poderá estar mais presente na sala operatória durante o procedimento cirúrgico, auxiliando durante o posicionamento e preparo para a cirurgia, melhorando a assistência direta ao cliente em virtude do conhecimento prévio acerca de seu histórico, fornecendo segurança e resultados positivos para ambos (Ribeiro, et all, 2017; Admy e Tosatti, 2011)

Para tanto a capacitação dos enfermeiros e colaboradores torna-se essencial, pois amplia o conhecimento dos profissionais envolvidos permitindo a estes, constantes atualizações, trazendo os resultados para a equipe de forma positiva, envolvendo os mesmos em todo o processo, fazendo com que eles se sintam parte integrante e muito importante dessa evolução.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a SAEP é fundamental e de grande importância para assistência de qualidade e segura a essa clientela, e que apesar de muitas dificuldades apresentadas por essa RI após a sua implantação a assistência de enfermagem torna-se otimizada e organizada, trazendo segurança ao paciente cirúrgico, demonstrando a importância do papel do enfermeiro no cenário que envolve esse paciente, além de delinear um cuidado mais qualificado e especializado.

É notório que a implementação da SAEP é um desafio para o enfermeiro cirúrgico, entretanto, possibilita a melhoria da assistência prestada, permitindo ao enfermeiro a coleta do histórico do paciente e a identificação de suas particularidades para tornar a assistência de enfermagem individualizada e eficaz, minimizando riscos e complicações no pós-operatório.

Acredita-se, ainda, que o enfermeiro precisa dedicar-se à realização da SAEP tendo em vista que a prática em saúde no CC demanda estudos de intervenção para que os conceitos já desenvolvidos possam ser validados no cotidiano da assistência, explicitando suas contradições e possibilidades, os quais representam um desafio para o enfermeiro, possível e essencial.

REFERÊNCIAS

ADAMY, E.K., TOSATTI, M. Sistematização da assistência de enfermagem período perioperatório: visão da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm, UFSM**. mai/ago 2012; 2(2): 300-310.

Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Práticas recomendadas SOBECC**. 6º ed. Rev. e atual – São Paulo, SP: SOBECC.

CASTELLANOS, B.E.P., JOUGLAS, V.M.G. Assistência de Enfermagem Perioperatória: Um modelo conceitual. **Rev. Esc. Enferm, USP**. 1990; 24(3): 359-70.

CAVALCANTE, R.B., OTONI, A., BERNARDES, M.F.V.G., CUNHA, S.G.S., SANTOS, C.S., SILVA.

P.C. Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **Rev. Enferm, UFSM.** set/dez 2011; 1(3): 461-471.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 2009.

CUBAS, M.R., GARCIA, T.R., BONNET, M., OTEMAIER, K.R., MALUCELLI, A. Sistema de Informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm,** Brasília, jul/Ago 2010; 63(4): 629-636.

DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F., MURR, A.C. **Diagnósticos de Enfermagem.** 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.727p.

FONSECA, R. M. P.; PENICHE A. C. G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paul Enferm.** 2009; 22(4):428-33.

FREIBERGER, M. F, MUDREY, E. S., A importância da visita pré-operatória para sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. **Rev. Científica FAEMA,** mai-out, 2011 <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/96/72>

FRIAS, T.F.P., COSTA, C.M.A., SAMPAIO, C.E.P. O Impacto da Visita Pré-Operatória de Enfermagem no Nível de Ansiedade de Pacientes Cirúrgicos. **Rev. Min Enferm** Jul/Set 2010; 14(3): 345-636.

GRITTEM, L., MEIER, J. M., PERES, A. M. Sistematização da assistência perioperatória: uma pesquisa qualitativa. **Online braz. Journal. nurs. (Online);** 8(3)dez. 2009.

HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S. **NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification 2018-2020.** 11th ed. Oxford: Wiley Blackwell, 2018.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

LEFEVRE A. R. **Aplicação do Processo de Enfermagem:** uma ferramenta para o pensamento crítico. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 303 p.

LEMOS, C. S., SUPRIANO, M.L.F. Desenvolvimento de um instrumento: Metodologia de ensino para aprimoramento da prática perioperatória. **Rev. SOBECC,** São Paulo. out./Nov 2013; 18(4): 57-69.

MONTEIRO, D.R.; PEDROSO, M.L.R., LUCENA, A.F., ALMEIDA, M.A., MOTTA, M.G.C. Estudos sobre validação de conteúdo em interface com os sistemas de classificação em enfermagem: revisão de literatura. **Rev Enferm UFPE on line.** 2013 mai;7(esp):4130-7.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** definições e classificações, 2015-2017. Porto Alegre: ARTMED, 2015.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda:** Definições e Classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NÓBREGA, M.M.L., SOARES, M.J.G.O., FELIX, L.G. Protocolo de Assistência de enfermagem ao Paciente pré e pós-operatório de Cirurgia Bariátrica. **Rev. Bras. Enferm,** Brasília, jan/Fev 2012; 65(1): 83-91.

NOGUEIRA, M.M. **Visita pré-operatória ao cliente idoso:** estratégias para expansão da assistência de enfermagem sistematizada. 2011. 106p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade federal do estado do RIO de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, L. M., EVANGELISTA, R.A. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): Excelência no Cuidado. **Rev. UNIPAM**. Ago 2010; 7(1): 83-88.

OLIVEIRA, M. M., MEDONÇA, K.M. Análise da visita pré-operatória de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. SOBECC**, São Paulo. Jul./Set 2014; 19(3): 164-172.

PRISMA, MOHER, D., LIBERATI, A., TETZLAFF, J., ALTMAN, D.G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. **PloS Med**. 2009; 6(7):e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097.

RIBEIRO, E., FERRAZ, K.M.C., DURAN, E.C.M. Atitudes dos enfermeiros de centro cirúrgico diante da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. **Rev. SOBECC**, São Paulo. out./dez. 2017; 22(4): 201-207.

SARAGIOTO, I.R.A., TRAMONTINI, C.C. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – Estratégias Utilizadas por Enfermeiros para sua Aplicação. **Cienc. Cuid Saúde**. jul/set 2009; 3(8): 366-371.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). **Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde-SOBECC**. 7ª ed. Barueri-SP: Manole, São Paulo 2017.

STILLWELL, S.B., FINEOUT-OVERHOLT, E., MELNYK, B.M., WILLIAMSON, K.M. Searching for the evidence: strategies to help you conduct a successful search. **Am J Nurs**. [Internet]. 2010 [cited 20 Jan, 2017]; 110(1):41-7. Available from: http://www.nursingcenter.com/nursingcenter_redesign/media/EBP/AJNseries/Searching.pdf

URSI, E. S. **Perioperative prevention of skin injury**: an integrative literature review. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] [Internet] - Universidade de São Paulo; 2005. [cited 1 Feb, 2017]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php>.

O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À SÍNDROME DE ONDINE

Maria Cláudia Parro

Centro Universitário Padre Albino
Catanduva – São Paulo

João Cesar Jacon

Centro Universitário Padre Albino
Catanduva – São Paulo

Marcela Pereira de Sá

Hospital Escola Emílio Carlos
Catanduva – São Paulo

Roberta Bistafa

Hospital Escola Emílio Carlos
Catanduva – São Paulo

RESUMO: A Síndrome de Ondine é uma entidade clínica rara do sistema nervoso central, de origem genética autossômica dominante, caracterizada por uma resposta ventilatória autônoma anormal à hipercapnia progressiva e hipoxemia sustentada, fenômeno especialmente marcado durante as fases do sono. Vislumbrando contribuir com cuidado de enfermagem sistematizado, de qualidade, com menor risco e maior eficácia, buscou-se apropriar-se do processo de enfermagem na Síndrome de Ondine. O presente estudo objetivou identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem para assistência personalizada aos portadores da Síndrome de Ondine. Trata-se de um estudo exploratório, por meio de pesquisa bibliográfica,

fundamentada em três etapas: exploração do tema, categorização dos dados, ou seja, problemas comuns apresentados por portadores da Síndrome, identificação dos principais diagnósticos de enfermagem considerando a Taxonomia II da NANDA-I (2018-2020), e descrição das intervenções de enfermagem segundo a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC, 2016). Com base nas informações apresentadas pela literatura categorizou-se 16 problemas mais comuns apresentados pelos portadores da Síndrome de Ondine, e a partir destes identificou-se os 16 principais diagnósticos de enfermagem. Em posse destes realizou-se um estudo detalhado da NIC, extraído 61 intervenções de enfermagem a serem realizadas pelo Enfermeiro e equipe de Enfermagem aos portadores. Os achados permitiram a elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem para a tomada de decisão do enfermeiro no cuidado de pacientes com a Síndrome de Ondine internados em Unidades de Terapia Intensiva ou mesmo fazendo uso de assistência ventilatória em domicílio, contribuindo para o desenvolvimento científico da profissão.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Ondine; Ventilação Artificial; Terapia.

ABSTRACT: Ondine's syndrome is a rare clinical entity that affects the central nervous

system. It is an autosomal dominant genetic disorder characterized by an abnormal autonomic ventilatory response to progressive hypercapnia and sustained hypoxemia, a phenomenon especially marked during sleep phases. The main objective of this study was to contribute to systematized, quality nursing care with lower risk and greater efficacy, sought to appropriate the nursing process in Ondine Syndrome, identifying nursing diagnoses and interventions for personalized patient care. This is an exploratory study, based on three-stage research: exploration of the theme, categorization of the data, ie common problems presented by patients, identification of the main nursing diagnoses considering NANDA-I Taxonomy II (2018-2020), and description of nursing interventions according to the Classification of Nursing Interventions (NIC, 2016). A total of 16 common problems presented by the Ondine Syndrome patients were categorized, and from these the 16 main nursing diagnoses were identified. Then, a detailed study of the NIC was performed, extracting 61 nursing interventions for the Nurse and staff to the patients. The findings allowed the elaboration of nursing diagnoses and interventions for nurses' decision making for the care of patients with Ondine's Syndrome hospitalized in Intensive Care Units or even making use of ventilatory assistance at home, contributing to the scientific development of profession.

KEYWORDS: Ondine Syndrome; Artificial Ventilation; Therapy.

1 | INTRODUÇÃO

Popularmente conhecida como “Síndrome ou Maldição de Ondine”, a Síndrome da Hipoventilação Central Congênita (SHCC), é uma doença genética rara presente desde o nascimento, definida como a incapacidade de controle automático (involuntário) da respiração, caracterizada por uma resposta ventilatória anormal à hipercapnia progressiva e hipoxemia sustentada, de forma que todos os pacientes com SHCC necessitam de suporte ventilatório ao longo da vida durante o sono, embora cerca de um terço dos pacientes necessitem de suporte ventilatório 24 horas por dia (CHEN; et al., 2005).

Descrita pela primeira vez em 1970 por *Mellins et al*, a SHCC é uma doença causada pela mutação do gene “*pairedlike homeobox gene*” (PHOX2B) localizado no cromossoma 4p12 e que codifica um fator de transcrição responsável pela regulação da expressão de genes envolvidos no desenvolvimento do sistema nervoso autônomo. Existe uma má formação no bulbo cerebral que faz com que os receptores químicos não transmitam os sinais nervosos que o individuo necessita para haver a respiração (WEESE-MAYER, et al., 2009; MEDEIROS, 2011).

Ocasionalmente de origem congênita, a SHCC pode ocorrer em pacientes com tumores, cirurgias e infecções no sistema nervoso central, acidente vascular encefálico (AVE), trauma medular cervical alto e em algumas doenças mitocondriais ou lesões desmielinizantes, como a esclerose múltipla (STANKIEWICZ; PAZEVIC; 1989; GOZAL, 1998; TAKEDA et al., 1996; BOGOUSSLAVSKY et al., 1990)

Embora a SHCC esteja presente desde o nascimento, na maioria dos casos pode

ser de difícil diagnóstico pela variação de manifestações clínicas, e pela falta muitas vezes da sensibilização médica, principalmente nos casos mais leves (MEDEIROS, 2011).

E ainda, por estar associada com relativa frequência ao acometimento do plexo mioentérico e submucoso do sistema digestivo, em que os pacientes podem apresentar refluxo gastroesofágico, parestesia intestinal e doença de Hirschsprung (20% dos casos). Também pode ocorrer dificuldade de sucção e deglutição, provavelmente secundária à própria disfunção do tronco cerebral. Como a associação frequente às anomalias oculares, como pupilas mióticas, muitas vezes anisocóricas, com baixa visão (60% dos casos), estrabismo (50% dos casos), xeroftalmia e oftalmoplegia, e aumento do risco de desenvolvimento de tumores neurais (2% dos casos) nestes pacientes, dificultando assim o fechamento precoce do diagnóstico (ORVAY; COSTA, 2005).

O diagnóstico da SHCC depende da exclusão de outras causas de hipoventilação, como sejam malformações do tronco cerebral e anomalias estruturais do SNC, erros inatos do metabolismo, doenças neuromusculares e cardiovasculares, paralisia do diafragma e anormalidades do pulmão e da bomba respiratória (BACHETTI, et al., 2005)

Atualmente os critérios necessários para o diagnóstico baseiam-se na existência de um quadro de hipoventilação durante o sono ($\text{PaCO}_2 > 60 \text{ mmHg}$) com início nos primeiros meses de vida na ausência uma doença do tronco cerebral, neuromuscular, pulmonar, metabólica ou cardíaca que possa explicar o quadro

(WAGNER; BERRY, 2007; ORVAY; COSTA, 2005).

A investigação dos pacientes em que se suspeita de SHCC deve ser dirigida para os sinais presentes, podendo ser usadas ressonância magnética (RM) do cérebro e tronco cerebral para avaliar anomalias anatômicas; polissonografia para confirmação do padrão respiratório; provas funcionais respiratórias, broncoscopia, raio-X de tórax, e ultrassonografia ou fluoroscopia diafragmática para avaliar a função do diafragma; eletrocardiograma (ECG), ecocardiografia, e monitorização Holter para rastrear patologia cardíaca associada; avaliação da função metabólica/enzimática; eletromiografia e biópsia muscular na presença de hipotonia extensiva; e biópsia retal na suspeita de doença de Hirschsprung. (CHIN; GOZAL, 2010; LIESS, et al., 2008; ORVAY; COSTA, 2005).

Portanto diante da suspeita diagnóstica da SHCC, atualmente faz-se o teste genético para mutações no gene *PHOX2B*. E havendo evidência de uma destas mutações permite-se confirmar o diagnóstico; contudo sua ausência não permite excluir esta síndrome. Pois é importante ressaltar que a SHCC, caracteriza-se por como condição crônica de hipoventilação, em que o tratamento será para toda a vida, seja durante o sono ou em estado de vigília, exigindo uma abordagem multidisciplinar de apoio e tratamento para o paciente e a família (MEDEIROS, 2011).

Para Orvay e Costa, (2005), o enfoque terapêutico ao portador da SHCC deve e ser multidisciplinar, além de ser direcionado principalmente para a manutenção

de ventilação adequada, seja por meio de ventilação mecânica não invasiva, invasiva, assistência ventilatória domiciliar ou implantação cirúrgica de marcapasso diafragmático.

Segundo Medeiros (2011), uma combinação de reconhecimento precoce e intervenção multidisciplinar são fundamentais para o sucesso do desenvolvimento e uma boa qualidade de vida dos pacientes, permitindo uma redução na morbimortalidade.

Considerando a literatura estudada, torna-se relevante a proposta deste estudo devido à importância da qualificação e conhecimento do profissional enfermeiro para assistir o paciente com a SHCC junto à equipe multiprofissional.

A partir deste contexto questiona-se: Quais são as atribuições do enfermeiro frente à assistência prestada ao portador de SCHH?

Assim o presente estudo objetivou identificar as atribuições do profissional enfermeiro na assistência ao portador da Síndrome de Ondine.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho desenvolvido a partir dos preceitos de um estudo exploratório, por meio de pesquisa bibliográfica.

As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) a análise de exemplos que “estimulem a compreensão”. E se considerando a pesquisa bibliográfica, o pesquisador, a desenvolverá a partir de material já elaborado, em que sua busca se constituirá de informações provenientes de livros e artigos científicos (GIL, 2008).

Nesta perspectiva, utilizou a proposta de Gil (2008) nas seguintes etapas:

1ª Etapa: Seleções das fontes de referência e palavras chaves:

Para o alcance do objetivo proposto foi realizada revisão bibliográfica da literatura por meio da Biblioteca Cheddi Gattaz, localizada no Câmpus SEDE do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), da Biblioteca Virtual Bireme nas bases de dados LILACS, MEDLINE e Scielo, publicadas no período de 2006 a 2016 utilizando-se das palavras-chave: Síndrome de Ondine; Síndrome da Hipoventilação Central Congênita; Marcapasso Diafragmático; Assistência Ventilatória e Assistência de Enfermagem. O limite em relação à língua foi o português, o espanhol e o inglês e sem restrição quanto ao tipo de publicação.

Para seleção das fontes foram consideradas como critérios de inclusão, as

bibliografias que abordaram as temáticas estudadas, e desconsideradas como critérios de exclusão àquelas que não atenderam a temática em questão.

2ª Etapa: Coleta de dados

A coleta de dados seguiu a seguinte premissa:

- Leitura exploratória do material selecionado: leitura rápida objetivando verificar se a obra é de interesse para o trabalho;
- Leitura seletiva: leitura aprofundada das partes que realmente interessem ao trabalho;
- Registro das informações extraídas das fontes em instrumento direcionada por elementos adaptados do instrumento de URSI (2005), que se constitui num roteiro de coleta de dados, a saber:
 1. Dados de identificação do autor: nome, titulação, local de atuação;
 2. Sobre o artigo: título do periódico, título de pesquisa, ano de publicação, país de origem;
 3. Objetivos da pesquisa;
 4. Aspectos metodológicos: população, amostra, desenho metodológico, e local.

3ª Etapa: Análise e interpretação dos dados

Primeiramente realizou-se a leitura dos textos, quando se fez a análise de cada artigo separadamente. Em seguida os artigos foram selecionados conforme os critérios de inclusão estabelecidos pelas pesquisadoras.

Então, procedeu-se a análise das publicações direcionada por elementos adaptados do instrumento de URSI (2005).

Os artigos foram analisados de forma descritiva quanto a dados de identificação do autor, periódico, título do artigo, aspectos metodológicos e ano de publicação.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos estudos

Foram encontrados no processo de pesquisa junto às bases de dados seis publicações relacionadas diretamente com a SHCC, quais foram recuperadas e empregadas na elaboração deste estudo, conforme Quadro 1.

Artigos selecionados					
Periódico		Título	Autor	Aspectos metodológicos	Ano
1	American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine	SHCC PHOX2B mutações e fenótipos.	BERRY-KRAVIS; et al.	Estudo de caso	2006
2	Cirurgia Pediátrica	Neurocristopatias e doença de Hirschsprung	ESPINOSA; CALDERÓN,	Estudo de caso	2009
3	Sleep Breath	Prevalência e correlatos clínicos de distúrbios do sono, tipos de distrofia miotônica.	BIANCHI; et al.	Estudo de caso	2013
4	Journal Neurosurgical Pediatric	Distúrbios respiratórios do sono em paciente com mielomeningocele	PATEL; et al.	Revisão de literatura	2014
5	Concise Clinical Review	SHCC associada a doença de Hirschsprung	ABOUSSOUAN	Estudo de caso	2015
6	Revista Paulista de Pediatria	Distúrbio respiratório do sono em doença neuromuscular	SANDOVAL; et al.	Estudo de caso	2015

Quadro 1: Distribuição dos trabalhos científicos segundo o periódico, título do artigo, autor, aspectos metodológicos e ano de publicação, Catanduva, 2018.

As publicações analisadas abordaram aspectos como: definição, características clínicas apresentadas pelo portador e terapêuticas empregadas além de ressaltarem a importância da assistência multiprofissional no controle e tratamento da SHCC, também conhecida como Síndrome de Ondine; uma doença genética rara, causada pela mutação do gene PHOX2B, em que se observa o distúrbio do sono e doenças neuromusculares, devido a uma redução exagerada nos volumes pulmonares, durante o sono, sendo uma síndrome *p* em que os primeiros sintomas se manifestam desde o nascimento ocasionando a cianose pela falta de oxigenação nas primeiras horas de vida. (BERRYS-KRAVIS; et al., 2006).

Porém, pode ser uma desordem única de controle respiratório associada a doença de Hirschsprung, com manifestações na maioria dos casos de tumores de origem de crista neural, em que se origina o colapso da via aérea superior, as apneias obstrutivas e o comprometimento pulmonar, o que leva à dependência ventilatória contínua (ESPINOSA; CALDERÓN, 2009; BIANCHI; et. al., 2013).

Conclui-se que se trata de um paciente complexo, com reais necessidades de oxigenação, dentre outras e que exige da equipe de saúde uma maior atenção em busca da melhoria de sua qualidade de vida. Pois é real o grande impacto que a doença exerce no modo de vida desta pessoa e de seus familiares, alterando seu estilo de vida e necessitando que seus portadores se adaptem às limitações impostas

pelo tratamento.

Ainda, os resultados da busca demonstraram escassez de produção nos últimos 10 anos, predomínio de pesquisas com delineamento estudo de casos, e em sua maioria de origem internacional (83,3%), sendo pesquisas realizadas em sua totalidade pela área médica, especialmente por médicos Pneumologistas e Pediatras. É relevante observar que a temática ainda é pouco explorada no cenário nacional (16,6%), e embora as seis publicações (100%), reconheçam a necessidade de uma equipe multiprofissional para o atendimento das necessidades de oxigenação, alimentação, eliminação, sono, repouso, integridade tissular, fisiológicas, psicológicas do portador, não citam o profissional enfermeiro como um agente atuante no cuidado à SHCC.

Refletindo sobre esta realidade apresentada pela literatura, e considerando as necessidades individuais dos portadores da SHCC, entendeu-se a necessidade do processo de enfermagem como alicerce para atuação do enfermeiro, uma vez que é o profissional mais próximo, podendo observar e identificar as necessidades individuais e proporcionar a intervenção conveniente. Além de ser o elo com toda a equipe multidisciplinar (médico, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, assistente social e equipe de enfermagem), fechando a cadeia de profissionais envolvidos na atenção a essa população.

O Processo de Enfermagem (PE) é a base para a prática clínica da enfermagem, uma atividade privativa do enfermeiro, sendo um instrumento fundamental, que melhora a tomada de decisão, possui um modo sistemático, realizado por cinco etapas: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação permanente dos resultados obtidos. Podendo ser usado de forma contínua e humanizada, visando sempre o melhor atendimento ao paciente (NANDA-I, 2018).

Para Almeida e Lucena (2011), o processo de enfermagem é o método que orienta o julgamento clínico e a tomada de decisão do enfermeiro sendo constituído pelas etapas de investigação (coleta de dados), diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, implementação de intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados apresentados pelo paciente, família ou comunidade diante das condutas adotadas, representando o foco clínico da ciência de enfermagem.

Após a coleta dos dados apresentados nas publicações selecionadas, levantou-se primeiramente os problemas, e a partir destes traçou-se os principais DE, considerando a NANDA-I (2018), para descrever então as ações de enfermagem no atendimento ao portador da SHCC.

3.2 Diagnóstico de Enfermagem

O termo DE é definido pela NANDA-I como *“um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais/processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva que busca alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária”*

NANDA-I (2018).

DE precisos e válidos orientam a seleção de intervenções capazes de produzir os efeitos desejados do tratamento e determinar resultados de enfermagem. Diagnósticos são fundamentais para o futuro da assistência de enfermagem postada com profissionalismo e baseada em evidências e para o atendimento mais eficiente às necessidades dos pacientes e o oferecimento de garantias de segurança (NANDA-I, 2018).

3.3 Categorização de dados e DE levantados em portadores de SHCC (NANDA-I, 2018)

Com base nas informações acerca da sintomatologia clínica, apresentadas pelos artigos selecionados categorizou-se 16 dados (problemas) mais comuns apresentados pelos portadores de SHCC, e a partir destes levantou-se os 16 principais DE da SHCC conforme apresenta o Quadro 2; para então se traçar o atendimento do profissional enfermeiro neste contexto.

	Categorização de dados	Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I, 2018)
1	Apnéia	Troca de gases prejudicada
2	Oftalmoplegia	Risco de olho seco
3	Não saber se proteger das doenças	Autocontrole ineficaz da saúde
4	Não conseguir se alimentar	Deglutição prejudicada
5	Diminuição na eliminação intestinal, fezes endurecidas	Constipação
6	Lábios e periferias com cianose fadiga, cansaço e dispnéia	Padrão respiratório ineficaz
7	Presença de sonda nasointestinal	Risco de aspiração
8	Incapacidade de controlar a respiração durante o sono	Ventilação espontânea prejudicada
9	Distúrbios de cognição e atenção	Risco de confusão aguda
10	Dificuldade na fala	Comunicação verbal prejudicada
11	Não consegue eliminar secreções de VAS ou TQT	Desobstrução ineficaz das vias aéreas
12	Dentes cerrados	Dentição prejudicada
13	Suscetível a infecções recorrentes	Risco de infecção
14	Hiperemia em proeminências ósseas.	Integridade da pele prejudicada
15	Apresenta quedas	Risco de quedas
16	Fáceis de medo e de choro	Medo

Quadro 2: Categorização dos dados e diagnósticos de Enfermagem encontrados a partir da taxonomia da NANDA-I (2018), Catanduva, 2018.

3.4 Descrição dos principais DE levantados em portadores de SHCC (NANDA-I, 2018)

Domínio	Classe	Título DE
(1) Promoção da saúde	(2) Controle da saúde	Controle ineficaz da saúde (00078)
(2) Nutrição	(1) Ingestão	Deglutição prejudicada (00103)
(3) Eliminação e troca	(4) Função respiratória	Troca de gases prejudicada (00030)
	(2) Função gastrointestinal	Constipação (00011)
(4) Atividade e repouso	(4) Respostas cardiovasculares/pulmonares	Padrão respiratório ineficaz (00032) Ventilação espontânea prejudicada (00033)
	(4) Cognição	Risco de confusão aguda (00173)
(5) Percepção/Cognição	(5) Comunicação	Comunicação verbal prejudicada (00051)
	(2) Resposta de Enfrentamento	Medo (00148)
(9) Enfrentamento/Tolerância ao estresse	(1) Infecção	Risco de infecção (00004)
	(2) Lesão Física	Risco de olho seco (00219) Desobstrução ineficaz das vias aéreas (00031) Risco de aspiração (00039) Dentição prejudicada (00048) Integridade da pele prejudicada (00046) Risco de quedas (00155)

Quadro 3: Distribuição dos principais diagnósticos de Enfermagem encontrados a partir da taxonomia II da NANDA-I (2018), Catanduva 2018.

3.5 Intervenções de Enfermagem para os DE estabelecidos.

Partindo desta premissa, em posse dos 16 DE realizou-se um estudo detalhado da NIC (2016), extraíndo 61 intervenções de enfermagem a serem realizadas pelo Enfermeiro e equipe de Enfermagem aos portadores de SHCC, conforme descrito no Quadro 4.

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I, 2018)	Intervenções / Atividades de Enfermagem Sugeridas (NIC, 2016)
Troca de gases prejudicada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Registrar mudanças na SaO₂, SvO₂, CO₂ corrente terminal e mudanças nos valores de gasometria arterial, conforme apropriado. 2. Auscultar os sons pulmonares após os tratamentos para registrar os resultados. 3. Monitorar os padrões respiratórios: bradipneia, taquipneia, hiperventilação, respirações de Kussmaul, respiração de Cheyne-stokes, padrão apneustico, respiração de Blot e padrões atáxicos.

Risco de olho seco	<p>4. Monitorar a ocorrência de vermelhidão, exsudato ou úlcera.</p> <p>5. Monitorar o reflexo da córnea</p> <p>6. Aplicar protetor ocular conforme apropriado</p> <p>7. Aplicar gotas lubrificantes conforme apropriado</p>
Auto controle ineficaz da saúde	<p>8. Identificar paciente(s) com necessidades continuadas de cuidados.</p> <p>9. Determinar a presença\ausência de necessidades básicas de vida.</p>
Deglutição prejudicada	<p>10. Manter decúbito elevado 45°</p> <p>11. Monitorar sinais e sintomas de aspiração</p> <p>12. Orientar o paciente a abrir e fechar a boca, preparando a manipulação do alimento</p> <p>13. Providenciar\usar dispositivos auxiliares, conforme apropriado</p> <p>14. Checar a boca em busca de armazenamento dos alimentos nas bochechas, apo as refeições</p>
Constipação	<p>15. Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de constipação.</p> <p>16. Encorajar o aumento de ingesta de líquidos, a menos que contra indicado.</p> <p>17. Monitorar ruídos hidroaéreos quanto ao conteúdo nutricional.</p> <p>18. Avaliar a ingestão registrada quanto ao conteúdo nutricional.</p>
Padrão respiratório ineficaz	<p>19. Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações.</p> <p>20. Monitorar a ocorrência de respiração ruidosa, com sibilos esganiçados e roncos.</p> <p>21. Monitorar secreções respiratórias do paciente.</p>
Risco de aspiração	<p>22. Manter uma via aérea</p> <p>23. Verificar posicionamento de sonda nasogástrica e da sonda de gastrostomia antes de alimentar o paciente</p> <p>24. Manter cabeceira elevada 30°</p> <p>25. Manter inflado o balonete traqueal</p> <p>26. Manter disponível aparelho de aspiração</p> <p>27. Alimentar o paciente em pequenas quantidades</p>
Ventilação espontânea prejudicada	<p>28. Monitorar insuficiência respiratória iminente.</p> <p>29. Posicionar o paciente visando ao alívio da dispneia.</p> <p>30. Monitorar a ocorrência fadiga dos músculos respiratórios.</p> <p>31. Monitorar o estado respiratório e a oxigenação.</p>

Risco de confusão aguda	<p>32. Monitorar o estado neurológico continuamente.</p> <p>33. Manter um ambiente bem iluminado, que reduza contraste acentuados e sombras.</p> <p>34. Manter um ambiente livre de riscos.</p> <p>35. Usar medidas restritivas se necessário.</p>
Comunicação verbal prejudicada	<p>36. Permitir que o paciente ouça a linguagem falada com frequência, conforme apropriado</p> <p>37. Ouvir com atenção</p> <p>38. Usar palavras simples e frases curtas</p> <p>39. Usar figuras se adequado</p> <p>40. Encorajar o paciente a repetir as palavras</p> <p>41. Dar reforços positivos e elogios</p>
Desobstrução ineficaz das vias aéreas	<p>42. Retirar secreções nasais, orais e traqueais, conforme apropriado.</p> <p>43. Manter vias aéreas desobstruídas</p>
Dentição prejudicada	<p>44. Estabelecer rotinas de cuidados orais</p> <p>45. Monitorar os dentes quanto a cor, brilho e presença de resíduos</p> <p>46. Monitorar a mucosa oral</p> <p>47. Ensinar e estimular o uso do fio dental</p> <p>48. Promover exames dentários regulares</p>
Risco de infecção	<p>49. Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção</p> <p>50. Monitorar a vulnerabilidade a infecções</p> <p>51. Promover ingestão nutricional adequada</p> <p>52. Orientar ao paciente e familiares maneiras de evitar infecções</p>
Integridade da pele prejudicada	<p>53. Monitorar cor e temperatura da pele.</p> <p>54. Monitorar a pele e mucosa quanto a ressecamento e umidades excessiva.</p> <p>55. Usar instrumentos de levantamento de dados para identificar pacientes com risco de degradação da pele (p. e., escala de Braden).</p>
Risco de quedas	<p>56. Identificar comportamentos e fatores que afetem o risco de quedas.</p> <p>57. Auxiliar a pessoa sem firmeza na deambulação.</p> <p>58. Providenciar iluminações adequadas para aumentar a visibilidade.</p> <p>59. Colocar avisos de alertas aos funcionários de que se trata de paciente com risco de queda.</p>
Medo	<p>60. Manter ambiente calmo e tranquilo</p> <p>61. Oferecer apoio espiritual</p>

Quadro 4: Distribuição dos principais diagnósticos (NANDA-I, 2018), intervenções (NIC, 2016) e atividades de Enfermagem, Catanduva, 2018

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se por meio desta pesquisa acerca da SHCC, que se trata de uma patologia crônica, sem possibilidade de cura, porém com diversidade de tratamentos e intervenções terapêuticas que melhoram a qualidade de vida do portador.

Dado que chamou a atenção, foi a inexistência de relatos sobre os cuidados prestados pelo enfermeiro ao portador da síndrome, uma vez que este profissional e toda a equipe de enfermagem permanecem por 24 horas/dia ao lado deste e demais pacientes nos diversos serviços de saúde, promovendo a saúde, prevenindo complicações e reabilitando os indivíduos em busca da melhora no tratamento e da qualidade de vida. Sendo assim os profissionais ao reconhecerem primeiros os sinais e sintomas de cada patologia, alertando aos demais integrantes da equipe multidisciplinar, trabalhando para as intervenções rápidas e precisas.

Todavia esses achados permitiram a elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem segundo a NANDA-I (2018) e NIC (2016) respectivamente, resultando em subsídios aos enfermeiros no cuidado de pacientes com a SHCC, internados em Unidades de Terapia Intensiva ou mesmo fazendo uso de assistência ventilatória em domicílio, e contribuindo para o desenvolvimento científico da profissão, uma vez que apresentam caminhos e possibilidades para a elaboração de planos de cuidados, implementação das intervenções e avaliação direcionadas às necessidades de cada paciente (indivíduo).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA M.A.; LUCENA A.F. **O processo de enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC e NOC.** In: ALMEIDA, M.A.; LUCENA, A.F.; FRANZEN, E., LAURENT, M.C. Processo de Enfermagem na Prática Clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 23-40.

ASSENCIO-FERREIRA, V. J.; SILVEIRA, M. P.; FERRI-FERREIRA, T.M.S. **Era uma vez Ondina... relato de caso.** Rev. Distúrbio Comunidade, São Paulo, 21(3), p. 385-389, dez. 2009.

BACHETTI, T.; et al., **Distinct pathogenetic mechanisms for PHOX2B associated polyalanine expansions and frameshift mutations in congenital central hypoventilation syndrome.** Rev. Human Molecular Genetics 14 (13), p. 1815-1824. jan. 2005.

BOGOUSLAVSKY, J. et al. **Respiratory failure and unilateral caudal brainstem infarction.** Annals Neurologic. n. 28, p.668-673, jun.1990.

BRASIL. **Portaria SMS/MS nº 370, de 04 de julho de 2008.** Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0370_04_07_2008.html>. Acesso em: 06 jan. 2016.

BULECHECK, G. M.; BURTCHEER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M., **Classificação intervenções de Enfermagem (NIC)**, Rio de Janeiro, ed. Elsevier, 2016.

CHEN, M.L.; TABLIZO M.A.; KUN, S.; KEENS, T.G. **Diaphragm pacers as a treatment for congenital central hypoventilation syndrome.** Expert Rev Med Devices; v. 2, n. 5, p. 577- 85. 2005.

- CHIN, T.W.; GOZAL, D. **Congenital Central Hypoventilation Syndrome**. eMedicine. 2010. Disponível em: < <http://emedicine.medscape.com/article/1002927-overview>>. Acesso em: 06 jan. 2016.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. Atlas. São Paulo. 2008.
- GOZAL, D. **Congenital central hypoventilation syndrome: an update**. Pediatric Pulmonology. n. 26, p. 273-282. 1998.
- HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. (Org.). **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definição e classificação 2018-2020**. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- HUANG, J.; et al. **Effect of sleep stage on breathing in children with central hypoventilation**. J Appl Physiol (1985) n.105. p. 44-53. 2008.
- LISS, B.D.; et al. **Congenital Central Alveolar Hypoventilation Syndrome (Ondine's Curse) With Survival Into Adulthood**. Clinical Pediatrics v.47. n.9. p. 941-946. Maio. 2008.
- MEDEIROS, R. A. A. L.; **Síndrome de Hipoventilação Central (SHC)**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar. Universidade do Porto: Portugal. p. 20. 2011.
- MELLINS, R.B; BALFOUR, H.H.Jr; TURINO; G.M.; WINTERS, R.W. **Failure of automatic control of ventilation (Ondine's curse)**. Report of an infant born with this syndrome and review of the literature. Journal Medicine. Baltimore. n 49. p. 487-504. ago. 1970.
- ORVAY, J.A.; COSTA y ÓDENA, M. P. **Síndrome de Ondine: diagnóstico y seguimiento**. Annals Pediatric. Barcelona. v 63. n 5. p. 426-32. 2005.
- RAMESH, P.; BOIT, P.; SAMUELS, M. **Mask ventilation in the early management of congenital central hypoventilation syndrome**. Arch Disease Child Fetal Neonatal Ed. v 93. n 6. p. 400-403. 2008.
- STANKIEWICZ, J.A.; PAZEVIC, J.P.; **Acquired Ondine's curse**. Otolaryngol Head Neck Surg. V 101 n 5. p. 611-613. 1989.
- TAKEDA, S.; FUJII, Y.; KAWAHARA, H.; NAKAHARA, K.; MATSUDA, H. **Central alveolar hypoventilation syndrome (Ondine's curse) with gastroesophageal reflux**. Chest. v 110. N 3. p. 850-852. 1996.
- URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- WAGNER, M.H.; BERRY, R. B. A. **Full Term Infant with Cyanotic Episodes**. Journal of Clinical Sleep Medicine v 3. n 4. p.425-426. 2007.
- WEESE-MAYER, D.E.; et al. **Congenital Central Hypoventilation Syndrome From Past to Future: Model for Translational and Transitional Autonomic Medicine**. Pediatric Pulmonology. n 44. p. 521-535. 2009.

POLÍTICAS E AVANÇOS DA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Karine Raiane Cabreira de Oliveira

Acadêmica do Curso de Enfermagem Bacharel e Licenciatura - Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE
Foz do Iguaçu/ Paraná

Oscar Kenji Nihei

Orientadora – Professor do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE
Foz do Iguaçu/ Paraná

RESUMO: A Infecção Hospitalar (IH) segundo a portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde, é aquela adquirida durante a internação, que se manifeste no mesmo período ou após a alta do paciente e que esteja relacionada a procedimentos hospitalares. No entanto, as infecções podem ser adquiridas em qualquer meio de atenção à saúde, assim, a terminologia Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) tem sido mais utilizada. Este trabalho buscou compreender os avanços nas políticas e ações ocorridas no Brasil relacionados à prevenção e controle de IRAS. A revisão da literatura científica foi realizada utilizando-se os descritores “infecção hospitalar”, “políticas de saúde” e “saúde pública” na base de dados SCIELO e *google scholar*. O período da pesquisa abrangeu 2013 a 2018. Em 1983 entrou em vigor a primeira ação governamental

relacionada à IRAS com a Portaria N° 196/83 do Ministério da Saúde, que trouxe orientações sobre a prevenção das infecções. Desde então, novas estratégias para a redução de IH foram desenvolvidas, entre elas a criação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Diante do que foi observado, necessita-se de uma atuação conjunta dos segmentos governamentais para o desenvolvimento de políticas para redução dos agravos na assistência à saúde. Apesar dos custos gerados na implementação dessas ações, destaca-se a necessidade de investimentos e esforços com vistas à redução das IRAS e aumento da segurança do paciente. **PALAVRAS-CHAVE:** infecção hospitalar, políticas de saúde, segurança do paciente.

ABSTRACT: Hospital Infection (HI) according to act no. 2616/98 of the Ministry of Health, is that acquired during hospitalization, which occurs in the same period or after discharge from the and is related to hospital procedures. However, infections can be acquired in any healthcare setting, so the terminology Healthcare Infection (IRAS) has been the most widely used. This work sought to understand the advances in policies and actions in Brazil related to the prevention and control of IRAS. The review of scientific literature was performed using the descriptors “hospital infection”, “health policies” and “public health” in the SCIELO and google

scholar database. The research period covered from 2013 to 2018. In 1983, the first governmental action related to IRAS came with the administrative act No. 196/83 of the Ministry of Health, which guided the prevention of infections. Since then, new strategies for the reduction of HI have been developed, among them the creation of the Hospital Infection Control Program. In view of what has been observed, it is necessary to work together with segments of government to develop policies to reduce health problems. Despite the costs generated in implementing these actions, the need for investments and efforts to reduce IRAS and increase patient safety is highlighted.

KEYWORDS: hospital infection, health policies, patient safety.

1 | INTRODUÇÃO

Complicações infecciosas sempre estiveram presentes na humanidade. O desconhecimento das formas de contágio, falta de recursos, tanto materiais quanto profissionais especializados, más condições de higiene e inexistência de saneamento básico facilitavam a transmissão de doenças e disseminação de microrganismos (BATISTA *et al.*, 2012).

É evidente que diversas mudanças ocorrem no cenário da saúde constantemente e ano após ano novas técnicas são desenvolvidas e recursos relacionados ao avanço científico e tecnológico são ampliados. Como resultado dessas mudanças, tornou-se possível a descoberta e reconhecimento de novos agentes infecciosos (BATISTA *et al.*, 2012).

Desde o final do século XX, as transformações ocorridas no cenário mundial da saúde culminaram na busca por uma assistência de qualidade. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem enfatizado constantemente a Segurança do Paciente e as ações capazes de melhorar a qualidade do serviço de saúde e evitar danos na prestação da assistência. A Segurança do Paciente é um conjunto de ações voltadas à proteção contra riscos e eventos adversos durante a assistência, como a Infecção Hospitalar (IH). Esse tema ganhou força nas últimas décadas e tem sido foco da ANVISA desde o ano de 2004 (ANVISA, 2017).

Nota-se que riscos relacionados à assistência à saúde e eventos adversos ao paciente ocorrem mais comumente em países em desenvolvimento em comparação aos países desenvolvidos. O risco de infecção chega a ser 20 vezes maior nos países em desenvolvimento (PAIM; LORENZINI, 2014).

A portaria 2.616 de 1998 do Ministério da Saúde (MS) do Brasil define IH como aquela adquirida após a admissão do paciente, manifestando-se durante a internação ou até 72 horas após a alta hospitalar, quando a mesma pode ser relacionada a procedimentos realizados no ambiente de internação. Nas últimas décadas, o termo Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) vem sendo usado substituindo o termo IH. Essa mudança na terminologia está relacionada à ampliação do conceito, integrando não somente as infecções adquiridas no ambiente hospitalar, mas também

as adquiridas em qualquer ambiente que preste cuidados à saúde (BRAGA *et al.*, 2012; FIGUEIREDO; VIANNA; NASCIMENTO, 2013; PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

A prevenção, controle e o tratamento de IRAS constituem um grande desafio para as autoridades governamentais, instituições e profissionais de saúde, pois esta complicação tornou-se um grave problema de saúde pública em âmbito mundial. Além disso, as IRAS têm atingido altas taxas de morbimortalidade, o que têm acarretado tempo e custos de internação, principalmente para aqueles internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (BATISTA *et al.*, 2012). Nesta condição, os pacientes possuem ainda mais chance de adquirir IRAS, pois estão em estado de saúde mais grave do que em outros setores, permanecem por mais tempo internados e estão ligados a aparelhos e procedimentos invasivos que garantem sua vida, mas que também podem ser meios de transmissão de patógenos (FIGUEIREDO; VIANNA; NASCIMENTO, 2013). Estima-se que 1,4 milhões de pessoas adquirem algum tipo de infecção no ambiente hospitalar (PAIM; LORENZINI, 2014; ANVISA, 2016).

Um estudo norteamericano evidenciou que ocorrem aproximadamente 1,7 milhões de casos de IRAS por ano e que, em decorrência disso, 99.000 óbitos ocorrem no país. Segundo estudo realizado na Europa, a IRAS afeta um em cada 10 pacientes internados e o número de óbitos relacionados chega a aproximadamente 5.000 ao ano no continente (SOUZA *et al.*, 2015).

Diversos hospitais brasileiros não realizam a notificação de IRAS da forma correta, o que dificulta a compreensão da dimensão e gravidade do problema no país. Segundo avaliação realizada pelo MS do Brasil, em 99 hospitais localizados em capitais do país vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), a taxa de IRAS é de 13,0% entre os pacientes hospitalizados (SOUZA *et al.*, 2015).

Estudo realizado no Hospital Universitário de Londrina-PR, no período de dezembro de 2009 a janeiro de 2011, mostrou que de 11.177 pacientes internados, 889 (8,0%) foram diagnosticados com IRAS, e destes, 341 (38,4%) foram a óbito (SOUZA *et al.*, 2015).

Dados publicados pela ANVISA, referente ao ano de 2014, mostram que 1.692 hospitais revelaram a incidência de infecção primária da corrente sanguínea laboratorial em UTI adulto, sendo 5,1 infecções a cada 1.000 acessos venosos centrais/dia. A ocorrência em pacientes pediátricos foi de 5,5 infecções para cada 1.000 acessos venosos centrais/dia. Pesquisas evidenciam ainda que quando uma instituição de saúde possui programas de prevenção de infecções, onde seus colaboradores conhecem e aderem às ações para prevenir esse agravo, a redução de IRAS pode ocorrer até em 70% em alguns tipos de infecções, como por exemplo a infecção da corrente sanguínea. De acordo com ANVISA (2016), 20% a 30% das IRAS são consideradas preveníveis por meio dos programas de controle da instituição de saúde.

Dentre os fatores contribuintes para as altas taxas de IRAS, destacam-se a idade avançada do paciente, as doenças crônicas degenerativas, procedimentos técnicos incorretos, falha na antisepsia da pele e na esterilização de materiais e uso

indiscriminado de antibióticos que contribui para a resistência microbiana. A falta de adesão a precauções padrão e a estratégias de prevenção dos profissionais da saúde também contribui grandemente com esse agravo (BATISTA *et al.*, 2012; FIGUEIREDO; VIANNA; NASCIMENTO, 2013)

Atualmente, um grande número de bactérias tem desenvolvido resistência a diversos antimicrobianos. Os elevados índices de IRAS em UTIs incluem a ocorrência desse tipo bactéria e muitas vezes a resistência se dá pelo uso inadequado e abuso de antimicrobianos. Tal fato mostra-se como uma ameaça à sociedade, visto que a indústria farmacêutica se encontra de mãos atadas quanto ao tratamento contra esses microrganismos (CÁRDENAS *et al.*, 2018)

Em termos históricos, agravos relacionados à IRAS são reconhecidos desde os tempos de Florence Nightingale (1820-1910), precursora da enfermagem que se dispôs a ajudar soldados feridos na guerra da Criméia. Florence encontrou maneiras de reduzir os riscos de adquirir infecções através de procedimentos e cuidados que visavam a higiene e limpeza dos hospitais e utilização de técnicas antissépticas, bem como a separação dos pacientes em quartos diferentes de acordo com o sintoma que apresentavam a fim de promover a saúde dos mesmos (OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016).

Em 1840, parturientes e recém-nascidos apresentavam diversas complicações por febre puerperal. Em 1843, o norte-americano Oliver Wendel Homes propôs que os próprios médicos eram os responsáveis por tais infecções, quando realizavam os partos sem lavar as mãos. A teoria de Homes foi evidenciada cientificamente pelo médico húngaro Ignaz Philipp Semmelweis, que descobriu que os médicos e estudantes de medicina, ao realizarem os partos após manipularem cadáveres em autópsias, acabavam introduzindo partículas cadavéricas em suas pacientes, levando-as ao óbito (SILVA; MATTOS, 2015).

Até aquele momento não se tinha conhecimento sobre microrganismos, e os médicos da época acreditavam que as doenças eram transmitidas por meio dos miasmas, que eram partículas existentes no ar em uma atmosfera pútrida. Assim, após evidenciar a transmissão das partículas cadavéricas, Semmelweis percebeu que a lavagem das mãos utilizando água clorada e sabão era capaz de evitar a contaminação das pacientes. No século XIX, o início da bacteriologia deu suporte e condição para que as práticas de controle de infecção fossem aceitas, daí em diante foram criadas técnicas e procedimentos que visavam a assepsia, antisepsia, desinfecção e esterilização de materiais (SILVA; MATTOS, 2015).

Microrganismos estão presentes em todo lugar, alguns deles são inofensivos, e muitas vezes benéficos, atuando como barreira protetora contra microrganismos patogênicos em nossa microbiota. Porém, em algumas situações, os mesmos que fazem parte de nossa flora bacteriana podem trazer sérios riscos à saúde. No ambiente hospitalar, todos estão expostos ao contato com algum tipo de bactéria, desse modo, a equipe multiprofissional corre risco de se contaminar e disseminar essa infecção.

Assim, o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) não se limita apenas ao cuidado do paciente, bem como do profissional de saúde, tendo em vista que a adesão ao uso desses equipamentos ainda é um desafio para a equipe multiprofissional (RULKA; LIMA; NEVES, 2012; SOUZA *et al.*, 2015).

Assim, neste trabalho objetivou-se compreender os avanços das políticas e ações de prevenção da IRAS realizando-se uma revisão da literatura científica da América Latina e Caribe, referente às políticas relacionadas à temática no Brasil.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa bibliográfica foi realizada utilizando-se os descritores “infecção hospitalar” e “infecção relacionada à assistência à saúde” na base de dados SCIELO. O período da pesquisa abrangeu 2013 a 2018. A partir do total obtido, os resultados foram analisados. Foram selecionados apenas os artigos que apresentavam relação com o tema. Incluiu-se também a pesquisa de manuais do Ministério da Saúde do Brasil e ANVISA.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na base de dados SCIELO, utilizando-se os descritores “Infecção Hospitalar” e “Infecção Relacionada à Assistência à Saúde” obteve-se um total de 130 resultados, dentre os quais, cinco artigos eram duplicatas. Do total, 18 artigos eram relacionados com o tema, e destes, 10 foram selecionados por abordarem diretamente o tema da pesquisa. Além disso, foi dada especial atenção aos manuais e documentos do Ministério da Saúde e ANVISA.

A seguir, descrevemos os principais achados que resultaram da análise crítica dos artigos encontrados, que continham informações sobre Leis e Portarias do MS e ANVISA, a respeito da evolução das políticas públicas sobre o controle e prevenção da IRAS. Apesar da pesquisa ter sido realizada considerando-se o período de 2013 a 2018, os artigos selecionados abordam políticas públicas anteriores a esse período, que serão descritos a seguir.

A década de 1980 é vista como marco histórico da prevenção de IRAS, pois foi quando os primeiros guias técnicos nacionais foram publicados. Neste momento, métodos epidemiológicos estavam começando a ser utilizados e os guias do MS tratavam da avaliação sanitária de estrutura. No mesmo período o tema IRAS passou a ser pauta de autoridades sanitárias e um novo programa de treinamento e capacitação foi implementado pelo MS a 14 mil profissionais, no entanto, este projeto foi interrompido (PADOVEZE, 2014).

Ainda na década de 1980, período em que as autoridades governamentais passaram a comentar e buscar soluções para a IRAS, o MS publicou a Portaria nº 196/1983, que recomenda o estabelecimento de Comissões de Controle de Infecção

Relacionada a Assistência à Saúde (CCIRAS) em todos os hospitais e define critérios para oferecer subsídios para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle. O trabalho nas CCIRAS é baseado na vigilância epidemiológica e dependente da notificação pelo médico (OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016).

Em 1988, no Brasil, foi implementado o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (PNCIH), com representações em vários estados, criado pela Portaria nº 232. Mais tarde o PNCIH transformou-se em Divisão Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (DNCIH), por meio da Portaria nº 666/90. Em 1989 ocorreu o 1º Congresso Brasileiro sobre IH em São Paulo, realizado pela Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (ANVISA, 2004).

Em 1990, em uma Conferência Regional sobre Prevenção e Controle de IH, além de pontuada a necessidade de uma implementação de comissões nacionais de prevenção e controle de IRAS, que no Brasil foi o PNCIH, anteriormente citado, outras diretrizes foram citadas, tais como: a vinculação da acreditação hospitalar à presença de programa de IRAS; inclusão do tema nos currículos das ciências da saúde e programas de educação continuada; a cooperação entre instituições estatais e universidades nas investigações epidemiológicas; a identificação de laboratórios de referência regional em microbiologia; a instituição de grupos de trabalho voltados ao uso de antimicrobianos e diagnósticos microbiológicos de IRAS. Apesar dos esforços, as recomendações da conferência não foram alcançadas (PADOVEZE, 2014).

Em 1992, foi publicada a portaria do MS nº 930/1992, que revogou a Portaria 196/83 e dispõe sobre a necessidade da elaboração de normas técnicas sobre prevenção de IRAS, bem como manter programas de controle de IRAS em todos os hospitais do país, caracterizando um grande avanço no sentido de profissionalização da prevenção a IRAS (BRASIL, 1992).

No ano de 1997, o MS estabelece obrigatoriedade do Programa de Controle e Prevenção de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (PCIH) em todos os hospitais do país com a Lei nº 9431/1997, que define o PCIH como “um conjunto de ações desenvolvidas deliberadas e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares”(BRASIL, 1997; OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016).

Em 1998, o MS revogou a Portaria nº 930/92 com a publicação da Portaria nº 2616/98 que constituem diretrizes e medidas de controle e prevenção, mantendo a obrigatoriedade de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Esta Portaria trouxe ainda recomendações a respeito da formação da CCIH, o quadro de funcionários, o tipo de membros e qual sua atuação na instituição de saúde (BRASIL, 1998).

Segundo a Portaria 2616/98, a CCIH deve ser composta por membros de dois tipos, os consultores e os executores. Os membros consultores são representantes do serviço médico, de enfermagem, de farmácia, de laboratório de microbiologia e da administração. Os membros executores representam o serviço de controle de IRAS

propriamente dito, são eles os encarregados de executar as ações programadas pelos membros controle. É competência da CCIH elaborar, implementar, manter e avaliar o PCIH, adequado as características e necessidades da instituição (BRASIL, 1998; OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016).

Para que não haja erros diagnósticos durante a internação, no que tange a infecções, a Portaria 2616/98 traz alguns conceitos básicos a fim de diferenciar os tipos de infecções. Assim, a Infecção Comunitária (IC) é aquela que na admissão do paciente seja constatada ou encontra-se em incubação, desde que a mesma não seja relacionada com internação anterior no mesmo hospital. Pode-se considerar IC também a infecção associada a complicação ou extensão de uma infecção presente na admissão, não havendo troca de microrganismo, a infecção adquirida por via transplacentária em recém-nascido, cuja infecção da mãe já é conhecida ou foi evidenciada logo após o nascimento (BRASIL, 1998).

A Portaria 2616/98 ainda apresenta recomendações relacionadas a higienização das mãos (HM) da maneira correta e afirma que esta é a ação mais importante na prevenção de IRAS (BRASIL, 1998).

Após a criação da ANVISA, no ano de 1999, as ações e diretrizes relativas ao controle de infecções são delineadas por ela. Essa medida possibilitou fortalecimento do Programa de Controle de Infecções e também da própria ANVISA (ANVISA, 2004).

Em 2000, foi emitido pela ANVISA a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 48/2000, que traz um roteiro de inspeção sanitária para avaliação dos programas de controle de infecção nos hospitais (OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016).

O ano de 2003 foi marcado pela maior abrangência da Unidade de Controle de Infecção no Serviço de Saúde, que passou a ser chamada Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos (GIPEA), por meio da Portaria nº 358/03, um dos objetivos do programa era o fortalecimento da ANVISA, bem como das ações de prevenção (ANVISA, 2004)

No ano de 2003 a 2004, o principal objetivo da ANVISA, com os programas de prevenção, era divulgar o máximo possível a respeito das IRAS e das ações capazes de prevenir esse agravo. A ampliação dos programas e padronização de indicadores de infecções continuava sendo um dos principais propósitos para a redução dos eventos adversos e investigação de suas causas, tal como novas ações de prevenção (ANVISA, 2004).

Em 2009, foi determinada pela ANVISA uma meta de redução de infecção da corrente sanguínea, relacionado ao cateter venoso central e para isso foi criado um sistema de vigilância que tinha por objetivo identificar a relevância das infecções e a epidemiologia a fim de oferecer respostas quanto às ocorrências (ANVISA, 2013).

No ano de 2011, a ANVISA publicou a RDC nº 63, que define o estabelecimento de estratégias de segurança do paciente e de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Esta resolução estabeleceu também requisitos para o bom funcionamento, qualidade da assistência e humanização no cuidado ao paciente

(ANVISA, 2013).

Em 2012, a Portaria nº 158/2012 instituiu a Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CNCIRAS) para auxiliar na elaboração das diretrizes e normas de prevenção e controle de IRAS (ANVISA, 2013).

Em 2013, foram publicadas a Portaria MS/GM nº 529, instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a RDC/ANVISA nº 36 que determina ações para a segurança do paciente, voltadas para o controle e prevenção das infecções (ANVISA, 2013).

Nos anos de 2015, 2016 e 2017 novos boletins, manuais e guias foram publicados pela ANVISA com temas relacionados à Segurança do Paciente em serviços de saúde e a prevenção de IRAS. Em 2017, foi publicado o Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana nos serviços de saúde com o objetivo de definir estratégias para detecção, prevenção e redução da resistência microbiana. O plano contém estratégias de vigilância sanitária em diversas áreas (ANVISA, 2017).

Na Tabela 1, encontram-se indicadas as principais ações governamentais estabelecidas no Brasil, até o presente momento, relacionadas com a prevenção e controle da Infecção Relacionada a Assistência à Saúde.

Ano	Lei ou Portaria	Disposição/Avanço	Referência
1983	Portaria nº 196	Instruções para o controle e prevenção de IRAS	Oliveira <i>et al.</i> , 2016.
1988	Portaria nº 232	Criação do Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (PNCIH)	ANVISA, 2004.
1990	Portaria nº 666	Divisão Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (DNCIH).	ANVISA, 2004.
1992	Portaria nº 930	Necessidade de elaboração de normas técnicas na prevenção de IRAS; manter programas de controle de IRAS em todos os hospitais do país.	Brasil, 1992; Oliveira <i>et al.</i> , 2016.
1997	Lei nº 9431	Obrigatoriedade do Programa de Controle e Prevenção de IRAS	Brasil, 1997; Oliveira <i>et al.</i> , 2016.
1998	Portaria nº 2616	Revogação da Portaria nº 930/92; diretrizes e normas para o controle e Prevenção de IRAS; orientações relativas à CCIH.	Oliveira <i>et al.</i> , 2016.
2000	RDC nº 48/2000	Roteiro de inspeção sanitária para avaliação sistemática dos PCIRAS	Oliveira <i>et al.</i> , 2016.
2003	Portaria nº 358	Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos (GIPEA); fortalecer programas de prevenção de IRAS	ANVISA, 2004.

2011	RDC/ANVISA nº63	Define o estabelecimento de estratégias de segurança do paciente e prevenção IRAS	Anvisa, 2013.
2012	Portaria nº 158	Instituiu a Comissão Nacional de Prevenção e controle de Infecções Relacionadas a Assistência à saúde (CNCIRAS)	Anvisa, 2013.
2013	Portaria MS/GM nº 529	Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)	Anvisa, 2013.
2013	RDC/ANVISA nº 36	Determina ações para a segurança do paciente, voltada para o controle de infecções.	Anvisa, 2013.
2014	Manual ANVISA	Segurança do Paciente: Higienização das mãos	ANVISA, 2014.
2015	Manual. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviço de Saúde.	Monitoramento e Investigação de eventos adversos e avaliação de práticas de Segurança do Paciente.	ANVISA, 2015.
2016	Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviço de Saúde nº 16	Avaliação dos indicadores nacionais de IRAS e resistência microbiana do ano de 2016.	ANVISA, 2016.
2016	PNPCIRAS	Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS (2016-2020).	ANVISA, 2016.
2017	Manual ANVISA	Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Critérios diagnósticos de IRAS	ANVISA, 2017.
2017	Manual ANVISA	Plano nacional para prevenção e controle da Resistência Microbiana	ANVISA, 2017

TABELA 1. Principais ações governamentais voltadas para a Prevenção e Controle da Infecção Relacionada a Assistência à Saúde no Brasil.

4 | CONCLUSÕES

Diante do risco à contaminação por agentes infecciosos no ambiente hospitalar e demais áreas da assistência à saúde, bem como, os elevados índices de morte devido a essa problemática no Brasil, necessita-se enfatizar as ações de prevenção, incumbindo à equipe multiprofissional o dever de garantir a biossegurança tanto de seus pacientes quanto da própria equipe.

A IRAS é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como um problema de saúde pública e é dever das autoridades, tanto nacionais quanto regionais, desenvolver ações que reduzam o risco desta problemática.

Como foi destacado no presente trabalho grandes avanços vêm ocorrendo nas políticas públicas de saúde no que tange ao controle da IRAS desde a década de 1980. Contudo, a prevenção e controle da IRAS envolve, além de uma assistência ética e adequada, uma gestão de qualidade que ofereça recursos necessários para

a assistência, com vistas à estrutura, higiene, formação de profissionais de saúde, reconhecimento de agentes infecciosos e suas mudanças, que ofereça programas de capacitação envolvendo a técnica adequada de lavagem das mãos, utilização das precauções padrão, esterilização de instrumentos, que são ações simples no combate as infecções.

Além disso, é imprescindível o reconhecimento de ações que melhorem a segurança do paciente, a qualidade da assistência à saúde e métodos que reduzam ao máximo os danos e eventos adversos provenientes de falha no cuidado ao paciente. Destaca-se a necessidade da atuação conjunta dos segmentos governamentais e da sociedade para o desenvolvimento de políticas com objetivos de reduzir os fatores contribuintes para o surgimento de infecções, além de investimentos e incentivo a pesquisas e desenvolvimento de novos recursos.

Sabe-se que o desenvolvimento dessas ações, assim como sua implementação na assistência gera custos. Contudo, os profissionais que prestam cuidados aos pacientes necessitam de suporte e condições apropriadas para a realização de seu serviço e implementação das intervenções.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Anvisa intensifica controle de infecção em serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 38, n. 3. p. 475-8, 2004.

ANVISA. **Programa Nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde**. Brasília-DF, 2013.

ANVISA. **Programa Nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (2016-2020)**. Brasília-DF, 2016.

ANVISA. **Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana nos Serviços de Saúde**. Brasília - DF, 2017.

BATISTA O.M.A., MOURA M.E.B., NUNES B.M.V.T., SILVA A.O., NERY I.S. Representações sociais de enfermeiras sobre a Infecção Relacionada a Assistência à Saúde: implicações para o cuidar prevencionista. *Rev. Enferm.*, v. 20, n. 4, p. 500-6, 2012.

BRAGA A.M., MENEZES L.C.Á., ARMOND G.A., CANGUSSU D., JESUS L.A., CLEMENTE W.T., RESENDE E.M., ROMANELLI R.M.C. Ações educativas para prevenção de infecções hospitalares em uma unidade neonatal. *Rev. Min. Enferm.*, v. 16, n. 1, p. 69-74, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dispõe sobre novas normas gerais para o controle de infecções hospitalares e revoga a Portaria n. 196/83 [Internet]**. Portaria n. 930 de 27 de agosto de 1992. Brasília; 1992. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=47 data=04/09/1992>. Acesso em: 14 de agosto de 2017.

BRASIL. **Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de Programas de Controle de Infecções Hospitalares nos hospitais do país [Internet]**. Lei n. 9.431, de 06 de janeiro de 1997. Brasília-DF. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/lei-n-9431-1997>. Acesso em: 14 de agosto de 2017.

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

CÁRDENAS J., CASTILHO O., CÁMARA C., GONZÁLEZ V. Combatiendo la resistencia bacteriana: una revisión sobre las terapias alternas a los antibióticos convencionales. *Bol Venez Infectol.* v. 29, n. 1, p. 11-19. 2018.

FIGUEIREDO D.A., VIANNA R.P.T., NASCIMENTO J.A. Epidemiologia da Infecção Relacionada a Assistência à Saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público Municipal de João Pessoa-PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 17, n. 3, p. 233-240, 2013.

SILVA M.R., MATTOS A.M. Ignaz Semmelweis e a febre puerperal: algumas razões para a não aceitação de sua hipótese. *Filosofia e História da Biologia*, v. 10, n. 1, p. 85-98, 2015.

OLIVEIRA, H.M., SILVA, C.P.R.& LACERDA, R.A. Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 50, p. 505-511, 2016.

PADOVEZE M.C., FORTALEZA C.M.C.B. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. *Rev. de Saúde Pública*, v. 48, n. 6, p. 995-1001, 2014.

PAIM R.S.P., LORENZINI E. **Estratégias para prevenção da resistência bacteriana: contribuições para a segurança do paciente.** *Rev. Cuid.*, v. 5, n. 2, p. 757-64, 2014.

RULKA E.L., LIMA M., NEVES E. B. Perfil das publicações científica sobre a infecção hospitalar na base de dados Scielo. *J Health Sci*, v. 30, n. 2, p. 161-5, 2012.

SOUZA E. L.V., NASCIMENTO J. C., CAETANO J. A., RIBEIRO R. C. V. Uso de equipamento de proteção individual em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 3, n. 4, p. 125-133, 2015.

REVISÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM DO INSTITUTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HCFMUSP

Nathalia Casarin Scoz Campos

Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital
das Clínicas de São Paulo
São Paulo - SP

Camila Hidalgo

Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital
das Clínicas de São Paulo
São Paulo - SP

Larissa Cristina da Silva Pinheiro

Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital
das Clínicas de São Paulo
São Paulo - SP

Andreia Oracic Pena

Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital
das Clínicas de São Paulo
São Paulo - SP

Fernanda Santos da Silva

Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital
das Clínicas de São Paulo
São Paulo - SP

Renata Lourenço César Parra

Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital
das Clínicas de São Paulo
São Paulo - SP

pacientes. O PE está relacionado à capacidade do Enfermeiro de desenvolver um julgamento crítico e preciso sobre o que foi observado por ele. A partir da análise crítica do processo de enfermagem do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, verificou-se que era necessária a revisão do processo de enfermagem. Revisar e aprimorar o processo de enfermagem realizado no hospital, através de teorias de enfermagem que se adequam a filosofia da instituição. Após a discussão do processo de enfermagem e da sistematização da assistência, foi elaborado um questionário para coleta de dados, a fim de identificar a definição dos enfermeiros em relação a quatro metaparadigmas. Foi possível identificar através da percepção dos enfermeiros que o foco do cuidado deve estar centrado no Ser humano, que o meio ambiente contribui de forma efetiva para o resultado da assistência prestada, a enfermagem é quem executa o processo de cuidado sendo o elo entre a equipe multidisciplinar, e definido as teorias. O Grupo continua seus estudos, reforçamos a valorização do cuidado e a intenção de aumentar a qualidade da assistência prestada ao paciente. Utilizando as teorias para nos fundamentar a fim de adotar o conceito qual a inter-relação para a continuidade do desenvolvimento da enfermagem na Instituição.

RESUMO: Entende-se como Processo de Enfermagem (PE), a abordagem relacionada à ética e a humanização de enfermagem associada à resolução dos problemas direcionados aos cuidados e a saúde dos

PALAVRAS-CHAVE: Teoria de enfermagem, Saúde, Enfermagem.

ABSTRACT: It is understood as Nursing Process (PE), the approach related to nursing ethics and humanization associated to the resolution of the problems addressed to the care and health of the patients. The EP is related to the Nurse's ability to develop a critical and accurate judgment about what was observed by him. From the critical analysis of the nursing process of the Orthopedics and Traumatology Institute of the Hospital das Clínicas of the Medical School of the University of São Paulo, it was verified that it was necessary to review the nursing process. To review and improve the nursing process performed in the hospital, through nursing theories that fit the institution's philosophy. After the discussion of the nursing process and the systematization of care, a questionnaire for data collection was elaborated in order to identify the definition of the nurses in relation to four metaparadigms. It was possible to identify through nurses' perception that the focus of care should be centered on the human being, that the environment contributes effectively to the outcome of the care provided, nursing is the one who performs the care process being the link between the team multidisciplinary, and defined theories. The Group continues its studies, reinforcing the valorization of care and the intention to increase the quality of care provided to the patient. Using theories to support us in order to adopt the concept of the interrelationship for the continuity of nursing development in the Institution.

KEYWORDS: Nursing theory, Health, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Entende-se como Processo de Enfermagem (PE), a abordagem relacionada à ética e a humanização de enfermagem associada à resolução dos problemas direcionados aos cuidados e a saúde dos pacientes. O PE está relacionado à capacidade do Enfermeiro de desenvolver um julgamento crítico e preciso sobre o que foi observado por ele. Para avaliar a eficácia de um PE é necessário realizar testes na prática, no qual o diagnóstico de enfermagem irá especificar qual o resultado a ser atingido. A forma como o processo de enfermagem é realizado em uma instituição de saúde, está diretamente relacionado com a forma que a assistência de enfermagem é prestada e deve estar embasada na razão de ser da instituição.

A partir da análise crítica do processo de enfermagem do Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), verificou-se que era necessária a revisão do processo de enfermagem. Através da definição encontrada na Resolução 358/2009 do COFEN de que Sistematização da Assistência não é sinônimo de Processo de Enfermagem, pelo contrário, o PE é a ação pensada no momento do contato com o paciente, ele é circular, ele não padroniza linguagem, para isso, depende de ferramentas como a classificação de enfermagem.

É importante que haja a padronização para que não gere desalinhamento entre os conceitos e suas aplicações e conseqüentemente não haja dificuldades de execução e monitoramento dos resultados. Padronizar a linguagem gera maior credibilidade da enfermagem frente a equipe multiprofissional e ao paciente. Como consequência, conquistamos maior efetividade do cuidado e alinhamento na execução dos processos, dessa forma evidenciamos que a qualidade depende de quem a executa.

O Processo de enfermagem contribui para organização do pensamento de forma a sistematizar o conteúdo pensado, clareando as tomadas de decisões e ações definindo prioridades.

Há a necessidade ainda de aperfeiçoar e fundamentar o PE conforme citado por McEWen, Melanie e Wills, Evelyn (2016, p. 19):

“A enfermagem é uma profissão em evolução, uma disciplina acadêmica e uma ciência. Com o aperfeiçoamento e o crescimento da enfermagem como profissão, permanece a controvérsia de enfatizar um foco humanista e holista ou uma forma objetiva e derivada da ciência para a compreensão da realidade. Necessita-se, sendo cada vez mais evidente diante do amadurecimento da enfermagem como profissão, uma filosofia aberta que vincule os conceitos empíricos, capazes de serem validados pelos sentidos aos conceitos teóricos de significado valor.”

Para definir as teorias é importante ter em mente quais são os valores profissionais e pessoais de cada indivíduo que o executa, quais são os valores institucionais onde esta será aplicada e qual o perfil de paciente que será envolvido neste processo, visto que este é o objetivo final do planejamento do cuidado.

Ainda sobre a teorização da enfermagem, de acordo com Levine (1995, p. 11, apud McEWen, Melanie e Wills, Evelyn 2016):

“Na enfermagem tradicional, os esforços iniciais eram dirigidos para a criação de um procedimento – um livro de receitas para os teóricos futuros – que, então, poderia ser usado para decidir o que era e o que não era uma teoria. E havia, sempre, certa expectativa de que a teoria grandiosa, abrangente e global apareceria e encerraria toda a especulação. A maioria dos primeiros teóricos realmente acreditou que estava chegando a isso”.

2 | OBJETIVO

Revisar e aprimorar o processo de enfermagem realizado no hospital, através de teorias de enfermagem que se adequam a filosofia da instituição. O presente estudo fez parte da iniciativa do grupo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) implementado por enfermeiros do IOT.

3 | MÉTODO

Foi criado um grupo de SAE que identificou a necessidade de aperfeiçoar o PE e a qualidade da assistência prestada em busca de melhoria contínua.

No primeiro momento, o grupo fez um Brainstorming sobre os conceitos do

processo de enfermagem e da sistematização da assistência e verificou diversos fatores que influenciam na maneira de executar a assistência. Evidenciando que era necessário conceitualizar como a aplicação do processo era embasada no instituto e os fatores relacionados.

Para identificar a aplicação do processo de enfermagem pelo olhar do enfermeiro na prática de suas atividades diárias, foi necessário desmembrar a definição de processo de enfermagem em quatro metaparadigmas. Os enfermeiros deram a sua definição para cada um deles, e a partir de então entendermos o real fundamento da prática.

Foi elaborado um questionário para coleta de dados, a fim de identificar a definição de todos os enfermeiros da instituição em relação aos metaparadigmas: Saúde, Meio Ambiente, Enfermagem e Ser humano. Este questionário foi preenchido com objetivo de avaliar e identificar as necessidades de cada unidade. O questionário foi elaborado com perguntas abertas, e após tabulados e elencados com os principais conceitos apresentados pelos enfermeiros. Os dados foram analisados e compilados pelo grupo e foi criada um único conceito desses metaparadigmas que representassem a execução da assistência prestada.

O conceito de Saúde foi definido como um estado de equilíbrio, bem-estar e conforto físico, mental espiritual e social. A enfermagem, como papel essencial para o alcance do equilíbrio, bem-estar e conforto em todos os aspectos da saúde humana para proporcionar melhor qualidade de assistência ao paciente e família em seus processos de viver e de morrer. O Ser humano foi definido como o indivíduo e sua família, seres únicos que constituem o foco central na assistência de enfermagem. Meio ambiente, são fatores externos e internos do indivíduo, família e o ambiente físico que interferem na recuperação da saúde e na adaptação às novas condições de vida.

Foi realizada uma análise bibliográfica das principais teorias de enfermagem, em busca de teorias que corroboram com os metaparadigma definidos, que não contradigam a razão de ser da divisão de enfermagem e que se adequem às necessidades dos pacientes com trauma ortopédico. As teorias fornecem ao profissional de enfermagem uma perspectiva ao identificar as necessidades reais do paciente e organizar os dados no cuidado diário, identificando informações importantes na análise e previsão de resultados.

Foi necessário considerar a razão de ser da divisão de enfermagem, o modelo pelo qual é prestada a assistência de enfermagem traumato ortopédica ao binômio paciente/família garantido um tratamento de alta qualidade, considerando o planejamento da assistência de enfermagem holística de forma individualizada e a valorização e capacitação da equipe de enfermagem, pressupostos esses tidos como a missão da Divisão de Enfermagem. Ainda foi considerada a visão, a qual deverá ser reconhecida nacionalmente como enfermagem de excelência, prestar atendimento à comunidade na prevenção de doenças traumato ortopédicas e desenvolver profissionais na área

de ensino e pesquisa de modo integrado. Por fim, foram considerados os valores da mesma, onde as metas de atendimento estão voltadas para ética, competência, humanização, promoção da imagem, melhoria contínua, pioneirismo, enfoque educativo, valorização do potencial humano, preservação do patrimônio. Todos esses requisitos foram essenciais para alinhar com as necessidades identificadas e com a escolha das teorias.

Assim, foram excluídas as teorias que não estavam dentro do contexto de trabalho do IOT. Após analisar as principais teorias foram destacadas quatro, que hipoteticamente se adaptaram às necessidades do instituto. Foram estas Sister Callista Roy (Teoria da Adaptação de 1970), Imogenes King (Teoria do alcance de objetivos de 1964), Dorothea Orem (Teoria do autocuidado de 1970) e Wanda Horta (Teoria das necessidades humanas básicas).

As teorias pré-selecionadas foram estudadas pelos enfermeiros do grupo para verificar a sua aplicabilidade à realidade do IOT. O grupo de SAE é composto por onze enfermeiros voluntários, que manifestaram interesse em participar e contribuir com o presente estudo. Estes enfermeiros foram divididos em quatro subgrupos para análise individual das teorias para o aprofundamento do conhecimento de cada uma delas e identificação da melhor teoria a ser adaptada às necessidades do IOT.

As teorias foram apresentadas e discutidas individualmente em reuniões pré-estabelecidas. Para vivenciar a prática do conceito foi realizado um estudo de caso, onde foi definido um paciente a partir das seguintes determinantes: maior tempo de internação e maior rotatividade entre as unidades de internação. A partir desta análise foi definido o paciente sendo do sexo feminino, faixa etária 25 a 30 anos, que foi atendida nos seguintes setores, enfermarias (trauma e adulto), centro cirúrgico, UTI, ambulatório, Pronto Socorro. Cada subgrupo aplicou sua teoria no contexto vivenciado pela paciente no período de internação em relação ao processo de enfermagem.

O estudo de caso evidenciou duas teorias que melhor se adequaram a prática do processo de enfermagem, sendo elas Wanda Horta (Teoria das necessidades humanas básicas), que evidenciou através do seu trabalho a importância do planejamento da assistência, com o objetivo de tornar autônoma a profissão e caracterizá-la como ciência através do processo de enfermagem; Dorothea Orem (Teoria do autocuidado de 1970), que conceitua a enfermagem como uma arte por meio da qual os enfermeiros prestam assistência especializada a pessoas incapacitadas, sendo necessário mais do que uma assistência comum para satisfazer às necessidades de autocuidado. A teoria se adapta ao perfil dos pacientes com diagnóstico de traumas ortopédicos, visto que, em sua maioria necessitam de um cuidado específico e especializado, visando desde o início à adaptação do paciente e família, à sua nova condição com foco no autocuidado. O mesmo estudo de caso evidenciou ainda que as duas teorias se complementam entre si.

4 | RESULTADOS

Foi possível identificar através da percepção dos enfermeiros que o foco do cuidado deve estar centrado no ser humano, que o meio ambiente contribui de forma efetiva para o resultado da assistência prestada, a enfermagem é quem executa o processo de cuidado sendo o elo entre a equipe multidisciplinar. Foram definidas duas teorias complementares Wanda Horta (Teoria das necessidades humanas básicas) e Dorothea Orem (Teoria do autocuidado de 1970) para atender em sua totalidade as necessidades da instituição com ênfase no perfil dos pacientes atendidos e na reestruturação do PE.

Foi definido o conceito de cada teoria e como ela se encaixa nas necessidades evidenciadas pelo grupo, com base no estudo foi identificado à necessidade de realizar a reestruturação da ferramenta de coleta de dados, no complexo HCFMUSP já existe um grupo de SAE que realiza a padronização da ferramenta para cada instituto de acordo com a sua necessidade para ser utilizado em prontuário eletrônico, e este será o próximo passo do IOT, determinar quais serão estes padrões e periodicidade de atualizações de alguns dados como Histórico de enfermagem contemplando as teorias pré- determinadas pelo grupo de SAE do IOT. Tal ferramenta será formatada de acordo com as teorias selecionadas e inseridas no prontuário eletrônico. Ao fundamentar teorias no processo de enfermagem melhoramos a prática, de modo a influenciar positivamente, a saúde e a qualidade de vida dos pacientes e sua família. A teoria e a prática de enfermagem devem se desenvolver de forma recíproca, pois a teoria só pode ser validada na prática.

5 | CONCLUSÃO

O Grupo continua seus estudos, é sabido que este processo tem uma longa jornada para ser trilhada, reforçamos a valorização do cuidado e a intenção de aumentar a qualidade da assistência prestada ao paciente.

As teorias preconizadas vão de encontro com a missão, visão e valor da divisão de enfermagem do IOT, que coincide com a definição dos 4 metaparadigmas: Enfermagem, Saúde, Paciente e Meio ambiente. A partir de então, a proposta é dar sequência no acompanhamento dos pacientes em relação à promoção do seu autocuidado, fornecendo orientações pré-operatórias com a finalidade de diminuir complicações pós-operatória e garantir o autocuidado e o sucesso das necessidades humanas básicas, acompanhamento ambulatorial pós-alta para verificar a adesão às orientações de alta e sucesso na recuperação e/ou enfrentamento diante de suas necessidades.

A visão teórica auxilia o profissional a planejar o cuidado de forma intencional e proativa, obtendo o controle do resultado e a expressão do seu trabalho a outros profissionais.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, Marcos Roberto; SILVA, Damiana Guedes; FREIBERGER, Monica Fernandes; COELHO, Milena Pietrobom Paiva Machado **Teorias de enfermagem: A importância para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, 2(2):115-132, mai-out,2011. Disponível em: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/99/317>. Acesso em: 05.mai.2017

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358**, de 15 de outubro de 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 25.abr.2017

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases Teóricas de Enfermagem**. – 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016

ABREVIATÕES

IOT - Instituto de Ortopedia e Traumatologia

HCFMUSP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

PE - Processo de Enfermagem

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem.

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS: AÇÕES DA ENFERMAGEM PARA REDUZIR A SUA OCORRÊNCIA

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Luciana Coelho Carvalho Oliveira

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Roberta Daniele Rocha Chagas de Oliveira

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Ana Rute Soeiro Brandão

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Maxwell do Nascimento Silva

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Fernando Rodrigo Correia Garcia

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Francisca Bruna Arruda Aragão

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Fabício e Silva Ferreira

Universidade Federal do Maranhão, HUUFMA.
São Luís-MA

Wochimann de Melo Lima

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

RESUMO: A queda está presente no cotidiano de várias pessoas, independente da faixa etária que pertençam, quando associados às doenças crônicas e as alterações próprias do envelhecimento desencadeiam modificações de ordem psicológica e social. Diante disso, esse estudo tem por objetivo descrever as ações da enfermagem para redução do risco de quedas em idosos. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, que foi realizado na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), nos quais foram pesquisados artigos publicados no período compreendido entre 2013 a 2017. Foram captados 19 estudos. Na avaliação dos fatores de riscos para quedas em idosos foi identificado um total de 26 fatores, dentre os quais a alteração na marcha e no equilíbrio (31%) apresentou maior frequência de causas encontradas nos estudos. A Assistência de Enfermagem disponibilizada aos idosos com risco de quedas na maioria dos estudos analisados apresentou 58% de ações preventivas, 21% como responsáveis pela identificação dos riscos, 13% foram identificados os Diagnósticos de Enfermagem e

4% avaliaram os Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem e segurança do paciente, respectivamente. Este estudo mostrou que a queda é um evento frequente e limitante, sendo considerado um marcador de fragilidade, institucionalização, de declínio na saúde e morte em idosos. O enfermeiro deve ser capaz de realizar o manejo dos principais atores envolvidos na promoção da saúde do idoso, como a família e redes sociais de apoio, no sentido de corrigir, atenuar ou influir em um ambiente propício à autonomia e qualidade de vida do idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Meios de contraste. Segurança do paciente.

ABSTRACT: The fall is present in the daily life of several people, regardless of the age group they belong to, when associated with chronic diseases and the alterations of aging themselves trigger psychological and social changes. Therefore, this study aims to describe nursing actions to reduce the risk of falls in the elderly. This is a bibliographic review study, which was carried out in the Virtual Health Library (VHL) and SciELO (Scientific Electronic Library Online), in which articles published in the period between 2013 to 2017 were searched. Nineteen studies were collected. In the evaluation of risk factors for falls in the elderly, a total of 26 factors were identified, among which the change in gait and balance (31%) presented a higher frequency of causes found in the studies. The Nursing Assistance provided to the elderly with risk of falls in most of the analyzed studies presented 58% of preventive actions, 21% as responsible for identifying the risks, 13% were identified Nursing Diagnoses and 4% evaluated Nursing Diagnoses and Interventions and patient safety, respectively. This study showed that the fall is a frequent and limiting event, being considered a marker of fragility, institutionalization, decline in health and death in the elderly. Nurses should be able to manage the main actors involved in promoting the health of the elderly, such as the family and social support networks, in order to correct, mitigate or influence an environment conducive to the autonomy and quality of life of the elderly.

KEYWORDS: Accidents caused by falls. Health of the Elderly. Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

A queda está presente no cotidiano de várias pessoas, independente da faixa etária que pertençam, porém esse evento pode representar sérios problemas de saúde devido às consequências geradas. Principalmente, quando associados às doenças crônicas e as alterações próprias do envelhecimento que dificultam a adaptação do indivíduo ao meio ambiente, desencadeando modificações de ordem psicológica e social e tornam os idosos mais fragilizados e susceptíveis a eventos incapacitantes, assim comprometendo a qualidade de vida dessa população.

A queda consiste em uma situação premeditada, onde a pessoa tende para o chão ou para um nível bem próximo do piso (TINETTI; KUMAR, 2010). A mesma também é dita como um escorregão involuntário para o chão que pode resultar em lesões (PAIVA et al., 2010).

Alguns autores conceituam a queda como um contato não proposital com a superfície de apoio proporcionado pela mudança da posição inicial da pessoa para um nível inferior sem que tenha havido uma causa intrínseca determinante ou um acidente inevitável (KENNY et al., 2011).

A literatura afirma que a queda é resultante da perda total do equilíbrio postural que pode ser motivado pela insuficiência súbita dos podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura (MAGALHÃES et al., 2017).

Conforme a Organização Mundial de Saúde, no documento de Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10), a queda é originária de ações involuntárias como tropeços, escorregões e queda do leito, mas sempre resulta em lesões (OMS, 1994).

Há ainda quem defina a queda como uma ocorrência multifatorial que pode ser originada da combinação entre elementos extrínsecos e intrínsecos, sendo que a probabilidade de sua incidência aumenta na medida em que se acumulam os fatores de risco (CAVALCANTE; DE AGUIAR; GURGEL, 2012).

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2008), a queda é o movimento não intencional do indivíduo para um nível inferior à posição inicial, com impossibilidade de correção em tempo hábil, provocado por situações multifatoriais que induz a instabilidade.

Por se tratar de evento em que o indivíduo, inadvertidamente, vem nível inferior contra sua vontade, esses casos são muito comuns entre pessoas com mais de 65 anos de idade, chegando a 30% dos idosos que residem em suas casas (HESLOP; WYNADEN, 2016). Desse modo, a queda é considerada um “evento de sentinela” e/ou “síndrome geriátrica” visto que possui alta prevalência em idosos, promove alterações na sua funcionalidade global, é um evento multifatorial e heterogêneo, além dos altos índices de morbimortalidade e institucionalização (TINETTI; KUMAR, 2010; JACOB FILHO; KIKUCHI, 2011; LIMA; CAMPO, 2011; MATOS et al, 2014).

As quedas motivadas pela idade avançada estão codificadas com o CID R29.6 (OMS, 1994; WHO, 2008) e apresentam inúmeras complicações e sequelas, entre elas: morbidade, perda da capacidade funcional, institucionalização e morte. É comum após uma queda ocorrer uma perda das atividades de vida diária, perda de autonomia, dependência e imobilização. Esse conjunto de consequências já foi denominado como síndrome pós-queda (GAMA; GÓMEZ-CONESA, 2008; WHO, 2008; PERRACINI, 2009; SANTOS et al., 2012; UNGAR et al, 2013).

Além das consequências diretas, as quedas têm repercussões multifacetadas na vida do idoso, pois as atividades são limitadas devido as dores constantes, incapacidades, medo de cair, atitudes protetoras de familiares e cuidadores ou até mesmo por aconselhamento de terceiros (TOLEDO; BARELA, 2010). Este sentimento é definido como baixa auto eficácia ou pouca confiança no próprio equilíbrio para evitar quedas, causando declínio no desempenho físico e funcional, alterações no

equilíbrio e impacto negativo na qualidade de vida (SILVA et al, 2009).

Assim, a alta prevalência de quedas pode resultar em hospitalizações prolongadas, institucionalizações, restrição das atividades e da mobilidade, alterações do equilíbrio e do controle postural, isolamento social, ansiedade e depressão (LOPES et al., 2009).

Muitas vezes a queda é um ponto de partida para surgimento de outros problemas, por isso deve ser sempre investigada a fim de identificar os fatores que induziram a queda. Desse modo, é possível contribuir para elucidação de fenômenos causais, possibilitando o desenvolvimento de medidas preventivas, tanto de forma individual como coletiva (MESSIAS; NEVES, 2009).

As ações de prevenção das quedas necessitam abranger com a mesma relevância os fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais (BUKSMAN et al., 2008). Assim, atividades como melhorar a iluminação do ambiente, evitar tapetes soltos no domicílio e atentar para efeitos colaterais de diversas medicações são práticas que contribuem para a vigilância e prevenção de quedas (FREITAS et al, 2011).

Algumas pesquisas citam que realizar exercício físico e adotar a suplementação com vitamina D também contribuem para amenizar a incidência de quedas em idosos (GILLESPIE et al., 2012; GOODWIN et al., 2014). Outros estudos mencionam que mudanças de comportamento e modo de vida dos idosos também ajudam a evitar acidentes, tais como: evitar subir/descer escadas, caminhar lentamente, utilizar órteses de apoio quando necessário, fazer uso correto dos medicamentos, não consumir bebida alcoólica, atravessar a rua na faixa de pedestre e usar lentes corretivas (ROE et al., 2009; KALACHE, 2010).

Em uma pesquisa na qual se investigou a adesão de idosos a práticas preventivas de quedas, notou-se que a participação deles varia conforme o tipo de atividade. Uma proporção de $\geq 80\%$ adotaram a suplementação de cálcio e vitamina D, $\geq 70\%$ as atividades físicas coletivas, 52% a atividades físicas individuais, 60 a 70% à terapia nutricional e intervenções para melhorar o conhecimento, 58 a 59% às modificações no ambiente. Nas intervenções multifatoriais, a adesão foi de $\geq 75\%$. Contudo, no decorrer de 12 meses, em média, somente metade dos participantes das pesquisas continuam aderindo às intervenções preventivas. Os estudos também evidenciam a baixa participação dos idosos em exercícios preventivos de quedas (NYMAN; VICTOR, 2011; MEROM et al., 2012; ZIJLSTRA et al., 2012).

A prevenção de quedas também está atrelada ao cuidado dos médicos e equipe com o paciente, principalmente quando se trata da pessoa idosa porque envolve conhecimentos, sentimentos, comportamentos e atitudes. Para tanto, o cuidado deve ser pautado no conhecimento e deve ser prestado com qualidade, como na prevenção de agravos à saúde, na detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, bem como na identificação do risco de quedas em que o idoso está exposto (SALES; SANTOS, 2007; SANTOS et al, 2008).

2 | FATORES DE RISCOS DE QUEDA EM IDOSOS

A variabilidade de fatores de risco que predispõem às quedas aumenta a probabilidade desse acidente à medida que estes fatores se acumulam. Diante disso, a literatura os classifica os fatores de risco como intrínsecos e extrínsecos. Entre os intrínsecos relacionam-se com aspectos inerentes aos próprios idosos devido à redução funcional dos sistemas orgânicos, característico ao processo de envelhecimento, além da associação com doenças crônico-degenerativa, transtornos cognitivos e comportamentais. Enquanto, os extrínsecos se referem ao ambiente em que esses idosos vivem e convivem, tais como questões de estrutura física (iluminação, superfície para deambulação, tapetes soltos, degraus altos ou estreitos) (ALMEIDA et al, 2012).

Na avaliação dos fatores de riscos para quedas em idosos foi identificado um total de 26 fatores, dentre os quais a alteração na marcha e no equilíbrio (31%) apresentou maior frequência de causas encontradas nos estudos. Por conseguinte, déficit cognitivo (23%), extremo de idade e sexo feminino (19%, respectivamente). Alteração neurológica, barreiras do ambiente, déficit no autocuidado, doenças reumatológicas e quedas anteriores obtiveram 12% das citações. Enquanto, Acidente Vascular Encefálico, alteração nos pés, avaliação de saúde ruim, duas ou mais morbidades, depressão, uso de medicamentos e visão prejudicada apresentou 8%. E por fim, casados, baixa renda mensal, hipertensão arterial, incontinência urinária, baixa escolaridade, pós-operatório, estresse, sobrepeso ou obesidade, tontura e uso de órtese com 4% (Tabela 1).

Fator de risco	n	%
AVE¹	2	8
Extremo de idade	5	19
Alteração na marcha e equilíbrio	8	31
Alteração neurológica	3	12
Alteração nos pés	2	8
Barreiras do ambiente	3	12
Déficit cognitivo	6	23
Casados	1	4
Baixa renda mensal	1	4
Déficit no autocuidado	3	12
Doenças reumatológicas	3	12
Avaliação de saúde ruim	2	8
Duas ou mais morbidades	2	8
Hipertensão arterial	1	4
Incontinência urinária	1	4
Quedas anteriores	3	12
Baixa escolaridade	1	4
Pós-operatório	1	4
Sexo feminino	5	19
Depressão	2	8

Estresse	1	4
Sobrepeso ou obesidade	1	4
Tontura	1	4
Uso de medicamentos	2	8
Visão prejudicada	2	8
Uso de órtese	1	4

Tabela 1- Fatores de riscos dos idosos nas publicações relacionadas com as ações preventivas da enfermagem no âmbito do risco de quedas em idosos, no período de 2013 a 2017.

¹AVE: Acidente Vascular Encefálico.

O fator com maior frequência relacionado a quedas em idosos é o extremo de idade, como aponta o Ministério da Saúde, que o risco de quedas aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos e 50% entre os idosos institucionalizados e destes, cerca de 25% requerem hospitalização e, destes, apenas metade sobreviverá após um ano (BRASIL, 2007). Isso se justifica, pelo fato de que com o avançar da idade, ocorre diminuição da eficiência dos sistemas sensoriais (vestibular, visual, somatossensorial) e quando associada à falta de capacidade para selecionar informações sensoriais de grande importância, pode ser responsável pelo aumento da oscilação corporal e desequilíbrios em idosos, contribuindo para a ocorrência de queda (CAVALCANTE; AGUIAR; GURGEL, 2012).

No que tange ao sexo feminino, os estudos sempre associam essa variável com a idade e concluem que as mulheres apresentam maior risco de cair que os homens a partir dos 75 anos de idade, já que as mulheres apresentam maior fragilidade, maior prevalência de doenças crônicas, conseqüentemente, maior consumo de medicações, contudo maior longevidade em relação aos homens (OLIVEIRA et al., 2014).

O ambiente doméstico representa risco quando se trata de queda em idosos quando não adaptados a realidade dos idosos. Essa informação é comprovada por estudos que demonstram que, uma porcentagem significativa das quedas ocorre no ambiente doméstico, provocada pelo ambiente físico durante o exercício das atividades da vida diária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2008). Dentre os riscos estão incluídos a presença de piso escorregadio, tapetes soltos, iluminação inadequada, presença de entulhos, escadas, armários e interruptores fora do alcance, além do uso de calçados inadequados e pobre distinção de cores entre paredes e mobília (MARIN et al., 2007).

No que se refere às alterações de equilíbrio estas podem estar associadas a diversas etiologias e manifestando-se por sinais e sintomas, como tontura, vertigem, desequilíbrio, desvio de marcha, instabilidade, náuseas e quedas frequentes. Com o envelhecimento, há um prejuízo nos sistemas visual, vestibular e somatossensorial que culminam no aumento da instabilidade, pois o controle do equilíbrio necessita da manutenção do centro de gravidade sobre a base de sustentação durante situações estáticas e dinâmicas, assim, dependendo desses sistemas e conseqüentemente estando atrelado ao risco de queda aumentado (BRUNI; GRANADO; PRADO, 2008).

O uso de órtese pode alcançar até 50% das quedas entre os idosos da comunidade quando são usadas inapropriadamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2008; PEREIRA et al., 2013).

As classes de medicamentos psicoativos abrangem os medicamentos antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e sua utilização associam-se ao risco de quedas pela atividade sedativa e bloqueio α -adrenérgico que esses fármacos exercem. Em função das mudanças na composição corporal dos idosos, além da menor proporção de água corporal e maior de tecidos adiposos, esses fármacos podem provocar sedação residual importante, que resultam em tonteiras, ataxia e confusão, entre outros fatores predisponentes de quedas. Além disso, esses medicamentos possivelmente podem causar hipotensão, arritmias, sedação, tremores, relaxamento muscular ou fraqueza: características diretamente relacionadas às quedas (REZENDE; GAEDE-CARRILLO; SEBASTIÃO, 2012).

A presença de dor nessa população contribui para o declínio da funcionalidade e aumento da fraqueza muscular, aliado às limitações de mobilidade, o que pode acarretar maior predisposição às quedas. Partindo desse pressuposto, o estudo de Cruz et al. (2011) revelou uma alta prevalência de quedas entre idosos com dor há mais de um ano e a relação entre intensidade da dor e relato de quedas.

O diagnóstico de doença crônica apresenta-se com certa frequência entre os idosos, o que se torna uma variável presente em vários estudos, já que podem prejudicar a capacidade de manter o equilíbrio (OLIVEIRA et al., 2014). A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é associada a quedas no estudo de Avelar, Pires e Cortes (2012) pela elevação nos níveis de paratormônio (PTH) que leva à mobilização óssea de cálcio que culminam em doenças ósseas que podem aumentar as chances de quedas entre idosos, já debilitados pelo processo de envelhecimento, e levar a traumas com consequências. Os portadores da demência de Alzheimer, afetados por um distúrbio eminentemente cognitivo, apresentaram um maior risco de quedas que pacientes com doença de Parkinson, uma patologia com sintomatologia primordialmente motora irreversíveis (MATTOS; SAMPAIO; LUGON, 2008).

Idosos com déficits cognitivos podem apresentar respostas protetoras comprometidas e um julgamento empobrecido da gravidade de seu quadro e de suas perdas, com pouca ou nenhuma consciência do problema. Isto pode levá-los a uma avaliação errônea de suas capacidades e a se engajarem em atividades arriscadas, acarretando acidentes (AVEIRO et al., 2012).

As alterações visuais são comuns nos idosos, pois apresentam pobre distinção de cores entre paredes e mobília, que está relacionado ao fato de que somada aos problemas de acuidade visual, a homogeneidade de cores no ambiente dificulta a orientação espacial do idoso, podendo acarretar quedas (MARIN et al., 2007).

A incapacidade funcional nas atividades da vida diária aumenta em 14 vezes a probabilidade de cair do que pessoas independentes, por outro lado ainda comprometem a autopreservação e sobrevivência do idoso, abrangendo às limitações

ou não realização de tarefas do cotidiano como o cuidado com corpo, tomar banho, vestir-se, transferir-se, continência esfinteriana e alimentar-se sozinho, que traduzem a gravidade do processo de fragilização, uma vez que o fato de precisar de ajuda ou deixar de realizá-las pode causar imobilidade e atrofia muscular, facilitando a queda (MORAES, 2012).

As restrições de mobilidade e o risco de quedas entre a população idosa podem ser avaliados por meio de testes simples e eficientes, que contribuem para o diagnóstico, direcionando uma tomada de decisão adequada que norteie os planos terapêuticos. Assim, Aveiro et al. (2012) concluíram em seu estudo que os idosos que apresentam menor mobilidade têm maior risco de quedas.

A incontinência urinária acomete metade dos idosos que vivem em instituições de longa permanência ou em pacientes hospitalizados e quando aliados a episódios de quedas, a literatura refere essa ocorrência como “Gigantes da Geriatria”, pelo fato de estes pacientes terem necessidade de levantar mais vezes para ir ao banheiro, contribuindo para um maior risco de quedas dos idosos (ABREU et al., 2015).

Os idosos que têm autopercepção da saúde como ruim têm probabilidade 55% maior de sofrer quedas. Uma possível explicação para a associação entre percepção de saúde negativa e as quedas seria o aumento de dependência dos idosos após a queda, o que pode desencadear sentimentos negativos, alterações na memória e concentração, baixa autoestima e alterações na imagem corporal e aparência (SIQUEIRA et al., 2007; RIBEIRO et al., 2008).

A presença de sintomas depressivos influencia no risco de quedas, por predispor alterações no controle postural, desorientação visuo-espacial e distúrbios do comportamento associados. Diversos fatores podem precipitar a depressão na população idosa, como a presença de algumas comorbidades que cursam com disfunção cognitiva, doenças cardiovasculares e endocrinopatia, e o uso de medicações, entre outros. Trazendo um maior risco de hospitalização, diminuição da qualidade de vida, aumento na utilização dos serviços de saúde e mortalidade aumentada por comorbidades, constituindo motivo para a institucionalização do idoso (AGUIAR; ASSIS, 2009).

O medo de cair pode resultar em recrutamento simultâneo dos músculos agonistas e antagonistas, resultando em uma espécie de rigidez postural, marcha anormal, estratégias posturais inadequadas, insegurança, dependência de dispositivos que garantam estabilidades (como órteses) e aumento do risco de quedas. Quando se trata de uma nova queda os idosos restringem suas atividades diárias, contribuindo assim para o aumento da inatividade e o declínio da capacidade funcional (OLIVEIRA et al, 2014).

3 | ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM IDOSOS VITIMAS DE QUEDAS

Dentre os anos de 2013 a 2017 foram encontradas 19 publicações relacionadas com as ações da enfermagem para reduzir a sua ocorrência de quedas em idosos. Das quais o ano de 2014 apresentou maior número de publicações com 6 (31,58%), seguido dos anos de 2013 e 2016 com 4 (21,05%), 2017 com 3 (15,79%) e 2015 com 2 (10,53%) publicações. Com relação a autoria principal dos artigos todos forma elaborado por enfermeiros (100%). Na Tabela 2, apresenta-se a síntese dos artigos incluídos na presente revisão integrativa.

Autor e ano	Título	Objetivo	Conclusão
Brito et al. (2013)	Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade	Verificar associação entre quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade.	Os resultados mostraram proporção de quedas significativamente maior entre idosos longevos funcionalmente dependentes do que entre idosos independentes.
Chianca et al. (2013)	Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte-MG	Determinar a prevalência de quedas entre os idosos, na população em geral e mais especificamente em uma população atendida em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais e associá-la às variáveis apontadas na literatura.	Recomenda-se o cuidado de enfermagem na identificação precoce dos idosos com maior chance de sofrerem quedas, especialmente daqueles que, além do risco de queda, apresentam risco aumentado de sofrer lesões graves decorrentes da mesma.
Costa et al. (2013)	Fatores de risco para quedas em idosos	Investigar os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, além de possíveis associações estatísticas para quedas em idosos nos últimos seis meses.	Conclui-se pelo reforço da hipótese multicausal para ocorrência das quedas, com possibilidades para atuação do enfermeiro.
Costa et al. (2013)	Ocorrência de quedas e índice de massa corporal em idosos	Comparar quatro grupos de idosos com e sem acidente vascular cerebral e quedas.	Conclui-se que os fatores de risco para quedas devem ser continuamente avaliados por profissionais qualificados, no intuito de manter favoráveis as condições de saúde do idoso.
Abreu et al. (2014)	Incontinência urinária na predição de quedas em idosos hospitalizados	Analisar o efeito da incontinência urinária como preditora da incidência de quedas entre idosos hospitalizados.	São necessárias medidas de prevenção de risco de quedas específicas aos pacientes idosos hospitalizados que apresentam incontinência urinária.

Albuquerque (2014)	Prevalência e fatores associados à queda de idosos atendidos por um serviço de atenção domiciliar privado	Determinar a prevalência de quedas em idosos atendidos por um serviço de atenção domiciliar privado e os fatores a ela associados.	Frente ao estudo realizado, é possível afirmar que a queda é um evento extremamente comum e consequente a uma associação entre fatores físicos e psicológicos, corroborando a premissa de que uma abordagem preventiva do evento quedas em idosos deve ser multissetorial, multiprofissional e multifatorial.
Bizerra et al. (2014)	Quedas de idosos: identificação de fatores de risco extrínsecos em domicílios	Identificar fatores de risco extrínsecos que predisõem a ocorrência de quedas de idosos em ambiente domiciliar.	Os fatores de risco para quedas estiveram presentes na maioria das residências, sendo que boa parte destes são fatores preveníveis.
Luzia, Victor e Lucena (2014)	Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados	Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas nas internações de pacientes adultos, em unidades clínicas e cirúrgicas, caracterizar o perfil clínico e identificar os fatores de risco dos pacientes com esse diagnóstico de enfermagem.	Os achados contribuíram para evidenciar o perfil dos pacientes com risco de queda, internados em unidades clínicas e cirúrgicas, o que favorece o planejamento de intervenções preventivas a esse evento adverso.
Oliveira (2014)	Avaliação de quedas em idosos hospitalizados	Avaliar a ocorrência de queda nos pacientes idosos internados que apresentavam alto risco para o evento.	As quedas estão ligadas diretamente aos indicadores de segurança do paciente. Assim, faz-se necessário uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, avaliando os fatores de risco a que os idosos hospitalizados estão expostos para que sejam adotadas estratégias preventivas para manutenção da saúde.
Valcarenghi et al. (2014)	Ações institucionais alicerçadas em diagnósticos de enfermagem para prevenção de quedas em idosos	Propor ações institucionais baseadas em diagnósticos de enfermagem para a prevenção de quedas em idosos.	Através da identificação dos diagnósticos de enfermagem foi possível realizar uma proposta de ações institucionais voltadas para prevenção de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência.
Leiva-Caro et al. (2015)	Relação entre competência, usabilidade, ambiente e risco de quedas em idosos	Determinar a relação entre competência, usabilidade e ambiente com risco de quedas em idosos.	O estudo contribui para melhor compreensão formal do fenômeno das quedas ao encontrar relação entre a usabilidade com o risco de quedas, e com outras variáveis que se relacionam com as quedas.

Reis e Jesus (2015)	Coorte de idosos institucionalizados: fatores de risco para queda a partir do diagnóstico de enfermagem	Conhecer a incidência de quedas em idosos residentes de instituições de longa permanência do Distrito Federal, identificar os aspectos que envolvem as quedas, quanto aos fatores de risco, a partir da aplicação de escalas e da Taxonomia II da NANDA-I e definir o nível de acurácia com sua sensibilidade e especificidade para aplicação na prática clínica do enfermeiro.	A taxonomia tem ampla validade quanto à detecção do idoso com risco de queda, devendo ser aplicada constantemente na prática clínica do enfermeiro.
Araújo et al. (2016)	Preocupação com quedas em pessoas idosas atendidas em um Centro de Atenção Integral	Identificar o nível de preocupação em cair, relacionando-o com as doenças autorreferidas e o histórico de quedas dos idosos atendidos em um Centro de Atenção Integral.	A enfermagem deve estabelecer ações de cunho integral que contemplem o mapeamento dos idosos com risco de queda e realizem uma conscientização desses idosos e familiares quanto as formas de prevenção deste evento, tendo como finalidade preveni-lo e ao mesmo tempo reduzir o medo de cair.
Nascimento e Tavares (2016)	Prevalência e fatores associados a quedas em idosos	Determinar a prevalência de quedas, nos últimos 12 meses, entre os idosos; comparar as variáveis sociodemográficas, clínicas, de saúde e funcionais entre os idosos que tiveram quedas e aqueles que não as tiveram; e verificar os fatores associados a quedas em idosos.	As quedas estavam associadas ao sexo feminino; com idade de 80 anos ou mais e que apresentavam duas ou mais morbidades. O estudo reforça a necessidade de investimento na promoção da saúde e prevenção de morbidades, considerando que, dentre os preditores de quedas, somente a presença de comorbidades é passível de intervenção do profissional de saúde.
Stamm et al. (2016)	Cair faz parte da vida: Fatores de risco para quedas em idosos	Identificar a prevalência de quedas em idosos residentes em área urbana e analisar os fatores de risco associados a quedas	O conhecimento dos fatores de risco para quedas em idosos favorece a implantação de ações com o objetivo de maximizar a qualidade de vida e prevenir quedas em idosos.
Vaccari et al. (2016)	Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar	Investigar a segurança do paciente, autor relatada pelos idosos, referente ao evento queda intra-hospitalar.	Os idosos deste estudo não reconhecem o ambiente intra-hospitalar como local propício ao risco de quedas. É essencial a atuação da equipe multidisciplinar com estratégias e abordagens diferenciadas, a fim de conscientizar os idosos sobre o risco de queda intra-hospitalar e estimular a coparticipação de sua segurança.

Gaspar et al. (2017)	Fatores associados às práticas preventivas de quedas em idosos	Analisar a prevalência de práticas preventivas de quedas em idosos e os fatores associados	A prevalência de práticas preventivas encontrada foi maior entre os idosos do sexo masculino, com autoavaliação de saúde ótima/boa e regular e com 5 anos ou mais de estudo. Esta pesquisa contribui para auxiliar o enfermeiro no planejamento de intervenções para prevenção de quedas em idosos.
Smith et al. (2017)	Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio	Avaliar o risco de quedas em idosos, comparando com os fatores sócio-demográficos, cognitivos, presença de quedas e co-morbidades autorreferidas	Sexo feminino, idoso mais velho (acima de 80 anos), com baixo desempenho cognitivo e apresentar quedas anteriores nos últimos seis meses, aumentam a prevalência de quedas. Na regressão logística, as variáveis que apresentaram associação com o risco de quedas foram: queda, com quem mora, visão prejudicada e doenças reumatológicas.
Vitorino et al. (2017)	Medo de cair em idosos residentes no domicílio: fatores associados	Identificar os fatores associados ao medo de cair em idosos residentes no domicílio.	Os achados reforçam a necessidade da avaliação do medo de cair entre os idosos que residem no próprio domicílio, assim como o desenvolvimento e a utilização de estratégias pelos profissionais voltadas para os fatores modificáveis, de modo a reduzir as quedas e melhorar o estado de saúde, o que pode contribuir para a diminuição do medo de cair entre os idosos.

Tabela 2- Publicações relacionadas com as ações preventivas da enfermagem no âmbito do risco de quedas em idosos, no período de 2013 a 2017.

A Assistência de Enfermagem disponibilizada aos idosos com risco de quedas na maioria dos estudos analisados apresentou 58% de ações preventivas, 21% como responsáveis pela identificação dos riscos, 13% foram identificados os Diagnósticos de Enfermagem e 4% avaliaram os Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem e segurança do paciente, respectivamente (Gráfico 1).

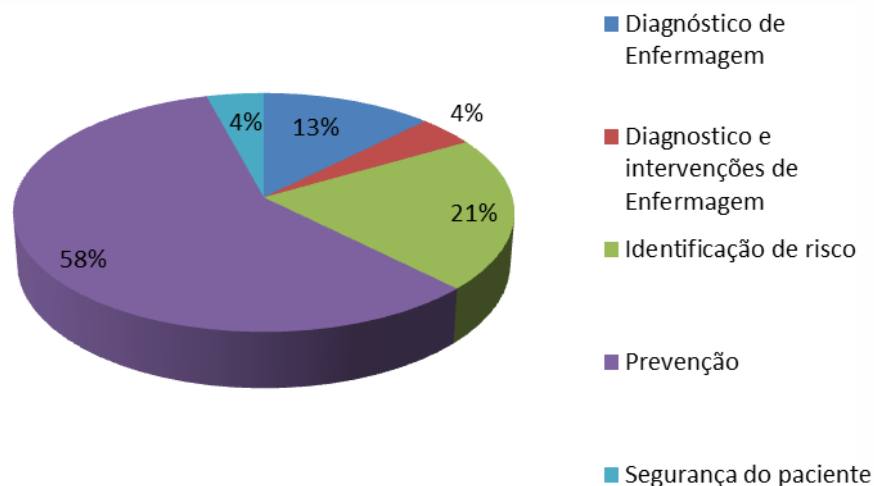


Gráfico 1- Assistência de Enfermagem nas publicações relacionadas com as ações preventivas da enfermagem no âmbito do risco de quedas em idosos, no período de 2013 a 2017.

Os enfermeiros devem desenvolver seu processo de trabalho realizando ações que promovam saúde, bem como assistindo às pessoas que necessitem de assistência de enfermagem, ampliando a atenção e o cuidado às famílias. Diante disso, a assistência de enfermagem abrange a identificação dos fatores de risco para quedas como a degeneração do sistema funcional e locomotor, mudanças funcionais, como debilidade, perturbação da cognição, pouca visão e problemas nos pés, além de avaliar as medicações em uso, possibilitando melhores condições em um ambiente saudável e seguro, e que atenda às necessidades dos idosos, sendo capaz de intervir na promoção da saúde do idoso e diminuir o risco de queda no mesmo (MIRANDA; MOTA; BORGES, 2010).

Por atuar diretamente com a prevenção das quedas, algumas iniciativas foram divulgadas e objetivaram sensibilizar os profissionais da Enfermagem para direcionar cuidados específicos aos idosos. A proposta de ação de enfermagem apresentada envolve mudanças de hábitos dos idosos como: reeducação alimentar, para uma alimentação saudável; reorganização da moradia, tornando o ambiente seguro; e conhecimento do condicionamento físico, para fortalecimento do sistema motor. Ressalta-se que o enfermeiro pode auxiliar o idoso a prevenir as quedas, estimulando aumento da mobilidade, alimentação saudável e ambiente seguro (FREITAS et al., 2011).

Por isso, em 2000, a NANDA I (*North American Nursing Diagnosis Association*) incluiu em sua classificação de diagnósticos de enfermagem o diagnóstico de Risco de Quedas, definido como a “susceptibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico” (NANDA INTERNATIONAL, 2015).

Reafirmando que o enfermeiro, no âmbito do seu exercício profissional assume o dever de salvaguardar os direitos da pessoa idosa, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida, promovendo a sua independência aos níveis físico, psíquico

e social, bem como o auto-cuidado. Assim, torna-se importante que o enfermeiro e a equipe de enfermagem iniciem e intensifiquem o estabelecimento de ações/estratégias voltadas à prevenção de quedas em pessoas idosas, estejam essas hospitalizadas, institucionalizadas ou domiciliadas (FREITAS et al, 2011).

4 | CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que a queda é um evento frequente e limitante, sendo considerado um marcador de fragilidade, institucionalização, de declínio na saúde e morte em idosos. O risco de quedas aumenta significativamente com o avançar da idade, sendo um grande problema de saúde pública devido ao aumento expressivo no número de idosos na população e à maior longevidade das pessoas, aumentando a demanda por cuidados de longa duração.

Ressalta-se ainda que haja diversos fatores de risco e múltiplas causas que interagem como agentes determinantes e predisponentes para a ocorrência de quedas em idosos, possibilitando assim, quedas acidentais e/ou quedas recorrentes. Por isso, a abordagem preventiva da queda deve ser multiprofissional e multifatorial. As ações de prevenção e vigilância do evento devem ser realizadas em todos os níveis da assistência, desde o domicílio, na assistência básica à saúde, até os níveis de maior complexidade.

Nas ações da rede de atenção básica, o enfermeiro deve ser capaz de realizar o manejo dos principais atores envolvidos na promoção da saúde do idoso, como a família e redes sociais de apoio, no sentido de corrigir, atenuar ou influir em um ambiente propício à autonomia e qualidade de vida do idoso.

Também é fundamental que o enfermeiro investigue e conheça as características clínicas dos pacientes, bem como quais delas estão relacionadas à maior suscetibilidade para a queda, de modo a identificar de maneira acurada o risco de quedas. Esse, uma vez estabelecido, orienta o planejamento de intervenções efetivas para a prevenção do evento e para a promoção da segurança do paciente.

A sistematização do cuidado, a partir da organização da assistência de enfermagem à população idosa é um grande desafio. No entanto, sugere-se que seja realizado mais estudo acerca da preocupação com as quedas na área da saúde, principalmente, ao que tange a população idosa.

REFERÊNCIAS

ABREU, Hellen Cristina de Almeida et al. Incidência e fatores preditores de quedas de idosos hospitalizados. **Revista de Saúde Pública.**, v. 49, p. 1-8, 2015.

ABREU, Hellen Cristina de Almeida et al. Incontinência urinária na predição de quedas em idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, 2014.

AGUIAR, Clarissa Furtado de; ASSIS, Mônica de. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 12, n. 3, p. 391-404, 2009.

ALBUQUERQUE, Juliana Peixoto. **Prevalência e fatores associados à queda de idosos atendidos por um serviço de atenção domiciliar privado.** 2014.

ALMEIDA, Sionara Tamanini de et al. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 4, p. 424-33, 2012.

ARAÚJO, Elizandro Correia et al. Preocupação com quedas em pessoas idosas atendidas em um Centro de Atenção Integral. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18. 2016.

AVEIRO, Mariana Chaves et al. Mobilidade e risco de quedas de população idosa da comunidade de São Carlos. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 17, n. 9, p. 2481-88, 2012.

AVELAR Josianne Karla; PIRES, Francielly Caroline; CORTES, Vanessa Faria. Influência dos níveis de paratormônio em quedas entre idosos e adultos em hemodiálise. **Rev Enferm UFSM.**, v. 2, n. 1, p. 125-34, 2012.

BIZERRA, Caio Drummond de Amorim et al. Quedas de idosos: identificação de fatores de risco extrínsecos em domicílios. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, p. 203-212, 2014.

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

BRITO, Thaís Alves et al. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2013.

BRUNI, Bianca Meale; GRANADO, Fernanda Boromello; PRADO, Ralfe Aparício. Avaliação do equilíbrio postural em idosos praticantes de hidroterapia em grupo. **Mundo saúde.**, v. 32, n. 1, p. 56-63, 2008.

BUKSMAN, Salo. et al. Quedas em idosos: prevenção. **Brazil: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2008.

CARREGARO, Rodrigo Luiz; TOLEDO, Aline Martins de. Efeitos fisiológicos e evidências científicas da eficácia da Fisioterapia Aquática. **Revista Movimenta.**, v. 1, n. 1, 2008.

CAVALCANTE, André Luiz Pimentel; AGUIAR, Jaina Bezerra; GURGEL, Luilma Albuquerque. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 137-146, 2012.

CHIANCA, Tânia Couto Machado et al. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte-MG. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, 2013.

COSTA, Alice Gabrielle de Sousa et al. Fatores de risco para quedas em idosos. **Rev. Rene**, v. 14, n. 4, p. 821-828, 2013.

COSTA, Alice Gabrielle de Sousa et al. Ocorrência de quedas e índice de massa corporal em idosos. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 4, p. 508-514, 2013.

CRUZ, Heloísa Mussato Fernandes da et al. Quedas em idosos com dor crônica: prevalência e fatores associados. **Rev. Dor.**, v. 12, n. 2, p. 108-14, 2011.

FREITAS, Ronaldo de et al. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 64, n. 3, 2011.

GAMA, Zenewton André da Silva; GÓMEZ-CONESA, Antonia. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 946-956, 2008.

GASPAR, Ana Carolina Macri et al. Fatores associados às práticas preventivas de quedas em idosos. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 2, 2017.

GILLESPIE, Lesley D. et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. **The Cochrane Library**, 2012.

GOODWIN, Victoria A. et al. Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injuries among older people: systematic review and meta-analysis. **BMC geriatrics**, v. 14, n. 1, p. 15, 2014.

HESLOP, Karen Ruth; WYNADEN, Dianne Gaye. Impact of falls on mental health outcomes for older adult mental health patients: An Australian study. **International journal of mental health nursing**, v. 25, n. 1, p. 3-11, 2016.

JACOB FILHO, Wilson; KIKUCHI, Elina Lika. **Geriatría e Gerontología básicas**. Elsevier Brasil, 2011.
KALACHE, Alexandre. Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na velhice. **São Paulo: OMS**, 2010.

KENNY, Rose Anne et al. Summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 59, n. 1, p. 148-157, 2011.

LEIVA-CARO, José Alex et al. Relação entre competência, usabilidade, ambiente e risco de quedas em idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, 2015.

LIMA, Rogério Silva; CAMPOS, Maria Luíza Pesse. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 659-664, 2011.

LOPES, Kedma Teixeira et al. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. **Brazilian Journal of Physical Therapy/Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n. 3, 2009.

LUZIA, Melissa de Freitas; VICTOR, Marco Antonio de Goes; LUCENA, Amália de Fátima. Diagnóstico de enfermagem risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. **Rev Latinoam Enferm**, v. 22, n. 2, p. 262-8, 2014.

MAGALHÃES, Joaquim João Gouveia et al. **Ocorrência de quedas em idosos: para um cuidado humanizado**. 2017. Dissertação de Mestrado.

MARIN, Maria José Sanches et al. Características dos riscos para quedas entre idosos de uma unidade de saúde da família. **REME Rev Min Enferm.**, v. 11, n. 4, p. 369-74, 2007.

MATOS, Camila Carvalho de Souza Amorim et al. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 2014.

MATTOS, Jorge Paulo Strogoff de; SAMPAIO, Elisa de Albuquerque; LUGON, Jocemir Ronaldo. Modalidade de diálise e o controle do hiperparatireoidismo secundário. **J bras nefrol.**, v. 30, n. 1, p. 23-6, 2008.

MEROM, Dafna et al. Prevalence and correlates of participation in fall prevention exercise/physical activity by older adults. **Preventive medicine**, v. 55, n. 6, p. 613-617, 2012.

MESSIAS, Manuela Gomes; NEVES, Robson da Fonseca. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 2, p. 275-282, 2009.

MORAES, E. M. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NASCIMENTO, Janaína Santos; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2016.

NYMAN, Samuel R.; VICTOR, Christina R. Older people's participation in and engagement with falls prevention interventions in community settings: an augment to the Cochrane systematic review. **Age and ageing**, v. 41, n. 1, p. 16-23, 2011.

OLIVEIRA, A. S. et al. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, 2014.

OLIVEIRA, Danilo Ulisses. **Avaliação de quedas em idosos hospitalizados**. 2014. Tese de Doutorado. dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1**. Edusp, 1994.

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva et al. Characterization of patient falls according to the notification in adverse event reports. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 134-138, 2010.

PEREIRA, Gustavo Nunes et al. Fatores socioambientais associados à ocorrência de quedas em idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3507-14, 2013.

PERRACINI, Monica Rodrigues. Desafios da prevenção e do manejo de quedas em idosos. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, n. 47, p. 45-48, 2009.

REIS, Karine Marques Costa dos; JESUS, Cristine Alves Costa de. Coorte de idosos institucionalizados: fatores de risco para queda a partir do diagnóstico de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, 2015.

REZENDE, Cristiane de Paula; GAEDE-CARRILLO, Maria Ruth Gonçalves; SEBASTIÃO, Elza Conceição de Oliveira. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2223-35, 2012.

RIBEIRO, A. P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciênc Saúde Col.**, v. 13, n. 4, p. 1265-3, 2008.

ROE, Brenda et al. Older people and falls: health status, quality of life, lifestyle, care networks, prevention and views on service use following a recent fall. **Journal of clinical nursing**, v. 18, n. 16, p. 2261-2272, 2009.

SALES, Fabrícia Martins; SANTOS, Iraci dos. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. **Texto & contexto enferm**, v. 16, n. 3, p. 495-502, 2007.

SANTOS, Silvana Sidney Costa et al. **O papel do enfermeiro na instituição de longa permanência para idosos**. 2008.

SANTOS, Silvana Sidney Costa et al. Risco de quedas em idosos: revisão integrativa pelo diagnóstico

da North American Nursing Diagnosis Association. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, 2012.

SILVA, Sílvia Lanzotti Azevedo et al. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de geriatria e gerontologia. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, n. 2, p. 120-125, 2009.

SIQUEIRA, Fernando V. et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 749-56, 2007.

SMITH, Adriana de Azevedo et al. Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 2754, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Quedas em Idosos: Prevenção**. 2008.

STAMM, Bruna et al. Cair faz parte da vida: Fatores de risco para quedas em idosos. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 8, n. 4, p. 5080-5086, 2016.

TINETTI, Mary E.; KUMAR, Chandrika. The patient who falls: "It's always a trade-off". **Jama**, v. 303, n. 3, p. 258-266, 2010.

TOLEDO, Diana R.; BARELA, José A. Diferenças sensoriais e motoras entre jovens e idosos: contribuição somatossensorial no controle postural. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 3, 2010.

UNGAR, Andrea et al. Fall prevention in the elderly. **Clinical Cases in mineral and bone metabolism**, v. 10, n. 2, p. 91, 2013.

VACCARI, Élide et al. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. **Cogitare enferm**, v. 21, n. 5, p. 01-09, 2016.

VALCARENGHI, Rafaela Vivian et al. Ações institucionais alicerçadas em diagnósticos de enfermagem para prevenção de quedas em idosos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 2, 2014.

VITORINO, Luciano Magalhães et al. Medo de cair em idosos residentes no domicílio: fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. 03215, 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. AGEING; LIFE COURSE UNIT. **WHO global report on falls prevention in older age**. World Health Organization, 2008.

ZIJLSTRA, G. A Rixt et al. Effects of the implementation of an evidence-based program to manage concerns about falls in older adults. **The Gerontologist**, v. 53, n. 5, p. 839-849, 2012.

A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM RURAL

Ângela Roberta Alves Lima

Prefeitura Municipal de Pelotas; Universidade Federal de Pelotas.

Pelotas, Rio Grande do Sul - Brasil.

Eliana Buss

Universidade Federal de Pelotas.

Pelotas, Rio Grande do Sul - Brasil.

Maria del Carmen Solano Ruiz

Universidade de Alicante

Alicante - Espanha

José Siles González

Universidade de Alicante

Alicante - Espanha

Rita Maria Heck

Universidade Federal de Pelotas.

Pelotas, Rio Grande do Sul - Brasil.

com a utilização de recursos culturalmente aceitos no cuidado de saúde rural; ofertar estágio curricular em áreas rurais à graduação; desenvolver educação continuada e programas de desenvolvimento profissional que satisfaçam as necessidades identificadas pelas enfermeiras rurais. Conclusão: Quanto a formação cabe considerar que, na maioria das vezes, os conteúdos focam mais em satisfazer as metas do que a realidade do discente e de seu entorno, contribuindo para formação de um rol de saberes distante do cotidiano de cuidado do discente e dos seres cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem rural; Educação em enfermagem; Educação continuada; Capacitação profissional; Saúde da População Rural.

RESUMO: Objetivo: conhecer como se dá o processo de formação em enfermagem rural. Metodologia: análise qualitativa de 13 artigos internacionais, que abordam o tema a formação em enfermagem rural. Resultados: a organização da formação em enfermagem rural pautou-se: em aumentar o número de discentes recrutados de áreas rurais; incentivar que as escolas assumissem a responsabilidade de formar enfermeiros(as) devidamente qualificados para atender às necessidades da sua região geográfica; em desenvolver ações que atendessem às necessidades rurais,

ABSTRACT: Objective: to know how the process of training in rural nursing takes place. Methodology: qualitative analysis of 13 international articles that address the theme of training in rural nursing. Results: the organization of rural nursing was based on: increasing the number of nursing students recruited from rural areas; encourage schools to take on the responsibility of training nurses duly qualified to meet the needs of their geographic region; in developing actions that respond to rural needs, with the use of culturally accepted resources in rural health care; to offer curricular training in

rural areas to undergraduate students; develop continuing education and professional development programs that meet the needs identified by rural nurses. Conclusion: In terms of training, it is important to consider that, in most cases, content focuses more on satisfying the goals than on the reality of the student and his / her surroundings, contributing to the formation of a list of knowledges that are far from the daily care of the student and be care.

KEYWORDS: Rural nursing; Nursing education; Continuing education; Professional training; Health of the Rural Population.

INTRODUÇÃO

O acesso à saúde nas zonas rurais exige adoção de esforços sistemáticos que abordem simultaneamente a carência de profissionais de saúde, a qualidade da assistência e o reconhecimento das desigualdades que afetam as populações rurais, como a elevada taxa de pobreza, o trabalho informal, baixa escolaridade e a prevalência de mortalidade por causas evitáveis e doenças infectocontagiosas (SCHEIL-ADLUNG, 2015).

Esta população mantém sua cultura fortemente presente nos cuidados de saúde, utilizando-se de plantas medicinais e outras alternativas como benzimento, orações; conhecimento empírico que auxiliam na qualidade de vida (HECK, et al., 2017). Os profissionais de saúde, por sua vez, pouco se aproximam desta população, que tem suas necessidades de saúde, muitas vezes, negligenciadas, por não ter sua cultura e modo de vida e trabalho compreendido.

Esse desafio tem impulsionado a organização da formação de enfermagem rural em diferentes países, como Austrália, Canadá e EUA, que instituíram no currículo disciplinas que contemplam as necessidades da população rural considerando sua cultura e práticas de cuidados (AUSTRALIAN HEALTH MINISTERS, 1996; MILLS, FRANCIS, BONNER, 2008; LATHAM, GIFFARD, POLLARD, 2007).

Diante desse panorama e considerando que na graduação tem-se o início da construção do saber e do agir profissional, cabendo as instituições de ensino a complexa atribuição de formar profissionais capacitados, a prestar assistência adequada às necessidades da população e que na pós-graduação tem-se a oportunidade de ampliar a visão de uma enfermagem especializada, contemplando a necessidade de aprofundamento e atualização acerca da prática de enfermagem rural (FIGUEREDO, et al., 2017), entende-se que faz necessário conhecer como ocorre processo de formação em enfermagem rural ao redor do mundo.

RESULTADOS

Para esse estudo foram analisados qualitativamente dez (LEA, CRUICKSHANK, 2015; HAUENSTEIN, et al., 2014; TSCHETTER, LUBECK, FAHRENWALD, 2013;

PRONT et al., 2013; YONGE, et al., 2013; SANDERSON, LEA, 2012; PLACE, et al., 2012; SEDGWICK, YONGE, 2008; MILLS, FRANCIS, BONNER, 2008; LATHAM, GIFFARD, POLLARD, 2007) tratavam especificamente da formação em enfermagem rural e um da educação permanente (FAIRCHILD, et al., 2012). Esses estudos têm abordado diferentes aspectos relacionados à educação em enfermagem rural, que compreendem cursos de graduação à distância; estágios curriculares em serviços de saúde rural; cursos de qualificação profissional semipresenciais específicos para atenção de enfermagem rural, conforme tabela 1.

Em relação ao país de origem, cinco artigos eram oriundos da Austrália (36%), quatro do Canadá (29%); três dos EUA (21%); um multinacional EUA e Canadá (7%).

País	Metodologia	Resultados
Austrália	Estudo qualitativo, que buscou conhecer as crenças, percepções e experiências de apoio prestado as enfermeiras recém-formadas, durante a prática, em um ambiente de saúde rural (LEA, CRUICKSHANK, 2015)	Identificou que a prática permitiu que as recém-formadas superarem os obstáculos da experiência rural, adquirindo um conjunto de habilidades técnicas, aprimorando a comunicação e relacionando-se mais facilmente com a equipe. E experiência também se mostrou favorável a resolução da questão de escassez de mão de obra na área rural, pois as recém-formadas que trabalharam sem supervisão e apoio tem que lidar também com sentimentos de ansiedade e apreensão.
Austrália	Estudo qualitativo de abordagem construtivista, que investigou a tutoria em enfermagem rural (MILLS, FRANCIS, BONNER, 2008).	Identificou que a experiência das enfermeiras rurais tutoras permite que se estabeleça um ambiente seguro para aos recém-formados. Proporciona um ambiente de apoio para novas enfermeiras.
EUA	Relato de experiência do desenvolvimento de um programa de pós-graduação em enfermagem rural, com níveis de especialização, mestrado e doutorado prático (HAUENSTEIN, et al., 2014)	O programa forneceu uma abordagem organizada e abrangente para preparar enfermeiras sobre as necessidades de saúde específicas das populações rurais e o conhecimento de abordagens prestação de cuidados de saúde de qualidade. A organização do curso uniu teoria e prática em ambiente rural. Combinando a aprendizagem participativa com a educação à distância, permitindo que os discentes se beneficiassem da aprendizagem de pares e praticassem habilidades de liderança enquanto aprendizes no lugar trabalho.
Canadá	Estudo qualitativo que avaliou um curso de Pós-graduação à distância em enfermagem rural (PLACE, et al., 2012)	A aprendizagem <i>on-line</i> foi considerada valida pela maioria dos discentes; mesmo tendo sido apontado dificuldades quanto aos serviços de Internet. Permitiu acesso ao ensino que previamente exigia mover-se para um centro maior. Curso foi considerado exitoso por proporcionar educação relevante e orientada em toda a província.
EUA	Estudo quantitativo que avaliou as atividades de laboratório realizadas com estudos de casos que ocorreram um ambiente rural (TSCHETTER, LUBECK, FAHRENWALD, 2013)	Os autores avaliaram que o projeto atendeu necessidades de ensino e reconheceram o valor da colaboração de parceiros para assegurar as transformações curriculares que permitam os discentes se prepararem para atuarem em diferentes contextos rurais.

Austrália	Estudo qualitativo, realizados com graduandos e preceptores, avaliou a realização de estágios curriculares em unidades de saúde rurais (PRONT et al., 2013)	O ambiente rural influenciou a experiência de aprendizagem dos discentes de enfermagem. As atividades influenciaram positivamente na aprendizagem. Os autores destacaram que é urgentemente e necessária a inclusão de discentes em ambiente rural, pois possibilita vivenciar diferentes processos de cuidado que exige conhecimentos e habilidades específicos.
Canadá EUA	Estudo qualitativo, utilizando <i>fotovoice</i> , buscou conhecer os benefícios e desafios da preceptoria rural (YONGE, et al., 2013)	O projeto oportunizou inserir os discentes na comunidade, oportunizando a prática da enfermagem rural, observou-se que dois discentes após o término da graduação retornaram à comunidade para atuar com enfermeiros.
Austrália	Estudo fenomenológico, que buscou compreender a experiência dos facilitadores clínicos e a compreensão de seu papel e as barreiras à aprendizagem clínica no contexto rural (SANDERSON, LEA, 2012)	A experiência ofereceu, aos discentes de enfermagem, uma valiosa experiência de prática, a conscientização sobre as noções de cultura, comunidade e relações pessoais.
Canadá	Estudo etnográfico que investigou a experiência de discentes do 4º ano de enfermagem, durante o estágio rural (SEDGWICK, YONGE, 2008).	Este estudo identificou que a preparação dos discentes deve incluir funções cognitivas, preparação psicológica, bem como a aquisição de habilidades clínicas avançadas. As Enfermeiras Educadoras devem assumir um papel central na preparação a experiência para o discente.
Austrália	Estudo de avaliação de um curso de graduação a distância oferecido em comunidades rurais a discentes oriundos de comunidade rurais (LATHAM, GIFFARD, POLLARD, 2007)	Os autores concluíram que este modelo auxiliou na formação e promoveu a sustentabilidade e viabilidade de serviços de saúde rural na Austrália.
EUA	Estudo qualitativo de abordagem construtivista, teve como objetivo conhecer as necessidades de educação continuada em instalações de saúde de áreas rurais (FAIRCHILD, et al., 2012)	Evidenciou a necessidade de realizar atividades que promovam a mudança de paradigma, favorecendo a autorreflexão e empoderamento da equipe e da população rural. Empoderando a equipe para vencer o desafio de abordar temas considerados polêmicos ou impróprios, como violência no local do trabalho, exploração da mulher, assédio moral, dentre outros. Quanto às questões do cuidado foram apontadas necessidade de abordar a segurança do paciente, qualidade dos cuidados, gestão da unidade de enfermagem e inter-relação nas atividades de educação permanente.

DISCUSSÃO DOS DADOS

A formação em enfermagem rural internacionalmente

A partir da década de noventa países como Austrália, Canadá e EUA, objetivando atender de forma oportuna e humanizada a população rural, iniciaram a organização da educação em enfermagem rural (LEA, CRUICKSHANK, 2015; HAUENSTEIN, et al., 2014; TSCHETTER, LUBECK, FAHRENWALD, 2013; PRONT et al., 2013; YONGE, et al., 2013; SANDERSON, LEA, 2012; PLACE, et al., 2012; SEDGWICK, YONGE,

2008; MILLS, FRANCIS, BONNER, 2008; LATHAM, GIFFARD, POLLARD, 2007; FAIRCHILD, et al., 2012), com a adição das seguintes estratégias:

- I. aumentar o número de discentes recrutados de áreas rurais;
- II. incentivar que as escolas assumam a responsabilidade de formar enfermeiras devidamente qualificadas para atender às necessidades da sua região geográfica. Desenvolvendo ações que atendam às necessidades rurais, com a utilização de recursos culturalmente aceitos no cuidado;
- III. ofertar estágio curricular em áreas rurais à graduação;
- IV. desenvolver educação continuada e programas de desenvolvimento profissional que satisfaçam as necessidades identificadas pelas enfermeiras rurais.

Os primeiros estudos publicados, sobre a temática, são originários da Austrália, relatam experiências de um curso de bacharelado em enfermagem à distância, ofertados para pessoas que vivem em áreas rurais e de universidades que implementaram atividades curriculares de estágios em unidades rurais. Essas experiências tiveram como objetivo a formação de profissionais que se disponham a trabalhar e viver na área rural (MILLS, FRANCIS, BONNER, 2008; LATHAM, GIFFARD, POLLARD, 2007).

Na Austrália devido à falta de mão-de-obra qualificada, para saúde rural, em especial de enfermagem, o governo instituiu um plano de qualificação e formação de enfermeiras para atuarem em áreas rurais e remotas, após a Conferência Nacional de Saúde Rural, de 1994. Desde então algumas universidades e escolas de enfermagem passaram a ofertar aos discentes a oportunidade de realizarem estágios em unidades de saúde rurais e graduação de enfermagem à distância (MILLS, FRANCIS, BONNER, 2008; LATHAM, GIFFARD, POLLARD, 2007).

Esta conferência elencou recomendações e estratégias de implementação de uma abordagem nacional de atenção à saúde rural. Uma das propostas tratou especificamente da necessidade de capacitação e formação profissional, enfatizando a necessidade de uma abordagem integrada e multidisciplinar de suporte a formação e educação continuada dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem. Outra proposta elucidou a oferta de financiamento aos programas de graduação, que incluísse no currículo estágio clínico em serviços de saúde rural e itens que visasse melhorar a infraestrutura dos serviços de saúde rurais (AUSTRALIAN HEALTH MINISTERS, 1996).

Dentre as estratégias prioritárias destacam-se a inclusão no currículo disciplinas que contemplem os modelos alternativos de práticas específicas para o cuidado da população rural e de aborígenes, considerando suas culturas e práticas de cuidados. A necessidade de garantir que esses profissionais estejam cobertos por uma legislação que permita expandir o papel da enfermeira, para a realização de prescrição de medicamentos, realização de exames radiológicos e patológicos especificados (AUSTRALIAN HEALTH MINISTERS, 1996).

Nessa mesma perspectiva em 2003, no Canadá, iniciou-se as atividades da Associação de Enfermagem Rural e Remota (CARRN), que redigiu um documento que descreve a prática de enfermagem rural e remota, uma síntese do trabalho desenvolvido pela enfermagem nacional, como objetivo de contribuir com a discussão e a validação da enfermagem rural canadense, impulsionando a realização de ações de ensino.

As interfaces propostas embora apontem a necessidade de inserir ações que contemplem a modelos alternativos de cuidado, respeitando as especificidades culturais das comunidades, não apontam a necessidade de inclusão da perspectiva antropológica no cuidado, que desconsiderando a natureza antropológica da enfermagem, que segundo Siles, et al., (2001) apresenta-se na conexão entre os fatores biológicos e as formas de organizar as atividades cotidianas, que buscam satisfazer as necessidades do ser cuidado. Bem como, possibilitem ao profissional organizar atividades criativas, inovadoras no processo saúde doença, de maneira a cuidar holisticamente, e em seu momento histórico, com simultâneos e diversos elementos que atuam na totalidade de sua estrutura, possibilitando o desenvolvimento de uma prática mais integrada as necessidades e especificidades das comunidades.

Na Austrália, em 2004, o Consórcio de Educação em Enfermagem Moira (MNEC) e a Escola de Enfermagem e Ciências da Saúde (SN & HS) da Universidade de Charles Sturt (CSU), passaram a ofertar o curso de bacharelado em enfermagem à distância, o qual vinculou um graduando a uma enfermeira local, selecionada e treinada para receber e acompanhar os graduandos, que ao se inserirem no curso, passam a ter atividades educativas on-line, participam de aulas por videoconferência e desenvolvem atividades práticas na comunidade, em que vivem, sobre orientação e supervisão da enfermeira local (LATHAM, GIFFARD, POLLARD, 2007).

Um estudo qualitativo realizado em 2007 (LATHAM, GIFFARD, POLLARD, 2007), avaliou a experiência de 25 desses discentes, e identificou que 93% encontravam-se satisfeitos com a qualidade do ensino. A experiência demonstrou contribuir com a capacidade de comunicação, escrita e planejamento. Conclui-se que este modelo fornece uma alternativa de formação e promover a sustentabilidade e a viabilidade dos serviços de saúde rurais, na Austrália.

A Escola de Enfermagem e Parteiros da Universidade de Flinders (PRONT et al., 2013) e a Universidade da Nova Inglaterra, nesse mesmo período, implementaram estágios em unidades rurais e remotas, os quais foram avaliados em 2008 (SANDERSON, LEA, 2012), por um estudo de abordagem fenomenológica, que investigou a experiência das enfermeiras facilitadoras e a compreensão de seu papel, percepções e barreiras à aprendizagem clínica dos discentes no contexto rural. Participaram do estudo oito facilitadoras, concluiu-se que os estágios contribuíram na formação, embora os participantes da pesquisa tenham apontado dificuldades de avaliar os conhecimentos necessários para o desempenho das atividades, somente durante a abordagem prática.

No Canadá, a Faculdade de Enfermagem da Universidade de Alberta e a Escola de Enfermagem da Universidade de Saskatchewan, possibilitam aos discentes de enfermagem realizarem estágios em unidades rurais. Em 2008, (SEDGWICK, YONGE, 2008) uma etnografia identificou que o maior desafio, dos discentes, foi a preparação para o estágio, pois desconheciam quais habilidades e conhecimentos eram necessários para o desenvolvimento daquela prática. Para a experiência ser concluída com êxito é necessário conhecer a demografia, características da população, tendências atuais de saúde e os desafios das pessoas em ambiente rural, taxas de morbidade e mortalidade e serviços de saúde disponíveis da comunidade em que foram inseridos. O estudo sugeriu que a preparação dos discentes deve incluir funções cognitivas, preparação psicológica, bem como a aquisição de conhecimentos e habilidades clínica generalista (SEDGWICK, YONGE, 2008)

Outro estudo (PRONT et al., 2013) investigou a percepção de sete discentes e sete enfermeiras que participaram do projeto de oferta de estágio em comunidades rurais. Os dados evidenciaram que a experiência nas unidades de saúde rural influenciou na aprendizagem dos discentes e da equipe que os acolheu; permitiu ao discente definir seu papel de cuidador. Além de proporcionar a construção de um corpo de conhecimentos sobre o cuidado rural. Os autores destacaram que é urgentemente e necessária a inclusão de discentes em ambiente rural, pois possibilita vivenciar uma variedade de processos de cuidado, em que o desenvolvimento exige conhecimentos e habilidades específicos.

Estudo realizado em conjunto com a Universidade da Califórnia (YONGE, et al., 2013) avaliou a experiência vivida no estágio rural, realizado nas comunidades de origem dos discentes. A experiência oportunizou, além do contato com a comunidade, testar seus conhecimentos e habilidades para o cuidado rural. O projeto demonstrou potencial em transformar ensino e aprendizagem, como um exercício de pensamento intuitivo, expressão simbólica e capacitação criativa, capacidades que contribuem para que as enfermeiras venham a atuar no espaço rural após o término da graduação.

Os graduandos e preceptores fizeram uma série de recomendações como, incluir mais atividades prática em áreas rurais; realizar mudanças curriculares para incorporar conhecimento sobre os cuidados de saúde rural e aspectos culturais das comunidades rurais; ofertar programa de pós-graduação em enfermagem rural e realizar preparação específica para inserção da enfermeira em comunidades rurais. Recomendações semelhantes as realizadas pela OMS (2010).

Críticas ao currículo de graduação em enfermagem da Austrália, foram apontadas em estudo realizado no ano de 2013, os quais identificaram a necessidade de melhorar a preparação da enfermeira para trabalhar em áreas rurais, com um conjunto de habilidades que permitam responder a questões profissionais, além do atendimento direto ao paciente (BISH, KENNY, NAY, 2013).

Nos EUA, a Universidade da Virgínia e a Universidade de Rochester, em 2008 (HAUENSTEIN, et al., 2014) desenvolveram um programa de pós-graduação em

enfermagem rural, com níveis de especialização, mestrado e doutorado, com o objetivo de atender às necessidades das populações rurais, ofertar aperfeiçoamento de forma semipresencial; ampliar as parcerias para o enfrentamento das disparidades de saúde.

Os cursos foram ministrados com sessões presenciais e a distância, abordando aspectos da cultura e valores da comunidade, família e indivíduo rural, sistema de saúde rural, gerência de enfermagem, sistemas de cuidados, política de saúde, tecnologias e inovações, liderança e os principais agravos a saúde encontrados em populações rurais. Utilizaram aprendizagens didáticas específicas, com apresentação de casos selecionados pelos discentes, como base nas suas experiências.

O programa forneceu uma abordagem organizada e abrangente na preparação de enfermeiras sobre as necessidades de saúde das populações rurais, compreensão da prevenção em saúde de adultos e crianças, doenças crônicas e cuidados de saúde em maternidade e em emergência, adaptados à prática rural. A educação a distância, permitiu que os discentes se beneficiem da tutoria dos enfermeiros e praticassem habilidades de liderança, enquanto aprendiam no lugar onde trabalhavam (HAUENSTEIN, et al., 2014).

No entanto, as autoras (HAUENSTEIN, et al., 2014) destacam, que há muito a fazer para estabelecer um programa de educação de enfermagem rural, com conteúdo que preparem as enfermeiras para necessidades de saúde específicas das populações rurais. Bem como a necessidade de realizar pesquisas que melhor descrevam as necessidades de saúde e os cuidados de enfermagem.

Em um estado do meio oeste do EUA (FAIRCHILD et al., 2012), em 2009, realizou-se um estudo qualitativo, apoiado no paradigma construtivista, que abordou 45 enfermeiros(as), de cinco instituições de cuidados prolongados, localizados na área rural. Com o objetivo de conhecer as necessidades de educação continuada em instalações de saúde de áreas rurais. As entrevistas se centralizaram em torno de quatro áreas conceituais, incluindo questões culturais, habilidades clínicas de enfermagem, cuidado do paciente e segurança do paciente.

Os participantes consideraram necessário elencar, junto com as enfermeiras e demais profissionais da equipe de saúde rural, os problemas mais relevantes de educação continuada e de maior interesse da equipe, para que as atividades possam ser realizadas de acordo com o interesse da equipe (FAIRCHILD et al., 2012).

O estudo (FAIRCHILD et al., 2012) identificou que as enfermeiras atuam como educadoras incentivando a atenção ao cuidado centrado no paciente, na segurança do mesmo, sendo responsável pela consolidação do modelo de cuidado que será efetuado pela unidade de saúde. Além de apontar a necessidade de realizar atividades que promovam a mudança de paradigma, favorecendo a de reflexão e empoderamento da equipe e dos pacientes rurais, permitindo vencer o desafio de abordar temas considerados polêmicos ou impróprios, como violência, exploração da mulher e assédio moral. Quanto às questões do cuidado, foram evidenciadas necessidades de abordar inter-relação, segurança dos pacientes, qualidade dos cuidados e gestão da

unidade de enfermagem.

A mudança de paradigma que permita a reflexão e empoderamento, apontada pelo estudo aproxima-se da Teoria Sociocrítica de enfermagem que visa a construção de ações emancipatórias participativas, reconhecendo a realidade como práxis (uma consciência crítica, orientada a emancipação e a autonomia do sujeito e comunidade), na qual o profissional torna-se organizador de atividades críticas e inovadoras no processo saúde enfermidade (SILES, 2016).

No Canadá, a Universidade do Norte da Colúmbia Britânica (UNBC) desenvolveu um programa de pós-graduação semipresencial, para enfermeiros(as) registrados em áreas rurais, através de modos de aprendizagem on-line e experiências práticas. Em 2011, a Universidade em conjunto com a Universidade de Victória realizou a avaliação do programa, nesse artigo foram apresentados os dados qualitativos da avaliação dos pós-graduandos (PLACE, et al., 2012).

Os discentes, embora tenham sido liberados para a realização do curso, tiveram dificuldade de se ausentar no trabalho, devido à falta de mão-de-obra no espaço rural. Os dados sugeriram que a aprendizagem on-line funcionou para a maioria dos discentes. O software e o hardware foram considerados acessíveis, sendo que a maior barreira foi o acesso à internet. A aprendizagem on-line fornece acesso ao ensino de enfermagem que previamente exigia o deslocamento para um centro maior. O programa foi considerado uma experiência exitosa, que proporcionou educação relevante e orientada em toda a província (PLACE, et al., 2012).

Cabe destacar também um estudo realizado na África do Sul (PIMMER, et al., 2014) com parceria de uma instituição Suíça, que avaliou a utilização de ferramentas educacionais on-line de um programa e educação em obstetrícia, para enfermeiras rurais, o qual identificou que o acesso à informação permitiu a construção e troca de conhecimento, e apoio emocional, contribuindo no processo de trabalho e cuidado. Essa ferramenta permitiu ofertar aos profissionais, que atuam em áreas rurais, atividades de capacitação e educação permanente.

Os estudos que compuseram esta revisão possuem um olhar biologicista e positivista em relação a formação e atuação da enfermeira. Embora algumas pesquisas (PIMMER et al, 2014; PLACE, et al., 2012; LATHAM, GIFFARD, POLLARD, 2007; FRAILE, et al.; 2006) tenham utilizado Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), as quais oferecem possibilidades, ainda não exploradas nesses contextos, de governabilidade potencializando o desenvolvimento de sujeitos autônomos. Outros estudos (HAUENSTEIN, et al., 2014; PIMMER et al, 2014; FAIRCHILD et al., 2012; MARILAF, ALARCÓN, ILLESCA, 2011) apontam a necessidade de preparar o enfermeiro para atender as necessidades de saúde das populações rurais. Observa-se que as necessidades elencadas são reconhecidas e tratadas sob a ótica do sistema biomédico.

Entende-se que isso se dá devido a aproximação da enfermagem ao paradigma positivista, que reconhece somente os acontecimentos cientificamente comprovados

e práticas devidamente testadas. O que tem levado a enfermagem utilizar somente conhecimentos teoricamente comprovados, que muitas vezes estão distantes da realidade cotidiana do cuidado.

O que leva a interrogar: quais são fundamentações teórica necessárias para que a enfermagem consolidada com base no positivismo e na biomedicina, precisa apropriar-se para realizar um cuidado que valorize os micro processos humanos de vida, integrando a riqueza de ações complementares de cuidado, que acontecem no território rural, que privilegie a autonomia dos seres humanos e a interação com o ambiente na perspectiva da integralidade do cuidado e constitua-se um contraponto ao modelo oficial de saúde?

Segundo Siles, Solano (2008) a enfermagem tem que viabilizar o conhecimento para fins utilitários, partindo do ponto de vista de atender a satisfação das necessidades humanas. Fato que não pode ser empreendido com base no paradigma positivista, pois o mesmo não reconhece recomendações que produzem questionamentos que não foram previamente estimados e que sejam passíveis de controle. Fato que segundo os autores torna a teoria científica descritiva e explicativa, no entanto uma teoria de enfermagem deve dedicar-se a fundamentalmente a orientar ao indivíduo sobre o caminho de satisfação de suas necessidades. Evidenciando a necessidade de embasar-se em outro ou outros paradigmas que possam dar conta dessa especificidade.

Os autores destacam, nesse ínterim, os paradigmas advindos da sociologia e da antropologia, os quais possibilitam novos encontros e soluções que possibilitariam abordar o ser humano, seus hábitos, cultura, mecanismo de satisfação de necessidades, educação e ambiente.

A referência a inclusão das questões culturais ao cuidado, surgiu em alguns estudos, no entanto, não se observa a preocupação em aproximar o conhecimento popular e o científico, nem se ponderou a ideia da existência de outros sistemas de cuidados além do Biomédico.

Cabe destacar que o Sistema de Saúde Oficial, denominado por Kleimann (1988), como aquele que é exercido por quem tem formação universitária reconhecida como profissão oficial, ou seja, médicos, enfermeiros, farmacêuticos entre outros, formados conforme o modelo Biomédico, não foi praticamente mencionado por famílias de agricultores, investigadas no Extremo Sul do Brasil. Essas famílias entendem que esse sistema deve ser procurado após esgotarem os recursos de saúde, pois o sistema oficial encontra-se além da sua autonomia, integra um sistema maior de interface com o Estado brasileiro. Com o qual relatam dificuldades de acesso e compreensão, se comparado aos demais cidadãos que integram o SUS (HECK, 2017).

Quanto a formação cabe ainda considerar que, na maioria das vezes, os conteúdos curriculares não significam nada para os discentes, segundo Romero, et al., (2014) destaca. Os conteúdos focam mais em satisfazer as metas do que a realidade do discente e de seu entorno, contribuindo para formação de um rol de saberes distante do cotidiano de cuidado do discente e dos seres cuidados. O mesmo,

se aplica a enfermagem rural, pois os currículos não abordam questões referentes ao espaço rural e nem ofertam atividades de estágios em serviços de saúde rurais.

Esse contexto evidencia a necessidade de formação de profissionais mais autônomos, que possam adaptar e construir seus saberes e práticas da enfermagem rural, com base nas necessidades e especificidades de seu cotidiano de cuidado. Além de permitir a participação ativa da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essas experiências evidenciam que as estratégias de qualificação e formação profissional podem ser realizadas de diferentes formas, conforme a necessidade e disponibilidade dos profissionais, apresentando-se como um leque de possibilidades a serem discutidas e desenvolvidas pela enfermagem, para a qualificação e consolidação da prática da enfermagem rural, no Brasil e no mundo.

As atividades visaram melhorar o acesso de estudantes oriundos de áreas rurais; incentivar que as escolas assumam a responsabilidade de formar enfermeiras devidamente qualificados para atender às necessidades da sua região geográfica, com o desenvolvendo de ações que atendam às necessidades rurais, com a utilização de recursos culturalmente aceitos, no cuidado de saúde rural; ofertar estágio curricular em áreas rurais aos discentes de graduação e desenvolver educação permanente e programas de desenvolvimento profissional que satisfaçam as necessidades identificadas pelas enfermeiras rurais.

Entende-se que esse processo permite à enfermagem rural a construção de possibilidades que conduzam a nova base teórica e prática para a ciência da enfermagem que possibilitará a introdução de estratégias de qualificação dos profissionais de saúde rural, podem ser realizadas de diferentes formas, com a utilização de várias metodologias e tecnologias associadas, em prol da orientação, conforme a necessidade e disponibilidade dos profissionais, apresentando-se como um leque de possibilidades a serem discutidas e desenvolvidas pela enfermagem, para a qualificação e consolidação da prática da enfermagem rural, no Brasil e no mundo; e, por conseguinte, permita o empoderamento da população rural, para tomadas de decisões que afetem sua vida, seu cuidado, sistematização e socialização de conhecimentos.

REFERÊNCIAS

AUSTRALIAN HEALTH MINISTERS. **National Rural Health Strategy Update**. Australian, 1996.

BISH, M.; KENNY, A.; NAY, R. **Using participatory action research to foster nurse leadership in Australian rural hospitals**. Nursing and Health Sciences, v. 15, p.286–291, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e**

Floresta. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 52p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 92p.

BURMAN, M.E.; FAHRENWALD, N.L. **Academic nursing leadership in a rural setting: Different game, same standards**. J Prof Nurs. v. 34, n. 2, p. 128-133, 2018.

FAIRCHILD, M.R.; EVERLY, M.; BOZARTH, L.; BAUER, R.; WALTERS, L.; SAMPLE, M.; ANDERSON, L. **A qualitative study of continuing education needs of rural nursing unit staff: The nurse administrator's perspective**. Nurse Education Today, v. 33, p. 364–369, 2013.

FIGUEREDO WN, LAITANO ADC, SANTOS VPF, DIAS ACS, SILVA GTR, TEIXEIRA GAS. **Didactic-pedagogical training in *stricto sensu* graduate programs in health sciences of federal universities in the northeastern region of Brazil**. Acta Paul Enferm. v. 30, n. 5, p. 497-503, 2017.

FRAILE, B.M.; DE LA PEÑA, T.E.; GARRIDO, G.J.; POZO, G.J.; VASCO, G.I.; RODRÍGUEZ, P.B. **Las cerraduras: una visión antropológica desde la enfermería rural**. Revista internacional de historia y pensamiento enfermero, v. 3, 2006.

HAUENSTEIN, E.J., GLICK, D.F., KANE, C., KULBOK, P., BARBERO, E.; COX, K. **A Model to Develop Advanced Practice Nurses for Rural Settings**. Journal of Professional Nursing, 2014.

HECK, R. M. (org). **Plantas medicinais do Bioma Pampa no cuidado em saúde**. Brasília, DF: Embrapa. 2017.

LATHAM, H.; GIFFARD, L.; POLLARD, M. **University and Health Service Partnership: A Model to Deliver Undergraduate Nurse Education in Rural Australia**. Collegian, v.14, n. 1, p. 5-10, 2007.

LEA, J.; CRUICKSHANK, M. **Supporting new graduate nurses making the transition to rural nursing practice: views from experienced rural nurses**. Journal of Clinical Nursing, v. 24, p. 2826–2834, 2015.

MARILAF, M. C.; ALARCÓN, A.MM.; ILLESCA, M. P. **Rol del enfermero rural en la región de la Araucanía Chile: percepción de usuarios y enfermeros**. Ciencia y Enfermería, v.17, n.2, p. 111-118, 2011.

MILLS, J.; FRANCIS, K.; BONNER, A. **Getting to know a stranger: rural nurses experiences of mentoring: a grounded theory**. International Journal of Nursing Studies, v. 45, p. 599–607, 2008.

PIMMER, C.; BRYSIIEWICZ, P.; LINXEN, S.; WALTERS, F.; CHIPPS, J.; GRÖHBIEL, U. **Informal mobile learning in nurse education and practice in remote areas: a case study from rural South Africa**, Nurse Education Today, 2014.

PLACE, J.; MACLEOD, M. JOHN, N.; ADAMACK, M.; LINDSEY, A.E. **“Finding my own time”: Examining the spatially produced experiences of rural Rns in the rural nursing certificate program**. Nurse Education Today, v. 32, p. 581–587, 2012.

PRONT, L.; KELTON, M.; MUNT, R.; HUTTON, A. **Living and learning in a rural environment: A nursing student perspective**. Nurse Education Today, v. 33, p. 281–285, 2013.

ROMERO, J.G.; FERNÁNDEZ, R.L.; MARTÍNEZ, R.A.; ÁLVAREZ, D. L.; ÁLVAREZ, E.L.; ÁLVARES, W.L. **Las tecnologías de la información y las comunicaciones, las del aprendizaje y del conocimiento y las tecnologías para el empoderamiento y la participación como instrumentos de apoyo al docente de la universidad del siglo XXI**. Medisur [revista en Internet]. v. 12, n. 1, p. 289-294. 2014.

SANDERSON, H.; LEA, J. **Implementation of the Clinical Facilitation model within an Australian rural setting: The role of the Clinical Facilitator.** Nurse Education in Practice, v. 12, p. 333-339, 2012.

SCHEIL-ADLUNG, X. **Global evidence on inequities in rural health protection: New data on rural deficits in health coverage for 174 countries.** International Labour Office: Geneva, 2015.

SEDGWICK, M.G.; YONGE, O. **Undergraduate nursing students' preparedness to "go rural".** Nurse Education Today, v. 28, p. 620–626, 2008.

SKAALVIK, M.W.; GASK, M.; NORBYE, B. **Decentralized nursing education in Northern Norway: a basis for continuing education to meet competence needs in rural Arctic healthcare services.** Int J Circumpolar Health, v. 73, p. 25328, 2014.

SILES, G.J.; SOLANO, R.M.C. **A história cultural e a estética dos cuidados de enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v 19, n. 5, 2011.

SILES, J.G. **La utilidad práctica de la epistemología en la clarificación de la pertinencia teórica y metodológica en la disciplina enfermera.** Index de enfermería. [Edición digital]. v. 25, n. 1, p. 86-92. 2016.

_____. **Antropología, historia y enfermería.** Cultura de los Cuidados, v. 4, n. 7-8, 2001.

TSCHETTER, L.; LUBECK, P.; FAHRENWALD, N. **Integrating QSEN and Technology to Address Rural Health Care: Initial Outcomes.** Clinical Simulation in Nursing, v. 9, n. 10, p. 469-475, 2012.

YONGE, O. J.; MYRICK, F.; FERGUSON, L.M.; GRUNDY, Q. **Nursing preceptorship experiences in rural settings: "I would work here for free".** Nurse Education in Practice, v.13, p. 125-131, 2013.

A ARTICULAÇÃO TEORIA-PRÁTICA NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS: POSSIBILIDADES DO AUTOESTUDO DOCENTE

Lídia Chiaradia da Silva

Universidade Federal de Itajubá, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Itajubá, Minas Gerais

Rita de Cássia Magalhães Trindade Stano

Universidade Federal de Itajubá, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Itajubá, Minas Gerais

RESUMO: O presente artigo traz uma reflexão acerca do autoestudo docente e suas possibilidades num Projeto Político Pedagógico (PPP) de um curso de formação de enfermeiros. Considera-se que, principalmente na área da saúde há permanente articulação entre teoria e prática, da mesma forma como o autoestudo docente estabelece a conexão entre prática de ensino e teoria que a fundamenta. Trata-se de um conjunto de elementos pedagógico-epistemológicos sobre a(não)formação pedagógica de professores que atuam na formação de profissionais da área da Saúde e alguns caminhos que podem ser criados, a partir do próprio PPP, com vistas à articulação teoria-prática que é inerente à área e que pode consubstanciar, pedagogicamente, a atividade docente. Ao final, apresenta-se um guia para ser utilizado no exercício de autoestudo docente.

PALAVRAS-CHAVE: Autoestudo. Docência. Pedagogia Universitária. Formação de

Professores

ABSTRACT: The present article brings a reflection about the teaching self-study and its possibilities in a political pedagogical project (PPP) of a training course of teachers. It is considered that, especially in the area of health, there is a permanent articulation between theory and practice, in the same way as the teaching self-study establishes the connection between teaching practice and teaching theory that supports. It is a set of pedagogical – epistemological elements about the (non) pedagogical formation of teachers who work in the training of professionals in the area of health and some ways that can be created, from the PPP itself, with a view to the theoretical – practice that is inherent to the area and that can pedagogically substantiate the teaching activity. At the end, a guide is presented to be used in the self-study exercise.

KEYWORDS: Self-Study. Teaching. University Pedagogy. Teacher Training.

1 | INTRODUÇÃO

Este estudo tem por objetivo discutir e aprofundar conceitos a respeito do autoestudo docente suscitados a partir de uma análise efetuada do Projeto Político Pedagógico de um

Curso de Graduação em Enfermagem de uma Faculdade no Sul de Minas Gerais.

O autoestudo docente, conforme considerado na literatura específica e nas pesquisas publicadas, apresenta potencial para ser experienciado em disciplinas do currículo de formação de enfermeiros(e de cursos em geral na área da Saúde) que, obrigatoriamente, articulam teoria e prática da mesma forma como o autoestudo docente estabelece a conexão entre prática de ensino e teoria que a fundamenta.

Há, nesta reflexão, uma “relevância pedagógica” que poderá apontar possibilidades de mudanças na política avaliativa no Ensino Superior exigindo melhorias qualitativas na ação docente, contribuindo para que a Pedagogia possa criar outros instrumentos para trabalhar a qualidade didática e formação docente.

Outrossim, há uma “relevância institucional” na reflexão que se apresenta, podendo fornecer à instituição formadora de enfermeiros, bem como a outras, subsídios para redirecionamentos curriculares, reorientações didático-pedagógicas e comprovação da ausência de formação pedagógica institucionalizada para formação docente no Ensino Superior.

O exercício reflexivo acerca da prática docente como ‘self-study’ vem ao encontro das ideias de Freire (2004) e Giroux (1997), autores que fundamentam estas reflexões, rumo à construção de um projeto educacional voltado ao empoderamento, pautado em um paradigma que valoriza a promoção do ser humano e uma vida profissional decente com qualidade e dignidade. Assim, o autoestudo, é uma modalidade, não só de estudar a prática docente, mas também um modo de aprimorá-la no exercício ensino superior e uma possibilidade de teorizar a docência específica e adequada para a área da saúde.

2 | A DOCÊNCIA NO CAMPO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR

A recuperação das trajetórias da docência tem se constituído num interessante modo investigativo no campo da educação, sobretudo na formação de professores da área da saúde.

Grande parte dos profissionais que exercem o magistério universitário não tem a devida formação para a docência, sendo profissionais de sucesso na área específica do seu curso de bacharelado, mas, não dominam o referencial pedagógico necessário ao desempenho da sua ação na sala de aula (ROSA, 2003; SACRAMENTO, 2003).

Em geral, os professores ensinam conforme o modo como foram ensinados, distantes da compreensão teórica das consequências de suas práticas. Exercitam saberes e, muitas vezes, têm êxito no que fazem, mas não são produtores de conhecimento sobre sua profissão. Dentro dessa lógica, conforme Chamlian (2003), o ensino e a formação profissional de boa qualidade nem sempre se concretizam. Se a condição da boa prática profissional pode ser importante para os professores universitários, ela não é garantia do desenvolvimento de um ensino que gere, nos

estudantes, aprendizagens significativas.

Para Silva (2003), um dos maiores problemas encontrados no ensino, é a precária formação de professores. A partir da década de 1980, ampliaram-se os debates sobre a profissionalização do professor e o exercício do ensino como uma atividade profissionalizada, que estaria a exigir uma ruptura com as representações cristalizadas de como ser professor. Montero (2001) aponta que a profissionalização tem se constituído numa aspiração prioritária dos sistemas educativos na busca pela qualidade dos processos e dos resultados da educação.

É possível detectar algumas evidências que decorreram da compreensão inequívoca de que a qualidade da educação superior estaria dependente da relação de indissociabilidade do ensino com a pesquisa e dessas duas dimensões com a extensão.

Para tal, o lugar da formação para o exercício do magistério superior seria a pós-graduação *stricto sensu*. Sem nenhum grau de constatação dessa premissa, o equívoco está em assumir que os saberes da pesquisa seriam suficientes para garantir um ensino de qualidade. Estabeleceu-se uma profunda dicotomia entre a graduação e pós-graduação, enfatizando o prestígio dessa última que, além de merecer uma formação exclusiva, qualifica, com seus insumos, a carreira do professor.

Em 2002, a Coordenação de Aperfeiçoamento do Ensino Superior (CAPES) determinou a obrigatoriedade do estágio supervisionado na docência, como parte das atividades dos bolsistas de mestrado e de doutorado sob a sua tutela (BRASIL, 2002). Em que pesem as orientações legais para tal, investigação de Forster et al. (2008) tem demonstrado porque há uma diluição intensa nos procedimentos que regem essa experiência, por parte das universidades e programas, nem sempre cumprindo os objetivos previstos para ela. Em raras oportunidades, esse estágio os aproxima das condições objetivas da docência e seus desdobramentos na graduação.

Nesse cenário, os docentes universitários devem sentir-se estimulados a participarem de programas de educação inicial e continuada, de modo a constituírem e ampliarem os saberes necessários à docência. Percebe-se, cada vez com mais clareza, que o domínio dos conhecimentos das especificidades científicas é importante, mas insuficiente para responder à complexidade dos problemas que emergem na prática cotidiana de sala de aula.

As investigações referentes à docência universitária no campo da saúde ainda são escassas. O poder e o prestígio social provêm do campo específico, e não do saber pedagógico da docência universitária.

Ser professor é um processo complexo que necessite de tempo. “Um tempo para refazer identidades, para acomodar inovações, para assimilar mudanças”. (NÓVOA, 1995, p. 16).

Importante uma reflexão sobre a articulação dos conceitos “formação” e “docência” no espaço da profissão docente. Ambos os termos têm sido empregados com múltiplas significações, o que dá margem a equívocos e contradições. É importante verificar as

significações indagando sobre seu aparecimento, permanência e transformação nos contextos em que são utilizados.

A formação de professores se realiza no currículo escolar, em situação de prática de ensino, à medida que esse profissional aprende a ensinar.

Ao contextualizar-se a construção do saber ensinar docente, focalizando professores com formação em outras áreas, sem formação para a docência, não se poderia deixar de discutir a formação epistemológica e profissional de sua prática, em virtude de se considerar a práxis como geradora de produção do saber. Esse saber de referência está ligado à experiência do professor e à sua identidade. O saber pedagógico é produzido a partir da experiência do docente (NÓVOA, 1997).

Portanto, é condição aprimorar a formação do professor para a construção de saberes pertinentes e coerentes com sua função na sociedade para a consecução dos objetivos da educação em direção à realização de um projeto sociocultural da humanidade, visando a uma transformação social emancipadora de responsabilidade coletiva (SANTOS, 2003).

A relação de pertença de conhecimentos, com uma prática docente é elemento identificador de sua profissão, exigível para o exercício da docência. O desenvolvimento de uma nova cultura profissional dos professores passa pela produção de saberes e de valores que propiciem um exercício autônomo da profissão docente.

Toda formação docente encerra um projeto político de ação e transformação, decorrentes de posição epistemológicas, ideológicas e culturais relativas ao ensino, ao professor e aos alunos.

Imbernón (2004, p. 43-47) considera “a formação docente como elemento essencial, mas não único, do desenvolvimento profissional do professor”. Para ele, o desenvolvimento profissional do professor supõe desenvolvimento pedagógico, conhecimento e compreensão de si mesmo, desenvolvimento cognitivo ou teórico, mas não só isso.

O saber ensinar é aspecto importante na formação identitária epistemológica e profissional do professor, é condição necessária para o seu bom desempenho. Para o aluno, a aprendizagem de saberes específicos da sua futura profissão é condição para um exercício profissional competente. Sem as condições docentes (saber ensinar) e discentes (aprender) apontadas, não se realiza o “para que” a educação, isto é, a sua função social de desenvolvimento do ser humano, de dimensão ética.

Nessa perspectiva, o saber da prática docente faz parte do saber da experiência, que será analisado, em especial, na dimensão pedagógica, em sua relação com o saber ensinado (saber em formação profissional), e o saber ensinar (a ser aprendido na prática da docência), considerando-se que auto-formação docente e produção de saberes de ensino ocorrem, simultaneamente, e não se separam,

A falta de formação profissional conduz o docente a fundamentar sua competência nos seus saberes práticos ou de experiência adquiridos e validados na sua práxis social cotidiana, ou seja em sua “cultura docente em ação”, ponto de partida para a

construção dos seus saberes.

Os saberes pedagógicos se constituem na prática de ensino e fundamentam a docência. O saber ensinar representa uma elaboração pessoal do professor ao confrontar-se com o processo de transformar em saber de ensino o conteúdo aprendido no percurso de sua profissão, na interação, a partir de uma reflexão crítica, que possibilita uma nova compreensão do ensinar, e, assim, sucessivamente.

Muitos professores têm vivência de sua profissão e domínio do conhecimento profissional acumulando que é construído para transforma-se em conteúdo a ser ensinado ao aluno. Aprendem a ensinar, ensinando. São ensinantes aprendizes, na concepção freireana.

Essa nova concepção favorece a resignificação do saber individual e coletivo dos docentes, o que vai dar a cada um a construção de um saber próprio, com identidade própria, de acordo com o seu saber acumulado, reconstruído para ser ensinado e resignificado para ser renovado, de acordo com a profissão e cada situação de ensino.

Nessa direção, desenha-se a trajetória de formação da identidade docente profissional e epistemológica dos professores, no ensino superior. A formação docente de realiza via currículo informal e oculto, com identidade flexível, sem perder, contudo, sua essência alicerçada no saber ensinar.

A formação do profissional para a docência se realiza no cotidiano, em situação de ensino, por ele próprio, se legitima na coletividade dentro de um contexto social, institucional e profissional, de forma não sistematizada, no seu ritmo e de acordo com sua cultura e características individuais. Ele é sujeito de sua formação, é sujeito epistêmico em ação, o que resulta em sua autoformação.

3 | APRENDIZAGEM DO ENSINAR NO ESPAÇO DO EXERCÍCIO DOCENTE

Segundo Mizukami (2004, p. 33) “o que os professores precisam saber para poder ensinar e para que seu ensino possa conduzir as aprendizagens dos alunos? Como os professores aprendem a ensinar? Como os professores constroem conhecimentos sobre o ensino? ”

Há estudos que focalizam processos cognitivos envolvidos tanto na proposição quanto no desenvolvimento de atividades que o professor planeja. Tais estudos, embora não conclusivos, têm contribuído para compreensões sobre o que o professor pensa e sobre como aprende a ser professor.

Estudos sobre o ‘pensamento do professor’ evidenciaram que os pensamentos, as crenças e as teorias pessoais dos professores eram importantes na configuração de suas práticas de sala de aula e em suas decisões curriculares.

Shulman (1986) indica que, na tentativa de simplificar as complexidades do ensino em sala de aula, as pesquisas até então realizadas ignoram um aspecto central da vida da sala de aula: o conteúdo específico da disciplina que os professores

lecionam. “Tais pesquisas não investigam [...] como o conteúdo específico de uma área de conhecimento era transformado a partir do conhecimento que o professor tinha em conhecimento de ensino” (SHULMAN, 1986, p. 6).

Não procede a suposição de que professores ou sabem ou não sabem algo. Eles sabem suas matérias de diferentes formas e com diferentes áreas de especialização e familiaridade.

A base do conhecimento para o ensino consiste de compreensões, conhecimentos, habilidades e disposições que são necessários para que o professor possa favorecer processos de ensinar e de aprender, em diferentes áreas de conhecimento, níveis, contextos e modalidades de ensino. Essa base envolve conhecimentos de diferentes naturezas, todos necessários e indispensáveis para a atuação profissional. Os profissionais do ensino necessitam de um corpo de conhecimento profissional que os guie em suas decisões quanto conhecimento da matéria.

Quanto ao ensino do conteúdo, o professor deve possuir uma compreensão mínima e básica da matéria a ser ensinada de forma a tornar possível o ensino e a aprendizagem dos alunos e um bom conhecimento das possibilidades da matéria em todos os contextos.

Embora o conhecimento do conteúdo específico seja necessário ao ensino, o domínio de tal conhecimento, por si só, não garante que o mesmo seja ensinado e aprendido com sucesso. É necessário, mas não suficiente.

Os professores devem encontrar formas de comunicar conhecimentos para seus alunos. Eles devem ter conhecimento da área de atuação e conhecimento de como ajudar seus estudantes a entender a matéria. A experiência está presente em todo o processo de raciocínio pedagógico, a ser considerado a seguir, e é condição necessária para a construção do conhecimento pedagógico do conteúdo por parte do professor.

Citado por Shulman (1986), o processo de raciocínio pedagógico, enfatiza que quando o professor aprende ensinar, ele deve estar preparado para inúmeras formas diferentes de abordar o ensino, ele deverá ser capaz de lidar com a abordagem diferente de cada aluno. Os alunos irão colocar questões a partir de diferentes áreas e o professor deverá ser capaz de abordá-las a partir do referencial teórico deles. Dessa forma, quando se aprende a ser professor, deve-se aprender em termos de como vai ensinar algo, como isso vai ensinar algo, como isso vai afetar os estudantes e como eles serão capazes de entender a matéria.

Para Mizukami (2004, p. 41):

A colocação desse professor gera um desafio: como aprender algo de muitas maneiras diferentes? Os professores deverão gerar formas alternativas de lidar com suas disciplinas – análises, ilustrações, metáforas, exemplos, experimentos, simulações, dramatizações, músicas, filmes, casos de ensino, demonstrações, etc. – que levem em consideração diferentes habilidades, conhecimentos prévios e estilos de aprendizagem de seus alunos. O modelo de raciocínio pedagógico contempla, precisamente, o processo de construção desse conhecimento de como ensinar.

Embora uma parte significativa da base de conhecimento de uma profissão seja gerada por especialistas na academia, tal base não constitui conhecimento profissional a menos que e até que seja efetivamente utilizado em contextos específicos e no campo da prática.

Docência no ensino superior e autoestudo de prática docente

Uma das questões candentes na discussão contemporânea educacional é o novo rumo da formação docente. O grande desafio, nessa área, é ressignificar a formação, revendo sua concepção, seus objetivos e funções; buscando criar outras maneiras de desenvolver o processo de autoformação e autoestudo da sua própria prática docente.

“A formação não se constrói por acumulação (de cursos, conhecimentos ou técnicos), mas sim, através de um trabalho de flexibilidade crítica sobre as práticas e de reconstrução permanente de uma identidade pessoal”. (NÓVOA, 1992, p. 25)

A reflexão sobre a prática é a base fundamental da formação e autoformação. A reflexão propõe voltar atrás para examinar melhor, para ver e rever a realidade de forma atenta, compreensiva e abrangente.

“A gente se faz educador, a gente se forma como educador, permanentemente, na prática e na reflexão sobre a prática”. (FREIRE, 1999, p. 58)

O saber docente não só se faz pela acumulação de conhecimentos, mas se pensa em saber construído a partir da fundamentação teórica consistente e rigorosa para voltando-se à prática, transformá-la graças à reflexão.

Ação-reflexiva-ação: eis o movimento essencial da formação onde impera o processo reflexivo. “Para que a experiência se converta em saber é necessário fazer do exercício do trabalho, objeto de reflexão e pesquisa pelos que nele estão diretamente implicados”. (NÓVOA, 1992, p. 27)

Ao se assumir como sujeito de sua prática e de seu processo de conhecimento, o professor torna-se participante ativo e engajado no processo.

O professor se constrói em um processo coletivo, educando-se com os parceiros de atividade docente e com seus alunos, no seu espaço de trabalho e interação com os mesmos.

Busca-se, enfim, uma mudança na postura do professor mais participativo, solidário, democrático, criativo e fundamentalmente, reflexivo, produtor de sentido e significado, tendo no horizonte, uma sociedade mais justa e humana.

Roldão (2007) no que se respeita à representação do conceito de ensinar, a sua leitura é ainda hoje atravessada por uma tensão profunda entre o “professor um saber” e o “fazer os outros se apropriarem de um saber”, ou melhor, “fazer aprender alguma coisa a alguém”.

Ensinar configura-se ainda, fazer aprender alguma coisa. Não é a perícia técnica da aula, tampouco a pura inspiração criativa, que fazem a especificidade do saber docente. E, contudo, o conhecimento profissional (do professor, do enfermeiro, entre outros) exige sem dúvida o rigoroso domínio de muito saber técnico (como fazer) e o domínio de uma componente improvisativa e criadora ante o “caso”, a “situação”, que

podemos chamar de artística”. (ROLDÃO, 2007).

A prática pedagógica, que é o fazer diário do professor, depende não apenas dos conhecimentos formais, adquiridos principalmente nos cursos de formação, mas essencialmente depende das observações diárias que o professor faz do seu próprio trabalho, dos seus alunos, da escola, da sociedade e da reflexão diária que impõe todo trabalho pedagógico. É nesse sentido que se apontam os saberes escolares, os saberes pedagógicos e os saberes docentes e ainda, a experiência profissional como fenômenos que se misturam na atividade diária do professor, haja vista a definição dada ao professor, segundo seu papel e atuação.

A pedagogia universitária é estruturada em torno de princípios, diretrizes e ações relacionadas à educação do jovem, orientados pelos objetivos, métodos e técnicas de ensino, tecnologias educativas e avaliação da aprendizagem, implicando na construção da vida adulta (ARAÚJO, 2008).

Veiga (2006) relata há a necessidade da aquisição de conhecimentos e habilidades relacionadas à atividade docente, visando à melhoria da qualidade do ensino. Assim, se vê necessário investir na formação, científico-pedagógica, de professores universitários, para que sejam capazes de lidar com a universidade como instituição social, onde estão presentes reflexão, crítica e ideias de formação.

Para Nóvoa (2000), será necessário que os professores diversifiquem os tipos de relação pedagógica, diferindo dos usados atualmente. Dessa forma, não basta ensinar algumas técnicas pedagógicas para sanar, temporariamente, o problema.

Isso acontece, pois, de acordo com o artigo 66 da Lei 9394/96 (de Diretrizes e Bases da Educação), o professor universitário é preparado prioritariamente, nos programas de mestrado e doutorado. Não ocorre uma formação, e sim uma preparação dentro desses programas (BRASIL, 1996).

Pedroso e Cunha (2008) apontam a necessidade de mudanças nas políticas nacionais de saúde e educação no que diz respeito à formação profissional, para isso é preciso estimulação e apoio para ampliação da responsabilidade social dos egressos.

O professor universitário precisa se adaptar devido às mudanças de paradigma, pois as práticas pedagógicas universitárias refletem a sociedade, revelando a complexa interação humana e dinâmica social. Assim, o professor precisa inovar para compreender as atividades de ensino, pesquisa e aprendizagem que estão em constante atualização, incitando a descoberta e a aprendizagem por meio do diálogo entre ele e o aluno (PEDROSO; CUNHA, 2008).

A temática das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), aliada à formação de professores, suscita reflexões sobre a natureza do trabalho pedagógico, com base nas mediações técnicas e no desenvolvimento do processo formativo dos profissionais da educação nesse contexto.

Para Alonso (2008), carrear o fenômeno da globalização e seus reflexos nos vários âmbitos da vida humana é importante, à medida que, por meio de uma

série de reconstruções de nosso cotidiano, podemos entender como foi alterada a percepção sobre o mundo. Tempo, espaço e trabalho são afetados pelas dinâmicas que reconfiguram nossas relações, nossa maneira de ser/estar no mundo. Embora seja um processo marcadamente econômico, há nisso uma lógica que impõe outros modos de organização da vida, que se espalha pelo social, cultural, político-educacional, demanda rearranjos e criações humanas que nos possibilitam interagir com o novo, compreender o desconhecido. É neste contexto, que a formação de professores também se encerra, seja pelos desafios gerados na e pela forma como o conhecimento é produzido e socializado, seja pelos dilemas postos aos sistemas de ensino em qualquer de seus níveis.

Para Fernandes (2001) existe uma preocupação, por parte da instituição de ensino, com a competência profissional no tocante de sua formação, sem trazê-lo no contexto histórico na perspectiva de ser professor.

O Plano Nacional de Graduação (PNG) traz um novo contexto para a educação, no qual a formação é vista como um processo contínuo dentro das Instituições de Ensino Superior (IES) (VEIGA, 2006).

A integração das TIC assumiu o papel de catalisadora de mudanças na implementação de novas alternativas à educação e à prática pedagógica dos professores, tanto na mudança ao incorporar as TIC na aprendizagem e no processo de construção de conhecimentos, tanto na aula formal como nas situações de estudo individual e desenvolvimento de trabalhos, despertando a curiosidade epistemológica do aluno.

Provocar mudanças na prática pedagógica, valorizar os professores, compartilhar saberes e experiências; recuperar a função social da escola como espaço democrático de ensino, aprendizagem e formação para a emancipação humana são aspectos potencializados como o uso das TIC.

Em sua atuação cotidiana, o professor forma e se forma, chamado conhecimento compartilhado, sendo este um processo de construção pedagógico e epistemológico contínuo capaz de envolver os professores em tudo que eles acreditam, veem e fazem, proporcionando-lhes o princípio de suas aprendizagens. (BOLZAN; ISAIA, 2010).

Dentro da sala de aula, o professor universitário enfrenta um desafio em como articular o ensinar e o aprender, pois nem sempre tem domínio do conhecimento para si, dentro da sua prática profissional, consegue transmitir esse conhecimento. O professor precisa, além de ter um domínio específico de uma determinada área, desenvolver o saber político e o saber pedagógico (ALTHAUS, 2004).

Ignorar a especificidade da escola como território formador e formativo, significar escola e as TIC, compreendendo o caráter técnico e instrumentalizador das tecnologias, tem como consequência sua utilização pedagógica, possibilitando reafirmar o território singular da escola e a autoridade do professor neste espaço.

Nas TIC, a internet vem sendo usada como um recurso de métodos de aprendizagem de ensino superior, com as dinâmicas de ensino a distancia, criando uma

porta de comunicação entre professores e alunos, na qual partilham as informações e decidem como usá-la (ALVES et al., 2012).

De acordo com Bolzan e Isaias (2010), para a produção de uma pedagogia específica para o ensino superior é necessário refletir sobre a prática como um ponto principal essencial, questionando-se sobre as ações tomadas e suas relações entre as teorias e os problemas que resultam dessa prática, possibilitando o avanço e formulação de novos saberes. Porém, esses mesmos autores constatam que inexistem processos formativos específicos para o ensino superior, evidenciando que o docente universitário não tem formação pedagógica para formar profissionalmente outros sujeitos.

Althaus (2004) cita que a prática pedagógica baseia-se num melhoramento de conhecimento teórico juntamente com suas experiências do cotidiano, pois a prática e a reflexão solidificam as ações, buscando novos conhecimentos.

É necessário praticar a formação-ação, ensino-aprendizagem, desenvolvendo assim competências interpessoais envolvendo, efetivamente, agentes educativos no processo ensino e aprendizagem. A formação tem a função de qualificar os profissionais e não apenas prover-lhes um perfil profissional padrão. Na docência, é indispensável trabalhar as relações humanas, com iniciativa e participação nas ações do profissional, pois o objeto deste trabalho é dinâmico (LEITE; RAMOS, 2012).

Depois de analisar algumas práticas de ensino-aprendizagem-avaliação, Alves et al. (2004) constataram que o feedback, a avaliação em pares e os e-portfolios viabilizam o envolvimento dos discentes num debate contínuo, tornando-os os protagonistas do próprio processo formativo, isso tanto no contexto presencial quanto no ensino a distância. O feedback incentiva o aluno a refletir sobre seu aprendizado, aumenta a compreensão, aprendizagem e motivação. A avaliação por pares analisa a aprendizagem de pares com o status similares, levando em consideração a quantidade, o nível, valor, qualidade ou o sucesso da aprendizagem. O e-portfolio é baseado em sua versão física, criado em ambiente digital, podendo mesclar texto, imagens, áudio e vídeo na sua composição (ALVES et al., 2012).

Para Cyrino e Toralles-Pereira (2004) a problematização e a aprendizagem baseada em problemas (ABP) são outras estratégias de aprendizagem, que visam o desenvolvimento de ensinar e aprender trabalhando problemas, de forma intencional. Esse tipo de educação está fundamentado no diálogo entre professor e aluno, gerando um processo emancipatório no qual ambos aprendem juntos. Essas estratégias rompem o modo tradicional de ensinar e aprender, pois estimula a gestão participativa dos participantes da experiência, reorganizando a relação entre teoria e prática.

A problematização enfatiza que os problemas que serão estudados sejam obtidos através da observação da realidade, desenvolvendo, assim, a consciência crítica e proporcionando aos alunos uma reflexão da realidade estudada. Já a ABP promove uma investigação, integrando os sinais e sintomas encontrados com seus conhecimentos prévios, adquirindo habilidades, exercício e construção intelectual (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

4 | POSSIBILIDADES DO AUTOESTUDO DOCENTE NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DA TEORIA-PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Reconhecida na área do ensino, há 60 anos, a Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB) vem gerando e difundindo o conhecimento e a cultura, baseada nos padrões de crença, valores científicos e espirituais, sistematizados a assistência de enfermagem, bem como, promovendo a formação integral e permanente das pessoas e dos acadêmicos, futuros profissionais da saúde, respondendo às transformações da sociedade quanto à promoção, prevenção, restauração e reabilitação da saúde.

Por ser uma instituição de caráter confessional, o seu Projeto Político Pedagógico (PPP) expressa valores religiosos focados na formação da pessoa humana e na integralidade da formação do profissional de saúde. Enfatiza como objetivo identitário que tal formação humana deve estar embasada nos preceitos católicos referentes ao trabalho na área da saúde que garanta a dignidade da pessoa humana e ressaltando o cuidado com a formação moral do aluno.

Tem como missão, desenvolver e difundir o conhecimento e a cultura, assim como promover a formação integral e contínua de cidadãos e enfermeiros comprometidos com a vida, com a saúde em níveis de prevenção, promoção, restauração e reabilitação, e com o progresso da sociedade e da profissão. (ESCOLA DE ENFERMAGEM WENCESLAU BRAZ, 2016).

O conceito de saúde explicitado no PPP supõe a formação de um profissional que tenha competências críticas e teórico-práticas no sentido de contribuir para a diminuição da desigualdade social. É, pois, dada ênfase à formação generalista, técnico-científica, político-social, ética, legal e deontológica, que o capacita intervir no processo saúde-doença de forma crítica e competente e garantir a qualidade da assistência de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde, nas áreas assistencial e de gerenciamento.

O documento traz em seu marco referencial, uma análise sobre o cenário da saúde a partir das condições econômicas, sociais e política brasileira. Tal marco define de acordo com o documento, o currículo de formação do Enfermeiro, destacando-se os aspectos teóricos, práticos, clínicos e estágio. Cabe destacar que tais aspectos se delineiam numa orientação de contextualização dos conteúdos teórico-práticos e assim explicita-se articulação pretendida entre teoria e prática no programa de pesquisa, ensino e extensão no texto oficial.

A inovação na educação superior está relacionada ao docente usar novas tecnologias de informação e comunicação, a utilização de computadores para a realização das atividades pelos alunos, oferecer mais trabalhos em grupo e menos aulas expositivas, explorar o ensino a distância e incentivar o uso de laboratórios de informática. O professor adquire um novo papel, sendo o gestor e mediador de aprendizagem, onde as comunicações e a informação são a base do meio social (MASETTO, 2004).

Para Alves et al. (2012), é necessária uma reorganização curricular, flexibilizando os processos e integrando os conhecimentos, assim obtendo respostas mais eficazes no que se refere a mobilidade e a empregabilidade dos graduados, sendo indispensável que todos nas IES sejam aptos para trabalhar com os avanços do conhecimento científico, os desafios da empregabilidade e do empreendedorismo e as exigências da sociedade.

Observa-se que as disciplinas que compõem a grade curricular têm parte perfil teórico e parte prática. Mostra-se que a disciplina, por exemplo, “Enfermagem na Saúde Coletiva II”, como outras, permeia teoria e prática. Logo o documento aponta articulação teoria e prática no currículo da instituição, mas não especifica caminhos pedagógicos para tal.

O professor tem de ser capacitado cientificamente (diploma) e ter domínio de conhecimentos pedagógicos. Porém, as IES precisam além de apoiar programas de pós-graduação *stricto sensu*, promover programas de educação continuada, visando assim o bom desempenho de seus professores (VEIGA, 2006). Tais aspectos precisam ser amparados e garantidos como princípios para a consecução do percurso de formação delineado pelo próprio PPP, considerando a especificidade do perfil profissional dos profissionais da saúde.

De acordo com Masetto (2011), a aprendizagem não é apenas se desenvolver intelectualmente, mas também desenvolver suas habilidades, atitudes e valores. Para isso é necessário a inovação curricular no ensino superior, que integra de forma efetiva a prática profissional com as teorias e princípios adquiridos no processo de aprendizagem em todo o período de formação. Alunos e professores são atores principais nessa inovação, mas é preciso modificar seus papéis, performance e atitudes para que se adaptem a essa inovação.

Assim, o autoestudo docente pode ser estimulado a partir da criação de espaços teórico-metodológicos num projeto político pedagógico com vistas a uma formação humanista, emancipatória em que professores e alunos, como sujeitos do processo de formação profissional, se exercitem na reflexão e articulação teoria-prática.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No intuito de apontar os elementos básicos tratados nesta reflexão, acreditamos ser necessário destacar que não se pode mais pensar o ensino e a aprendizagem sem pesquisa, sem autoestudo; pois ela, ou ele que nos move a procurar respostas. Neste sentido, a indissociabilidade entre ensino, pesquisa, autoestudo é sem dúvida, uma das competências mais importantes para ensinar/aprender no mundo contemporâneo, isto porque é por meio do ensino com pesquisa que os professores e alunos podem ampliar o discernimento com relação à realidade em que estão inseridos, aguçando a percepção para lidar com o conhecimento e a provisoriedade deste.

O autoestudo não se reduz à necessidade de refletir sobre a prática docente

e não somente entender a forma de estar no ensino, mas busca ocupar os espaços educativos, fazendo necessário superar o posicionamento de inquestionabilidade e contribuir para melhorar a prática profissional, pautada por uma atitude reflexiva mais constante e consciente. Logo, isso implica perceber a docência e a investigação como atividades complementares que se beneficiam mutuamente, constituindo, assim, práticas pedagógicas imbuídas de uma visão mais relacional, com maiores flexibilidade e mobilidade, inclusive no que tange à aproximação entre teoria e prática.

Consideramos as reflexões aqui expostas não como originais, mas provocadoras de indagações que precisam retornar à pauta de discussões, porque são essenciais na conquista de novas/velhas intencionalidades pedagógicas, como protagonistas de uma ação docente inovadora e comprometida na e para a construção de novos saberes e intencionalidades pedagógicas.

Mas para ser capaz de compreender e transformar a realidade, a pesquisa sobre a a própria prática profissional (autoestudo) não pode descurar a reflexão sobre si mesma e o seu sentido autocrítico, debatendo o seu trabalho na sua comunidade de referência e dialogando também com outros atores sociais apostados na promoção de uma educação para a saúde de qualidade para todos.

Aproximar teoria e prática, tornando a ação docente uma práxis pedagógica, porque respaldada na reflexão, é um modo de garantir aperfeiçoamento constante entre o saber e o fazer, entre o pensar e o agir, respaldando tomada de decisões e reordenamentos do planejamento traçado.

O estímulo à realização de autoestudo no ensino de enfermagem pode contribuir para o aperfeiçoamento da docência e respaldar o trabalho da coordenação pedagógica pela via do diálogo e da transparência, com vistas à melhoria da qualidade da formação do profissional da saúde.

Neste sentido, um guia de autoestudo foi elaborado, não como modelo, mas como uma proposta de traçado de ações para que o exercício docente seja permanentemente questionado e revisto pelos sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem. E, que cada professor, em sua docência, crie, recrie e aperfeiçoe a relação teoria-prática que sustenta toda e qualquer formação profissional.

REFERÊNCIAS

ALONSO, K. M. Tecnologias da informação e comunicação e formação de professores: sobre redes e escolas. **Revista Educação e Sociedade**, Campinas, v. 29, n. 104, p. 747-768, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v29n104/a0629104.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2015.

ALTHAUS, M. T. M. Ação didática no ensino superior: a docência em discussão. **Revista Teoria e Prática da Educação**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 101-106, 2004.

ALVES, M. P. et al. Práticas inovadoras no ensino superior. In: CONGRESSO IBERO- AMERICANO DE DOCÊNCIA UNIVERSITÁRIA, VII., 2012, Porto. **Anais...** Universidade do Minho, Portugal, 2012. 15 p.

- ARAÚJO, J. C. Pedagogia universitária: gênese filosófico-educacional e realizações brasileiras no século XX. **Linhas Críticas**, Brasília, DF, v. 14, n. 26, p. 25-42, jan./jun. 2008.
- BOLZAN, D. P. V.; ISAIA, S. M. de A. Pedagogia universitária e aprendizagem docente: relações e novos sentidos da professoralidade. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 10, n. 29, p. 13-26, 2010.
- BRASIL. Coordenação de Aperfeiçoamento de Ensino Superior (CAPES). Portaria n.º 52, de 26 de setembro de 2002. Regulamento do Programa de Demanda Social (DS). **Diário Oficial da União**, 26 set 2002.
- _____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 9394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 12. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 11 abr. 2016.
- CHAMLIAN, H. Docência na universidade: professores inovadores na USP. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 118, p. 41-64, mar. 2003.
- CUNHA, M. I. Ensino como mediação da formação do professor universitário. In: MOROSINI, M. C. (Org.). **Professor do ensino superior: identidade, docência e formação**. Brasília, DF: INEP, 2000. p. 45-51.
- CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.
- ESCOLA DE ENFERMAGEM WENCESLAU BRAZ. Secretaria Acadêmica. **Projeto Político Pedagógico**. Itajubá, 2016.
- FERNANDES, C. M. B. Docência universitária e os desafios da formação pedagógica. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 177-182, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/22.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2016.
- FORSTER, M. A escola e a formação docente: desafios em tempos desacreditados. In: FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2007.
- GARCIA, C. M. A formação de professores: novas perspectivas baseadas na investigação sobre o pensamento do professor. In: NÓVOA, A. (Org.). **Os professores e sua formação**. 3. ed. Lisboa: Dom Quixote, 1997. p. 51-76.
- GIROUX, H. A. **Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica de aprendizagem**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1997.
- IMBERNÓN, F. **Formação docente e profissional: forma-se para a mudança e a incerteza**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- LEITE, C.; RAMOS, K. Formação para a docência universitária: uma reflexão sobre o desafio de humanizar a cultura científica. **Revista Portuguesa de Educação**, Porto, v. 25, n. 1, p. 7-27, 2012. Disponível em: <<http://revistas.rcaap.pt/rpe/article/view/3014>>. Acesso em: 25 abr. 2016.
- LIMA, L.; AZEVEDO, M. L. N.; CATANI, A. M. O processo de Bolonha, o ensino superior e algumas considerações sobre a universidade nova. **Revista Avaliação**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 7-36, mar. 2008. Disponível em: <https://ape.unesp.br/pdi/execucao/artigos/avaliacao/a02v13n1.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2015.

MASETTO, M. **Didática**. São Paulo: FTD, 1997.

_____. Inovação na educação superior. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 197-202, set./fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a17.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. Inovação curricular no ensino superior. **Revista Científica E-Curriculum**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 1-20, ago. 2011. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/6852/4966>>. Acesso em 20 mar. 2016.

_____. **O professor na hora da verdade**: a prática docente no ensino superior. São Paulo: Avercamp, 2010.

MIZUKAMI, M. G. N. Aprendizagem da docência: algumas contribuições de L. S. Shulman. **Educação**, Santa Maria, v. 29, n. 2, p. 33-49, 2004.

MONTERO, L. **La construction del conocimiento profesional docente**. Buenos Aires: Homosapiens, 2001.

NÓVOA, A. Universidade e formação docente. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 129-138, ago. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/13.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

_____. Os professores e as histórias da sua vida. In: _____. **Vida de professores**. Porto. Porto Ed., 1992. 11-30.

_____. _____. 2. ed. Porto: Porto Ed., 1995.

_____. Universidade e formação docente. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 129-138, ago. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-3283200000200013>. Acesso em: 25 maio 2015.

PEDROSO, M. B.; CUNHA, M. I. da. Vivendo a inovação: as experiências no curso de nutrição. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 141-152, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/10.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

PERRENOUD, P. **Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens – entre duas lógicas**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no ensino superior**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ROLDÃO, M. C. Função docente: natureza e construção do conhecimento profissional. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, v. 12, n. 34, p. 94-103, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v12n34/a08v1234.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

_____. Formação de professores na investigação portuguesa – um olhar sobre a função do professor e o conhecimento profissional. **Revista Brasileira de Pesquisa sobre a Formação Docente**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 71-94, ago./dez. 2009. Disponível em: <<http://formacaodocente.autenticaeditora.com.br/artigo/exibir/1/4/1>>. Acesso em: 26 maio 2016.

ROSA, A. M. Ensino holístico da contabilidade: ofício de mestre. CRC Bahia **Revista Contábil**, Bahia, v. 1, n. 1, p. 19-23, 2003.

SÁ-CHAVES, I.; ALARCÃO, I. Supervisão de professores e desenvolvimento humano: uma perspectiva ecológica. In: SÁ-CHAVES, I. (Org.). **Formação, conhecimento e supervisão**:

contributos nas áreas de formação de professores e de outros profissionais. Aveiro: Universidade do Aveiro, 2000. p. 143-159.

SACRAMENTO, C. Curso de ciências contábeis: possibilitando a atualização consistente dos programas dos cursos de ciências contábeis. CRC Bahia: **Revista Contábil**, Bahia, v. 1, n. 1, p. 47-50, 2003.

SHULMAN, L. S. Those who understand: knowledge growth in teaching. **Educational Researcher**, Washington, v. 15, n. 2, p. 4-14, 1986.

SILVA, A. C. Aprendizagem autônoma: revolucionando o ensino da contabilidade. CRC Bahia: **Revista Contábil**, Bahia, v. 1, n. 1, p. 25-31, 2003.

STANO, R. de C. M. T. **A (in)visibilidade da pedagogia e as possíveis novas gramáticas no espaço acadêmico**: de uma pedagogia negada para uma pedagogia vivida. 2013. Tese (Pós-Doutorado)-Universidade do Minho, Portugal, 2013.

STANO, R. C. de M. T.; FERNANDES, S. F. O currículo e suas configurações: das práticas de ensino à qualidade da educação. In: COIMBRA, C. L. (Org.) et al. **A construção do saber docente por bacharéis no ensino superior**: desafios de uma formação. Curitiba: CRV, 2015. v. 6, cap. III, p. 55.

VEIGA, I. P. A. Docência universitária na educação superior. In: RISTOFF, D.; VIEIRA, F. **Em contracorrente**: o valor da indagação da pedagogia na universidade. Educação, Sociedades e Culturas, [S.l.], n. 28, p. 107-126, 2009.

USO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA DE PACIENTES EM CUIDADO INTENSIVO

Graciela de Brum Palmeiras

Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS

Adriano Pasqualotti

Universidade de Passo Fundo, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, Passo Fundo/RS

Marlene Teda Pelzer

Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS

RESUMO: A comunicação é fundamental no relacionamento entre as pessoas. Pode ser realizada pela fala, escrita ou gestos. Em determinadas situações a comunicação oral pode estar prejudicada, a escrita impossibilitada e os gestos podem não ser interpretados de forma clara. Essa é a realidade de pacientes impossibilitados de se comunicarem oralmente internados em centro de terapia intensiva. Partindo da premissa de que a comunicação é um instrumento básico do processo de cuidado para atender as necessidades dos pacientes, avaliamos o uso de equipamento assistivo móvel como método de comunicação alternativo entre a equipe de saúde e pacientes internados no centro de terapia intensiva. O uso

de equipamento assistivo móvel como método alternativo para comunicação entre a equipe de saúde e pacientes internados no centro de terapia intensiva foi eficaz. O uso do dispositivo CNV Mobile foi implantado no hospital de alta complexidade como um meio alternativo de comunicação.

PALAVRAS-CHAVE: Dispositivo assistivo. Comunicação não verbal. Cuidados de enfermagem. Centro de terapia intensiva. Equipe de saúde.

ABSTRACT: The communication is fundamental in the relationship between people. It can be performed by speech, writing or gestures. In certain situations, oral communication may be impaired, writing disabled and gestures may not be interpreted in a clear way. This is the reality of patients unable to communicate orally admitted to an intensive care unit. Based on the premise that communication is a basic tool of the care process to meet the patients' needs, we evaluated the use of mobile assistive equipment as an alternative communication method between the health team and inpatients in the intensive care unit. The use of mobile assistive devices as an alternative method for communication between the health team and inpatients in the intensive care unit was effective. The use of the CNV Mobile device was deployed in the hospital of high complexity

as an alternative means of communication.

KEYWORDS: Assistive device. Non-verbal communication. Nursing care. Intensive Care Center. Health team.

INTRODUÇÃO

A comunicação é essencial para o ser humano, é considerado fator imediato e decisivo na realização das interações (PALMEIRAS, 2013). O processo de comunicação entre as pessoas, permite o compartilhamento de mensagens, ideias, sentimentos e emoções. Em determinadas situações a comunicação oral pode estar prejudicada, a escrita impossibilitada e os gestos podem não ser interpretados de forma clara (PALMEIRAS; PELZER; PASQUALOTTI, 2017). Esta realidade é vivenciada pelos pacientes internados em centro de terapia intensiva (CTI), que se encontram traqueostomizados, entubados ou afásicos. Estes pacientes muitas vezes têm meios limitados de comunicação, realizados por meio do piscar dos olhos, cartões ilustrativos, ou pela escrita (PALMEIRAS, 2013).

No CTI, os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem têm um papel importante no cuidado dos pacientes, pois são os profissionais de saúde que estão presentes nas vinte e quatro horas à beira do leito (ALBINI et al., 2013). Sendo assim, a comunicação está inserida em todas as atividades do cuidado profissional de enfermagem, tais como: processo de enfermagem, anotações no prontuário do paciente, em outros documentos próprios da enfermagem e orientações aos indivíduos e família. Partindo dessa premissa, a comunicação está presente no dia a dia desses profissionais, seja no cuidado ao paciente, no atendimento à família ou no relacionamento entre equipe de saúde. A comunicação é instrumento básico no processo do cuidado, utilizado para atender as necessidades do paciente, proporciona humanização do cuidado e assistência de enfermagem de qualidade ao paciente e à sua família (BROCA; FERREIRA, 2015).

O desenvolvimento ineficaz da comunicação oral entre a equipe de saúde e pacientes impossibilitados de falar é uma problemática bastante vivenciada no CTI. É uma situação difícil para todos os envolvidos, gerando ansiedade, irritação e frustração tanto para o paciente como para os profissionais da equipe de saúde (PALMEIRAS, 2013). No CTI a comunicação apresenta particularidades que direcionam as ações de saúde ao cuidado do paciente em estado crítico (VILA; ROSSI, 2002). Trata-se de um ambiente diferenciado por envolver uma forte carga emocional, na qual vida e morte se embaralham, compondo um cenário desgastante (LEITE; VILA, 2005).

A tecnologia vem aprimorando mecanismos para contribuir comunicação de forma alternativa entre pacientes e profissionais de saúde. As pessoas utilizam constantemente ferramentas que favorecem e simplificam as atividades do dia-a-dia (CASTELLS, 2003). Além da sofisticação e aprimoramento dos mecanismos de comunicação já existentes, todos os dias surgem novos dispositivos que tornam mais

dinâmico a possibilidade de se comunicar (LEVY, 1993; BRETAS, 2001; PEIXOTO; CLAVAIROLLE, 2005).

Dentre os vários conceitos sobre tecnologia, há dois em especial que foram tomados para o desenvolvimento deste estudo. O primeiro se refere à tecnologia social (TS) e o segundo à tecnologia assistiva (TA). Quanto à TS, o Instituto de Tecnologia Social (ITS), que é uma organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP), e cuja missão é promover a geração, desenvolvimento e aproveitamento de tecnologias voltadas para o interesse social, definiu o seguinte conceito para essa tecnologia: “Conjunto de técnicas e metodologias transformadoras, desenvolvidas e/ou aplicadas na interação com a população e apropriadas por ela, que representam soluções para inclusão social e melhoria das condições de vida” (BRASIL, 2004, p. 26). Em países desenvolvidos, várias alternativas têm sido propostas, dentre as quais a tecnologia assistiva (TA) tem um papel de destaque. O Comitê de Ajudas Técnicas (CAT), na Reunião VII, de 13 a 14 dezembro de 2007, aprovou por unanimidade a adoção da seguinte formulação para o conceito de TA:

“É uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social” (BRASIL, 2009, p. 9).

Por sua vez, TA é qualquer produto, instrumento, estratégia, serviço e prática, utilizados por pessoas com deficiência ou idosas e produzidos para prevenir, compensar, aliviar ou neutralizar uma deficiência, incapacidade ou desvantagem e melhorar a autonomia e qualidade de vida dos indivíduos (COOK; HUSSEY, 1995; OMS, 2005; BRASIL, 2006; ISSO, 2007). Nesse sentido, a TA deve ser entendida como um auxílio que promove a ampliação de uma habilidade funcional deficitária ou possibilita a realização da função desejada. A área da tecnologia assistiva que se destina especificamente à ampliação de habilidades de comunicação é denominada de comunicação alternativa (CA). A CA se destina às pessoas sem fala ou escrita funcional ou em defasagem entre a necessidade comunicativa e a habilidade de falar ou escrever (SARTORETTO; BERSCH, 2013). O *tablet* é um dispositivo móvel de comunicação em forma de prancheta eletrônica, sem teclado e com tela sensível ao toque. Seu principal foco está no acesso à internet (CARDOZO, 2010). A utilização desse recurso tecnológico está cada vez mais assumindo um papel importante na comunicação entre as pessoas.

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde da OMS (2005) quanto aos tipos de deficiência ou estado de saúde, o *tablet* pode ser considerado como uma tecnologia assistiva de comunicação, informação e sinalização; quanto aos tipos de deficiência ou estado de saúde, o *tablet* é definido como um dispositivo assistivo móvel que pode ser classificado em dois segmentos: comunicação e interações e relacionamentos interpessoais. Quanto à comunicação,

esse dispositivo possibilita o seu processo tanto por meio da linguagem quanto de sinais; já quanto às interações e relacionamentos interpessoais o uso do tablet permite a realização de ações e condutas, necessárias para estabelecer com outras pessoas interações pessoais básicas e complexas, de maneira contextual e socialmente adequada (OMS, 2005). Toda a facilidade gerada pela possibilidade das pessoas interagirem por meio de simples toques permite que os usuários ganhem em agilidade e mobilidade. Essa praticidade abre espaço para o desenvolvimento de aplicações voltadas para o processo de comunicação que a cada dia está mais digital.

Diante desse contexto, a equipe de saúde deve buscar conhecimentos e processo instrucional para encontrar uma maneira de ação que torne o cuidado de enfermagem mais humanizado. O estudo objetivou avaliar o uso de dispositivo assistivo móvel como método de comunicação alternativa entre a equipe de saúde e pacientes internados no centro de terapia intensiva.

METODOLOGIA

O presente estudo faz parte de uma dissertação de mestrado, é do tipo quantitativo e qualitativo, de caráter exploratório analítico e de cunho longitudinal. Foi realizado no CTI Central de um hospital de alta complexidade localizado no município de Passo Fundo/RS. Atendeu a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). E também contemplou o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, atendendo aos aspectos éticos quanto ao sigilo, anonimato e de respeito aos valores do participante (COREN, 2013).

A pesquisa foi dividida em três etapas. Primeiramente identificamos junto aos profissionais da equipe de saúde da unidade, as principais necessidades de comunicação dos pacientes internados no CTI Central incapacitados de se comunicarem oralmente. Essa etapa foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada com profissionais dos três turnos de funcionamento da unidade, que aceitaram participar da pesquisa após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Ao todo foram entrevistados 43 profissionais da equipe de saúde.

A segunda etapa da pesquisa, foi composta pela elaboração de uma proposta de comunicação alternativa com o uso de dispositivo assistivo móvel e desenvolvido um aplicativo de comunicação alternativa intitulado “CNV Mobile”. Várias análises e mudanças foram realizadas com o propósito de melhorar e qualificar o recurso que foi oferecido. No início, o estudo visava à comunicação somente por imagens, porém após vários testes, melhoramos o aplicativo para que oferecesse áudio e também a possibilidade de escrever por meio da tela de desenho ou pelo teclado virtual. A amostra da segunda etapa contemplou 32 pacientes internados no CTI Central, impossibilitados de se comunicarem oralmente, de ambos os sexos, com idade entre 18 a 81 anos. A seleção dos pacientes foi realizada por conveniência.

O CNV Mobile foi introduzido no CTI Central depois de o paciente ou de um dos membros da família consentirem formalmente o seu uso para a realização do processo de comunicação. O sistema foi utilizado em vários momentos durante a internação do paciente para facilitar a comunicação de modo a auxiliar na assistência aos cuidados. Quanto ao cuidado relativo à contaminação, considerando ser um ambiente de cuidados intensivos, envolvemos os *tablet* em saco plástico, utilizamos luva cirúrgica nos pacientes e profissionais de saúde que realizavam o uso dos equipamentos, e após a finalização do uso tanto o saco plástico quanto as luvas cirúrgicas eram desprezados no lixo de assistência ao paciente.

Para avaliação, e validação de uso do CNV Mobile todas as ações do paciente foram registradas digitalmente por meio de sistema de banco de dados em arquivos de *log*. Esses registros permitiram realizar as inferências estatísticas. Por fim, foram desenhadas as interfaces do sistema que oportunizaram aos pacientes a comunicação alternativa com os profissionais da equipe de saúde, partindo de um modelo estático para um modelo dinâmico a partir da programação das rotinas do aplicativo desenvolvido para o dispositivo assistivo móvel. O paciente pode realizar o processo de comunicação por meio de figuras exibidas dinamicamente, selecionando-as através de botões no *display* do *tablet*, pela tela de desenho ou por meio de mensagens escritas em um teclado virtual sensível ao toque. Os pacientes foram instruídos por alguns minutos de como deveriam proceder para utilizar o aplicativo CNV Mobile. O uso do dispositivo foi realizado pela pesquisadora sempre com o acompanhamento de um profissional da equipe de saúde e também pelos próprios profissionais da equipe de saúde de acordo com a necessidade.

Na tela inicial do CNV Mobile, o profissional de saúde que está realizando o processo de comunicação com o paciente seleciona o seu prontuário (paciente já cadastrado) ou realiza o cadastro de um paciente que irá utilizar o dispositivo pela primeira vez. As figuras desenhadas especialmente para o aplicativo CNV Mobile contemplam situações vinculadas às necessidades relacionadas ao paciente (dor, coceira, frio, calor, alimentação, higienização, etc.), ao ambiente hospitalar (troca de posição na cama, luminosidade, etc.) e aos objetos pessoais (óculos, jornal, televisão, etc.) ou às visitas (visita de familiares ou amigos). A Figura 1 apresenta a estrutura de navegação e o processo de interação do aplicativo CNV Mobile (PALMEIRAS, 2013).

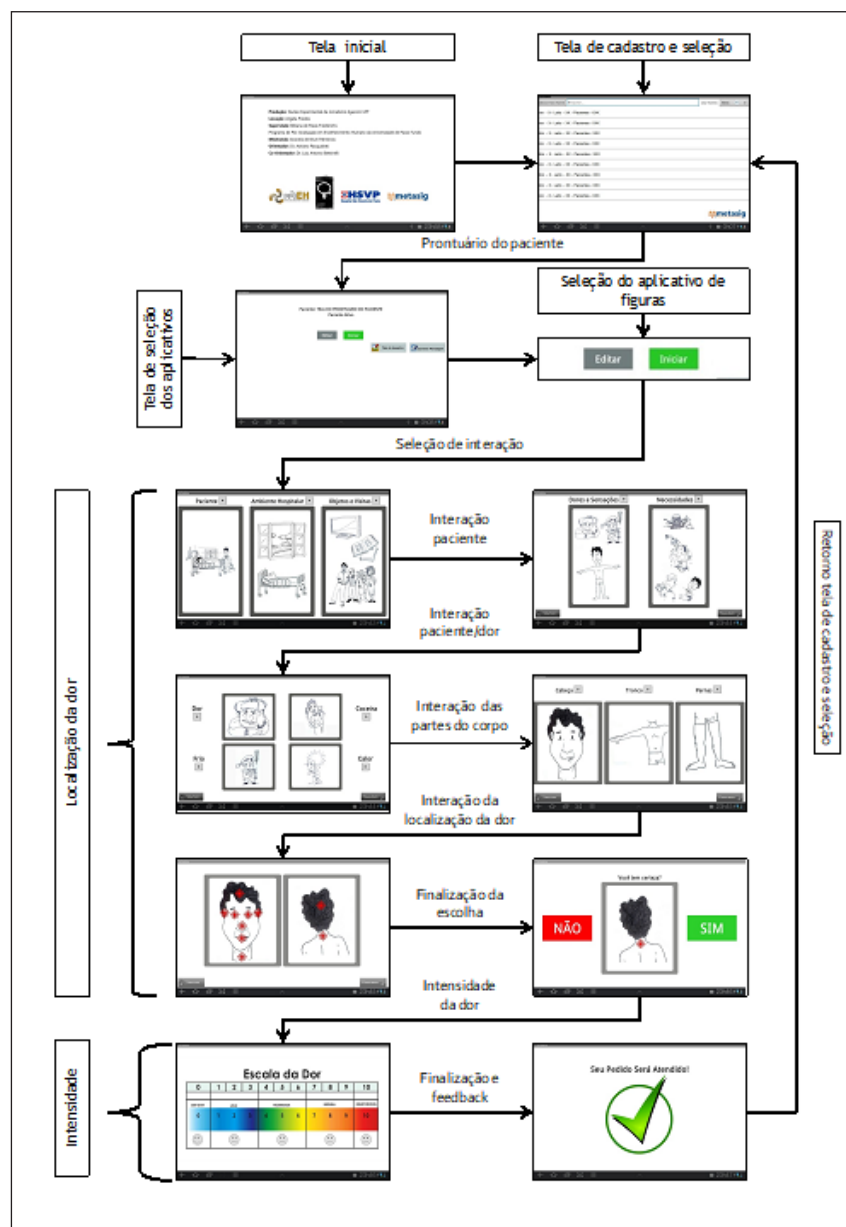


Figura 1. Estrutura de navegação e processo de interação do aplicativo CNV Mobile.

A terceira etapa da pesquisa contemplou um estudo de caso. Os critérios utilizados para a escolha do paciente foram exclusivamente pela sua condição de saúde: traqueostomizado; com perda da audição; em isolamento por precaução de contato; e apresentar o maior tempo de internação hospitalar (135) dias no período da realização do estudo. Foi realizada uma entrevista semiestruturada após a alta hospitalar do paciente, que respondeu as seguintes questões: Como você descreveria o período em que esteve internado no CTI quanto ao processo de comunicação com a equipe de saúde? E quanto à comunicação realizada com a sua família e amigos? Como você descreveria a comunicação alternativa realizada por meio do *tablet* com a equipe de saúde, no período em que esteve internada tanto no CTI e posteriormente em outra unidade hospitalar? E quanto à comunicação alternativa realizada com a sua família e amigos por meio do *tablet*? Quanto aos mecanismos alternativos de comunicação realizada por meio do *tablet*, imagens, tela de desenho e teclado virtual, que avaliação você faz sobre cada um deles? Qual deles você mais se identificou? Quando utilizaste o *tablet* para a comunicação alternativa tanto no CTI quanto na outra

unidade hospitalar as suas necessidades foram atendidas? Como foi a adaptação em sua casa após a alta hospitalar? Como você descreveria o processo de comunicação com a família e amigos após a alta hospitalar? Qual é a sua opinião sobre o uso do *tablet* como mecanismo para a comunicação alternativa?

RESULTADOS

Ao todo foram entrevistados 43 profissionais da equipe de saúde, sendo 93% do sexo feminino; aproximadamente 70% eram técnicos de enfermagem; quanto ao tempo de formação, a média foi 9,8 anos, com desvio padrão de 7,1 anos; e quanto ao tempo de atuação em CTI, a média foi 7,7 anos, com desvio padrão de 6,6 anos. A maioria dos profissionais apresentaram uma ampla experiência na atuação em CTI, por outro lado, mais de 80% dos profissionais não obtiveram durante a sua formação acadêmica embasamento teórico ou prático para estabelecer processos de comunicação com pacientes adultos e idosos impossibilitados de se comunicarem oralmente. Aproximadamente 75% dos profissionais referiram buscar de forma contínua desenvolver novas alternativas para a comunicação oral. Quanto aos desafios no processo de comunicação com os pacientes, à maioria respondeu que não entende a solicitação do paciente, o que dificulta ou impossibilita a realização dos cuidados necessários, gerando nos pacientes sentimentos de ansiedade (98%), tristeza (86%), raiva (77%), dor (61%) e medo (54%).

Fizeram parte do estudo 17 mulheres e 15 homens. Os pacientes apresentaram idade média de 56,6 anos, com um desvio padrão de 19,1 anos. Quanto às condições de não comunicação oral dos pacientes, 19 (59,4%) eram traqueostomizados, seis (18,7%) entubados e sete (21,9%) afásicos. A Tabela 1 apresenta o resultado da relação entre sexo e condição de não comunicação oral do paciente por idade e tempo de interação.

Variáveis	Idade			Tempo de interação		
	MED	AI	p	MED	AI	p
Sexo ¹						
Feminino	68,0	17,0	0,112	20,2	16,0	0,865
Masculino	47,0	40,0		25,6	24,6	
Condição de não comunicação do paciente ²						
Traqueostomizado	68,0	32,0	0,418	19,6	16,0	0,235
Entubado	66,0	30,0		28,5	20,4	
Afásico	57,0	29,0		17,1	25,4	

Tabela 1 - Relação entre sexo e condição de não comunicação oral do paciente por idade e tempo de interação.

MED: Mediana; AI: Amplitude interquartilica; ¹Teste U de Mann-Whitney; ²Teste de Kruskal-Wallis; Valor significativo para um $p \leq 0,05$.

A diferença não significativa apresentada na relação entre sexo e idade ($p = 0,112$) e entre a condição de não comunicação oral do paciente e idade ($p = 0,418$), indicam que houve uma distribuição homogênea da amostra pesquisada. Já o resultado não significativo da relação entre sexo e tempo de interação ($p = 0,865$), indica que tanto as mulheres quanto os homens utilizaram o dispositivo pelo tempo que acharam necessário para que a comunicação entre o paciente e o profissional de saúde fosse efetivada. Da mesma forma, o resultado não significativo da relação entre a condição de não comunicação oral do paciente e o tempo de interação ($p = 0,235$), indica que os pacientes traqueostomizados, entubados ou afásicos utilizaram o dispositivo com a mesma desenvoltura, dado que confirma o acerto quanto ao design proposta para o aplicativo. A Tabela 2 apresenta o resultado da relação entre condição de não comunicação oral do paciente e telas iniciais de interação por sexo.

Variáveis	Feminino		Masculino		Total	p
	n	%	n	%		
Condição de não comunicação do paciente ¹						
Traqueostomizado	158	73,1	58	26,9	216	
Entubado	20	57,1	15	42,9	35	< 0,001*
Afásico	6	12,2	43	87,8	49	
Telas iniciais de interação ¹						
Paciente	104	58,4	74	41,6	178	
Ambiente hospitalar	66	74,2	23	25,8	89	0,033*
Objetos e visitas	71	59,7	48	40,3	119	

Tabela 2 - Relação entre condição de não comunicação oral do paciente e telas iniciais de interação por sexo.

¹Teste Qui-quadrado de Pearson; *Valor significativo para um $p \leq 0,05$.

A diferença significativa apresentada na relação entre a condição de não comunicação oral do paciente e sexo ($p < 0,001$) indica que as interações entre os pacientes traqueostomizados, entubados ou afásicos se deu de forma não proporcional entre homens e mulheres. O resíduo ajustado na forma estandardizada calculado das mulheres traqueostomizadas foi 6,7, resultado que confirma a maior proporção de interações desses pacientes (73,1%) na comparação com as dos homens traqueostomizados (26,9%). Da mesma forma, o resíduo dos homens afásicos foi 7,7, resultado que também confirma a maior proporção de interações desses pacientes (87,8%) na comparação com as das mulheres afásicas (12,2%). Quanto à análise entre o número de mulheres e homens entubados, os resíduos calculados confirmam que não há diferença da proporção de interações desses pacientes, respectivamente 57,1% para as mulheres e 42,9% para os homens.

A diferença significativa apresentada na relação entre as telas iniciais de interação e sexo ($p = 0,033$) indica que as interações sobre os tipos de necessidades se deu de forma não proporcional entre homens e mulheres. O resíduo calculado das mulheres

que indicaram necessidades vinculadas ao ambiente hospitalar foi 2,6, resultado que confirma a maior proporção de interações desses pacientes (74,2%) na comparação com as dos homens (25,8%). Quanto às proporções de mulheres e homens que indicaram necessidades vinculadas aos tópicos sobre o paciente ou sobre os objetos e visitas, os resíduos calculados confirmam que não há diferença da proporção de interações desses pacientes.

No levantamento das informações referentes aos pacientes, levaram-se em conta idade (variável contínua), sexo (variável dicotômica) e condição de não comunicação oral (variável categórica: traqueostomizado, entubado, afásico). Já com relação ao aplicativo desenvolvido o levantamento contemplou o tempo de interação do paciente com o dispositivo assistivo móvel (variável contínua transformada em três categorias: tempo de interação menor que 11,3 segundos, entre 11,3 a 35,5 segundos e tempo maior que 35,5 segundos), as telas iniciais de interação (variável categórica: paciente, ambiente hospitalar, objetos e visitas) e as telas específicas de localização da dor (variável categórica: cabeça, tronco/braços/mãos e pernas/pés). A Figura 2 apresenta uma paciente interagindo com a pesquisadora/enfermeira por meio de mensagens escritas no teclado virtual sensível ao toque disponibilizado no aplicativo CNV Mobile.



Figura 2. Paciente traqueostomizada realizando o processo de comunicação com a pesquisadora/enfermeira por meio do uso do aplicativo CNV Mobile.

Ao analisarmos o processo de comunicação alternativa dos pacientes internados no CTI, efetivado por meio do uso do aplicativo, constatamos que quase todos os pacientes do estudo foram capazes de utilizar o sistema CNV Mobile em poucos minutos de instrução. Em muitos casos, foi possível observar as emoções dos pacientes quando os seus desejos e necessidades foram compreendidos e imediatamente atendidos pelos profissionais da equipe de saúde.

O uso do CNV Mobile apresentou diferença significativa quanto à condição de comunicação oral e sexo ($p < 0,001$), e telas de interação e sexo ($p = 0,033$). As mulheres traqueostomizadas apresentaram uma proporção significativamente maior (73,1%) na comparação com os homens traqueostomizados (26,9%). As mulheres traqueostomizadas, entubadas ou afásicas escolheram na tela de interação com o aplicativo a opção que determina as necessidades vinculadas ao ambiente hospitalar significativamente maior (74,2%) na comparação com os homens traqueostomizados, entubados ou afásicos (25,8%) (ALBARRAN, 1991; BERGBOM-ENGBERG; HALJAMAE, 1989). A facilidade de uso e a relação entre o tempo de interação e o tempo de resposta para contemplar as necessidades dos pacientes justificaram a implantação do CNV Mobile como ferramenta potencial de comunicação alternativa para pacientes impossibilitados de falar em cuidados intensivos (MIGLIETTA; BOCHICCHIO; SCALEA, 2004; SILVA, 2010).

Na análise de conteúdo da entrevista semiestruturada, a partir das respostas do paciente, foi possível estruturar as categorias norteadoras: Comunicação e interação social; Tecnologias alternativas; Vida após-alta hospitalar. As falas a seguir exemplificam o sentimento de uso do dispositivo de comunicação alternativa pelo paciente que participou do estudo de caso. Nesta primeira fala, destaca-se um aspecto psicológico que aflora quando a comunicação é frustrada:

“Não conseguia falar como eu estava me sentindo e nem escutar eles me contar como eu estava, o que tinha acontecido comigo, ou seja, comunicação zero, pois não entendia o que eles me falavam e nem conseguia expressar meus sentimentos, fazer perguntas, ali estava eu sem entender nada, muito aflita, não adiantava os médicos falarem comigo pois eu não os compreendia”.

Neste estrado de fala, é possível constatar as dificuldades de comunicação e interação social com a equipe de saúde, amigos e familiares:

“[...] muita gente foi me visitar, mas tudo o que eles falavam eu não escutava, estava praticamente inválida, não conseguia mexer nada, nem mãos, pés, braços, nada, não conseguia me expressar de forma alguma, não conseguia chorar, demonstrar meus sentimentos, de felicidade de estar viva e de ver o quanto importante eu era para eles, e nem chorar para mostrar a tristeza que eu estava sentindo por estar ali impossibilitada, impossibilitada de tudo, impossibilitada de falar para minha mãe o quanto eu a amava [...]”.

As limitações do paciente vão além de suas condições de saúde, ou seja, a dificuldade em se comunicar é prejudicial a interação social e possivelmente a recuperação do paciente. A partir do uso do dispositivo uma nova determinação diante do perigo ou do sofrimento surgiu no paciente:

“[...] com o tablet, começou uma nova vida para mim e para minha família [...] no começo foi difícil, pois ainda estava muito impossibilitada com meus movimentos [...] ela segurava meu braço, mesmo para fazer riscos na tela de desenho do tablet [...] no início eu não sabia para que aquilo servia, mas para mim, só o fato de ela vir e eu me envolver com aquele equipamento, já era muito, mal sabia eu que aquele tablet iria facilitar a minha vida e dos meus amigos e familiares [...] a primeira palavra que desenhei na tela do desenho, foi a palavra mãe, foi aí então que entendi para que servia aquele mine computador, para eu me expressar, e ali nele comecei a me desenvolver, a vinda dela e do tablet, se tornou um motivo para eu continuar lutando [...] o tablet me proporcionou tantas coisas boas, me deu tanta esperança, me deu voz, permitiu que eu me expressasse e que eu soubesse o que estava acontecendo comigo, ele me proporcionou vida naqueles momentos tão sofridos, me permitiu dialogar com minha mãe, meus amigos, meus familiares, me facilitou a maneira de eu falar com os médicos, proporcionando para eles e para mim, uma nova maneira de dialogar, de saber como eu estava me sentindo o que eu estava sentindo”.

Foi possível constatar que o uso de uma tecnologia assistiva favoreceu tanto o processo de comunicação alternativa quanto a interação do paciente. Observou-se, ainda, que o paciente demonstrou que a sua recuperação foi possível a partir do uso desta tecnologia. Na fala a seguir verifica-se que o paciente, após a alta hospitalar, conseguiu se adaptar às rotinas vivenciadas pelo uso da tecnologia assistiva:

“[...] depois de incansáveis e longos quatro meses e meio de internação (135 dias), enfim a tão esperada alta, e junto com ela a preocupação de como eu iria me comunicar com as pessoas, de como eu iria entendê-las [...] consegui me adaptar bem fazendo leitura labial, entendo quase tudo e quase todos, mas se hoje eu estou aqui respondendo esse questionário, é por que o conheci o tablet [...]”.

O conteúdo da entrevista, limitado ao estudo de caso, demonstrou que o uso de um dispositivo assistivo é favorável ao processo de comunicação alternativa de pacientes hospitalizados que estão impossibilitados de se comunicarem oralmente.

DISCUSSÃO

Quase todos os pacientes em nosso estudo foram capazes de utilizar o sistema CA Mobile em poucos minutos de instrução (COOK; HUSSEY, 1995; HAPP, 2001). Em muitos casos, foi possível observar as emoções dos pacientes quando os seus desejos e necessidades foram compreendidos e imediatamente atendidos pelos profissionais de saúde (BEUKELMAN; MIRENDA, 1998; NUSSBAUM, 1998; ORDAHI; PADILHA; SOUZA, 2007; RAMOS; BORTAGARAI, 2012).

Inúmeras intervenções podem facilitar a comunicação com o paciente traqueostomizado (JOHNSON, 2007). Quando o paciente se encontra impossibilitado de utilizar a linguagem de sinais ou gestos e leitura labial é válido incluir papel e lápis, quadros de figuras ou de letras. Em um estudo que utilizou a lousa mágica como recurso para a comunicação de pacientes laringectomizados no segundo dia pós-operatório, 73% dos pacientes consideraram o recurso adequado para as suas condições e 86% consideraram que a lousa mágica favoreceu a comunicação com a equipe de saúde (MELLES; ZAGO, 2001). Outros estudos realizados com pacientes

afásicos internados em UTI apontaram que o uso de cartões ilustrativos facilitou a sua comunicação com a equipe de enfermeiros. Os pacientes relataram ainda que ocorreu uma diminuição de sua ansiedade, fizeram elogios ao método e citaram algumas limitações como a dificuldade de entendimento de algumas por figuras (ZAGO, 1990; MOTA; FRANÇA, 2010).

Em nosso estudo a facilidade de uso e a relação entre o tempo de interação e o tempo de resposta para contemplar as necessidades dos pacientes justificam a implantação do uso do sistema CA Mobile como uma ferramenta potencial de comunicação alternativa para pacientes impossibilitados de falar em cuidados intensivos (BERGBOM-ENGBERG; HALJAMAE, 1989; ALBARRAN, 1991; SILVA, 2008; MIGLIETTA; BOCHICCHIO; SCALEA, 2004).

Os pacientes traqueostomizados e entubados apresentaram as maiores necessidades de uso do dispositivo para a realização do processo de comunicação, e, talvez, a população mais susceptível de se beneficiar assistida pelo dispositivo móvel (LEATHART; 1994; MESQUITA; 1997; LEITE; VILA; 2005; ORDAHI; PADILHA; SOUZA, 2007; GELBCKE, et al., 2009). Outras populações de pacientes hospitalizados que se encontram impossibilitados de se comunicarem oralmente poderiam se beneficiar com o uso do dispositivo assistivo móvel. Por exemplo, pacientes em unidades de atendimento pós-operatório que necessitam de suporte ventilatório poderiam usar o equipamento até que sejam entubados.

Em termos da população alvo que pode ser capaz de utilizar eficazmente o sistema de comunicação alternativa, a seleção do paciente não precisa contemplar características vinculadas à idade ou ao conhecimento de informática. Entretanto, entendemos que os pacientes mais jovens e alfabetizados tendem a ser mais susceptíveis de se adaptarem para o uso de tecnologia assistiva em contraste com os tipicamente mais velhos (MESQUITA, 1997; MIGLIETTA; BOCHICCHIO; SCALEA, 2004; ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004).

CONCLUSÃO

Pacientes impossibilitados de se comunicar e que se encontram em cuidados intensivos têm acesso a poucos meios de comunicação. O dispositivo CNV Mobile ampliou os mecanismos de comunicação que tradicionalmente eram utilizados no CTI para o processo de comunicação alternativa. O uso de equipamento assistivo móvel como método alternativo para comunicação entre a equipe de saúde e pacientes internados no centro de terapia intensiva foi eficaz. A comunicação proporcionada pelo dispositivo beneficiou a construção de mensagens básicas e complexas entre o paciente e a equipe de saúde. O uso do dispositivo CNV Mobile foi implantado no hospital de alta complexidade como um meio alternativo de comunicação.

REFERÊNCIAS

- ALBARRAN, J. W. **A review of communication with intubated patients and those with tracheostomies within an intensive care setting.** *Intensive Care Nursing*, v. 7, n. 3, p. 179-186, 1991.
- ALBINI et al. **Conhecimento da enfermagem sobre cuidados a pacientes disfágicos internados em unidade de terapia intensiva.** *Revista CEFAC*, v. 15, n. 6, p. 1512-1524, 2013.
- BERGBOM-ENGBERG, I.; HALJAMAE, H. **Assessment of patient's experience of discomforts during respiratory therapy.** *Critical Care Medicine*, v. 17, n. 10, p. 1068-1072, 1989.
- BETTINELLI, L. A.; TOURINHO FILHO, H.; CAPOANI, P. **Experiências de idosos após laringectomia total.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 214-220, 2008.
- BEUKELMAN, D. R.; MIRENDA, P. **Augmentative and alternative communication.** 2nd ed. Baltimore: Paul Brookes Publishing, 1998.
- BRASIL. Instituto de Tecnologia Social. Secretaria para Inclusão Social. Ministério da Ciência e Tecnologia. 2004. **Tecnologia social no Brasil: direito à ciência e ciência para a cidadania.** Caderno de Debate, Brasília, p. 1-40, 2004.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê de Ajudas Técnicas. Tecnologia assistiva. Brasília: SEDH, 2009. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-tecnologia-assistiva.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.
- BRETAS, M. B. A. Elementos metodológicos para a abordagem das interações telemáticas. In: FAUSTO NETO, A. et al. (Org.), **Interação e sentidos no ciberespaço e na sociedade.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001, p. 29-48.
- BROCA, P. V; FERREIRA, M. A. **Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 1, p. 97-103, 2012.
- CARDOZO, A. **Tablet: que bicho é esse?** 2010. Disponível em: <www.tecnologia.ig.com.br/noticia/2010/01/14/tablets+que+bicho+e+esse+9295069.html>. Acesso em: 20 set. 2018.
- CASTELLS, M. **A sociedade em rede.** Trad. Roneide Venâncio Majer. 7ª ed. V. 1. São Paulo: Paz e Terra, 2003.
- COOK, A. M.; HUSSEY, S. M. **Assistive technologies: principles and practices.** Mosby: Year Book, 1995.
- COREN. **Legislação e código de ética, guia básico para o profissional de enfermagem.** Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. 2013. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br>>. Acessado em: 20 set. 2018.
- GELBCKE, F. L. et al. **Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n.1, p. 136-139, jan./fev. 2009.
- HAPP, M. B. **Communicating with mechanically ventilated patients: state of the science.** AACN

Advanced Critical Care, v. 12, n. 2, p. 247–258, 2001.

JOHNSON, K. Anatomia e fisiologia do sistema respiratório. In: MORTON, G. P. et al. (Org.). **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 485-575.

LEATHART, A. J. Communication and socialization: an exploratory study and explanation for nurse patient communication in an ITU. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 10, n. 2, p. 93-104, 1994.

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. **Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 13, p. 145–150, 2005.

LEVY, P. **As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993.

MATOS, S. S. **A comunicação escrita através das ações de enfermagem: uma contribuição ao ensino da graduação**. Belo Horizonte (BH); 2000.

MELLES, A. M.; ZAGO, M. M. F. **A utilização da lousa mágica na comunicação do traqueostomizado**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 73-79, jan. 2001.

MESQUITA, R. M. **Comunicação não-verbal: relevância na atuação profissional**. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 155-163, 1997.

MIGLIETTA, M. A.; BOCHICCHIO, G.; SCALEA, T. M. **Computer-assisted communication for critically ill patients: a pilot study**. The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care, v. 57, n. 3, p. 488-493, 2004.

MOTA, G. P.; FRANÇA, F. C. V. **Comunicação não verbal em unidade de terapia intensiva: validação de um método alternativo**. Comunicação em Ciências Saúde, Brasília, v. 21, n. 1, p. 39-48, jul. 2010.

NUSSBAUM, B. **Annual design awards: touchandtalk**. Business Week, p. 101, May 25, 1998.

OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Guia do principiante: para uma linguagem comum de funcionalidade, incapacidade e saúde. OMS: Lisboa, 2005.

ORDAHI, L. F. B.; PADILHA, M. I. C. S.; SOUZA, L. N. A. **Comunicação entre a enfermagem e os clientes impossibilitados de comunicação verbal**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 965-972, 2007.

ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. **A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 292-297, 2004.

PALMEIRAS, G. B. A. **Uso de equipamentos assistivos em centro de terapia intensiva: comunicação alternativa entre a equipe de cuidados de saúde e paciente**. 2013. 48 f. + Anexos + Apêndices. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo. Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, Passo Fundo, 2013.

PALMEIRAS, G. B.; BETTINELLI, L. A.; PASQUALOTTI, A. **Uso de dispositivo móvel para comunicação alternativa de pacientes em cuidados intensivos**. RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 1-13, ago. 2013.

PALMEIRAS, G. B.; PELZER, M. T.; PASQUALOTTI, A. **Alternative communication and use**

of assistive devices in intensive care unit: Case study. In: 2017 12th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI), 2017, Lisbon. 2017 12th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI), 2017. p. 1-6.

PALMEIRAS, G. B.; PASQUALOTTI, A.; PELZER, M. T. **Comunicação alternativa de paciente em cuidado intensivo.** In: I Congresso Internacional de Pesquisa em Enfermagem e Saúde, 2017, Pelotas. Anais do I Congresso Internacional de Pesquisa em Enfermagem e Saúde. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2017. v. 1. p. 213-216.

PEIXOTO, C. E.; CLAVAIROLLE, F. **Envelhecimento, políticas sociais e novas tecnologias.** Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PONTES, A. C.; LEITAO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. **Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-318, 2008.

RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F. M. **A comunicação não-verbal na área da saúde.** Revista CEFAC, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 164-170, jan./fev. 2012.

SARTORETTO, M. L.; BERSCH, R. O que é a comunicação alternativa? 2013. Disponível em: <<http://www.assistiva.com.br/ca.html>>. Acesso: 13 jan. 2018.

SIEBRA, C. A.; LINO, N. C. Q. **Aspects of planning support for human-agent coalitions.** Journal of the Brazilian Computer Society, Porto Alegre, v. 15, n. 4, p. 41-55, Oct./Dec. 2009.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 7ª ed. São Paulo: Loyola, 2010.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 10, p.137-144, 2002.

ZAGO, M. M. F. **A utilização de cartões como instrumentos facilitadores para a comunicação com pacientes afásicos de terapia intensiva.** In: 2º Simpósio Brasileiro de comunicação em enfermagem, 1990, Ribeirão Preto. Anais... Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP, v. 1, p. 411-422, 1990.

AVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM QUANTO A UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA NO ENSINO SUPERIOR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

José Rocha Gouveia Neto

Enfermeiro, formado pela Universidade Federal de Campina Grande Campina Grande – Paraíba. Pós-Graduando em urgência, emergência e UTI pelo Centro Universitário UNIFACISA

Bruna Oliveira Gonzaga

Enfermeira, formada pela Universidade Federal de Campina Grande
Campina Grande - Paraíba

Mirelly da Silva Barros

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Campina Grande. Residente em Saúde da Criança pelo programa de Residência Multiprofissional da Universidade de Pernambuco

Mônica Gusmão Lafrande Alves

Enfermeira, formada pela Universidade Federal de Campina Grande
Campina Grande - Paraíba

Nathália Bianca Gomes da Nóbrega

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Campina Grande. Residente em Atenção Básica pelo Programa de Residência Multiprofissional do Centro-Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA)

Taciana da Costa Farias Almeida

Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa - Paraíba

que tem por objetivo analisar a avaliação dos estudantes quanto à utilização da tecnologia no ensino superior de enfermagem, a partir da literatura. Os dados foram coletados em fevereiro de 2016, na Biblioteca virtual de saúde (BVS), nas bases de dados: Lilacs, Scielo, Bdenf, Medline e Coleciona SUS, utilizando os descritores “**educação em enfermagem**”, “**tecnologia**” e “**estudantes de enfermagem**”. Após seguir os critérios de inclusão, selecionaram-se 19 artigos. Os estudantes ponderaram o uso da tecnologia no ambiente educacional como um ótimo recurso para simplificar o ensino-aprendizagem. Observou-se interesse em usufruir deste método, sendo a tecnologia favorável ao ensino, segundo a percepção dos estudantes. As tecnologias mais utilizadas pelos estudos encontrados foram: chat, *software*, wiki, TelEduc, website, web-rádio, hipermídia, OVADOR e blog interativo. Concluiu-se que o uso da tecnologia como parte de uma pedagogia moderna permite o fornecimento de informações organizadas, diversificadas e dinâmicas que facilita o processo de aprendizagem.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em enfermagem; Estudantes de enfermagem; Tecnologia; Revisão.

ABSTRACT: This is an integrative review that aims to analyze the students’ assessment of the

RESUMO: Trata-se de uma revisão integrativa

use of technology in nursing higher education, from the literature. The data were collected in February 2016, in the Virtual Health Library (VHL), in the databases: Lilacs, Scielo, Bdenf, Medline and Coleciona SUS, using the descriptors “**education in nursing**”, “**technology**” and “**students of nursing**”. After following the inclusion criteria, 19 articles were selected. Students pondered the use of technology in the educational environment as a great resource to simplify teaching-learning. It was observed interest in using this method, and technology is favorable to teaching, according to students’ perceptions. The technologies most used by the studies found were: chat, software, wiki, TelEduc, website, web-radio, hypermedia, OVADOR and interactive blog. We conclude that the use of technology as part of a modern pedagogy allows the provision of organized, diversified and dynamic information that facilitates the learning process. **KEYWORDS:** Nursing education; Nursing students; Technology; Review.

1 | INTRODUÇÃO

A utilização de tecnologias no cenário mundial é uma constante. Na educação, este cenário não é diferente. A acessibilidade a *notebooks* e *smartphones*, associada à facilidade de encontrar internet em diversos pontos de acesso, faz com que estudantes utilizem estes equipamentos para satisfazer suas diferentes necessidades, entre elas: lazer, entretenimento, atualização e estudo.

Estes artifícios estão se tornando excelentes ferramentas no processo de formação, pois facilita o aprendizado por sua organização e surpreendente facilidade de acesso, refletindo em um ganho de tempo, além disso, proporciona o *feedback* dos assuntos estudados, e permite a realização de trabalhos em grupo, favorecendo a troca de experiências entre os estudantes (SILVA; PEDRO; COGO, 2011; COSTA et al., 2011; BOTTI; CARNEIRO; PEREIRALL, 2011; TORRES et al., 2012; HOLANDA et al., 2015; GÓES et al., 2015; LEITE et al., 2013; FROTA et al., 2013).

A dinâmica interativa, proporcionada pelo uso da tecnologia, estimula o estudante a buscar informações construindo um pensamento crítico-reflexivo e criativo, passando a ser o co-produtor do próprio conhecimento, apesar da necessidade do acompanhamento docente para orientar os alunos em determinadas situações e avaliá-los (BOTTI; CARNEIRO; PEREIRALL, 2011; TORRES et al., 2012; GOÉS et al., 2015; FROTA et al., 2013; FONSECA et al., 2015; FONSECA et al., 2013; JENSEN et al., 2012; PRADO et al., 2012).

As diretrizes curriculares Nacionais (DCNs) apresentam princípios que orientam a formação do estudante de enfermagem e futuro enfermeiro, destacando a importância do conhecimento científico, da ética profissional, do pensamento crítico, reflexivo e humanista, de modo que, estes profissionais observem e analisem os pacientes de forma integral, considerando os aspectos biológicos, sociais, psicológicos e culturais (BRASIL, 2001).

Todos estes princípios são apreendidos pelos estudantes ainda durante o curso

de graduação, sendo estes conteúdos ministrados pelos docentes com diferentes métodos e instrumentos/ferramentas de ensino.

Na formação, o discente deve adquirir competência para planejar ações contínuas de promoção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação individual e coletiva, gerenciar os recursos humanos e materiais. O enfermeiro deve correlacionar o conhecimento científico adquirido na graduação e a arte do cuidar para interpretação social; desenvolver, participar e elaborar pesquisas e outras formas de produção de conhecimento para qualificação profissional (LEITE et al., 2013; FONSECA et al., 2012).

Ademais, o processo de aprendizagem deve ser contínuo durante a formação e posteriormente, na prática profissional, assumindo, desta forma, a responsabilidade e o compromisso com a sua educação permanente (COSTA et al., 2011).

A incorporação de tecnologias no ensino para os estudantes de enfermagem promove a ruptura ou modificação da pedagogia clássica, onde o professor é o doador de conhecimento e o aluno receptor. Esta reformulação faz com que o professor elabore novas estratégias para aperfeiçoar suas práticas de ensino, necessitando de conhecimento para observar como essa reformulação poderá modificar aspectos sociais, culturais, bem como irá atender as demandas dos estudantes (GÓES et al., 2015; FROTA et al., 2013; TENÓRIO et al., 2013; PRADO et al., 2012; ALVAREZ; DAL SASSO, 2011).

Assim, questiona-se: como os estudantes avaliam a utilização de tecnologias no ensino superior em enfermagem?

Estudos demonstram que as diversas tecnologias aumentam o entusiasmo e o engajamento dos estudantes para utilizá-las em seu processo de aprendizagem, pois tratam-se de ambientes bastante atrativos, que oferece diferentes possibilidades de manipulação. Além disso, outro motivo que contribui para aceitação é o fato dos estudantes possuírem certa aproximação com as tecnologias, por exemplo, a utilização das redes sociais em seu cotidiano (BOTTI; CARNEIRO; PEREIRALL, 2011; TORRES et al., 2012; HOLANDA et al., 2015; FONSECA et al., 2015; TENÓRIO et al., 2013; PRADO et al., 2012; RANGEL et al., 2011).

Assim, este estudo pretende analisar a avaliação dos estudantes quanto à utilização da tecnologia no ensino superior de enfermagem, a partir da literatura.

2 | MÉTODOS

Este estudo consiste em uma revisão integrativa. Trata-se de um método que reuni e sintetiza pesquisas de diferentes metodologias, desde experimentais até não experimentais, assim como literatura empírica e teórica, fornecendo uma gama de informações e resultados que serão utilizadas para explicar um determinado fenômeno ou problema. É um método valioso para a enfermagem, já que sua prática é baseada

em evidências (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a construção da revisão foram seguidas as seguintes etapas: (1) identificação do tema e seleção da hipótese; (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e busca na literatura; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

1º Etapa - O tema foi elaborado a partir dos seguintes questionamentos: *“como os estudantes avaliam a utilização de tecnologias no ensino superior em enfermagem?”* e *“Quais os tipos que se pode encontrar?”*.

2º Etapa - Os dados foram coletados em de fevereiro de 2016, na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e através da Biblioteca virtual de saúde (BVS), utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): **“educação em enfermagem”**, **“tecnologia”** e **“estudantes de enfermagem”**. Utilizando o operador booleano **“AND”** entre os descritores. Desta forma, foram encontrados 1.574 artigos na BVS e 46 na SciELO.

Os artigos foram selecionados a partir dos seguintes critérios: artigos completos, em língua portuguesa, publicados durante 2011 a 2015 e como critério de exclusão artigos com mais de cinco anos de publicações e que o título ou o próprio texto não tenham relação com a temática estudada.

3º Etapa - Após a coleta dos dados, as informações foram introduzidas em uma planilha no Microsoft Excel 2010 que contém os seguintes dados: autores; base de dados; ano; revista; objetivo do estudo; ferramenta; metodologia; vantagens; desvantagens e conclusão. A planilha foi utilizada como uma forma de orientar a pesquisa, organizar os estudos selecionados e facilitar a construção dos resultados. Os dados extraídos para auxiliar a construção da pesquisa foram os tipos de tecnologias, as vantagens e desvantagens encontradas em cada estudo e principalmente a avaliação por parte dos estudantes que são os protagonistas desta pedagogia moderna.

4º Etapa - Avaliação dos Resultados: para melhor compreensão do número de artigos encontrados com os descritores realizou-se leituras analíticas por todos os envolvidos que proporcionou discussões sobre a temática estudada, com o intuito de elaborar explicações para os resultados obtidos.

5º e 6º Etapas - Interpretação e apresentação dos resultados: os resultados foram apresentados através de uma tabela. Foi exposto o tipo de tecnologia estudada, a aceitação; vantagens e desvantagens da aplicação da tecnologia. A partir das leituras surgiram os seguintes eixos temáticos: I. A importância da tecnologia para modificações no processo de aprendizado; II. As Ferramentas Tecnológicas; e III. Apreciação dos estudantes sobre a utilização da tecnologia no meio educacional. Assim, após a interpretação dos trabalhos encontrados realizou-se uma síntese dos resultados, os quais foram posteriormente descritos.

Desta forma, vale ressaltar que durante a realização deste estudo, os

pesquisadores levaram em consideração as diretrizes éticas contidas na resolução COFEN nº 311/2007 que dispõe sobre o ensino, a pesquisa e a produção técnico científica, principalmente, no que concerne ao capítulo III.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir encontram-se os resultados da pesquisa utilizando a figura do modelo conceitual (figura I), onde estão descritas a quantidade de artigos encontrados em cada base de dados, a partir deste número os que foram excluídos por serem repetidos, por título, resumo e análise do texto completo, e os artigos escolhidos ao final da seleção, essa construção facilitou o desenvolvimento da pesquisa e organizando os achados. No descritor 1 refere-se a junção de Educação em enfermagem and tecnologia, em descritor 2 os Estudantes de enfermagem and tecnologia, ao final do modelo observa-se a seleção final.

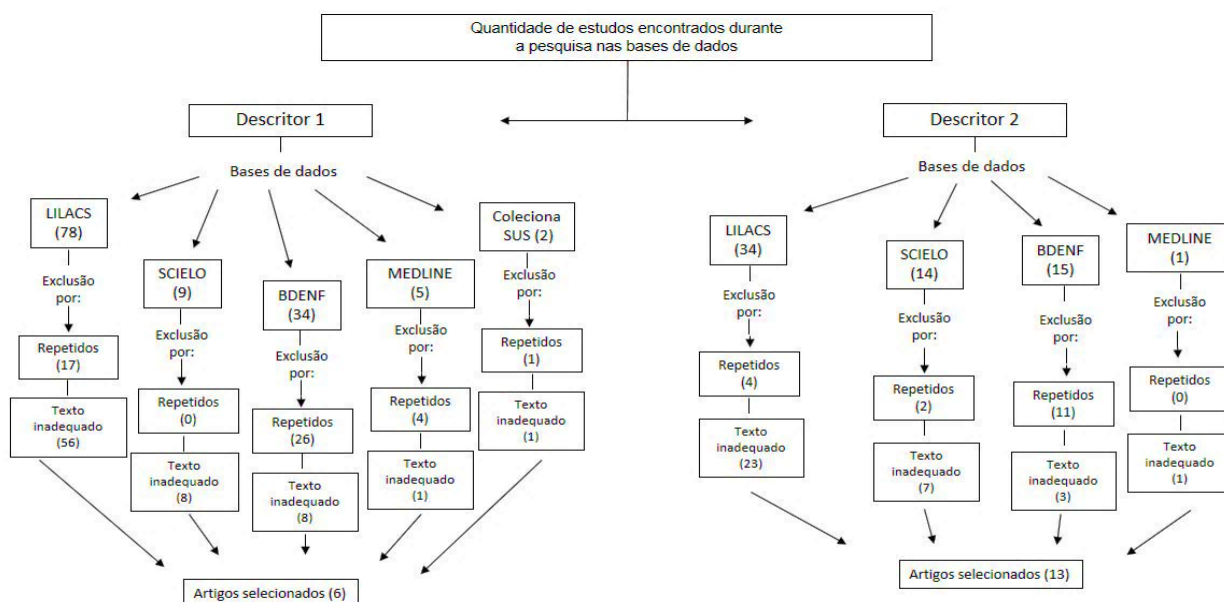


Figura I: Modelo Conceitual sobre a pesquisa nas bases de dados.

Realizou-se elaboração de uma tabela apresentando os artigos selecionados para a pesquisa, organizados de forma numérica com o intuito de identificar qual a tecnologia usada em cada um deles, quais suas vantagens e desvantagens, e a aceitação dos estudantes relacionada aos mesmos, o que proporcionou o desenvolvimento da discussão.

Tecnologia	Vantagens	Desvantagens	Aceitação
Chat	Facilidade de promover o encontro entre os alunos favorecendo a troca de experiências, trabalho em grupo e a ajuda mútua.	A quantidade de pessoas interagindo ao mesmo tempo deixaram alguns alunos desorientados, já que os assuntos que estavam sendo tratados não foram respeitados por causa de conversas paralelas e perguntas inapropriadas.	Estudantes ficaram satisfeitos com a experiência online por se tratar de uma ferramenta flexível para organizar o tempo de estudo.
Software.	O Software possibilita a formação do raciocínio crítico-reflexivos, oferece informações de maneira ágil, o que resulta em um ganho de tempo, eles proporcionam o aperfeiçoamento do trabalho em grupo, por se tratar de um meio interativo e que facilita a compreensão de conteúdo. Também permite um feedback de assuntos estudados e favorece o desenvolvimento de novas habilidades, o que deixa o aluno mais interessado a aprender.	Dificuldades de navegação foram evidenciadas, como a velocidade, o acesso a conteúdo e a exposição vulnerável a ataques de arquivos maliciosos	Foi avaliado como colaborador do aprendizado, pois sua didática facilita a compreensão e permite a fixação dos conteúdos
Wiki	Conforto visual e a linguagem clara e fácil permite uma construção coletiva do conhecimento, pois ninguém é detentor de nenhum texto e os seus conteúdos podem ser atualizado continuamente.	Necessidade de inserir mais links de acesso a vídeos autoexplicativos sobre ventilação mecânica.	Ferramenta excelente, pois facilita acesso ao curso e permite cada usuário faça uso de acordo com seu próprio ritmo de estudo.
TelEduc (módulo educativo).	Conteúdo pertinente, qualidade da interface e a comunicação entre os docentes são pontos bastante positivos da avaliação.	Alguns problemas foram relatados como na navegabilidade, pontos não compreensíveis, conteúdo muito resumido, tempo curto para realização das atividades e que muitas não propiciaram muita reflexão.	Ferramenta eficaz, pois auxilia efetivamente nas atividades estudantis.
Website.	O website é bastante acessível, traz recursos didáticos, design atrativo e o custo financeiro são baixos, motivando a sua utilização pelos os estudantes.	Grande quantidade de links, não existe mecanismo de busca rápida, é pouco motivador e interativo e alguns alunos não possuem internet ou dispões de pouco tempo.	Ferramenta adequada e de excelente qualidade, pois possibilita a navegabilidade para aplicar os seus conhecimentos nas aulas práticas.

Web-rádio (web-seminários).	O fato de os próprios estudantes serem produtores na elaboração e organização dos temas apresentado na web-radio proporciona o desenvolvimento de saberes das outras áreas como a informática, comunicação e produção de eventos auxiliando na formação do raciocínio crítico e criativo. Favorece a interação entre os alunos, o que também possibilita o aprendizado.	Muita Liberdade e dispersão, podendo prejudicar o ensino-aprendizagem.	Ferramenta que pode contribuir para o aprendizado, por ser um ambiente inovador e menos cansativo. Proporciona uma maior interação e troca de informações por meio das palestras e debates.
Hipermídia.	Também é um meio de desenvolvimento da autonomia do indivíduo que desfruta das atividades dessa tecnologia.	X	A maior parte dos estudantes avaliou a tecnologia como proveitosa no processo de aprendizagem.
Objeto virtual de aprendizagem, para avaliação da dor (OVADOR).	Permite que os estudantes tenham experiências educacionais interativas semelhantes a situações reais vivenciadas na assistência à saúde.	Foi evidenciado pelo os estudantes desse estudo problemas relacionado às questões técnicas como dificuldade de iniciar o estudo por causa da página que não carregava.	A tecnologia foi aprovada pelos estudantes por ser bastante flexível e diversificada que instiga o participante a procurar assuntos relacionados.
Blog interativo.	Segundos os alunos desse estudo as postagens, figuras do blog estão adequadas e atualizadas, favorecendo o entendimento sobre a temática.	Os estudantes relataram que a baixa quantidade de imagens e problemas estruturais como as cores, fundo e localização de links inadequados deixaram o blog poucos atrativos.	O blog foi bem aceito por considerar que ele melhora da assistência de enfermagem, dos cuidados prestados aos pacientes portadores de feridas, bem como seus familiares.

Tabela I: Identificação dos artigos, objetivos e tecnologias utilizadas. n=19. Campina Grande, 2016.

As Tecnologias de informação e da comunicação são ferramentas que vem evoluindo de maneira extraordinária. Possuem o papel de permitir a interação e comunicação entre pessoas de diversos países, culturas e crenças, favorecendo as relações sociais e a busca por informações que são facilmente localizadas. Essa fonte tão diversificada torna-se muito importante no campo do conhecimento, pois promove modificações no processo de aprendizagem, abrindo caminhos para novas oportunidades e desafios para educadores e estudantes (SILVA; PEDRO; COGO, 2011; COSTA et al., 2011; BOTTI; CARNEIRO; PEREIRALL, 2011; HOLANDA et al., 2015; GÓES et al., 2015; LEITE et al., 2013; FONSECA et al., 2015; CASTRO et al., 2015).

Os estudos evidenciam que as vantagens predominantes das respectivas tecnologias apresentadas se relacionam com a comunicação e interação entre docentes e discentes, o estímulo ao senso crítico e a reflexão sobre os temas abordados, como apontam as tecnologias (chat, *software*, wiki, TelEduc, Web-rádio, hipermídia e OVADOR). Isto é possível mediante um ambiente agradável e didáticas que facilitam a compreensão e potencializam a fixação.

Por outro lado, as tecnologias (*software*, website e blog interativo) apresentam como vantagem agilidade; organização e por se tratar de ambiente bastante atrativo e de fácil manuseio permite um *feedback*, resultando em um ganho de tempo, o que facilita a compreensão e o interesse de aprender, adquire-se assim novas habilidades. O baixo custo financeiro encontrados na maioria das ferramentas é outra vantagem extremamente importante.

Em contrapartida, pode-se inferir que a utilização de algumas tecnologias, por vezes, funciona apenas como meio de depósito de conhecimento, que não propicia a reflexão, perpetuando práticas de metodologias tradicionais de ensino como evidenciado nas ferramentas Wiki e TelEduc. Entretanto, a principal desvantagem encontrada foi o manuseio técnico da ferramenta tecnológica, por problemas na visualização de itens e acesso a conteúdo, associados a velocidade do sistema, a inexistência de mecanismos de busca rápida e quantidade inadequada de links nas tecnologias a seguir: website, hipermídia, *software*, OVADOR e blog interativo. Ademais, outros pontos negativos foram evidenciados, como a rápida dispersão devido à autonomia oferecida ou ao grande quantitativo de pessoas, apresentados nos artigos que relacionados a chat e web-rádio, e a exposição vulnerável a ataques em *software*.

A Tecnologia está inserida em ambientes virtuais de aprendizagem (AVA), que a partir da década de 1990 tornou-se um recurso de grande importância para os cursos de graduação, por possibilitar o ensino à distância, este ambiente também possibilita que a informação a ser passada para o estudante se apresente de formatos diferentes, onde são encontrados os objetos virtuais como imagens, vídeos, áudios, simulações, slides, textos, animações; fóruns de discussão, compatíveis com a metodologia de aprendizagem, com o intuito de permitir o desenvolvimento crítico-reflexivo do aluno (HOLANDA et al., 2015; FROTA et al., 2013; PRAD et al., 2012; ALVAREZ; DAL SASSO, 2011; RANGEL et al., 2011).

Assim, os chats são ferramentas que possibilitam a discussão, retirar dúvidas e expressar-se sobre determinados conteúdos, servindo como local de encontro para que os estudantes, professores e até profissionais, realizem trabalhos, promovendo uma conexão simultânea, favorecendo a interação social e a troca de experiência. Além do mais, uma especificidade desse meio observada na avaliação é que os usuários se comportam como se estivessem conversando em tempo real, só que sem a realidade fônica, devido à natureza dinâmica da conversação. É um meio que proporciona flexibilidade para organização do tempo de estudo, de forma dinâmica, o que foi bastante observado no Chat educacional (SILVA; PEDRO; COGO, 2011).

Por outro lado, a modalidade de *Software* coloca o aluno em posição ativa no processo ensino-aprendizagem, e através de hipermídias e dinamicidade facilita o aprendizado e aprimora as funções perceptivas e cognitivas do indivíduo. A forma como as informações estão organizadas na interface interfere na assimilação do conteúdo, por isso, além da linguagem que deve ser simples e clara, ferramentas visuais e auditivas como vídeos, fotos, figuras e sons despertam interesse e são benquistas. Os

softs produzem em geral com impacto positivo na educação, Além disso, a promoção desses Ambientes digitais de aprendizagem além de favorecer a dinamicidade das práticas de ensino permite também a disseminação de conhecimentos sobre cuidados imediatos e essenciais para a população como, por exemplo, através dos websites (LEITE et al., 2013; FROTA et al., 2013; JENSEN et al., 2012; MORI; WHITAKER; MARIN, 2013).

Em contrapartida, wiki trata-se de um sistema livre onde são armazenados hipertextos que são produzidos e editados pelo os próprios usuários, promovendo a interação e a inserção de novos saberes dentro da ferramenta tecnológica (BARRA et al., 2012).

Já o Web rádio é uma ferramenta bem interessante no ensino destinado aos alunos de graduação, é um meio de incentivá-los a estudar de uma forma mais dinâmica e interativa, exigindo do aluno durante a organização do web-seminário conhecimentos relacionados a uma disciplina, o que os torna atores principais neste processo de aprendizado. Este tipo de tecnologia incentiva também nos alunos à utilização de saberes de outras áreas, e responsabilidades que os tornam mais independentes, esta ferramenta foi bastante aceita pelos os estudantes que participaram ativamente de toda a elaboração dos seminários (TORRES et al., 2012).

O blog, por sua vez, é uma das ferramentas de comunicação mais popular da internet, possibilitando, além de atualizações constantes de seu conteúdo, acesso a hipermídias. Assim, o estudante pode manter-se atualizado, e inteirar-se com os demais na troca de experiências, adquirindo aprendizado tornando-se um excelente meio para ser utilizado no ensino, principalmente pela a familiarização que os discentes demonstraram ter com essa ferramenta (TENÓRIO et al., 2013).

Com foco no entendimento da relação emocional pessoa-produto, a área do design deu um passo além atingindo uma nova realidade sobre este assunto, deixando de lado a visão do produto apenas como objeto, e trazendo a ele um significado característico do design emocional, que lança mão das ferramentas utilizadas no design para despertar emoções em quem utiliza um produto, que irão gerar uma melhoria nas tecnologias educacionais e facilitação no processo ensino-aprendizagem, tendo seu foco unicamente no estudante e suas necessidades e sendo atrativo e motivador. Esta proposta trazida pelo design emocional é pouco utilizada na área de saúde (FONSECA et al., 2015).

Desta forma, os estudantes ponderaram o uso da tecnologia no ambiente educacional como um ótimo recurso para simplificar o ensino-aprendizagem, foi demonstrado interesse em usufruir deste método, na qual em todas as pesquisas coletadas a aceitação da tecnologia revelou-se favorável. Os acadêmicos observaram alguns problemas técnicos e estruturais os quais podem dificultar a aplicação e limitar o conhecimento, ocasionando efeito contrário do esperado (SILVA; PEDRO; COGO, 2011; COSTA et al., 2011; BOTTI; CARNEIRO; PEREIRALL, 2011; GÓES et al., 2015; JENSEN et al., 2012).

Sendo assim, as TIC oferecem um vasto acervo de informações organizadas, diversificadas e dinâmicas, com velocidade surpreendente e flexível, o que torna este instrumento cada vez mais interessante pelo o fato da maioria dos estudantes sofrerem com o pouco horário livre que possuem, devido à sobrecarga acadêmica, e através da tecnologia a barreira de tempo e espaço são desintegradas, adequando-se as necessidades dos alunos que poderá utilizar na hora em que ele achar mais adequada (SILVA; PEDRO; COGO, 2011; COSTA et al., 2011; BOTTI; CARNEIRO; PEREIRALL, 2011; TORRES et al., 2012; GÓES et al., 2015; LEITE et al., 2013; FROTA et al., 2013; PRADO et al., 2012).

Desse modo, o aprendizado se torna menos cansativo, permitindo a troca de experiência, aumentando a interação entre seus usuários e ainda desenvolvimento do raciocínio crítico e criativo dos alunos, onde eles também são produtores do seu próprio conhecimento obtendo autonomia, liberdade e a obtenção de novas habilidades em várias áreas como na informática, comunicação, produção de evento entre outras (SILVA; PEDRO; COGO, 2011; BOTTI; CARNEIRO; PEREIRALL, 2011; TORRES et al., 2012; HOLANDA et al., 2015; GÓES et al., 2015; LEITE et al., 2013; PRADO et al., 2012).

Por se tratar de um objeto facilitador e auxiliador do processo de aprendizagem, proporciona feedback dos assuntos ministrados, estimulando o estudante a pesquisar mais sobre determinado assunto, procurando outras fontes, associando o conhecimento obtido através da tecnologia. Dentre os objetos virtuais existem os simuladores que auxiliar o estudante em relação aos seus medos e insegurança sobre determinada tarefa em que muitas vezes ele não é treinado (SILVA; PEDRO; COGO, 2011; TORRES et al., 2012; GÓES et al., 2015; FROTA et al., 2013; FONSECA et al., 2015; CASTRO et al., 2015).

Entretanto, essa liberdade e a grande quantidade de pessoas interagindo ao mesmo tempo podem prejudicar o ensino, já que em alguns casos os alunos podem ficar dispersos, fazendo com que os estudantes sejam displicentes e não utilizem de maneira correta a tecnologia. A falta de habilidade dos professores também é um problema, já que este tem o papel de auxiliar os alunos e sem o conhecimento tecnológico necessário eles serão impotentes em relação a amparar os estudantes em relação à utilização das TIC, isso faz com que a presença da educação clássica permaneça ainda muito forte. Por tratar-se de um ambiente bastante variado de informações e arquivos intensifica a vulnerabilidade do risco de ser atacado por arquivos maliciosos, o que danifica os documentos ou o sistema dos objetos tecnológicos do estudante (COSTA et al., 2011; TORRES et al., 2012; HOLANDA et al., 2015; FONSECA et al., 2013; JENSEN et al., 2012; PRADO et al., 2012; ALVAREZ; DAL SASSO, 2011).

4 | CONCLUSÃO

A Globalização traz a utilização das TIC como nova oportunidade de obter e aprimorar conhecimentos e promover a comunicação. O desenrolar das TIC possibilita ao público a obtenção de diversas informações, acesso mais rápido e fácil aos conteúdos desejados, fazendo com que o estudante seja um alguém que busque constantemente o aperfeiçoamento intelectual. Portanto, constituem um instrumento facilitador da aprendizagem, ao passo que fornecem autonomia, interação com os demais estudantes e docentes, favorece a troca de experiências, além de fazer com que este, tão ocupado em suas tarefas diárias, organize o horário mais favorável para a utilização da tecnologia escolhida, absorvendo conteúdo sem sair de casa, e em tempo real.

Todavia, é de real importância que aquele que as utiliza esteja familiarizado com suas ferramentas, metodologia para que haja a potencialização do aprendizado. Como pontos negativos, as TIC podem ser um meio de depósito de conteúdo, ou de distração. Ainda, os ambientes virtuais podem apresentar erros em seus links, problemas na estruturação dos sites, maior susceptibilidade a ataque de hackers, danificação e perda dos arquivos salvos por falha no sistema. Em suma, os ambientes virtuais são, indiscutivelmente, um excelente meio de obter conhecimentos, a partir de aulas, conteúdos dinâmicos, vastos e promotores de liberdade no que concerne ao ensino-aprendizado.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, A. G.; DAL SASSO, G. T. M. **Aplicação de objeto virtual de aprendizagem, para avaliação simulada de dor aguda, em estudantes de enfermagem.** *Rev. Latino-Am. Enferm.* Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 229-237, abr., 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4310/5521>>. Acesso em: 21 fev. 2017.
- BARRA, D. C. C. et al. **Avaliação da tecnologia Wiki: ferramenta para acesso à informação sobre ventilação mecânica em Terapia Intensiva.** *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 65, n. 3, p. 466-473, jun., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.
- BOTTI, N. C. L.; CARNEIRO, A. L. M.; PEREIRALL, C. B. S. **Construção de um software educativo sobre transtornos da personalidade.** *Rev. bras. Enferm.* Brasília, v. 64, n. 6, p. 1161-6, nov./dez., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação.** Resolução CNE/CES N° 3, de 7 de novembro de 2001. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm>>. Acesso em: 21 fev. 2017.
- CASTRO, F. S. F. et al. **Avaliação da interação estudante-tecnologia educacional digital em enfermagem neonatal.** *Rev. Esc. Enferm. USP.* São Paulo, v. 49, n. 1, p. 114-121, fev., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100114&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.

COSTA, P.B. et al. **Fluência digital e uso de ambientes virtuais: caracterização de alunos de enfermagem.** *Rev. esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. spe, p. 1589-1594, dez., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000700008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.

FONSECA, L. M. M. et al. **Avaliação clínica do prematuro: opinião dos estudantes de enfermagem acerca de um software educacional.** *Rev. Cienc. Enferm. Concépcion*, v. 18, n. 2, p. 83-91, ago., 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=657654&indexSearch=ID>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

FONSECA, L. M. M. et al. **Avaliação de uma tecnologia educacional para a avaliação clínica de recém-nascidos prematuros.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 363-370, fev., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.

FONSECA, L. M. M. et al. **Design emocional e as suas contribuições para a tecnologia digital na saúde e na enfermagem: revisão integrativa.** *Rev. Enf. Ref.* Coimbra, v. ser IV, n. 6, p. 141-149, set., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000600015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.

FROTA, N. M. et al. **Construção de uma tecnologia educacional para o ensino de enfermagem sobre punção venosa periférica.** *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 29-36, jun., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.

GÓES, F. S. N. et al. **Avaliação de tecnologia digital educacional “sinais vitais e anatomia” por estudantes da educação profissionalizante em enfermagem.** *Rev. Min. Enferm.* V. 19, n. 2, p. 37-43, abr./jun., 2015. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=26983&indexSearch=ID>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

HOLANDA, V. R. et al. **Ensino e aprendizagem em ambiente virtual: atitude de acadêmicos de enfermagem.** *Rev. Min. Enferm.* v. 19, n. 6, p. 141-147, jan./mar., 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/bde-26971>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

JENSEN, R. et al. **Desenvolvimento e avaliação de um software que verifica a acurácia diagnóstica.** *Rev. Esc. Enferm. USP*. São Paulo, v. 46, n. 1, p.184-191, fev., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.

LEITE, K. N. S. et al. **A internet e sua influência no processo ensino- aprendizagem de estudantes de enfermagem.** *Rev. Enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 464-470, out./dez., 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10006/7803>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto – enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.

MORI, Satomi; WHITAKER, I. Y; MARIN, H. F. **Avaliação do website educacional em Primeiros Socorros.** *Rev. esc. enferm. USP*. São Paulo, v. 47, n. 4, p. 950-957, ago., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400950&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.

PRADO, C. et al. **Ambiente virtual de aprendizagem no ensino de Enfermagem: relato de experiência.** *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 65, n. 5, p. 862-866, out., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.

RANGEL, E. M. L. et al. **Avaliação, por graduandos de enfermagem, de ambiente virtual de aprendizagem para ensino de fisiologia endócrina.** *Acta paul. enferm.* São Paulo, v. 24, n. 3, p. 327-333, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.

SILVA, A. P. S. S.; PEDRO, E. N.R.; COGO, A.L.P. **Chat educacional em enfermagem: possibilidades de interação no meio virtual.** *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1213-1220, out., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500026&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.

TENÓRIO, D. M. et al. **Avaliação do blog interativo sobre reparo de feridas e os cuidados de enfermagem.** *J. Res.: Fundam. Care Online.* Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 202-210, jul./set., 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/bde-25118>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

TORRES, R. A. M. et al. Tecnologias digitais e educação em enfermagem: a utilização de uma web-rádio como estratégia pedagógica. *J. Health Inform.* V. 4, n. Especial - SIIENF 2012, p. 152-156, dez., 2012. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/248>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *J. Adv. Nurs*, v. 52, n. 5, p. 546-553, dez., 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SERVIÇO: A PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES

Anna Karla Nascimento Lima

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade
de Enfermagem
Juiz de Fora – Minas Gerais

Denise Barbosa de Castro Friedrich

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade
de Enfermagem
Juiz de Fora – Minas Gerais

Edna Aparecida Barbosa de Castro

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade
de Enfermagem
Juiz de Fora – Minas Gerais

Fábio da Costa Carbogim

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade
de Enfermagem
Juiz de Fora – Minas Gerais

Raquel de Oliveira Martins Fernandes

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade
de Enfermagem
Juiz de Fora – Minas Gerais

William Ávila de Oliveira Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade
de Enfermagem
Juiz de Fora – Minas Gerais

RESUMO: Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) constituem a modalidade de ensino de pós-graduação *Lato Sensu*, cujo o objetivo é promover o aperfeiçoamento profissional através do

treinamento em serviço. O presente trabalho é uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva, realizada em um Hospital Universitário da Zona da Mata Mineira, cujo o objetivo principal foi compreender a percepção dos residentes sobre suas vivências ao longo desta formação, descrevendo as principais lacunas e potencialidades vivenciadas por eles ao longo do processo. A coleta de dados se deu através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas em aparelhos de Mp4 e posteriormente transcritas. A análise dos dados foi realizada sob a luz da hermenêutica dialética, a qual evidenciou que a imersão dos residentes no trabalho multiprofissional em saúde, contribui de forma ímpar com a construção de um perfil profissional colaborativo e engajado. Os resultados apontam ainda que, embora existam muitas dificuldades para a efetivação do trabalho multiprofissional no contexto das RMS, esse se estabelece como principal caminho para o preenchimento das lacunas estruturais e organizacionais existentes nos ambientes em que são desenvolvidas.

PALAVRAS-CHAVES: 1. Residência Multiprofissional Integrada em Saúde; 2. Formação Profissional; 3. SUS.

ABSTRACT: The Multiprofessional Health Residency (MHR) programs constitute the *Lato Sensu* postgraduate teaching modality, whose

objective is to promote professional improvement through on-the-job training. The present study is a descriptive qualitative research carried out in a University Hospital in the Zona da Mata Mineira, whose main objective was to understand the residents' perception about their experiences during this training, describing the main lacunae and potentialities experienced for them throughout the process. The Data were collection was done through semi-structured interviews, recorded on Mp4 devices and later transcribed. Data analysis was performed out in the light of dialectical hermeneutics, which showed that residents' immersion in multiprofessional health work contributes unequally to the construction of a collaborative and engaged professional profile. The results point out that, although there are many difficulties for the concretization of multiprofessional work in the context of MHR, this is established as the main way to fill the structural and organizational lacunae in the environments in which they are developed.

KEYWORDS: 1. Multiprofessional Residency Integrated in Health; 2. Professional Qualification; 3. SUS

1 | INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, a educação brasileira vem passando por uma série de transformações políticas e estruturais, as quais tem por objetivo a inserção qualificada dos novos profissionais no mercado de trabalho. Essas transformações influenciaram também o campo da saúde, no qual cada vez mais, espera-se um perfil profissional diferenciado capaz de atender não somente as demandas biomédicas, mas que seja também social e politicamente comprometido.

De acordo com o Ministério da Educação (MEC), a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), caracteriza-se como uma Pós Graduação, na modalidade Educação em Serviço/Trabalho, e destina-se às categorias profissionais não médicas que integram a área de saúde, tendo como objetivo promover uma especialização de excelência, envolvendo as pessoas, as comunidades, a gestão e a organização do trabalho, em prol da melhoria da qualidade de vida da população (SILVA, et al, 2013).

Neste modelo busca-se favorecer a inserção qualificada dos novos profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde, por meio da oferta de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, condicionadas ao vínculo de dedicação exclusiva Residente/Instituição, de 60 horas semanais (BRASIL, 2005).

A Residência, enquanto modalidade de ensino em serviço, surgiu dentro de instituições Hospitalares dos Estados Unidos da América (EUA) no final do século XIX, sob orientação dos professores Osler e Hausted do John Hopkins. Sendo considerada como “padrão ouro” entre os programas de especialização Médica, tinha suas atividades desenvolvidas em regime de internato e destinava-se ao adestramento de médicos após a graduação (SILVEIRA, 2005).

No Brasil, os Programas de Residência Médica tiveram início na Universidade de São Paulo (USP), em 1945, e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1947, e a partir de então, este modelo de formação começou a se disseminar lentamente por todo o país, consolidando-se na década de 1960 (SILVEIRA, 2005).

Em 1977, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), foi criada aquela que posteriormente seria considerada a primeira Residência Multiprofissional do Brasil, uma experiência inovadora, que permitiu a incorporação de diferentes categorias profissionais à esta modalidade de formação, oferecendo vagas para enfermeiros, assistentes sociais e médicos veterinários (CECCIM; ARMANI, 2001).

Com o intuito de regulamentar esta nova modalidade de formação no país, em fevereiro de 2005, foi publicada a Medida Provisória nº 238/2005, a qual, em junho do mesmo ano, foi convertida na Lei nº 11.129, e instituiu a Residência Multiprofissional em Área da Saúde, definindo-a como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada, em seu artigo 13, às outras categorias profissionais que integram a área de Saúde, excetuando-se a médica (BRASIL, 2005b).

No dia 15 de janeiro de 2007, foi publicada pelos Ministérios da Saúde e da Educação a Portaria Interministerial de nº 45, que deu origem a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), e definiu a RMS como curso de especialização caracterizado pelo ensino em serviço, direcionado às seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2007).

A mesma portaria, dispõe ainda que, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser orientados a partir das necessidades e realidades locais, considerando o modelo de gestão, e realidade epidemiológica, e tendo como eixo norteador a formação para atuação multiprofissional nas diversas linhas de cuidado.

Neste sentido, Motta (2014), corrobora que, as RMS se estabelecem como grandes colaboradoras na transformação das práticas profissionais em saúde, pois à medida que compreendemos o homem como sujeito social, capaz de transformar sua própria realidade a partir das necessidades emergidas pelo coletivo, podemos inferir sobre o seu papel frente às determinantes que condicionam à saúde de uma população.

Desta forma, a partir dos pressupostos apresentados, o presente estudo objetiva compreender a percepção dos residentes dos programas de pós-graduação *lato sensu* modalidade Residência Multiprofissional em Saúde, a respeito de suas vivências, evidenciando através da fala destes, quais as principais potencialidades e lacunas deste modelo formação.

2 | METODOLOGIA

Para a compreensão da percepção dos residentes à respeito das principais lacunas e potencialidades dos programas de Pós-Graduação *Lato Sensu* modalidade Residência Multiprofissional em Saúde optamos pelo método qualitativo, o qual através relação entre os fatos e o contexto, permite-nos uma visão mais clara da realidade (MINAYO, 2014).

O presente estudo, foi realizado entre outubro de 2015 e Janeiro de 2017, e teve como cenário um hospital universitário localizado em um município da região da Zona da Mata Mineira. Os participantes da pesquisa foram residentes ingressos no ano de 2015 nos Programas de Residência Multiprofissional deste hospital, que após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, se disponibilizaram a relatar a respeito de suas vivências e expectativas durante o processo de especialização.

Os participantes foram contatados para a realização das entrevistas durante o desenvolvimento de suas atividades cotidianas, sem que tal atividade representasse prejuízo ao processos de trabalho dos mesmos. No momento da coleta, todos os residentes cursavam o segundo ano do curso, fato que lhes permitiu relatar com facilidade sobre suas vivências e trajetória.

Através de um questionário foi realizada entrevista semi-estruturada, composta por quatro questões, que buscavam compreender a visão dos residentes a respeito de seu processo de formação nesta modalidade.

Por ser uma pesquisa qualitativa, o presente estudo não se preocupou com a representatividade numérica, mas, sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social (MINAYO, 2014), assim a quantidade de entrevistados foi considerada satisfatória quando as informações colhidas resultaram na reincidência de informações, situação que nos direcionou à saturação dos dados coletados.

Como ferramenta de análise para as entrevistas, foi utilizada a hermenêutica dialética, proposta por Minayo, como uma potente forma de investigação (MINAYO et al., 2013).

De acordo com a autora, a hermenêutica se move para a compreensão do pensamento humano, através da relação existente entre os fatos colocados e seus contextos, enquanto a dialética busca na linguagem, nos signos e na cultura realizar a crítica sob os núcleos de sentido encontrados (MINAYO et al., 2013).

Dessa forma, quando articulamos a hermenêutica com a dialética, podemos valorizar as divergências e as complementaridades existentes entre elas, traçando assim um caminho para a fundamentação das pesquisas qualitativas, a partir da valorização das falas, das relações e das práticas (ALENCAR et al., 2012),

A operacionalidade adotada para análise dos dados seguiu os momentos da hermenêutica dialética, onde primeiramente realizou-se uma leitura geral do material empírico, seguida de uma organização dos dados colhidos das entrevistas

e observações, destacando suas diferentes unidades de análise (ALENCAR *et al.*, 2012).

Após esta etapa, foi realizada a classificação dos dados, baseando-se na leitura exaustiva das diferentes unidades de análises e na construção de um quadro formado a partir do diálogo dos entrevistados.

Em seguida, foram transcritas as respostas de cada participante (P1, P2, P3... P16), a fim de se realizar a síntese vertical e a síntese horizontal de cada unidade de análise para posteriormente ser construída uma síntese geral vertical e uma síntese geral horizontal.

A síntese horizontal possibilita identificar o confronto dos pontos de convergência, divergência, complementaridade e diferenças em cada uma das falas dos entrevistados, e a síntese geral horizontal, permite o mesmo, porém com as respostas de todos os entrevistados (ALENCAR *et al.*, 2012).

Já a síntese vertical possibilita uma ideia geral de cada entrevistado sobre os núcleos de sentido e a síntese geral vertical uma ideia geral de todas as entrevistas, com o objetivo de se encontrar uma estrutura de relevância da união dessas unidades de análise (ALENCAR *et al.*, 2012).

A análise final dos dados, bem como a discussão dos mesmos, foi realizada a partir da interpretação de todas as sínteses produzidas, e da identificação dos núcleos de sentido expressos pelas falas dos participantes.

NÚCLEOS DE SENTIDO	P1	P2	P3	...	P16	*Síntese Horizontal
1- Você acredita que as experiências multiprofissionais já vivenciadas na residência até o presente momento foram capazes de influenciar sua prática profissional? Explique.						
2- Quais suas percepções sobre a relação entre o eixo teórico e a prática profissional desenvolvida durante esta primeira etapa do programa?						
3- Quais lacunas você percebe ao longo dessa formação?						
4- Quais são suas sugestões para o aperfeiçoamento de sua formação ao longo desta pós graduação?						* **

Quadro 1: Síntese das respostas obtidas das entrevistas

Fonte: Alencar, 2008.

**Síntese vertical.

Destaca-se que todo o processo de pesquisa deste estudo, foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário em questão, e estando de acordo

com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional CNS 001/2013. Foi aprovada sob o parecer nº 029408/2016.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura exaustiva das entrevistas, emergiram da falas dos participantes núcleos de sentido, que posteriormente foram agrupados em 03 categorias, sendo elas: A experiência do trabalho multiprofissional na pós graduação Lato Sensu, modalidade RMS; A percepção dos residentes, a respeito das lacunas estruturais e organizacionais da RMS e a Estruturação e valorização das práticas multiprofissionais em saúde: uma sugestão de aperfeiçoamento para a RMS.

3.1 A experiência do trabalho multiprofissional na pós graduação lato sensu, modalidade RMS

Nesta primeira categoria, discutiremos sob a ótica dos residentes, a experiência do trabalho multiprofissional na pós graduação Lato Sensu, modalidade RMS, subdividida em dois núcleos de sentido: “A experiência do trabalho multiprofissional na pós graduação Lato Sensu, modalidade RMS” e a “Validação do trabalho multiprofissional para o crescimento profissional”.

Através das falas expressas pelos participantes, percebe-se que o trabalho em equipe multiprofissional era desconhecido para a maioria dos participantes deste estudo, até o início da residência. A frequência desta temática na falas dos participantes, sugeriu o primeiro núcleo de sentido desta categoria: Aproximação do Trabalho multiprofissional através da RMS.

Nota-se que ao se aproximarem das práticas multiprofissionais, os residentes vislumbram uma nova forma de desenvolverem seus saberes específicos, a qual rompe com a fragmentação dos saberes tecnicistas proposta pelos currículos de graduação e busca, através da pratica colaborativa, uma assistência integral e resolutiva.

De acordo com Costa (2017), extrapolar a lógica do trabalho uniprofissional no Brasil, ainda é um desafio, e neste contexto, a RMS tem um significado singular, que reforça os ideários do SUS e aponta caminhos a serem trilhados na formação em serviço.

Para Silva (2014), através do trabalho multiprofissional surgem novas propostas de intervenção, essas se dão através da interação entre vários conhecimentos técnicos específicos e por meio dessa interação, e não poderiam ser concretizadas por um único profissional de forma isolada, sendo resultado da união de diferentes saberes.

Para Mccaffrey (2011), a prática multiprofissional é caracterizada pelas diferenças das profissões, as quais agregam conhecimentos de cada área e, dessa forma, a residência contribui tanto para a integração de conhecimentos como para o

aprendizado do trabalho em equipe.

A importância do caráter interativo do trabalho implica na necessidade de conhecer e compreender a participação dos sujeitos envolvidos na prestação de serviços e nas ações de saúde na buscado cuidado integral e resolutivo (MONJANE, 2013).

Tal pensamento vem ao encontro das falas evidenciadas neste estudo, a medida que os participantes afirmam que a aproximação do contexto de trabalho multiprofissional em saúde e o aprendizado sobre a atuação dos diversos profissionais que compõem a equipe da RMS representaram grande ganho profissional, neste sentido, destaca-se ainda dentro desta primeira categoria, seu segundo núcleo de sentido: Validação do trabalho multiprofissional para o crescimento profissional.

Para Rhodes (2013), construção coletiva do conhecimento, é um dos objetivos da RMS, a qual pode efetivar o desenvolvimento de uma proposta inovadora de assistência, à medida que amplia as possibilidades de atuação multiprofissional.

Ressalta-se que as falas dos participantes, corroboram o pensamento de Leasure EL (2013), onde o trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades de cada profissional, pois as diferenças possibilitam a contribuição da divisão do trabalho para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, permitindo o aprimoramento do conhecimento, do desempenho técnico em cada área de atuação, e uma maior produção.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que as equipes de saúde, que trabalham na perspectiva multiprofissional, qualificam os serviços de saúde ofertados aos usuários, ao passo que ao compartilharem casos clínicos, compreendem as habilidades dos membros que as compõem (OMS, 2010).

Ainda de acordo com a OMS, o trabalho multiprofissional otimiza as práticas e produtividade no ambiente de trabalho, melhora os resultados obtidos, amplia a confiança dos trabalhadores da saúde e proporciona assim a melhoria do acesso à assistência de saúde (OMS, 2010).

Fomentar o trabalho multiprofissional na área da saúde faz-se primordial, uma vez que a aproximação dos profissionais com o ensino de cunho libertador contribui na conquista de domínios e habilidades que o orientam para um trabalho colaborativo, vislumbrando o cuidado integral ao paciente (PIPPITT, 2015).

Portanto, podemos através das falas emergidas neste estudo, afirmar que a aproximação das práticas multiprofissionais desenvolvidas durante a formação na RMS contribuem para a construção de conhecimento e de transformação de práticas dos profissionais de saúde, colaborando assim para a desconstrução do modelo biologicista vigente no país.

Todavia, apesar dos relatos sobre a validade do trabalho multiprofissional, observou-se durante as entrevistas, grande dificuldade dos participantes em compreender a lógica multiprofissional de trabalho.

De acordo com Peduzzi (2013), a própria literatura ainda aponta imprecisões quanto às definições dos termos multiprofissional e interprofissionalidade.

Segundo Batista (2012), a justaposição de disciplinas distintas, em que os saberes especializados balizarão a atuação de cada profissional caracteriza a multiprofissionalidade.

Já a interprofissionalidade vincula-se: à noção do trabalho em equipe, marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais (BATISTA, 2012).

Embora discussões acerca da multiprofissionalidade e da interprofissionalidade venham se acentuando nos últimos anos, este movimento ainda se mostra gradual quando o panorama analisado passa a ser o componente prático (MOTTA, 2014).

Neste sentido as RMS, se estabelecem como alternativas para favorecer o desenvolvimento de profissionais com habilidades para o trabalho em equipe multi e interprofissional, pretendendo fomentar uma formação libertadora, pautada no trabalho vivo, vinculado às tecnologias leves que envolvem a saúde (ARAÚJO, 2017).

Durante a coleta de dados, através da fala dos participantes, subsidiada pela observação participante, percebeu-se que embora os residentes compreendam o conceito, a prática interprofissional ainda é um desafio a ser perseguido, reafirmando a lacuna entre o trabalho desenvolvido por equipes e o mero aglutinamento de profissionais.

Tão logo, a partir dos achados desta primeira categoria, percebe-se que o trabalho desenvolvido no cenário estudado, caracteriza-se por um trabalho em equipe, que vislumbra aproximar-se da multiprofissionalidade, tendo como um desafio ainda muito distante a lógica interprofissional.

3.2 A percepção dos residentes, a respeito das lacunas estruturais e organizacionais da RMS

A segunda categoria deste estudo dedica-se a compreender a percepção dos residentes, a respeito das lacunas estruturais e organizacionais da RMS desenvolvida no hospital em que atuam, e para melhor compreensão subdivide-se em dois núcleos de sentido: “As relações de ensino- aprendizagem entre preceptoria, tutoria e residentes”, e “As precariedade das estruturas organizacionais de serviço dentro da RMS”.

Nesta categoria, nota-se que as falas dos participantes convergem em apontar o distanciamento entre as atividades teóricas e teórico-práticas desenvolvidas durante o programa, sendo esta, mais uma lacuna apontada pelos residentes no processo de formação durante a RMS.

Assim, podemos inferir que entender as relações de ensino- aprendizagem entre preceptoria, tutoria e residentes torna-se de fundamental importância para a compreensão do modelo de formação em serviço desenvolvido durante a RMS.

De acordo com o Ministério da educação, são atores envolvidos no processo

da RMS o residente, o preceptor, o tutor e o docente. O primeiro é o profissional de saúde em formação nesta modalidade, já o preceptor é o profissional da mesma área profissional do residente que atua na instituição executora do programa e tem como função principal a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelo profissional de saúde residente (BRASIL, 2012).

O tutor é o profissional com titulação mínima de mestre e experiência profissional de no mínimo três anos e sua função consiste em orientações acadêmicas de preceptores e profissionais da saúde residentes. Os docentes são profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no projeto pedagógico do curso (BRASIL, 2012).

De todos estes, o mais próximo ao cotidiano dos residentes é o preceptor, pois ao desenvolverem suas atividades diárias em um mesmo cenário de atuação, estabelecem vínculos mais intrínsecos.

Dada a sua importância, o papel do preceptor destaca-se dos demais atores na formação dos residentes multiprofissionais, e a falta deste profissional ou a inadequação do mesmo para o cargo, se estabelece como um grande dificultador no processo de ensino-aprendizado desenvolvido na RMS, situação essa, que se expõe através das falas dos participantes, e caracterizam este primeiro núcleo.

Ressalta-se que, apesar da variedade de definições conferidas ao preceptor, o que não se pode perder de vista é o seu componente pedagógico dentro do processo educativo, seja enquanto fomentador da clínica ou facilitador de outros aspectos, pois no cenário de aprendizagem, o residente desenvolve suas competências, habilidades e conhecimentos, mediado pelo preceptor (AUTONOMO, 2017).

Sabe-se que a atuação do preceptor pode assumir diversas configurações, sendo algumas conflituosas, causando dúvida, estranhamento e insegurança sobre qual seria o seu papel frente à RMS. Neste sentido, o cuidado com a socialização das informações sobre as atividades da residência multiprofissional deve ser constante, de modo a evitar fragilidades na inserção e no vínculo inicial dos residentes com os serviços, preceptores e equipes, além de uma visão equivocada a respeito da RMS (ARAÚJO, 2016).

Araújo (2016), ainda destaca que o entendimento de que o residente atuaria, simplesmente, compondo a equipe do cenário de prática, inclusive, contribuindo para preencher lacunas ligadas ao dimensionamento de pessoal, reflete as fragilidades que envolvem a gestão e a tímida apropriação da função dos residentes.

A partir do exposto, podemos compreender, a relevância dos estudos que contemplem as relações interpessoais desenvolvidas entre os residentes e todos os atores facilitadores do processo ensino-aprendizagem na RMS, visto que faz-se necessária além das habilidades técnico-científicas, a disponibilidade pessoal dos mesmos para uma atuação pedagógica.

O segundo núcleo de sentido destacado nesta categoria, refere-se à precariedade

das estruturas organizacionais dentro das RMS, bem como a inadequação de alguns serviços para a recepção dos residentes multiprofissionais.

A elaboração dos programas de residência, se dá através de articulações de trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde (RAS), gestores de serviços de saúde, gestores acadêmicos e docentes (FERNANDES, 2015), todavia as pactuações pré-estabelecidas não são capazes de assegurar que os programas aconteçam em uma perspectiva multiprofissional.

Para a real consolidação dos programas de RMS, faz-se necessário, que os serviços de saúde que se integram aos programas de RMS estruturarem-se de modo a otimizar as atividades desenvolvidas, tal necessidade evidenciada através das falas.

Araújo (2016), coloca que a inserção dos residentes em um processo de trabalho já estabelecido, torna-se muito mais desafiadora. Os preceptores se deparam com novas formas de aprender e ensinar, como, também, de trabalhar em saúde, e os residentes sentem dificuldade para o exercício do trabalho interprofissional.

Entretanto, a perspectiva de implementação e consolidação da RMS tende a favorecer a reflexão sobre a reorganização do trabalho, potencializando as práticas colaborativas e suas implicações na atenção à saúde (BISPO, 2014).

Para Ceccim (2010), as residências multiprofissionais promovem, não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas possibilitam mudanças no modelo tecnoassistencial a partir da atuação multiprofissional ou integrada adequada às necessidades locorregionais, constituinte de um processo de Educação Permanente em Saúde que possibilite a afirmação do trabalhador em seu universo de trabalho na sociedade em que vive.

Destaca-se ainda nesta categoria, a expressão de consternação e desabafo manifestada por grande parte dos participantes, ao relatarem sobre as lacunas desta formação, constatada através da observação durante as entrevistas, e reforçadas por expressões tais quais: “Posso falar mesmo?”; “Finalmente alguém perguntou o que nós achamos...”; “A (nome da coordenadora da responsável pelos programas de RMS do cenário) vai ler isso?”.

A partir do colocado, reforça-se a necessidade de entendermos o processo de formação das RMS, sob a ótica de quem está sendo formado, uma vez que ao vivenciarem cotidianamente as lacunas e as potencialidades deste modelo, podem colaborar com a veracidade e propriedade de suas falas na construção de currículos mais ajustados as especificidades de cada programa.

3.3 Estruturação e valorização das práticas multiprofissionais em saúde: uma sugestão de aperfeiçoamento para a RMS

Nesta terceira e última categoria do presente estudo, buscou-se através das percepções dos próprios residentes, sugestões para o aperfeiçoamento da RMS, notou-se então, unidade nas falas dos participantes, apontando para estruturação

e valorização das práticas multiprofissionais em saúde como resposta para o preenchimento das lacunas apresentadas anteriormente.

Evidencia-se que para os participantes deste estudo, as práticas multiprofissionais direcionam à um cuidado de excelência, sendo as lacunas supracitadas, fatores limitantes para o desenvolvimento do mesmo. Dessa forma o direcionamento apontado para o aprimoramento da RMS, perpassa pela reestruturação e valorização desta forma trabalho.

Para os participantes, o trabalho multiprofissional em saúde, estabelece-se como uma alternativa na busca de novos caminhos para uma assistência integral e resolutiva, entretanto, desenvolve-lo cotidianamente, ainda se faz um desafio até mesmo nos espaços ditos integrados como as RMS.

Através da observação participante, percebeu-se que dificuldades encontradas na efetivação deste modelo, muitas vezes estão atreladas às estruturas organizacionais das instituições de saúde, ainda enraizadas ao modelo biomédico, e/ ou as limitações dos profissionais formados sob currículos biotecnistas.

Desta forma, podemos reafirmar que modelos alternativos de formação, tais quais a RMS, propõem a quebra destes paradigmas, abrindo novos horizontes para as práticas conjuntas em saúde, e ainda que são se desenvolvam em sua completude, fomentam nos profissionais a releitura sob suas práticas cotidianas.

Para Thannhauser (2010), o trabalho multiprofissional contribui para a formação de profissionais de saúde mais preparados para uma atuação integrada em equipe, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam frente à competição e à fragmentação.

De acordo com Peduzzi (2013), profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulam seu saber específico com o dos outros na organização do trabalho, o que possibilita tanto compartilhar as ações como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa. Essa flexibilidade permite otimizar os recursos e ampliar o reconhecimento e a atenção às necessidades de saúde próprias de usuários e população de cada território e serviço.

Por fim, devemos ressaltar que através das análises realizadas a partir das falas e observações das três categorias, fica clara a percepção dos residentes a respeito das contribuições da RMS na formação de uma identidade profissional.

Apontamentos como o aprimoramento do saber profissional específico, bem como o ganho de habilidades para o trabalho em equipe, e suplementação teórico-prática, foram fortemente marcados como os principais ganhos deste modelo de formação.

Coloca-se ainda que, embora ainda existam muitas lacunas para a efetivação do trabalho multiprofissional, persistir em práticas colaborativas, na visão dos residentes, estabelecem o caminho mais adequado para a formação de profissionais contextualizados à um modelo assistencial direcionado a integralidade da assistência.

4 | CONCLUSÕES

Ao longo deste trabalho, pudemos perceber o protagonismo das RMS no contexto da pós graduação em saúde brasileira. Através da perspectiva dos profissionais que a vivenciam cotidianamente, foram destacadas quais são as principais potencialidades deste modelo formativo, bem como, quais lacunas ainda precisam ser preenchidas para sua consolidação, e para a efetivação da lógica multiprofissional nos espaços de formação.

Evidencia-se pela fala dos participantes deste estudo, que a característica definidora das RMS, a formação em serviço, pode também ser considerada sua maior potencialidade, a qual, na visão dos profissionais entrevistados, permite a imersão, em diversos ambientes de trabalho, possibilitando-a à aquisição de novas habilidades e competências.

Entretanto, nota-se que embora existam legislações e grandes esforços de diferentes esferas para a consolidação das RMS, os cenários de atuação dos residentes participantes do presente estudo, ainda não estão preparados para receber a dinâmica de trabalho multiprofissional.

Existem lacunas que perpassam desde a falta de estrutura física das unidades, serviços e ambulatórios, até o despreparo e/ou ausência de preceptores e docentes. Estas lacunas dificultam o aprendizado, desmotivam os profissionais, e refletem o modelo biomédico, tecnicista e hospitalocentrico atualmente vigente no país, necessitando urgentemente serem superadas.

Destaca-se ainda, que para os participantes, o caminho mais adequado para a superação das lacunas apontadas, e para o consolidação das RMS como espaços de formação de excelência em saúde, perpassa pela manutenção e fortalecimento dos programas já existentes, bem como pela ampliação do modelo multiprofissional.

Por fim, consideramos que o presente estudo atingiu ao objetivo inicialmente proposto, à medida que ao darmos voz aos participantes, permitindo que através de suas experiências colocassem os desafios e as conquistas vivenciadas cotidianamente, colaboramos com o aprofundamento das reflexões e discussões a respeito desta temática.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves; ALENCAR, Bruno Rodrigues. **Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v.25, n.2, p. 243-250, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2236/2460>> Acesso em: 15 set. 2018.

ARAUJO, Thaise Anataly Maria de et al. **Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores.** Interface (Botucatu), Botucatu, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005002102&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2018.

AUTONOMO, Francine Ramos de Oliveira Moura et al. **A Preceptorial na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316-327, June 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022015000200316&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 set. 2018.

BATISTA, Nildo Alves. **Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas**. Cad FNEPAS, v. 2, n. 1, p. 25-8, 2012.

BISPO, Emanuella Pinheiro de Farias; TAVARES, Carlos Henrique Falcão; TOMAZ, Jerzúí Mendes Tôrrez. **Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 49, p. 337-350, Jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200337&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 set. 2018.

BRASIL. **Medida Provisória nº 238/2005**. Publicada no Diário Oficial da União de 2 de fevereiro de 2005. Estabelece a regulamentação das residências multiprofissionais na área da saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2 fev 2005a.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 45, de 12 de Janeiro de 2007**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: <<http://www.conarenf.com.br/2008/materias.asp?articleid=82>>. Acesso em 15 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretária de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. **Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012. Diário Oficial da União, 16 de abril de 2012**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. **Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS**. Divulg. saúde debate, n. 23, p. 30-56, 2001.

CECCIM. Ricardo Burg. **Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS**. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; , V. L. (Org.) Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. 2010.

COSTA, Marcelo Viana da. **A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100197&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2018.

FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva et al. **Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 36, n. 4, p. 90-97, 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/50300>>. Acesso em: 15 set. 2018.

LEASURE, Emily L. et al. **There is no “i” in teamwork in the patient-centered medical home: defining teamwork competencies for academic practice**. Academic Medicine, v. 88, n. 5, p. 585-592, 2013.

MCCAFFREY, Ruth G. et al. **An educational program to promote positive communication and collaboration between nurses and medical staff**. Journal for Nurses in Professional Development,

v. 27, n. 3, p. 121-127, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33.ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14^a ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONJANE, Lídia Justino; OHL, Rosali Isabel Barduchi; BARBIERI, Márcia. **La formación de enfermeros licenciados en Mozambique**. Rev Iberoam Educ Invest Enferm, v. 3, n. 4, p. 20-8, 2013.

MOTTA, Luciana Branco et al. **Integrating medical and health multiprofessional residency programs: the experience in building an interprofessional curriculum for health professionals in Brazil**. Education for Health, v. 27, n. 1, p. 83, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Redes de profissões de Saúde. Enfermagem e Obstetrícia. Recursos Humanos para a Saúde**. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010. .

PEDUZZI, Marina et al. **Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PIPPITT, Karly et al. **Collaboration versus competition: an interprofessional education experience**. Family medicine, v. 47, n. 4, p. 298-301, 2015.

PORTO, Jarbas A. **O hospital moderno e o sistema de Residência**. Revista Paulista dos Hospitais, São Paulo, v. 10, n. 9, p. 19-22, set. 1962.

RHODES, Catherine et al. **Registered nurse perceptions after implementation of a nurse residency program**. Journal of Nursing Administration, v. 43, n. 10, p. 524-529, 2013.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto. et al.. **Educação permanente em saúde na ótica de membros das comissões de integração ensino-serviço**. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 3, n. 2, p. 296-306, 2013. ISSN 2179-7692.

SILVEIRA, Andréia (Coord.). **Residência de Medicina do Trabalho – Programa 2005. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais**. Serviço Especial de Saúde do Trabalhador do Hospital de Clínicas/Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador, jan. 2005. Disponível em:<http://www.hc.ufmg.br/crest/download/residência_medicina_trabalho.pdf> Acesso em: 15 set. 2018.

THANNHAUSER, Jennifer; RUSSELL-MAYHEW, Shelly; SCOTT, Catherine. **Measures of interprofessional education and collaboration**. Journal of Interprofessional Care, v. 24, n. 4, p. 336-349, 2010.

FORMAÇÃO POLÍTICA COMO FERRAMENTA TRANSFORMADORA DE UMA PROFISSÃO: A REALIDADE DA ENFERMAGEM DESDE ACADEMIA

Audrey Moura Mota-Gerônimo

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT),
Faculdade de Enfermagem (FAEN). Maceió –
Alagoas.

Heloisa Maria Pierro Cassiolato

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT),
Faculdade de Enfermagem (FAEN). Cuiabá –
Mato Grosso.

Bruna Paesano Grellmann

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT),
Faculdade de Enfermagem (FAEN). Cuiabá –
Mato Grosso.

Daniela de Oliveira Soares

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT),
Faculdade de Enfermagem (FAEN). Cuiabá –
Mato Grosso.

Giordan Magno da Silva Gerônimo

Centro Universitário Jaime de Altavila (CESMAC/
AL). Maceió – Alagoas.

RESUMO: Já se descortina um processo de reorientação da formação dos profissionais em saúde, aproximando às demandas do Sistema Único de Saúde, agregando a concretização dos princípios doutrinários e organizativos. Centrada em criar profissionais generalistas, críticos, reflexivos, capazes de aprender a aprender e atender às necessidades de saúde da população, sem perder de vista os princípios que regem o sistema, pautada no desenvolvimento de competências, que

habilite uma atuação inegavelmente ampla. Relato de experiência que enfatiza formação política como ferramenta para contribuir nas mudanças que a Enfermagem necessita desde a formação acadêmica, mediante vivência como membros do Diretório Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá. Usou-se a Metodologia da Problematização de Charles Maguerez (Método do Arco), baseada na participação ativa dos sujeitos. Representando a maior força de trabalho em saúde, a Enfermagem tem sob sua responsabilidade o cuidado direto e integral de pacientes nos níveis de atenção à saúde, exigindo uma formação que extrapole os muros da academia. O diretório acadêmico é um caminho que possibilita dialogar sobre política e todas as esferas e formas de deliberação, representação e exercício da democracia. A formação política precisa estar articulada com forma de ensino, devendo estimular reflexão e criticidade, assumindo-se como uma educação problematizadora, na qual a formação deve ocorrer enquanto construção conjunta entre educador e educando, incorporando diálogo à prática. Os profissionais da Enfermagem precisam se perceber enquanto lideranças políticas, impactando academia e serviços, garantindo uma mudança estrutural profunda que se refletirá no gerenciamento, no cuidado e na assistência.

PALAVRAS-CHAVE: ENFERMAGEM; FORMAÇÃO POLÍTICA; METODOLOGIA ATIVA.

ABSTRACT: A process of reorientation of the formation of the health professionals is already unveiled, approaching the demands of the Unified Health System, adding the materialization of the doctrinal and organizational principles. Focused on creating generalist, critical and reflexive professionals capable of learning to learn and attending to the health needs of the population, without losing sight of the principles governing the system, based on the development of competencies, which enables an undeniably broad performance. Experience report that emphasizes political formation as a tool to contribute to the changes that Nursing needs from the academic formation, through living as members of the Nursing Academic Directory of the Federal University of Mato Grosso, Cuiabá. The Methodology of the Problem of Charles Magueres (Method of the Arc) was used, based on the active participation of the subjects. Representing the largest health workforce, Nursing is responsible for the direct and integral care of patients at health care levels, requiring a training that goes beyond the walls of the academy. The academic directory is a way that enables dialogue on politics and all spheres and forms of deliberation, representation and exercise of democracy. The political formation must be articulated with a form of education, stimulating reflection and criticism, assuming itself as a problematizing education, in which formation must take place as a joint construction between educator and educator, incorporating dialogue into practice. Nursing professionals need to perceive themselves as political leaders, impacting academia and services, ensuring a profound structural change that will be reflected in management, care and assistance.

KEYWORDS: NURSING; POLITICAL TRAINING; ACTIVE METHODOLOGY.

1 | INTRODUÇÃO

Representando um conjunto de tarefas complexas, atuar e intervir nos diversos serviços relacionados à assistência de saúde, requer atentar para a importância da saúde para a população brasileira. Tal contexto leva gestores, profissionais de saúde e a população em geral a buscar uma atuação técnica, social e política (MENEGAZ; BACKES; AMESTOY, 2012).

Frente a essa demanda, Menegaz, Backes e Amestoy (2012, p. 190-1) apontam que,

Ao retomar a formação do enfermeiro, enfatiza-se que ela tem como centralidade a formação de profissionais generalistas, críticos, reflexivos, capazes de aprender a aprender e de atender às necessidades de saúde da população, considerando os princípios do SUS. É pautada no desenvolvimento de competências, sendo elas: atuar na atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração e gerenciamento, educação permanente e liderança. Compreende-se que o desenvolvimento dessas competências contribui para a formação política do enfermeiro líder, que também podem ser espraiadas para a formação dos profissionais de enfermagem de maneira ampla.

Em concordância a esse entendimento, é a complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) que dita a necessidade da qualificação dos profissionais que integram esse sistema. Diversos são os desafios que requerem atenção, especialmente a alta rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde, sua má distribuição nas diferentes regiões do país, a falta de estruturação das carreiras e a falta de nivelamento salarial nas variadas localidades do Brasil (HADDAD, 2011).

Falar sobre política e politização remete a uma resistência que é cultural para o brasileiro. Tal posição reflete tanto o grau de maturidade, quanto a falta de identificação advinda do distanciamento desses tópicos com a prática de cada indivíduo no decorrer de sua vida. Todo ato humano, individual ou coletivo, representa uma escolha política, mesmo quando essa decisão seja a de não decidir, permitindo que impere preconceito, arrogância e falta de diálogo quando se trata de política (ARENDR, 2007). Assim, Winters, Prado e Heidemann (2016, p. 249) reconhecem que,

O processo de formação do profissional constitui-se no desenvolvimento de um cidadão crítico, capaz de enfrentar as rápidas mudanças do conhecimento e seus reflexos no mundo do trabalho. Possibilitando, ainda, a construção de um perfil acadêmico e profissional que levem, por meio de perspectivas e abordagens contemporâneas, ao desenvolvimento de competências e habilidades que possam fundamentar a formação do profissional crítico-reflexivo, transformador da realidade social e agente de mudanças na perspectiva da reorganização das práticas na atenção básica.

Por representar a maior força de trabalho em saúde, a Enfermagem se destaca, tendo sob sua responsabilidade o cuidado direto e integral de pacientes em todos os níveis de atenção e ações em saúde, capacitando-a a auxiliar efetivamente nas transformações que essas novas demandas exigem (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Dessa maneira, sua formação precisa extrapolar os muros da academia e dos serviços, rumando ao encontro de uma compreensão tanto da história do país, quanto da própria profissão e do SUS como um todo, o que essa conquista representa para a saúde e para o povo brasileiro.

Tal realidade requer que a Enfermagem e o SUS tenham profissionais que lhe sejam comprometidos cotidianamente com o indivíduo e suas necessidades, bem como com toda a história que garantiu sua conquista. Assim, este trabalho é um relato de experiência que enfatiza a importância da formação política como ferramenta para contribuir nas mudanças que a categoria de Enfermagem necessita desde a formação acadêmica, mediante vivência como membros do Diretório Acadêmico de Enfermagem (DAENF) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), *campus* Cuiabá.

2 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Até a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde não era reconhecida como um direito de todos. Frente a esse fato, a responsabilidade pelo atendimento à saúde era de cada indivíduo e as políticas desenvolvidas pelo Estado eram restritas e

focalizadas. Não sendo a saúde considerada um direito de todos e nem alvo de políticas públicas, restava às pessoas que tinham recursos procurar médicos particulares e até soluções no exterior. As que não dispunham de recursos dependiam da caridade ou das parteiras e dos curandeiros (BRASIL, 2003).

Em 1923, fruto do crescimento industrial e da maior mobilização dos trabalhadores, foi criada a Lei Eloy Chaves que instituía as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que consistiam em um fundo criado pelas empresas com a contribuição dos empregados e que tinha por objetivo financiar a aposentadoria dos trabalhadores e a sua assistência médica. Contudo, consolidou a lógica de que só tinha direito à saúde quem contribuísse financeiramente (BRASIL, 2003).

Na década de 1930, Getúlio Vargas transformou as CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), unificando as diversas CAPs de uma mesma categoria. Assim, os IAPs passaram a gerenciar grandes somas de recursos, pois o número de empregados com carteira assinada que contribuía com os institutos crescia bastante e a quantidade de aposentados ainda era pequena. No entanto, o direito à saúde continuava restrito a quem contribuísse (BRASIL, 2003).

Em 1966, os diversos IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), centralizando definitivamente a administração dos recursos e mantendo a lógica do direito apenas para quem contribuía. Além disso, pode-se apontar que as ações do Estado na promoção e prevenção da saúde sempre se restringiam ao combate de epidemias, principalmente quando elas representavam uma ameaça aos interesses econômicos (BRASIL, 2003).

Comprovando isto, foi criado em 1942 o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), fruto de um acordo entre o governo brasileiro e os Estados Unidos. O SESP tinha por objetivo oferecer serviços de saúde nas regiões de produção de material estratégico para a 2ª Guerra Mundial a exemplo da borracha, na região amazônica (SCHNEIDER et. al, 2005).

Uma das ações importantes e que, apesar de limitada, representou um pequeno avanço na luta pelo direito universal à saúde foi à criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência no ano de 1949. Embora na prática apresentasse dificuldade relacionada ao adequado funcionamento, observa-se que se estava sendo garantido através de Lei o direito universal ao atendimento de urgência. Por um lado, este serviço era universal e, por outro, restrito, ou seja, era para todos, mas somente em casos de urgência (SCHNEIDER et. al, 2005).

Nesse contexto, outra tentativa se deu com a criação do Plano Nacional de Saúde em 1968 pelo governo Costa e Silva. Este Plano foi criado com a proposta de universalização do acesso e de centralização da assistência de saúde no Ministério da Saúde. O resultado foi que ele nem chegou a ser implementado devido à oposição tanto de quem era contra a privatização, quanto pelos que eram contra a unificação da assistência de saúde no Ministério da Saúde (SCHNEIDER et. al, 2005).

Com o processo de democratização, no início dos anos 80, a crise na saúde

se agravou, fruto de décadas de poucos investimentos, má gestão dos recursos, diminuição da arrecadação do INPS em meio à corrupção, além da redução do número de contribuintes contra o aumento de aposentadorias (SCHNEIDER et. al, 2005).

Em contrapartida, o avanço supremo da VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, se deu na consolidação na Constituição Federal de 1988 da Saúde como direito de todos e um dever do Estado. Com isso, o Estado passou a comportar o compromisso para com a Saúde, devendo garantir os recursos necessários e gerenciar o sistema para que seja efetivado o direito à saúde para toda a população (SCHNEIDER et. al, 2005).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito a saúde como um direito de todos e dever do Estado, tendo sido regulado pela Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.080 foi criada com o intuito de regulamentar as políticas de saúde definidas na carta magna, sendo promulgada somente após uma incansável mobilização de setores organizados da sociedade. O governo da época, representado pelo presidente Fernando Collor, resistiu ao caráter descentralizador dessa lei e vetou diversos artigos, especialmente os que diziam respeito aos recursos e à participação da comunidade nas deliberações da saúde. O veto levou a comunidade a se articular novamente, especialmente com parlamentares comprometidos com a saúde pública, resultando na criação de uma nova lei neste mesmo ano, a 8.142, que trata especificamente da participação da comunidade na gestão do SUS e da transferência de recursos para a saúde entre as esferas de governo (BRASIL, 2003).

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde (BRASIL, 2005).

As funções gestoras no SUS podem ser definidas como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública” (SOUZA, 2002, p. 26). Dessa forma, uma das diretrizes fundamentais do SUS é a descentralização de ações e serviços de saúde, conforme prevê a Lei nº 8.080/90 e, mais especificadamente, a Lei nº 8.142/90.

Todavia, a gestão descentralizada do SUS tem desafiado os gestores das três esferas de governo para a configuração de uma rede de ações e serviços de saúde que se efetivamente capaz de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contrarreferência municipal e intermunicipal (BRASIL, 2005).

Ademais, a função de gestão do sistema de saúde compartilhada pelos três níveis de governo tem se caracterizado por modelos distintos nos Estados. Entretanto, muito se avançou no processo de pactuação das responsabilidades e atribuições da União,

Estados e Municípios. Neste sentido há consenso entre os três níveis de governo sobre as atribuições básicas correspondentes a cada um no controle, avaliação e regulação da assistência à saúde (BRASIL, 2005).

A Constituição Federal estabelece os princípios, diretrizes e competências do SUS, mas não define especificamente o papel de cada esfera de governo no sistema (BRASIL, 1988). Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera (nacional, estadual e municipal) é feito pela Lei 8.080/90, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde.

Além dos normativos legais já citados, ressalta-se a Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993, que estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde aprovando a Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

Apresentar a complexidade e organização do SUS reforça a necessidade de uma formação que esteja em consonância com as demandas desse sistema para atender adequadamente a população brasileira. A formação política é um diferencial para o enfermeiro, que tem em si a responsabilidade de acompanhar o usuário durante cada hora do dia.

3 | METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa que teve como ponto de partida a Metodologia da Problematização de Charles Maguerez. Tal metodologia está baseada no Método do Arco e se constitui em um recurso para a realização de projetos da prática assistencial e de pesquisa e que, segundo Borille et al. (2012), tem seus princípios teóricos e filosóficos fundamentados no humanismo, na fenomenologia, no existencialismo e no marxismo.

Entretanto, por estar alicerçada na participação ativa dos sujeitos, a Metodologia da Problematização considera o contexto de vida, a história e as experiências dos sujeitos envolvidos, considerando o ritmo de aprendizado individual de cada um, já que “(...) pela problematização do conhecimento vulgar mediado pela teoria, é possível promover reconstruções conceituais neste saber, apreensão e aprofundamento do conhecimento científico (...)” (BORILLE et al., 2012, p. 210).

Outra questão que merece ser ressaltada diz respeito ao fato de que o sujeito, no que tange à Metodologia da Problematização, é levado a analisar a realidade na qual está inserido, refletindo sobre ela e elencando questões que se mostram como problemas que carecem atenção. Dessa forma, Borille et al. (2012, p. 210) colocam que:

[...] esse método tem como ponto de partida a realidade do sujeito, o cenário no qual está inserido e onde os vários problemas podem ser vistos, percebidos ou deduzidos, de maneira que possam ser estudados em conjunto ou em pares. A observação da realidade depende da visão de mundo e das experiências de vida de cada pessoa, podendo ser diferentes de um observador para o outro.

Nesse contexto, tendo sua origem na concepção da educação histórico-crítica, a Metodologia da Problematização tem além das características já elencadas, o imprescindível propósito de preparar o indivíduo na tomada de consciência do seu mundo, atuando de forma intencional para transformá-lo (PRADO et al., 2012).

O Arco de Charles Maguerez é composto por cinco etapas que tem por ponto gerador a realidade social, sendo elas: a observação da realidade, os pontos-chaves, a teorização, as hipóteses de solução e a aplicação à realidade, como pode ser observado logo a seguir (FIGURA 01):

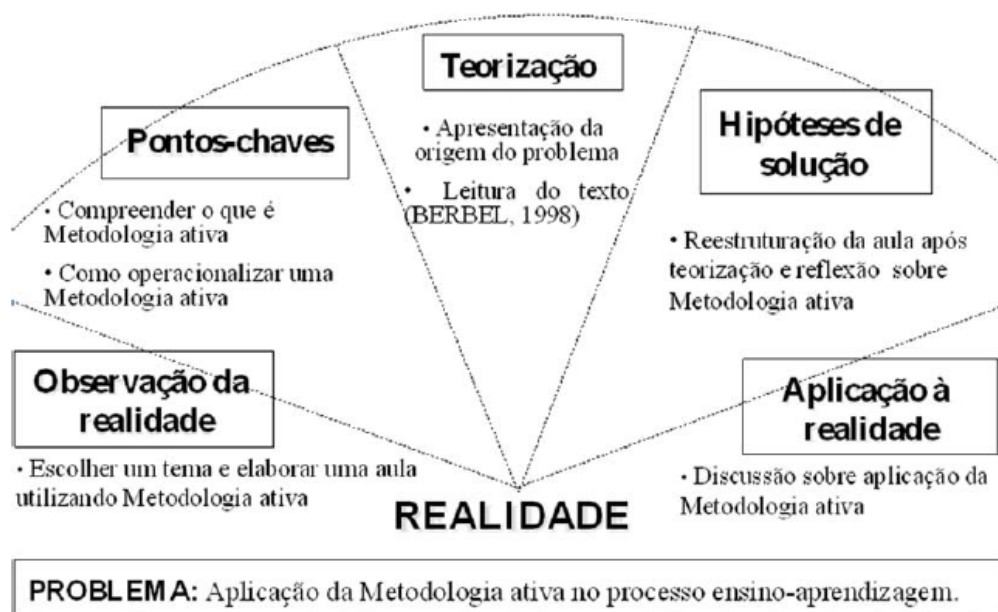


FIGURA 01 – Etapas do Arco da Metodologia da Problematização de Charles Maguerez

FONTE: Adaptado de PRADO et. al. (2012, p. 176).

A pedagogia da problematização, proposta dessa ação de intervenção, está alicerçada na educação popular, que tiveram origem a partir dos movimentos sociais no final dos anos 50 e início dos anos 60. Nessa proposta, o processo de aprendizagem está relacionado a uma atividade entre os atores envolvidos que “(...) são mediatizados pela realidade que apreende e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa realidade, a fim de nela atuarem, possibilitando uma transformação social” (PEREIRA, 2003, p. 1531).

Além disso, Freire (2001 apud PEREIRA, 2003, p. 1532) deixa claro que a aprendizagem se dá mediante a realização de uma ação motivada, principalmente por ser,

[...] através do diálogo que se dá a verdadeira comunicação, onde os interlocutores são ativos e iguais. A comunicação é uma relação social igualitária, dialogal, que produz conhecimento. [...] Aprender é um ato de conhecimento da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo educando, que se dá através de uma aproximação crítica dessa realidade. O que é aprendido não decorre da imposição ou memorização, mas do nível crítico de conhecimento ao qual se chega pelo processo de compreensão, reflexão e crítica.

Para que a pesquisa qualitativa se dê adequadamente, o grupo selecionado para participar do estudo deve ter uma vivência cotidiana com a realidade estudada, já que irá se partir das informações por ele fornecida que se procederá as ações (MINAYO, 2010).

Partindo desse resgate teórico, o procedimento de coleta de dados envolveu a compilação e análise da experiência vivenciada no decorrer da graduação em Enfermagem, atrelada à participação na gestão do DAENF, como estratégia de pesquisa qualitativa.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificou-se que a busca especialmente do desenvolvimento do senso crítico e consequente empoderamento é resultado da tomada de consciência proporcionada do decorrer da trajetória. Tal processo tanto favorece a autonomia do indivíduo, quanto promove o despertar de sua curiosidade, estimulando as tomadas de decisões individuais e coletivas, levando-o a se assumir e se entender como parte de um coletivo. O resultado é um futuro profissional da enfermagem consciente e crítico, capaz de transforma a realidade de sua categoria profissional.

Quando se entra no ambiente acadêmico, torna-se inevitável ouvir, falar, interagir politicamente. Essa realidade não é diferente na Faculdade de Enfermagem da UFMT. Assim, o DAENF, enquanto esfera de representação dos estudantes do curso, acaba sendo um dos caminhos que possibilita dialogar sobre tal temática e todas as esferas e formas de deliberação, representação, exercício da democracia. As dificuldades já aparecem nas relações diárias em sala de aula.

Enquanto Lima, Haddad e Sardinha (2008) e Artmann, Azevedo e Sá (1997) consideram que o planejamento é a arte de fazer escolhas, mediante a elaboração de planos que conduzam a um processo de mudanças; Parente (2011) aponta que antes de qualquer coisa o ato de planejar é uma decisão política, tanto pelos gestores, quanto pelos técnicos. A adesão ao planejamento tem relação direta aos determinados contextos, sendo resultado de um tempo e de um espaço específicos, refletindo a visão da sociedade na qual está inserido e é resultado.

Como Paulo Freire bem explicita, o papel da criticidade representa um papel decisivo no processo do planejamento, no envolvimento de todos os segmentos sociais e na racionalidade comunicativa, de modo a garantir a emancipação do homem através do diálogo e da busca de consensos, sem deixar de reconhecer sua condição de ser inacabado, que reflete no fazer humano (FREIRE, 2011).

É inquestionável a importância do planejamento como ferramenta gerencial, em especial por proporcionar aos profissionais da Enfermagem um ganho significativo quanto à assistência, já que tem papel preponderante na qualidade do cuidado prestado e na quantidade, por influenciar a produtividade. Todavia, se não houve uma formação

direcionada para a liberdade e para a autonomia, o enfermeiro não terá condições de exercer adequadamente sua função. Dentre as funções administrativas do enfermeiro, além da organização, da direção, da coordenação e do controle das ações executadas nas unidades assistenciais das instituições, merece destaque tanto o planejamento, quanto as questões gerenciais que lhe cabe (ALBANO; FREITAS, 2013).

Ademais, por viabilizar o desempenho das funções do enfermeiro, Albano e Freitas (2013) apontam que o planejamento tem íntima relação com o nível organizacional, podendo ser estratégico, que é o elaborado pela alta administração e abrange a organização na totalidade, caracterizando-se por ser para longo prazo e direcionado para a eficácia; o tático, que é de nível intermediário e envolve a transformação das decisões estratégicas em planos reais no nível departamental, e o operacional, que compreende a realização das tarefas e operações específicas para curto prazo, tendo como foco a otimização e maximização dos resultados.

Percebe-se que cotidianamente o enfermeiro se depara com a falta de condições de realizar suas atividades diariamente. Reconhece-se que acabam se voltando para a assistência e para “apagar incêndios” por não terem condições de realizar um planejamento que os habilitem a sanar as questões que geram dificuldades no dia a dia.

Todos esses fatores favorecem a uma prática profissional desestruturada, sem fundamentação, que possibilite mudanças para todos os profissionais envolvidos e a instituição ao qual está inserido como um todo, além das demandas que se perpetuam com o passar do tempo sem solução. Não se torna viável uma busca concreta pela eficiência e pela eficácia nas práticas de enfermagem, partindo-se de ações desarticuladas e sem força, que não garantem uma assistência diferenciada e pautada em bases científicas, gerenciais e, acima de tudo, individualizada (CAMARGO et. al, 2014).

Percebe-se também um fortalecimento da precarização do trabalho de enfermagem que se acentua devido a um sentimento de desvalorização e de marginalização. Tal realidade reflete negativamente na motivação, já que há um comprometimento na instituição das funções a serem realizadas, além de um enfraquecimento na liderança frente aos demais profissionais da área .

O desenvolvimento da equipe fica comprometido, tornando-se necessário, de acordo com entendimento dos profissionais ouvidos para a realização desse trabalho, de um dimensionamento que possibilite uma assistência que tenha como foco o atendimento à humanização, à integralidade e a individualidade dos usuários. O planejamento do serviço de Enfermagem aliado a uma formação política libertadora e conscientizadora poderia, a partir do incremento de um quadro de profissionais realmente de acordo com as demandas diárias de cuidados, passar a integrar a prática da profissão, possibilitando o estabelecimento de metas em consonância com o atendimento das necessidades assistenciais (BORGES; ALENCAR, 2014).

Uma questão que merece atenção, como Albano e Freitas (2013) também

identificaram em seu estudo, é o fato dos enfermeiros terem estudados conteúdos de Administração ou Gestão aplicada à Enfermagem, com abordagem sobre planejamento estratégico, tático e operacional, e mesmo havendo o reconhecimento da importância da participação do enfermeiro no gerenciamento das práticas assistenciais, considerando-se capacitados para exercer tal função, não se aplica cotidianamente o planejamento. O que se observa é a manutenção de uma prática que os limitam ao exercício de sua atuação profissional, sendo um conjunto de conhecimentos insuficientes para auxiliá-los no exercício de suas funções enquanto enfermeiros, ressaltando as deficiências do processo de formação instituído.

O estímulo à reflexão e ao diálogo deve ser uma constante, garantindo a preservação do direito dos acadêmicos de dizer a palavra e o dever do educador de escutá-los. Somente assim se estabelecerá uma escuta autêntica, capaz de representar o falar entre as partes. Rompe-se dessa forma o falar unidirecional, representando uma maneira de não ouvir. Quando o educador negligencia o direito do educando de dizer a palavra, expondo suas ideias e seu discurso, estará negligenciando a formação de seres políticos, porque é o dizer a palavra que irá diferenciar os homens entre si (CECCIM; FERLA, 2008).

Dessa maneira, como apontam Camargo Júnior e colaboradores (2014), a formação política precisa estar articulada com a forma de ensino, devendo estimular a reflexão e a criticidade, assumindo-se como uma educação problematizadora, na qual o processo de formação deve ocorrer enquanto construção conjunta entre educador e educando, necessitando imprescindivelmente incorporar o diálogo à prática. Nesse contexto, o educador educa e ao mesmo tempo é educado, assim como o educando ao ser educado também educa.

O estímulo ao pensar crítico e à reflexão, além da prática coerente ao discurso, requer um exercício constante e a assunção de modelos de ensino e conduta baseadas na problematização, em contraposição à mera transmissão do conhecimento que minimiza o pensar crítico e a autonomia dos sujeitos. Percebe-se que a falta de prática, exercício do diálogo e criticidade sobre política acabam por prejudicar a mais simples das decisões. Falar sobre uma questão coletiva se choca com os interesses individuais, devendo prevalecer o bem ao grupo, a um coletivo.

Além disso, a formação tem que promover a criticidade, empoderamento e corresponsabilização com as questões que transcendem o indivíduo e envolve toda uma categoria e a sociedade. Frente ao exposto, percebe-se que estar na universidade nada representa se a realidade é esmagada sob a égide de uma estrutura curricular sufocante e contraditória com uma formação libertadora e problematizadora.

Torna-se óbvio que o conhecimento é caminho para a transformação, para o desenvolvimento de um pensamento verdadeiramente crítico, livre de amarras e subjugação, evitando a dominação sem escrúpulos que se vê cotidianamente. Aceitar as diferenças é comungar com a diversidade que compõe o povo brasileiro. Todavia, as desigualdades devem ser combatidas, fato que somente com a conscientização

será possível fazer frente aos desmandos dos opressores.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da Enfermagem precisa se perceber e se assumir enquanto lideranças políticas, fato que promoverá impacto tanto na academia, quanto nos serviços de saúde, garantindo uma mudança estrutural profunda que se refletirá não só no gerenciamento, como também no cuidado e na assistência.

Frente ao exposto, faz-se necessário buscar meios de tornar a formação política e o planejamento uma realidade nas ações assistenciais de enfermagem, elevando-o ao patamar de item indispensável ao cotidiano, posição de excelência na busca de uma atenção individualizada e comprometida com que está preconizado em normativos nacionais. Deve-se partir do reconhecimento de sua importância para uma prática eficaz e eficiente, assumindo sua essencialidade frente às demandas diárias.

Fica explícito que o profissional da enfermagem precisa ser habilitado além da técnica, devendo ser estimulado já no período de formação a desenvolver competências como raciocínio político e uma postura crítica-reflexiva, questões que devem ser fortalecidas e implementadas pelos coordenadores e docentes dos cursos de graduação.

Para se alcançar esse nível de “liberdade”, fazem-se necessárias condições que possibilitem transpor o que já está pronto, permitindo que a formação seja verdadeiramente libertadora e transformadora, com cada indivíduo sendo parte atuante desse processo. Não é o papel de mero expectador que possibilitará transformar uma categoria. É necessário se mexer, sair da zona de conforto e transpor o que está pacificado.

REFERÊNCIAS

ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

ALBANO, T. C.; FREITAS, J. B. de. Participação efetiva do enfermeiro no planejamento: foco nos custos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 2013, v. 66, n. 3, p. 372-7.

ARTMANN, E.; AZEVEDO, C. da S.; SÁ, M. de C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 1997, v. 13, n. 4, p. 723-40.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, São Paulo, 2011, v. 20, n. 4, p. 884-99.

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**, 2014, Ano 03, n. 04, p. 119-43.

BORILLE, D. C.; BRUSAMARELLO, T.; PAES, M. R.; MAZZA, V. de A.; LACERDA, M. R.; MAFTUM, M. A. **A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de**

enfermagem: relato de experiência. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2012, v.21, n.1, p. 209-16. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a24v21n1.pdf>>. Acesso em: 20 Set 2018.

BRASIL, República Federativa do. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos.** Ministério da Saúde, Brasília, 2005.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

_____. **Portaria nº 545, de 20 de Maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Distrito Federal, 1993.

BRASIL, República Federativa do. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Distrito Federal, 1990.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Distrito Federal, 1990.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Distrito Federal, 1988.

CAMARGO JÚNIOR, E. B.; TEIXEIRA, C. A. B.; SELEGHIM, M. R.; CASTANHO, L. C.; MARTINS, L. M.; BUENO, S. V. Reflexão sobre as contribuições de Paulo Freire para área da Saúde e Enfermagem. **Revista Saúde Multidisciplinar**, 2014, Ano 1, v. 2, p. 95-107.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, 2008, v. 6, p. 443-56.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade.** 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 33. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

HADDAD, A. E. A enfermagem e a Política Nacional de Formação do profissionais de Saúde para o SUS. **Rev Esc Enferm USP**, 2011. v. 45, n. Esp. 2, p. 1803-9.

LIMA, S. V.; HADDAD, M. do C. L.; SARDINHA, D. da S. Planejamento Estratégico elaborado juntamente com a equipe de enfermagem de um hospital de médio porte. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Londrina, 2008, v. 7, suplement. 1, p. 138-44.

MENEGAZ, J. do C; BACKES, V. M. S.; AMESTOY, S. C. Formação política para fortalecimento de liderança em enfermagem: relato sobre a experiência. **Enfermagem em Foco**, 2012, v. 3, n. 4. p. 190-3.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2010. 408p.

PARENTE, J. R. F. Planejamento Participativo em Saúde. **SANARE - Revista de Políticas Públicas.**

Sobral. 2011. v. 10, n. 1, p. 54-61. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/144/136>>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

PEREIRA, A. L. de F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003. v. 19, n. 5, p. 1527-34.

PRADO, M. L. do; VELHO, M. B.; ESPÍNDOLA, D. S.; SOBRINHO, S. H.; BACKES, V. M. S. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc Anna Nery**, 2012. v. 16, n. 1, p. 172-7.

SCHNEIDER, A.; KUJAWA, H.; ANDRADE, J.; BOTH, V.; BRUTSCHER, V. **Financiamento do SUS: A luta pela efetivação do Direito Humano à Saúde**. Rio Grande do Sul: Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), 2005. 52 p.

SOUZA, R. R. de. **O Sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 38 p.

WINTERS, J. R. da F.; PRADO, M. L. do; HEIDEMANN, I. T. S. B. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. **Esc Anna Nery**, 2016. v. 20, n. 2, p. 248-53.

INFORMÁTICA EM SAÚDE COMO FERRAMENTA NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Neyse Patrícia do Nascimento Mendes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal – Rio
Grande do Norte

Carlos Jordão de Assis Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Enfermagem, Natal – Rio
Grande do Norte

Kátia Regina Barros Ribeiro

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Enfermagem, Natal – Rio
Grande do Norte

Érika Cecília Resende de Souza

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal - Rio
Grande do Norte

Deborah Dinorah de Sá Mororó

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal - Rio
Grande do Norte

Foram criados quatro grupos de registro de enfermagem para o novo sistema direcionado a equipe de profissionais, sendo eles: Controle de fluído parenteral, eliminados e monitorização do paciente crítico monitorização do paciente pediátrico. O aplicativo é uma ferramenta que proporcionou grande ajuda aos profissionais de enfermagem, no que diz respeito à obtenção de dados, registro e a geração de novas informações e conhecimentos e sistematização da assistência. Contudo, a implementação do aplicativo requer capacitação técnica, tanto em relação ao conhecimento de enfermagem, quanto a utilização dessa tecnologia de forma coesa e eficaz, utilizada para a terapêutica dos pacientes direcionada a nova realidade dos hospitais universitários brasileiros

PALAVRAS-CHAVES: Informática em enfermagem; Sistemas de informação; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processo de Enfermagem

ABSTRACT: The study describes the standardization of the Management Application for University Hospitals from the reality experienced by nurses, for use in the care of a University Hospital. This is an experience report performed in a hospital in the northeast of Brazil, where three nurses and one undergraduate student in the information technology management of the hospital records were

RESUMO: O estudo descreve a padronização do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários a partir da realidade vivenciada pelos enfermeiros, para utilização na assistência de um Hospital Universitário. Trata-se de um relato de experiência realizado em um hospital do nordeste do Brasil, onde houve a vivência de três enfermeiros e um aluno de graduação na gestão da tecnologia da informação dos registros hospitalares.

present. Four groups of nursing records were created for the new system directed to the team of professionals, being: Control of parenteral fluid, eliminated and monitoring of the critical patient monitoring of the pediatric patient. The application is a tool that has provided great help to the nursing professionals, in regard to obtaining data, registration and the generation of new information and knowledge and systematization of care. However, the implementation of the application requires technical training, both in relation to nursing knowledge, and the use of this technology in a cohesive and effective way, used for the therapy of patients directed to the new reality of Brazilian university hospital.

KEYWORDS: Nursing informatics; Information systems; Systematization of Nursing Assistance; Nursing Process.

1 | INTRODUÇÃO

Os Hospitais Universitários Federais (HUFs) são instituições que prestam serviços de saúde à população através do Sistema Único de Saúde, com a missão voltada para o ensino pesquisa e extensão, buscando a formação e inovação tecnológica de excelência. Os HUFs vêm sofrendo mudanças em seu modelo administrativo, devido a adesão destes a uma empresa pública de direito privado - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (GUIMARÃES; MARTINS, 2014; BRASIL, 2011).

O sistema de informática adotado pela empresa é o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) que tem a proposta de apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas, e permitir a criação de indicadores nacionais, o que poderá facilitar a adoção de projetos de melhorias comuns para esses hospitais.

Os sistemas de informação em saúde são ferramentas úteis para a coleta, processamento e análise de dados que geram informações, com a finalidade de organizar, planejar e operacionalizar as ações nos serviços de saúde (FERNANDES et al, 2015).

Nesta perspectiva o AGHU vem como tecnologia da informação em saúde instalar o prontuário eletrônico, com a finalidade de integrar informações alimentadas no sistema, construir uma base de dados clínicos que permita a visualização do usuário como um todo e promover uma melhor comunicação, além de manter uma central única de dados.

Na sequência foi incorporado o aplicativo, em um hospital universitário, como ferramenta de tecnologia da informação. Contudo, a configuração não estava totalmente finalizada e havia necessidade de ajustes a fim de permitir a praticidade e eficiência no cotidiano da instituição proponente.

A ferramenta era direcionada à várias áreas do hospital, dentre elas a assistência e como sendo a enfermagem a produzir mais dados respeito do paciente, pois executa atividades em todos os serviços do hospital, foi escolhida como pioneira na implementação desse aplicativo.

Na era da informação associar a prestação do cuidado a capacidade de dominar e utilizar as ferramentas tecnológicas em favor da assistência torna-se de extrema importância na gestão do cuidado da enfermagem, pois agiliza e facilita a sistematização como também pressupõe melhorias na qualidade da segurança do paciente. (SANTOS; PEREIRA; SILVEIRA, 2017).

Tal situação permeou a realização de um estudo a fim de incorporar adequações viáveis da ferramenta de informática ao cenário local. Diante do exposto, foi necessário propor ajustes ao sistema de informação, os quais foram denominados de parâmetros informatizados. Esses dados foram utilizados no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários, com a proposta de melhorar a configuração dos dados relacionados à Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma realidade do nordeste do Brasil. Nesse sentido, o artigo tem como objetivo descrever a experiência de padronização do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários a partir da realidade vivenciada pelos enfermeiros, para sua utilização na assistência de enfermagem de um Hospital Universitário.

A disseminação dessa experiência se faz de extrema importância pois apesar de estarmos vivenciando a era digital ainda há um grande afastamento da equipe de enfermagem com nova realidade tecnológica, que pode ser utilizada como auxílio no processo de trabalho e apoio no gerenciamento da assistência.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um relato da experiência ocorrida no período de junho a agosto de 2015 em um hospital universitário no Rio Grande do Norte. Após a implantação do AGHU no hospital, surgiu a necessidade de melhoria do sistema informatizado em alguns módulos em especial no tocante a enfermagem, e para auxiliar na adequação dessa ferramenta tecnológica foi constituída uma comissão interna formada por profissionais da categoria.

2.1 Formando a equipe

Após a chegada da empresa na instituição houve modificações na gestão hospitalar e, com ela, a incorporação de um aplicativo utilizado em todos os hospitais da rede. Com isso, decorreu a visita de um analista de tecnologia da informação da empresa que solicitou a composição de uma equipe local que auxiliasse na incorporação da nova ferramenta tecnológica na instituição, além disso também foi determinado que o primeiro sistema a ser incorporado seria o relacionado às atividades da equipe de enfermagem. Entretanto, no primeiro contato foi identificado que a ferramenta precisava de modificações.

Partindo dessa premissa, os autores do artigo foram convidados a compor a equipe de ajustes da ferramenta, denominada comissão de padronização.

Esta comissão era, composta por uma enfermeira da educação permanente, uma

enfermeira da unidade de pediatria, uma enfermeira intensivista, e por ser um hospital escola, convidaram um aluno da graduação em enfermagem para compor também a equipe. Além desses componentes haveria apoio de um profissional de tecnologia da informação da sede. Com a equipe formada, tinha-se como proposta fazer com que o sistema atendesse às necessidades da enfermagem no tocante o registro da melhor forma possível.

2.2 Executando

Com equipe composta, a condução foi liderada pelos enfermeiros da educação continuada e terapia intensiva, que iniciaram o processo cumprindo as seguintes etapas:

- escuta sobre funcionamento do sistema proposto;
- análise do sistema;
- investigação nos prontuários de enfermagem da instituição.

Após essa fase deu-se início a etapa de estudos individualizados, onde foi realizado um levantamento de artigos a respeito dos itens que constituíam o sistema na tentativa de buscar das melhores evidências científicas. No final desse processo, os dados foram consolidados e elaborado um banco de informações coeso de acordo com o que o sistema permitia crescer.

No terceiro momento foi comparado o que era necessário para registro e acompanhamento na assistência de enfermagem e o que o aplicativo já contemplava dentro dessa perspectiva.

Com a conclusão da fase de investigação o grupo optou pela divisão de tarefas e cada profissional ficou responsável por um módulo específico, o próximo passo foi introduzir no sistema os ajustes necessários e realizar testes nos setores do HU.

Ao término houve a implantação dos dados na ferramenta tecnológica, e posteriormente ocorreu o treinamento dos profissionais de enfermagem, sendo consolidado as modificações materializadas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O novo sistema de informação em saúde substituiu o modelo manual de registro no serviço de Enfermagem. O aplicativo entrou em funcionamento, como forma de gerenciar o cuidado prestado nesta instituição.

Em um estudo Holandês encontramos a mesma realidade vivenciada em nossa instituição, onde as organizações de saúde estão passando por um processo de aperfeiçoamento através da incorporação de sistemas informatizados, em substituição as anotações em papel, e no tocante à enfermagem o estudo aponta que 84% dos enfermeiros estão registrando digitalmente em contrapartida com 40% dos que ainda não adotaram a tecnologia como ferramenta de trabalho (KIEFT et al, 2017).

A implementação de uma nova tecnologia pode ser vista como um desafio diante da modificação de toda sistemática vivida anteriormente, no entanto, torna-se uma aliada à assistência de enfermagem, facilitando o registro, o processamento dos dados e a produção da informação e documentação para fins de avaliação, planejamento e implementação das ações de enfermagem no cuidado em saúde (BARRA; SASSO, 2011).

Porém, cada hospital universitário possui especificidades no seu serviço o que conduz a necessidade de um ajuste do sistema, principalmente no que se diz respeito a itens e grupos distintos que possibilitam o registro e gerenciamento da assistência prestada ao paciente em determinado setor.

Observou-se a instância de adequação do novo sistema computacional para realidade local, particularmente a respeito do cuidado ao paciente crítico. Levando em consideração esse movimento, inicialmente foram selecionadas três grandes áreas para posteriormente serem trabalhadas individualmente.

A área elencada refletia a complexidade do atendimento, com essa ótica foi projetada divisão por tipo de registro a ser inserida no prontuário eletrônico elencadas como: registro de pediatria, de paciente crítico e paciente de enfermaria, no entanto os da enfermaria foram substituídos pelas duas grandes áreas, denominadas de controle de fluidos e eliminados formando originando quatro grupos de monitorização de controle (Quadro 1).

Grupos Controle
Controle de fluidos parenterais
Eliminados
Monitorização do paciente crítico
Monitorização do paciente pediátrico

Quadro 1 - Grupos controle criados. Natal, RN, Brasil, 2016.

O grupo Controle de fluidos parenterais (Quadro 2) e o de Eliminados (Quadro 3) existem com finalidade de monitorizar e registrar continuamente todas as substâncias administradas/oferecidas ao paciente e excretado pelo mesmo, possibilitando posteriormente realizar-se o balanço hídrico. Registro substâncias infundidas através da via parenteral.

Fluidos parenterais
Dopamina; Dobutamina; Noradrenalina; Nipride – Nitroprussiato; Tridil – Nitroglicerina; Heparina; Octeotride; Fentanil – Fentonila; Midazolam; Propofol; Cloreto de potássio; Alumínio; Furosemida; Nutrição parenteral; Insulina; Amiodarona; Adrenalina; Hemácias; Plasma; Plaquetas; Crio; Imunoglobulina; Tirofibam; Milrinone; Hidratação venosa; Magnésio e Bicarbonato, soros.

Quadro 2 - Grupo controle fluidos parenterais. Natal, RN, Brasil, 2016.

Registro substâncias drenadas, excretadas e expelidas pelo paciente.

Eliminados
Diurese; Vômito; Sonda nasogástrica; Sonda nasoenteral; Dreno de tórax; Dreno abdominal; Dreno de mediastino; Dreno de Cook; Eliminações vesicais e Eliminações intestinais, ostomias.

Quadro 3 - Grupo controle eliminados. Natal, RN, Brasil, 2016.

Estas informações são necessárias para controle de líquidos e monitorização hídrica dos pacientes, controle dos sinais vitais, assim como registro de glicemia e controle de diurese. Esse módulo foi cadastrado para ser preenchido a cada 6 horas de acordo com a rotina dos serviços das enfermarias, podendo ser antecipado em caso de necessidade do paciente. O enfermeiro deve realizar avaliação precisa do equilíbrio hídrico, estando atento aos resultados, a fim de descobrir possíveis alterações, facilitando a antecipação dos cuidados de enfermagem que possam ser necessários (OLIVEIRA et. al, 2010; ÁVILA et. al, 2014).

Assim como em todos os espaços de cuidado, nas unidades de terapia intensiva, o grande objetivo é a segurança do paciente clinicamente instável, que pode ser proporcionada pela vigilância contínua e rigorosa da enfermagem (ÁVILA et. al, 2014; FAVARIN, 2012).

Dentre os itens de parametrização houve a necessidade de criar o grupo de monitorização do paciente crítico (Quadro 4).

Monitorização do paciente crítico
Pressão venosa central; Débito cardíaco; Índice cardíaco; Pressão arterial média; Pressão intra-abdominal; Pressão intracraniana; Glicemia capilar; Temperatura axilar; Saturação venosa de O ₂ ; Saturação de O ₂ ; Modo ventilatório; Pressão inspiratória; Pressão positiva expiratória final; Frequência mandatória; Fração Inspirada de O ₂ ; Volume de ar corrente; Capnografia; Pressão arterial sistólica; Pressão arterial diastólica; Frequência cardíaca; Escala de coma de Glasgow e Escala de Ramsay;

Quadro 4 - Grupo controle monitorização do paciente crítico. Natal, RN, Brasil, 2016.

A população pediátrica possui risco de dano três vezes maior que adultos na mesma situação. Assim é importante analisar e monitorar suas especificidades relacionadas ao peso, estatura, idade, desenvolvimento e condições clínicas, a fim de se prestar uma assistência de enfermagem de qualidade, visando principalmente a segurança do paciente (SOUZA et, al. 2014).

Foram inseridos dados básicos de monitorização do paciente pediátrico como ilustra o Quadro 5.

Monitorização do paciente pediátrico
Temperatura axilar; Frequência cardíaca, Frequência respiratória; Saturação de oxigênio; Pressão arterial sistólica; Pressão arterial diastólica; Dor, Peso; Estatura; Circunferência abdominal; Perímetro cefálico e Glicemia capilar.

Os registros dos dados dos pacientes são absolutamente significativos quando efetuado e interpretado de maneira correta, e a manutenção de um sistema que possa facilitar o trabalho da equipe multiprofissional e em especial da enfermagem, favorece a construção da informação para a tomada de decisão em prol da terapêutica instituída e individualizada ao paciente, viabilizando benefícios a equipe, pacientes e instituição.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O novo sistema de informação em saúde proporcionou auxílio aos profissionais de enfermagem, no que diz respeito à obtenção de dados, registro e a geração de novas informações e conhecimentos, a fim de basear a sistematização da assistência de enfermagem.

Com o processo de criação dos grupos controle pode-se evidenciar as peculiaridades de cada setor, refletindo na construção dos grupos controles que seriam usados na assistência. O planejamento e discussão de quais os grupos e itens deveriam ser criados foi enriquecedora, pois possibilitou o conhecimento das necessidades dos mais diversos serviços de enfermagem prestados no hospital, além do compartilhamento de saberes e experiências.

Contudo, a implementação do aplicativo requer capacitação técnica dos profissionais, tanto em relação ao conhecimento de enfermagem, quanto como utilizar essa tecnologia de forma coesa e eficaz, além da fiscalização da utilização correta do aplicativo para registros de enfermagem garantindo uma assistência de qualidade e contínua e sistematizando os processos da enfermagem.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, M. O. N.; ROCHA, P. N.; TREVISAN, D. M.; ZANETTA; D. M. T.; LUIS, Y. U. L.; BURDMANN, E. A. **Balanço hídrico, injúria renal aguda e mortalidade de pacientes em unidade de terapia intensiva.** J Bras Nefrol, v.36, n.3, p.379-388, 2014.

BARRA, D. C. C.; SASSO, G. T. M. D. **Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem.** Rev Bras Enferm, Brasília, v.64, n. 6, p.1141-9, nov/dez 2011.

BRASIL. **Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 15 dez. 2011.

FAVARIN, S. S.; CAMPONOGARA, S. **Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um Hospital Universitário.** Rev. Enferm UFSM, v.2, n.2, p.320-329, Mai/Ago 2012.

FERNANDES, F. E. C. V.; et al. **Percepção dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o sistema de informação ambulatorial.** Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, v. 6, n. 2, p.77-

92, 2017.

GUIMARÃES, A. L. A.; MARTINS, F. V. **Hospitais universitários federais e a empresa brasileira de serviços hospitalares: As possíveis alterações e consequências nas estruturas organizacionais dos Hospitais Universitários Federais Brasileiros.** E-locação. Revista Científica da FAEX, v.7, n.4, p.141-159, 2014.

KIEFT, R. A. M. M.; VREEKE, E. M.; GROOT, E. M.; VOLKERT, P. A.; FRANKE, A. L.; DELNOIJ, D. M. J. **The development of a nursing subset of patient problems to support interoperability.** BMC Medical Informatics and Decision Making, v.17, n.158, p.1-12, 2017.

OLIVEIRA, S. K. P.; GUEDES, M. V. C.; LIMA, F. E. T. **Balanço hídrico na prática clínica de enfermagem em unidade coronariana.** Rev. Rene. Fortaleza, v.11, n.2, p.112-20, abr/jun 2010.

SANTOS, T.O.; PEREIRA, L.P.; SILVEIRA, D. T. **Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão sistemática.** Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 11, n. 3, sep. 2017

SOUZA, F. T.; GARCIA, M. C.; RANGEL, P. P. S.; ROCHA, P.K. **Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico.** Rev. Enferm UFSM, v.4, n.1, p.152-162, Jan/Mar 2014.

TÉCNICA DE GRUPO FOCAL NA PESQUISA EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lisa Antunes Carvalho

Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Rio Grande/ RS.

Nara Jací da Silva Nunes

Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pelotas/ RS.

Maria Luzia Machado Godinho.

Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação. Escola de Enfermagem. Rio grande/RS.

Maira Buss Thofehr

Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Pelotas/RS

Álvaro Luiz Moreira Hypólito

Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Pelotas/ RS.

Edison Luiz Devos Barlem

Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Rio Grande/ RS.

RESUMO: Em pesquisas na área da Enfermagem, o grupo focal favorece a percepção de práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes que, direta ou indiretamente, influenciam na saúde e na doença. Objetivou-se descrever a experiência da aplicação da técnica de grupo focal para

produção de dados em pesquisa qualitativa. Se utilizou deste método para a coleta de dados de uma pesquisa de Mestrado, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, de 2014 a 2016. Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória com o objetivo de ressignificar a Teoria dos Vínculos Profissionais. Participaram 8 enfermeiras de um Hospital no sul do Rio grande do Sul e foram realizados 6 encontros, com a participação da mediadora e duas observadoras que utilizaram um gravador e diário de campo. A técnica de grupo focal proporcionou uma abertura maior entre o grupo, permitindo discussões mais profundas. Através das reflexões construídas pode-se fazer um aprofundamento nas discussões sobre o objeto de estudo e formação de novas ideias e estratégias para os problemas levantados. A experiência quanto a escolha deste método permitiu conhecer a percepção de cada pessoa dentro de um grupo, bem como das percepções do grupo em si, tornando uma experiência enriquecedora para as autoras deste relato, que atuaram como pesquisadoras. Com isso, as construções coletivas proporcionaram uma visão aprofundada sobre o tema em questão. Considerou-se a técnica de grupo focal um instrumento enriquecedor pois desvelou as percepções coletivas sobre o objeto de investigação.

PALAVRAS-CHAVE: Grupo Focal; Pesquisa

ABSTRACT: In research in the area of nursing, the focus group favors the perception of daily practices, actions and reactions to facts and events, behaviors and attitudes that directly or indirectly influence health and illness. The objective of this study was to describe the experience of the application of the focal group technique for the production of data in qualitative research. This method was used to collect data from a master's research from the Faculty of Nursing of the Federal University of Pelotas from 2014 to 2016. Qualitative, descriptive and exploratory research aiming to re-signify the Theory of Healthy Professional Links. Participants were 8 nurses from a hospital in the south of Rio Grande do Sul and 6 meetings were held, with the participation of the mediator and two observers who used a tape recorder and field diary. The focus group technique provided a larger gap between the group, allowing deeper discussions. Through the constructed reflections one can deepen the discussions about the object of study and the formation of new ideas and strategies for the problems raised. The experience regarding the choice of this method allowed to know the perception of each person within a group, as well as the perceptions of the group itself, making an experience enriching for the authors of this report, who acted as researchers. With this, the collective constructions provided an in-depth view on the subject in question. The focal group technique was considered an enriching instrument since it revealed the collective perceptions about the object of investigation.

KEYWORDS: Focus Group; Qualitative Research in Nursing; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A pesquisa qualitativa ultrapassa sua utilização nas ciências sociais e passa a ser evidenciada no campo das ciências da saúde (MEDEIROS,2012). Dessa forma, essa abordagem de pesquisa oportuniza a compreensão, descrição e análise do mundo real por meio do exercício das relações sociais. Conversa com o universo das significações, motivos, pretensões, crenças, valores, atitudes, percepções, julgamentos, interpretações a despeito das vivências das pessoas, da construção de si mesmas e de seus elementos, como se sentem e pensam (MINAYO, 2013).

A técnica de grupo focal consiste em buscar informações não de um indivíduo, mas em um grupo já existente ou formado especificamente para um período destinado à coleta de dados, em torno de um interesse relacionado ao tema da investigação. Assim, o grupo focal oportuniza ao pesquisador o conhecimento de atitudes, comportamentos e percepções dos sujeitos pesquisados (LEOPARDI, 2001; MEIER; KUDLOWIEZ, 2003). O método favorece ainda a comunicação entre os participantes, devido ao estímulo de terem que falar uns com os outros, e a partir desta interação, auxilia o pesquisador a compreender o processo grupal, examinando as diferentes análises das pessoas em relação a um tema (KITZINGER, 2009; KITZINGER; BARBOUR, 1999).

A técnica de grupo focal vem conquistando espaço e sendo respeitada como

técnica de produção de dados, por via da aplicação em pesquisas de diversas áreas (BACKES, COLOMÉ, ERDMANN, LUNARDI, 2011). Apesar do uso desta técnica ser relativamente nova no campo científico da enfermagem os grupos focais foram criados em 1940, visando investigar as reações às propagandas e transmissões de rádio durante a Segunda Guerra Mundial. Denominadas como entrevistas focais e aliadas aos métodos quantitativos (BARBOUR, 2008).

Em uma revisão integrativa sobre o método de coleta, pode-se verificar que, em pesquisas na área da Enfermagem, o grupo focal favorece a percepção de práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes que, direta ou indiretamente, influenciam na saúde e na doença (BUSANELLO, et al; 2013).

Ainda, são poucas as publicações em enfermagem que se preocupam em discorrer essencialmente o planejamento da técnica de grupo focal. Sente-se a necessidade de divulgar esta técnica como aliada nas práticas investigativas e as suas formas de aplicação na área da enfermagem (DALL'AGNOL, TRENCH, 1999). A escolha da técnica de grupo focal para coleta de dados deve ser direcionada em se manter o rigor metodológico, articulado com a sensibilidade e compromisso do investigador para atuar junto a grupos de modo geral (THOFEHRN, et al, 2013).

Diante do exposto, objetivou-se descrever a experiência da aplicação da técnica de grupo focal para produção de dados em pesquisa qualitativa que originou uma dissertação de mestrado.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência acerca da utilização da técnica de grupo focal como método de coleta de dados de uma pesquisa de Pós-graduação, nível Mestrado, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, no período de 2014 a 2016. A pesquisa da qual foi elaborado esse artigo trata-se de uma pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória e buscou ressignificar os conceitos da Teoria dos Vínculos Profissionais (TVP) quanto ao micro espaço de atuação da equipe de enfermagem bem como construir um conceito de tecnologia relacional tendo como ponto de partida a própria TVP.

Fizeram parte desta pesquisa, 8 enfermeiras de um Hospital Geral no sul do Rio grande do Sul de diferentes unidades de internação. Os referenciais teóricos utilizados foram a TVP e a Teoria Histórico-cultural de Lev Vygotsky.

Para realização do estudo contou-se com a participação da mediadora e duas observadoras que utilizaram um gravador e diário de campo. A formação do grupo focal almejou pelo menos um ponto de semelhança entre os participantes da pesquisa que, para o estudo em questão foi a atividade assistencial e o ambiente hospitalar. Isso favoreceu os relatos de experiências, necessidades, valores e crenças, as quais possibilitaram interagir com a temática proposta.

Planejou-se 6 encontros semanais, sendo que entre o quarto e quinto aconteceu uma pausa para a apreensão dos conceitos e aplicabilidade da Teoria dos Vínculos Profissionais nas equipes de enfermagem pelas enfermeiras, cumprindo com a orientação do referencial teórico escolhido. Os cinco encontros semanais ocorreram na instituição em uma sala reservada com dia e hora pré acordados entre as enfermeiras durante os meses de agosto a setembro de 2015, no período da noite.

O conhecimento foi sendo construído ao longo dos encontros, mediante à utilização de ferramentas mediadoras, tais como: material bibliográfico, experiências compartilhadas e socializadas no grupo, favorecendo, assim, o desenvolvimento das funções psicológicas superiores imprescindíveis para a internalização e, conseqüente, ressignificação dos conceitos, conforme referencial teórico escolhido.

A mediadora/pesquisadora teve o papel de focalizar o tema em questão promovendo a participação de todos, inibindo as possíveis monopolizações da palavra e aprofundando a discussão. As observadoras, além de auxiliarem a pesquisadora na organização da reunião, registraram em diário de campo os comportamentos, e aspectos ambientais do coletivo, analisando juntamente com a pesquisadora aspectos subjetivos e objetivos que emergiram durante o encontro (MINAYO, 2013).

Os encontros mantiveram-se dentro do tempo previsto de uma hora e meia de duração. A coordenadora dos grupos foi a pesquisadora principal, e os observadores foram uma mestranda e uma doutoranda, membros do Núcleo de Estudos e Prática em Saúde e Enfermagem-NEPEEn da Universidade Federal de Pelotas/ RS.

O sucesso na coleta de dados por esta técnica encontra-se no planejamento minucioso das atividades, organização de cada etapa a ser cumprida e da prévia seleção dos participantes, bem como a escolha adequada do ambiente e as pactuações frente ao grupo (THOFEHRN, et al, 2013).

Para tanto construiu-se uma proposta para operacionalização dos grupos focais, ou seja, um cronograma para coleta dos dados, com prévia organização do tempo e dos temas que foram abordados, o qual serviu de guia para a pesquisadora, o que evitou o desperdício do tempo. A seguir apresenta-se o cronograma elaborado que auxiliou na realização dos encontros.

Grupo focal	Tema	Período
1º Grupo focal Desenvolvimento Real	Discussão sobre tecnologia leve e reflexão sobre processo de trabalho em enfermagem na percepção dos enfermeiros.	1ª semana de julho
2º Grupo focal Desenvolvimento Real	Discussão sobre relações humanas no trabalho em enfermagem e como podem ser formados vínculos profissionais saudáveis sob a perspectiva do grupo.	2ª semana de julho
3º Grupo focal Aproximação do Objeto	Apresentação dos elementos da TVP: Posição Individual e grupal da equipe de enfermagem no micro espaço de atuação Possibilidade de utilizar a TVP no trabalho em enfermagem.	3ª semana de julho

4º Grupo focal Aproximação do Objeto	Discussão sobre o que é de tecnologia de gestão relacional. Relatos sobre a utilização da TVP. Dificuldades e facilidades encontradas. Disparador: a TVP pode ser uma TGR?	4ª semana de julho.
Pausa internalizadora Internalização das ideias, segundo referencial teórico.	Pausa para interiorização das discussões anteriores, e formação dos conceitos e percepções sobre TVP e TGR para a qualificação das relações no trabalho em enfermagem. Aplicação da TVP nas equipes.	7 dias.
5º Grupo focal Desenvolvimento Potencial	Ressignificação dos conceitos da TVP, e formação do conceito de TGR pelos enfermeiros. Apresentação dos conceitos discutidos no 1º e 2º grupo. Observação do salto qualitativo. Comparação das ideias iniciais e finais.	2ª semana de agosto
6º Grupo focal Salto qualitativo alcançado pelo grupo.	Apresentação dos conceitos que integram a posição individual grupal da equipe de enfermagem no micro espaço de atuação como uma TGR a ser utilizada pelo grupo de enfermeiros no ambiente de trabalho. Validação dos dados	Setembro

Quadro 1. Operacionalização dos encontros.

Fonte: as autoras (2015).

Durante as discussões foram apresentadas algumas técnicas de dinâmica de grupo para que as enfermeiras aplicassem junto as suas equipes. Também se oportunizou espaço para discussão no grupo, e pactuou-se cada encontro quanto ao dia e hora que todos pudessem comparecer e também os encontros das participantes com suas equipes de trabalho, lhes apresentando técnicas grupais que pudessem ser úteis nas suas reuniões.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por ter sido um estudo qualitativo, intervencionista com referencial construtivista que pretendeu ressignificar a TVP e construir a partir desta um novo conceito sobre tecnologia relacional para o trabalho em enfermagem, entendeu-se que a escolha da técnica de grupo focal para a coleta de dados contemplou os objetivos pretendidos.

Santos, Silva e Jesus (2016) defendem que Grupo focal é uma técnica de pesquisa formulada especialmente numa abordagem qualitativa, se utiliza das interações pessoais em forma de grupos para a coleta e análise dos dados. Segundo as autoras permite aos entrevistados exporem suas ideias e estabelecerem opiniões sobre o tema pesquisado, possibilitando o aprofundamento do tema, ou a descoberta de algo que esteja sendo objeto de investigação.

A técnica de grupo focal para a coleta de dados proporcionou uma abertura maior entre o grupo, permitindo discussões mais profundas. Por meio das reflexões construídas pode-se fazer um aprofundamento nas discussões sobre o objeto de estudo e formação de novas ideias e estratégias para os problemas levantados.

Associado ao método, o referencial teórico escolhido, favoreceu uma pausa internalizadora a respeito das questões discutidas nos encontros anteriores, percebida como uma etapa importante para assimilação das ideias, e reflexão sobre o conteúdo, o que enriqueceu os demais encontros.

A experiência quanto a escolha deste método de coleta de dados permitiu conhecer a percepção de cada pessoa dentro de um grupo, bem como das percepções do grupo em si, tornando uma experiência enriquecedora para as autoras desta reflexão, que atuaram como pesquisadoras. Com isso, as construções coletivas proporcionaram uma visão aprofundada sobre o tema em questão.

Para Busanello et al (2013), o método gera possibilidades contextualizadas pelo próprio grupo de estudo, buscando compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais e entender práticas cotidianas, ações reações a fatos e eventos.

Ao início de cada encontro foi exposto um resumo dos encontros anteriores e o objetivo daquele encontro, dando início ao debate, a partir da técnica de estímulo escolhida, denominada de disparador.

Quanto ao ambiente físico, o mesmo foi o mais confortável possível, não ultrapassando o período de duas horas a fim de não se tornar cansativo. A pesquisadora atuou como facilitadora explicando o objetivo do estudo e estimulando as discussões. As participantes e a moderadora se dispuseram em círculo, de tal modo que oportunizou um contato visual direto entre cada um.

Esta distribuição estimula a interação face-a-face; evitando-se assentos com ideia de prestígio. Assim, o ambiente precisa permitir que os participantes se sintam confortáveis e seguros para exporem suas reais percepções com isso, a primeira tarefa do moderador é apresentar a si próprio, o assunto e a ideia de uma discussão grupal (BAUER; GASKELL, 2010; DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

O primeiro grupo focal pretendeu elucidar aos participantes o funcionamento dos grupos focais, ao final foram pactuados os próximos encontros. O tema apresentado neste primeiro grupo focal foi sobre processo de trabalho em enfermagem e organização do trabalho em saúde e as tecnologias no trabalho dos enfermeiros.

Para estimular as discussões foram apresentados os tipos de tecnologias fundamentadas em artigos científicos de que versavam sobre o papel das mesmas no cotidiano dos profissionais. Também foi discutido como se dá o processo de trabalho em enfermagem e os elementos que o compõe utilizando autores que discorrem sobre o tema, como Pires (2009).

No segundo grupo focal apresentou-se um relatório do encontro anterior sobre o que foi discutido e oportunizou-se espaço para eventuais dúvidas. Fomentou-se então debate sobre as relações humanas no trabalho em enfermagem fundamentado no artigo de Lopes, Azeredo e Rodrigues (2012) sobre competências relacionais na enfermagem e discutiu-se sobre a possibilidade de se formar equipes com vínculos profissionais saudáveis baseados no artigo de Thofehrn et al (2013) sobre Formação

de Vínculos Profissionais para o trabalho em Enfermagem. Apresentou-se um vídeo sobre relações interpessoais no trabalho em enfermagem.

O terceiro grupo focal ocorreu a leitura do que foi discutido no encontro anterior, sendo esclarecidas algumas dúvidas sobre vínculos saudáveis no trabalho, fomentando mais reflexões a respeito. Neste encontro foi apresentado a Teoria dos Vínculos Profissionais e enfatizado o objeto do estudo que são os conceitos da TVP os quais se encontram na posição individual e grupal da equipe de enfermagem no micro espaço de atuação.

Discutiu-se sobre a diferença de formação de um grupo e de uma equipe, e suas características, fundamentados em Ribeiro, Porto e Thofehrn (2011) com posterior reflexão e debate pelo grupo. Ao final, foi colocada a questão da aplicabilidade dos conceitos apresentados junto a equipe de enfermagem e a pesquisadora colocou-se à disposição para esclarecer eventuais dúvidas dos participantes e disponibilizou algumas técnicas de dinâmica de grupo com o intuito de facilitar a aplicação da TVP junto a equipe.

O quarto encontro focal ocorreu 30 dias após o anterior, onde foi apresentado ao grupo o artigo de Juliane e Kurcgant (2010) que trata sobre gerência participativa e qualidade de gestão de recursos humanos na enfermagem, e outro manuscrito a respeito da influência das tecnologias leves nas relações de trabalho e análise do conceito de tecnologia leve de Aquino e colaboradores (2010).

Discutiu-se o que seria para o grupo uma tecnologia de gestão relacional, e as possíveis dificuldades e facilidades da aplicabilidade dos conceitos da TVP no micro espaço de trabalho. Foram construídos os significados dos conceitos da TVP (após aplicação desses no trabalho das enfermeiras), fundamentados nas suas vivências e experiências com suas equipes e todas registraram em folhas de papel e compartilharam com o grupo cada conceito ressignificado. Ao final foi pactuado o último encontro.

No quinto encontro foram apresentadas as ressignificações dos conceitos construídos pelas enfermeiras e aplicado a seguinte questão: *a TVP pode ser uma tecnologia de gestão relacional?* Com base nos relatos, e discussões no grupo, foi construído coletivamente o conceito de Tecnologia de Gestão Relacional (TGR) pelas integrantes e refletiu-se sobre a TVP como uma tecnologia de gestão relacional (instrumento de gestão para o enfermeiro). As participantes discutiram entre si, com base na experiência que tiveram aplicando a TVP junto a suas equipes, validando os significados dados pelo grupo e construção coletiva sobre a TVP enquanto uma tecnologia de gestão relacional.

Nesse sentido, trabalhar com a técnica de grupo focal constituiu-se um desafio frente ao trabalho em enfermagem. Foram experienciados diversos desafios na aplicabilidade da técnica, para que esta fosse desenvolvida com o rigor científico que lhe é exigido, tais como: conseguir fazer o agendamento dos encontros de modo que todos os participantes conseguissem estar no mesmo dia e horário acordado; observar

o comportamento de todos os sujeitos em determinado momento da discussão, assim como, suas reações às opiniões opostas; instigar novas ideias; motivar as pessoas a aprofundar o tema e expor seu ponto de vista; não direcionar as respostas do grupo e sim mediar as discussões, sem perder de vista o objetivo do estudo, e ainda, fazer o link entre as transcrições do grupo em conjunto com as anotações subjetivas do diário de campo a fim de dispor os dados em sua profundidade. Estes desafios serviram como estímulo para o bom uso da técnica durante a pesquisa, promovendo um olhar crítico sobre as relações grupais e sua inter-relação com o objeto de estudo.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha da técnica de coleta de grupo focal, na pesquisa mencionada, foi fundamental para o sucesso da discussão dos resultados encontrados, pois permitiu a emergência de pontos de vista e questionamentos significativos. Considerou-se a técnica de grupo focal um instrumento enriquecedor pois desvelou as percepções coletivas sobre o objeto de investigação.

A técnica de grupo focal constituiu-se uma boa escolha, pois ao mesmo tempo em que os pontos-chaves de cada encontro são levantados e discutidos, os resultados dessa discussão, bem como, os diferentes pontos de vista e reflexões são internalizados pelos participantes de imediato.

Em uma pesquisa-ação, sob a ótica construtivista a técnica de grupo focal, permite a reflexão e troca de ideias, proporcionando ao pesquisador observar o amadurecimento do grupo em seus posicionamentos e construções. Ao oportunizar que cada componente pense acerca da ideia alheia e associe essa a sua percepção, os dados gerados tornam-se ricos tendo em vista que acontece a construção de um novo saber, que será devolvido para a sua realidade de trabalho, permitindo a modificação do ambiente que se deseja.

Portanto, faz-se necessário aprimorar o entendimento acerca da utilização do método, tanto isoladamente, como auxiliar de outros métodos de coleta de dados.

REFERÊNCIAS

BACKES, D.S.; COLOMÉ, J.S.; ERDMANN, R.H.; LUNARDI, V.L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Mundo Saúde**. v.35, n.4, p:438-42, 2011. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/10_GrupoFocal.pdf

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed. 2008.

BUSANELLO, J. et al. Grupo Focal como técnica de coleta de dados. **Cogitare Enferm**. 2013 Abr/Jun; 18(2): 358-64.

DALL'AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev Gaúcha de Enferm**.v.20, n.1, p.5-25, 1999. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/>

RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4218/2228.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Qualitative research in health care**. 2. ed. London: BMJ Books, 2009.

KITZINGER, J; BARBOUR, RS. Introduction: the challenge and promise of focus groups. In: KITZINGER J, BARBOUR RS, organizadores. **Developing focus group research: politics, theory and practice**. London (UK): Sage; 1999. p.1-20.

LEOPARDI, M.T; BECK, CLC, NIETSCHKE, E.A; GONÇALVES, R.M.B. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti; 2001.

MEDEIROS, M. Thinking about qualitative research. **Rev Eletr Enf**. v.14, n.2, p.224-5, 2012. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a01-en.htm

MEIER, MJ; KUDLOWIEZ, S. Grupo focal: uma experiência singular. **Texto Contexto em Enfermagem** (Florianópolis, SC) v.12, n.3, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec: 2013.

SANTOS, RC S; SILVA, ACT; JESUS, MP. O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa em educação: aspectos éticos e epistemológicos. Encontro Internacional de Formação de Professores e Fórum Permanente de Inovação Educacional. Acessado em 20 de agosto de 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/enfope>.

THOFEHRN, MB, MONTESINOS, MJL, PORTO, AR, AMESTOY, SC et al. Grupo focal: uma técnica de recogida de datos em investigaciones cualitativas. **Index de Enfermería** (edición digital) 2013,22(1-2). Disponível em: <http://www.index-f.com/index-enfermería/v22n1-2/7891>

TUTORIAL PARA ELABORAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM – UMA PROPOSTA EDUCACIONAL VIRTUAL

João Cesar Jacon

Centro Universitário Padre Albino
Catanduva – São Paulo

Maria Cláudia Parro

Centro Universitário Padre Albino
Catanduva – São Paulo

RESUMO: A incorporação do processo de enfermagem no trabalho dos enfermeiros possibilita organização e avaliação das práticas de enfermagem, enquanto que a informática constitui uma ferramenta capaz de agilizar, otimizar e gerir esse processo com menor risco de erros. Os diagnósticos de enfermagem como parte integrante deste processo representam o julgamento clínico das condições de saúde dos pacientes contribuindo para a interação entre terminologia baseada em evidências da prática clínica e tomada de decisão. O presente trabalho pretende descrever um tutorial para elaboração de diagnósticos de enfermagem utilizando o ambiente virtual de aprendizagem (AVA) como ferramenta. Trata-se de uma pesquisa metodológica aplicada, de produção tecnológica, descritiva e exploratória. Para a elaboração do AVA utilizou-se a metodologia Galvis Panqueava. O estudo foi desenvolvido em uma instituição de ensino superior privada do interior paulista, como ferramenta facilitadora e complementar ao ensino do processo de

enfermagem. Os objetivos educacionais do AVA foram definidos segundo os domínios cognitivo, afetivo e psicomotor da Taxonomia de Bloom. A construção do AVA ocorreu entre os meses de janeiro a março de 2017, e está disponível no endereço <https://diagenfermagem.wixsite.com/profjoao>, sendo de domínio público. Na página inicial do AVA o aluno tem acesso à fundamentação teórica para o exercício do raciocínio clínico, descrição das etapas do processo de enfermagem e do tutorial para elaboração dos diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA-I, além de simulação da aplicabilidade clínica do processo de enfermagem na prática.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologia Educacional; Educação em Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem

ABSTRACT: The nursing process insertion in the work routine allows the organization and evaluation of nursing practices, while computer science is a tool capable of optimizing and managing this process, reducing errors risk. The nursing diagnoses are part of this process and represents the clinical judgment of the patients' health conditions, contributing to the interaction between evidence-based terminology of clinical practice and decision making. The present study intends to describe a tutorial for the elaboration of nursing diagnoses using the virtual learning

environment (VLE) as a tool. It is an applied methodological research, of technological production, descriptive and exploratory and for this, the “Galvis Panqueava methodology” was utilized. The study was developed in a nursing school in the State of São Paulo as a complementary tool and facilitator to teaching the nursing process. The VLE educational objectives were defined according to the cognitive, affective and psychomotor domains of the “Bloom Taxonomy”. The construction of the VLE occurred between January and March 2017, and is available at <https://diagenfermagem.wixsite.com/profjoao>, as a public domain. On the Homepage, the students have access to the theoretical basis for the exercise of clinical reasoning, description of the stages of the nursing process and the tutorial for elaboration of the nursing diagnoses according to NANDA-I Taxonomy II, besides simulation of the clinical applicability of the process nursing practice.

KEYWORDS: Educational Technology; Nursing Education; Nursing Diagnosis

1 | INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento metodológico utilizado no cuidado de enfermagem e faz parte de um conjunto de ações que expressam o modo de fazer e pensar do enfermeiro diante do paciente e de sua família, no que se refere à promoção da saúde, à prevenção e ao tratamento da doença sendo composto por cinco etapas com uma relação de interdependência, a saber: histórico de Enfermagem, diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, implementação e avaliação (BORDINHÃO; ALMEIDA, 2012). A aplicabilidade do PE no cotidiano prático traz implicações significativas para a profissão de enfermagem, para o cliente e para o profissional, este instrumento é predito como essência e ícone da prática assistencial de enfermagem na atualidade (BRANDÃO; SANTOS; LANZILLOTTI, 2013; PEREIRA; et al, 2012).

É imprescindível que o enfermeiro procure correlacionar a sua prática assistencial ao PE inserido a luz de algum modelo teórico ou marco conceitual de enfermagem. Agregar esta tecnologia do cuidar ao cotidiano profissional do enfermeiro lhe permite uma atuação autônoma, ética, resolutiva e humanística, numa perspectiva assistencial inovadora (PEREIRA; et al, 2012).

Diante da necessidade de atender a Resolução do COFEN nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado do profissional de Enfermagem, o PE deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, sendo obrigatório o seu registro formal de todas as suas fases no prontuário do paciente. (NOVAES; TORRES; OLIVA, 2015).

O auxílio de ferramentas da informática possibilita desencadear uma discussão sobre possíveis métodos que auxiliam sua implementação efetiva e resolutiva na prática do ensino (BORDINHÃO; ALMEIDA, 2012).

Na área da saúde, o uso da internet na busca de fontes de informação, realização de pesquisas, acesso à base de dados de artigos, teses e periódicos, como o uso de programas de simulação para treinamento de habilidades e tomada de decisões se constituem objeto de estudos e interesse (RODRIGUES; PERES, 2008).

Uma expansão das oportunidades educacionais *on-line* está ocorrendo na enfermagem. O uso de uma metodologia de ensino orientada da *Web*, como uma atividade de aprendizado baseada na educação reflexiva consegue oferecer oportunidade para enfermeiros aprenderem como analisar e sintetizar informações essenciais, com flexibilidade de horário, permitindo aulas em casa ou no trabalho a qualquer hora (SANFORD; et. al, 2010).

As reflexões sobre a realidade atual e as possibilidades futuras não permitem ignorar as influências das novas tecnologias no processo ensino-aprendizagem. O processo de aprender mediado pelas tecnologias da informação e da comunicação assume enorme importância ao ampliar a concepção do ambiente de aprendizagem, restrito a um espaço físico diante da possibilidade de construir ambientes virtuais de aprendizagem (AVA) por intermédio do computador e da digitalização de textos, de imagens e de sons (PEREIRA, 2010).

Os AVAs caracterizam-se por sistemas computacionais disponíveis na internet, destinados ao suporte de atividades mediadas pelas tecnologias de informação e comunicação. Esses ambientes permitem a integração de múltiplas mídias, linguagens e recursos, a apresentação de informações de modo organizado, o desenvolvimento de interações entre pessoas e objetos de conhecimento e a elaboração de produções. As atividades se desenvolvem no tempo, ritmo de trabalho e espaço em que cada participante se localiza, de acordo com uma intencionalidade (ALMEIDA, 2003).

Tem como principal função servir de repositório de conteúdos e meio de interação/comunicação entre os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem (COLE; FOSTER, 2008).

A utilização de AVAs configura uma nova possibilidade educacional que pode ser explorada pelos profissionais de enfermagem, seja no ensino em universidades como na educação permanente em serviço (XELEGATI; ÉVORA, 2011).

Segundo Seixas (2011), estes ambientes possuem diferentes formas de apresentação de suas ferramentas, com funções específicas e maneiras distintas de interação com os usuários. Possibilitando o desenvolvimento do raciocínio clínico pelo graduando ou profissional de enfermagem capaz de elaborar e descrever diagnósticos de enfermagem a partir de um tutorial online. Desta forma o termo diagnóstico de enfermagem, segunda etapa do PE, surgiu na literatura norte-americana em 1950, quando MacManus propôs, dentre as responsabilidades do enfermeiro, a identificação dos diagnósticos ou problemas de enfermagem. A partir da década de 70, estudos foram realizados com o objetivo de estabelecer uma classificação internacional dos diagnósticos de enfermagem. A Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), dando continuidade aos estudos, publicou, em 1986, a

primeira classificação internacional, denominada Taxonomia I, sendo atualizada posteriormente e republicada como Taxonomia II. Além de guia para planejamento, seleção e implementação dos cuidados o DE é também importante fonte para o conhecimento específico da profissão, facilitando o ensino, a pesquisa e a emancipação do cliente no plano terapêutico (OLIVEIRA; et al, 2015; SILVA; LIMA; FULY, 2012). Para realizar diagnósticos de enfermagem o enfermeiro deve ter capacidade de análise, de julgamento, de síntese e de percepção, ao interpretar os dados clínicos (BRANDÃO; SANTOS; LANZILLOTTI, 2013).

O DE compreende o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade, direcionado aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Constitui, assim, a base para seleção das intervenções de enfermagem, e uma estratégia para o alcance dos resultados esperados, cuja prioridade e responsabilidade são do enfermeiro. (LIRA; FERNANDES; COSTA; SILVA, 2015).

No Brasil, a expressão diagnóstico de enfermagem foi introduzida por Wanda de Aguiar Horta, na década de 60. Para Horta (1979), diagnóstico de enfermagem é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento, e a determinação, pelo enfermeiro, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão (OLIVEIRA, 2015).

O presente trabalho pretende descrever um tutorial para elaboração de diagnósticos de enfermagem utilizando o ambiente virtual de aprendizagem (AVA) como ferramenta.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa metodológica aplicada, de produção tecnológica, na modalidade de um estudo descritivo/exploratório envolvendo o desenvolvimento de um ambiente virtual de aprendizagem (AVA) por meio da utilização da metodologia Galvis Panqueava, 1999 pela sua clareza e coesão. Esta metodologia está dividida em cinco etapas; análise, desenho, desenvolvimento, avaliação e administração.

Porém a trajetória metodológica do AVA “Tutorial para a Construção dos diagnósticos de Enfermagem” fundamentou-se em três etapas: análise, desenho e desenvolvimento.

Na etapa de análise definiu-se os objetivos do curso e o público-alvo. Em que os objetivos educacionais do AVA basearam-se na Taxonomia de Bloom (TB), na Taxonomia Revisada de Bloom (TRB) e na Taxonomia Digital de Bloom (TDB). Qual vem sendo utilizada há mais de meio século por educadores em diversas partes do mundo, cujo propósito seria auxiliar o professor a identificar, declarar e alinhar os objetivos educacionais e instrucionais relacionados ao desenvolvimento cognitivo do aluno.

Os objetivos educacionais são as premissas universais do processo pedagógico.

Particularizam a compreensão das relações entre a escola e a sociedade, especialmente o papel da matéria de ensino, expressando as expectativas do professor sobre o que deseja obter dos alunos, no decorrer do processo de ensino (LIBÂNEO, 2005).

Assim o AVA foi construído a partir dos seguintes objetivos educacionais:

- Discorrer sobre o processo de enfermagem no contexto da SAE.
- Compreender as normalizações do COFEN e do COREN que tratam da SAE e do processo de enfermagem.
- Conceituar teoria de enfermagem.
- Citar os componentes de uma teoria de enfermagem.
- Descrever os princípios da Teoria das NHB.
- Descrever e compreender as etapas do processo de enfermagem.
- Utilizar o raciocínio clínico na operacionalização das etapas do processo de enfermagem.
- Descrever e compreender a Taxonomia II NANDA-I, que colaboram nas etapas do processo de enfermagem.
- Elaborar diagnósticos de enfermagem.

Na fase de desenho, foram definidas as atividades didáticas aplicadas no ambiente e a escolha do recurso para realizá-las, assim como o *layout* do ambiente de aprendizagem. Realizou-se a seleção nas bases de dados, de artigos indexados e atualizados que permitem ao aluno o desenvolvimento do raciocínio clínico e elaboração dos diagnósticos de enfermagem. Também disponibilizou-se exercícios teórico-práticos com todo conteúdo organizado em módulos sequenciais e complementares.

Pois, segundo Falkembach (2005), para que uma metodologia de sistemas ou aplicações educacionais seja consistente, esta deve ser regida por um conjunto de normas, procedimentos, técnicas e ferramentas, a fim de definir o padrão desejado para atender aos requisitos de padronização, flexibilidade, documentação, modularização e planejamento.

A fase de desenvolvimento ocorreu entre os meses de janeiro a março de 2017, em que houve a materialização de todo desenho elaborado na fase anterior. Para isto utilizou-se o WIX, um editor de sites com hospedagem gratuita, que permite explorar a criatividade para construção do AVA, além de favorecer aprendizagem colaborativa.

Pois essa etapa caracteriza-se pela produção ou digitalização das mídias utilizadas no AVA, que foram elaboradas conforme as técnicas de modelagem adotadas (CAETANO, 2006).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Construiu-se um AVA, com total de cinco telas, e objetivos educacionais que direcionam à elaboração de diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II

NANDA-I.

Na página inicial do AVA, foram incluídas informações básicas acerca do raciocínio clínico, dos diagnósticos de enfermagem NANDA-I e aplicabilidade prática (figura 1).



Figura 1 - Tela de exibição da seção inicial “Tutorial para a Construção dos diagnósticos de Enfermagem”, Catanduva, 2017.

O *link* referente ao raciocínio clínico fornece acesso a um texto explicativo sobre a aplicabilidade prática do raciocínio de Risner. Para ressaltar a relevância do tema, foi anexado um artigo para a leitura complementar ao acessar o *link* DE da NANDA-I e quatro artigos foram disponibilizados para elucidar a aplicabilidade prática dos DE. Ao longo de todas as telas do AVA, é possível o acesso às diferentes seções e a recursos indispensáveis para o cumprimento das tarefas.

O conteúdo da segunda seção, intitulada Discutindo o Processo de Enfermagem, pretende atrair e envolver o graduando de enfermagem e/ou enfermeiro para entendimento das etapas inter-relacionadas que compõe o processo de enfermagem (Figura 2).

DISCUTINDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN-358/2009

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.

Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html, acessado em 20/04/2017

[Leia Mais](#)

PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de Enfermagem (base estrutural da SAE) vem sendo aplicado no Brasil desde a década de 70, tendo sido introduzido por Wanda de Aguiar Horta (1979), que define o processo de enfermagem como sendo a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano.

(OLIVEIRA, et.al. 2015)

[Leia Mais](#)

[Leia Mais](#)

Figura 2 – Tela de exibição da seção Discutindo o processo de enfermagem, Catanduva, 2017.

Na seção Diagnóstico de Enfermagem, o conteúdo está dividido em três etapas, atendendo os preceitos de como elaborar diagnósticos de enfermagem, a taxonomia II da NANDA-I e exercícios sobre DE (Figura 3). As indicações de leitura são acompanhadas de orientações simples e objetivas que permitem uma consulta rápida e direta para facilitar o acesso a informação (ABAR; BARBOSA, 2008).

TUTORIAL PARA A CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
FERRAMENTA PARA O CUIDADO

HOME PROCESSO DE ENFERMAGEM **DIAGNÓSTICOS ENF** SOBRE NÓS CONTATO

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (D.E.)



Como Elaborar D.E.

Aqui você encontra um texto que orienta o raciocínio para a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem.

[> Saiba mais](#)



Taxonomia II da Nanda-I

Agora vamos aprender a Taxonomia Nanda-I, e como escrever os Diagnósticos de Enfermagem

[> Saiba mais](#)



Exercícios - D.E.

Vamos colocar em prática o que aprendemos!

[> Saiba mais](#)

© 2017 por Prof. João Cesar Jacon e Prof. Dr. Maria Claudia Parro - Orgulhosamente criado com Wix.com
Av. dos Estudantes, 225, Catanduva - SP Tel: 17-3311-3200

[Compartilhar](#)

Figura 3 – Tela de exibição da seção Diagnóstico de enfermagem, Catanduva, 2017.

No AVA o aluno é o protagonista do seu próprio conhecimento, torna-se o sujeito da aprendizagem, desenvolve o saber-aprender e o saber-fazer. As TDIC são recursos que podem ser utilizados para auxiliar o professor na mediação de um tema, permitindo que o mesmo compartilhe a responsabilidade da aprendizagem com seus alunos, possibilitando a transformação da prática pedagógica e a dinâmica em sala de aula.

(BERALDO; MACIEL, 2016)

As TDIC têm possibilitado abordar temas importantes na formação de graduandos em enfermagem. Um estudo da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas sobre a criação de um curso em AVA, abordando a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE®), demonstrou ser uma estratégia tecnológica efetiva e consistente, permitindo acesso à informação e a construção do conhecimento sobre a CIPE® (AVELINO; BORGES; INAGAKI; NERY; GOYATÁ, 2016).

Um ambiente agradável para a navegação, acessibilidade e navegabilidade são aspectos fundamentais para AVA, assim como o layout atrativo e qualidade no material didático desenvolvido. Neste contexto, os usuários devem acessar as telas sem dificuldade, ter facilidade na troca de páginas e acesso aos links. Cores utilizadas, design das janelas, tamanho e tipo de letras e adequação das figuras que promovam maior atenção do usuário, facilitando a aprendizagem (FROTA; et al, 2013; SILVA; et al, 2016).

Pois, o papel do processo educativo na enfermagem é a formação de trabalhadores com uma visão mais crítica e reflexiva de suas ações, a fim de que possam construir sua realidade, articulando teoria e prática (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008).

Considera-se que no contexto atual, há exigência de profissionais formadores de opinião. Dessa forma, emergem necessidades de novas práticas de ensino-aprendizagem, com o uso de recursos didáticos e tecnológicos, incentivando e favorecendo o aperfeiçoamento e a capacitação dos enfermeiros, bem como possibilitando o aprendizado autônomo (GONÇALVES et al., 2010).

Segundo Aguiar e Cassiani (2007), pesquisas semelhantes a essa pretendem mais que provocar reflexões e realizar propostas, buscam apresentar possibilidades de novas estratégias para o desafio da aprendizagem, desenvolvendo habilidades e aquisição de competências, de se estar abertos para enxergar as possibilidades que os cercam nas mais diferentes manifestações.

4 | CONCLUSÃO

A trajetória deste estudo concentrou-se no desenvolvimento de um AVA, voltado ao ensino do DE, com utilização da metodologia de criação de Galvis Panqueava.

O produto desta pesquisa apresentou uma proposta de educação, que busca integrar a teoria e a prática, a partir da valorização do conhecimento e da contextualização de situações reais vivenciadas. Com vistas a apoiar a tomada de decisão do enfermeiro com a elaboração do DE, baseada em recursos das tecnologias da informática e da informação.

É importante salientar que a utilização de novas tecnologias educacionais, como um AVA, ainda é uma estratégia inovadora e mudança de paradigma na formação de enfermeiros. Todavia, diante dos resultados encontrados frente aos objetivos propostos, conclui-se que esse tipo de estratégia pode revelar aos graduandos e

profissionais como produzir assistência de enfermagem com qualidade e segurança, além de agregar novas experiências e valores para a prática profissional do enfermeiro.

Sob essa perspectiva, considera-se que o objetivo desta pesquisa foi atingido, uma vez que se desenvolveu um AVA, para a elaboração dos DE.

Entretanto, é apropriado que essa proposta seja avaliada por especialistas, tendo em vista a elucidação de aspectos não contemplados, a fim de que se conclua sobre sua real capacidade para impulsionar a melhora da qualidade do ensino acerca de DE, como sua utilização para a educação em outras temáticas.

REFERÊNCIAS

ABAR, C. A. A. P.; BARBOSA, L. M. **WebQuest: um desafio para o professor**. São Paulo: Avercamp, 2018.

AGUIAR, R. V.; CASSIANI, S. H. B. **Development and evaluation of a virtual learning environment in professional nursing courses**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. v.15, n.6, p.1086-1091, nov./dez., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600005&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 10 jan. 2017.

ALMEIDA, M. E. B. **Educação a distância na internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem**. Educ. Pesquisa. v.29, n.2, São Paulo, jul./dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151797022003000200010>. Acesso em: 29 dez. 2010.

AVELINO, C. C.; BORGES, F. R.; INAGAKI, C. M.; NERY, M. A.; GOYATÁ, S. L. **Desenvolvimento de um curso no ambiente virtual de aprendizagem sobre a CIPE®**. Acta Paul. Enferm., v.29, n.1, p. 69-76, 2016.

BERALDO, R. M. F.; MACIEL, D. A. **Competências do professor no uso das TDIC e de ambientes virtuais**. Psicologia Escolar e Educacional, SP, v.20, n.2, p. 209-217, 2016.

BORDINHÃO, R. C., ALMEIDA, M. A. **Instrumento para coleta de dado para pacientes críticos fundamento no modelo das necessidades humanas básicas de Horta**. Rev. Gaúcha de Enferm. Porto Alegre, v.33, n.2, p. 125-131, Jun., 2012.

BRANDÃO, E. S.; SANTOS, I.; LANZILLOTTI, R. S. **Validação de um instrumento para avaliação do cliente com afecções cutâneas**. Acta Paul. Enferm., v.26, n.5, p. 466-466, 2013.

CAETANO, K. C. **Desenvolvimento e Avaliação de um Ambiente Virtual de Aprendizagem em Administração em Enfermagem**. 2006. 155f. Dissertação Mestrado - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.

COLE, J.; FOSTER, H. **Using Moodle: Teaching with the Popular Open Source Course Management System [Paperback]** O'Reilly. 2 edição, Estados Unidos, 2008.

FALKEMBACH, G.A.M. **Concepção e desenvolvimento de material educativo digital**. Revista Novas Tecnologias na Educação, Rio Grande do Sul, [periódico online]. 2005. v.3, n.1, maio, 2005. Disponível em: <<http://www.google.com.br/l?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCKQFjAA&url=http%3A%2F%2Fseer.0gHz7YCYCA&usq=AFQjCNGWNRXY7jE6VtstkcQGO2ZGzCRZ2g&sig2=NLfX1AjmCzv0iiOyJCFWvQ&bvm=bv.46340616,d.dmQ>> Acesso em 28 jan. 2017.

FROTA, N. M, et al. **Construção de uma tecnologia educacional para o ensino de enfermagem sobre punção venosa periférica**. Rev. Gaúcha Enferm., v.34, n.2, p. 29-36, 2013.

GONCALVES, et al. **Virtual educational proposal in cardiopulmonary resuscitation for the neonate care.** Rev. Escola Enfermagem USP [online]. São Paulo, v.44, n.2, p.413-420. jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200025&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 29 dez. 2010.

LIBÂNEO, J. C. Didática. São Paulo: Cortez. 2005.

LIRA, A. L. B. C.; FERNANDES, M. I. C. D; COSTA, I. A.; SILVA, R. S. C. **Estratégia de aprimoramento do ensino do exame físico em enfermagem.** Enferm. Foco, v.6, n.1/4, p. 57-61, 2015.

MENDOZA, B. P.; GALVIS, P. A. **Ambientes virtuales de aprendizaje: una metodología para su creación.** Informática Educativa. UNIANDÉS - LIDIE. 1999, v.12, n.2, p. 295-317, 1999.

NOVAES, E. S.; TORRES, M. M.; OLIVA, A. P. **Diagnósticos de enfermagem em clínica cirúrgica.** Acta Paul. Enferm., v.28, n.1, p. 26-31, 2015.

OLIVEIRA, R. S., et al. **Reflexões sobre as bases científicas e fundamentação legal para aplicação da sistematização do cuidado de enfermagem.** Rev. UNIABEU. Belford Roxo, v.8, n.20, p. 350-362, set-out., 2015.

PEREIRA, J. S., et al. **Nurses of knowledge about the nursing process in the light of the framework of Wanda de Aguiar Horta.** R. pesq.: cuid. fundam. Online, v.4, n.2, p. 2437-3447, abr./jun., 2012.

PEREIRA, M. C. A. et al. **Evaluation of a Webquest on the Theme “Management of Material Resources in Nursing” by Undergraduate Students.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. v.18, n.6, p. 1107-1114, nov./dec., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600010&lng=en&nrm=iso&tlng=em>. Acesso em: 30 dez. 2012.

RODRIGUES, R. C. V.; PERES, H. H. C. **Panorama brasileiro do ensino de Enfermagem On-line.** Rev. Esc. Enfermagem USP [online], v.42, n.2, p.298-304, jun. 2008; Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 30 dez. 2010.

SANFORD, J; TOWNSEND-ROCCHICCIOLI, J.; TRIMM, D.; JACOBS, M. **The Webquest: Constructing Creative Learning.** The Journal of Continuing Education in Nursing.v.41, n.10, p. 437-479, may.2010.

SEIXAS, C. A. **Estrutura e Dinâmica de Curso em Ambiente Virtual de Aprendizagem.** 2011. 170f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SILVA, A. C, et al. **Development of a virtual learning environment for cardiorespiratory arrest training.** Rev. Esc. Enferm. USP, v.50, n.6, p. 988-995, 2016.

SILVA, M. F.; CONCEIÇÃO, F. A.; LEITE, M. M. J. **Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem.** O Mundo da Saúde São Paulo, v.32, n.1, p.47-55, jan./mar. 2008.

SILVA, V. S. F.; LIMA, D. V. M.; FULY, P. S. C. **Instrumento para a realização de exame físico: contribuindo para o ensino em enfermagem.** Esc. Anna Nery, v.16, n.3 p. 514-522, jul-set., 2012.

XELEGATI, R.; ÉVORA, Y. D. M. **Development of a virtual learning environment addressing adverse events in nursing.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online], v.19, n.5, p. 1181-1187, sep./oct., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500016&lng=en&nrm=iso&tlng=en> . Acesso em: 30 dez. 2012.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CUIDADO A MULHERES COM DIABETES GESTACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Patricia de França Costa

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
São Luis - MA

Anna Karolina Lages de Araujo

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
São Luis – MA

Gisely de Jesus Fonseca Morais

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
São Luis – MA

Yana Thalita Barros de Oliveira Castro

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
São Luis – MA

Ariadne Sales Fama Oliveira

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
São Luis – MA

RESUMO: INTRODUÇÃO: No Sistema Único de Saúde são registrados mais de 200 mil casos de Diabetes Gestacional por ano, representando uma das principais causas de morbimortalidade materna no país. Diante disso, almejando-se mudanças de comportamentos, a educação em saúde é uma estratégia essencial utilizada no tratamento da diabetes durante a gestação. OBJETIVOS: Relatar a experiência de educação

em saúde no cuidado de enfermagem a mulheres com diabetes gestacional. MÉTODOS: Trata-se de um relato de experiência acerca da educação em saúde realizada com mulheres diagnosticadas com diabetes gestacional, no setor de internação obstétrica de um Hospital Universitário, no período de setembro a dezembro de 2016. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Em geral, observou-se que as mulheres possuíam conhecimento da patologia, todavia adotavam comportamentos prejudiciais a sua saúde. Verificou-se também, que a prática de educação em saúde empoderou as gestantes e estas passaram a compreender e a participar mais ativamente do seu tratamento. CONCLUSÃO: conclui-se que a educação em saúde é uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento das ações de enfermagem e para o cuidado de gestantes, pois o compartilhamento de saberes busca devolver na mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério.

PALAVRAS-CHAVE: educação em saúde, saúde da mulher, diabetes gestacional.

ABSTRACT: INTRODUCTION: In the Unified Health System more than 200,000 cases of Gestational Diabetes are registered per year, representing one of the main causes of maternal morbidity and mortality in the country. Therefore, aiming for changes in behavior,

health education is an essential strategy used in the treatment of diabetes during pregnancy. **OBJECTIVES:** To report the experience of health education in nursing care to women with gestational diabetes. **METHODS:** This is an experience report about health education performed with women diagnosed with gestational diabetes in the obstetric hospital care sector of a University Hospital from September to December 2016. **RESULTS AND DISCUSSION:** In general, women were aware of the pathology, but they adopted behaviors detrimental to their health. It was also verified that the practice of health education empowered the pregnant women and they began to understand and participate more actively in their treatment. **CONCLUSION:** it is concluded that health education is an indispensable tool for the development of nursing actions and for the care of pregnant women, because the sharing of knowledge seeks to restore women's self-confidence to live in gestation, childbirth and the puerperium.

KEYWORDS: health education, women's health, gestational diabetes.

1 | INTRODUÇÃO

Diabetes gestacional é o termo que se refere ao diabetes induzido pela gravidez devido elevações hormonais que provocam copiosas mudanças fisiológicas no metabolismo da glicose. Desta forma, o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é definido como qualquer nível de intolerância a carboidratos identificados pela primeira vez durante a gestação, que costuma se resolver após o parto, embora essa condição possa persistir após a concepção (BRASIL, 2012; CUNINGHAM et al, 2016).

O DMG é uma das doenças que classifica a gestante com gestação de alto risco. Seu controle ineficaz aumenta a possibilidade de complicações tanto para mãe como para o recém-nascido. Mulheres com diabetes gestacional geram fetos macrossômicos e elevam suas chances de desenvolverem diabetes tipo 2 após o parto. Assim, a cada nova gestação, aumenta-se o risco do feto desenvolver a doença (BRASIL, 2012; CUNINGHAM et al, 2016).

Estima-se que essa doença afete 7,6% das gestantes no Brasil. Isso corresponde aproximadamente a mais de 200 mil casos de DMG registrados no Sistema Único de Saúde por ano, representando umas das principais causas de morbimortalidade materna no país (MANÇU; ALMEIDA, 2016; NETA et al, 2014)

Mediante este cenário, a mulher com diagnóstico do DMG necessita de um cuidado individualizado, sobretudo quando esta requer internação para tratamento da patologia, que lhe ajude compreender a doença e como contribuir no seu tratamento de maneira a impedir um resultado desfavorável para o binômio (MANÇU; ALMEIDA, 2016; NETA et al, 2014).

Nesta perspectiva, visando à integralidade do cuidado, a educação em saúde é uma estratégia essencial utilizada para tratamento do diabetes durante a gestação, pois produz transformação de pensamentos e atitudes no enfrentamento do processo saúde-doença (CEVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

Desde os anos 80, o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) já ressaltava a importância da ação educativa no atendimento a mulher, devendo esta ser realizada em cada contato do profissional de saúde com sua cliente a fim de conduzi-la a uma reflexão sobre sua saúde e adoção de práticas para melhora ou manutenção. Assim, o profissional assume a posição de educador com compartilhamento de saberes e empoderamento do cliente para que este tenha autonomia e seja protagonista sobre sua saúde (BRASIL, 1984; CEVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

De acordo com Arantes et al (2015) a inserção do paciente no dia a dia das práticas de cuidado para promoção da saúde e recuperação causa um impacto além do esperado, não somente na melhora do mesmo, mas como também na modificação de hábitos de sua família. Logo, o cliente deve ser visto como sujeito de interações e o profissional de saúde como mediador de conhecimentos envolvidos num processo de crescimento visando aceitáveis condições de vida.

Diante do exposto, este trabalho foi desenvolvido com objetivo de relatar a experiência de educação em saúde no cuidado de enfermagem a mulheres com diabetes gestacional internadas em Hospital Universitário para tratamento da doença.

2 | OBJETIVOS

Relatar a experiência de educação em saúde no cuidado de enfermagem a mulheres com diabetes gestacional.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência acerca da educação em saúde realizada com mulheres diagnosticadas com diabetes gestacional, internadas no setor de internação obstétrica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão Unidade Materno Infantil, no período de setembro a dezembro de 2016.

O Hospital Universitário Unidade Materno Infantil é uma referência estadual para gestantes de alto risco, tanto para internação como para o parto. A internação obstétrica possui capacidade instalada de 16 leitos e dispõe de uma equipe multidisciplinar (composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais) que busca oferecer uma assistência integral a gestante. E por se tratar de um hospital escola, esta ala é campo de prática para residentes de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social. Este estudo envolveu a vivência de uma enfermeira residente no cuidado de enfermagem a mulheres com diagnósticos de diabetes gestacional durante o seu período de treinamento em serviço neste setor.

Após a admissão da cliente era realizado uma abordagem individual com a finalidade de estabelecer vínculo e abordar aspectos importantes para o tratamento:

1- verificar o conhecimento da gestante sobre a doença; 2 – identificar existência de hábitos de vida nocivos que possivelmente influíram para o agravamento da doença; 3 – estimular a participação ativa da gestante, juntamente com os demais profissionais, da recuperação da sua saúde.

Nesta primeira abordagem era estabelecido um diálogo informal, simples, com linguagem apropriada para compreensão, que permitia a cliente falar abertamente expressando seus sentimentos. Nesta conversa foi demonstrado como a adoção de hábitos saudáveis poderia ajudá-la no controle da patologia, dúvidas acerca do tratamento médico proposto eram esclarecidas e a gestante era orientada sobre os sinais de alerta da doença.

Após este momento, no dia seguinte, uma nova abordagem a cliente era realizada a fim de investigar a compreensão das orientações compartilhadas anteriormente, sua adesão ao tratamento e suas queixas. As dúvidas existentes eram elucidadas, e a mulher continuamente foi estimulada para integrar-se no enfrentamento do problema de saúde.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que as mulheres possuíam conhecimento da patologia, todavia adotavam comportamentos prejudiciais a sua saúde. Mançu e Almeida (2016) afirmam que gestantes com diabetes possuem conhecimentos da patologia adquiridos através da ciência, das experiências vividas no meio social e com a própria doença. A realização de práticas educativas com estas mulheres possibilita a modelagem desse conhecimento para utilizá-lo na promoção e recuperação da saúde através de mudanças de hábitos que permitem solucionar problemas.

Segundo Rodrigues et al (2012) o conhecimento da doença isoladamente não modifica a atitude para o enfrentamento da doença, é necessário uma correlação entre várias variáveis tais como: conhecimento, tempo de diagnóstico, atitude positiva do usuário, apoio familiar, facilidade de acesso a serviços de saúde, dentre outras.

Verificou-se também, que a prática de educação em saúde empoderou as gestantes e estas passaram a compreender e a participar mais ativamente do tratamento, pois a estratégia desenvolvida trouxe esclarecimento e promoveu fortalecimento do vínculo e da confiança na equipe de saúde.

Segundo Bernadinelli (2014) o empoderamento é um processo educativo que capacita o cliente para resolver seus problemas de saúde utilizando seus próprios recursos ou apoio externo visando uma vida mais saudável. A educação ajuda a pessoa ampliar seu autoconhecimento necessário para assumir decisões sobre sua saúde.

5 | CONCLUSÃO

Assim, conclui-se que a educação em saúde é uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento das ações de enfermagem e para o cuidado de gestantes, pois o compartilhamento de saberes busca devolver na mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, R.K.M. et al. **Educação que produz saúde: atuação da enfermagem em grupo de hipertensos**. Revista de Enfermagem da UFSM. Rio Grande do Sul, v. 5, n. 16, p. 213-223, abr/jun, 2015.
- BERARDINELLI, L.M.M. et al, **Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas**. Revista de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 603-609, set/out, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programáticas**. Brasília, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Gestação de alto risco manual técnico**, Brasília, 2012.
- CEVERA, D.P.P.; PARREIRA, B.D.M.; GOULART, B.F. **Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG)**. Ciências e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 16, p. S1547-1554, 2011. Suplemento 1.
- CUNNINGHAM, F.G. et al. **Obstetrícia de Willians**. 24 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 1358.
- MANÇU, T. de S.; ALMEIDA, O.S.C. **Conhecimento e sentimentos das gestantes diabéticas sobre a diabetes mellitus gestacional e tratamento**. Revista de Enfermagem da UFPE on line. Recife, v. 10, p. S1474-1482, abr, 2016. Suplemento 3. Disponível em: file:///C:/Users/patricia%20f/Downloads/11089-24552-1-PB%20(1).pdf. Acessado em 31 de julho de 2017.
- NETA, F.A.V. et al. **Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional**. Revista Rene. Ceará, v. 15, n. 5, p. 823-831, set-out, 2014. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10657/1/2014_art_cgpcalou.pdf. Acessado em 31 de julho de 2017.
- RODRIGUES, F.F.L. et al. **Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus***. Acta Paul Enferm. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 284-290. 2012.

EXPOSIÇÃO SENTIDOS DO NASCER: PERFIL DOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAIS

Rosiane de Oliveira Cunha

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte – Minas Gerais

Kleyde Ventura de Souza

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte – Minas Gerais

Juliana Maria Almeida do Carmo

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte – Minas Gerais

Bernardo Jefferson de Oliveira

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte – Minas Gerais

Sonia Lansky

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte – Minas Gerais

Stella Elizei Malta

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte – Minas Gerais

RESUMO: Objetivou-se descrever o perfil dos participantes da Exposição Sentidos do Nascer. Trata-se de estudo descritivo realizado a partir da análise dos dados dos participantes em grupos focais entre março e maio de 2015, em Belo Horizonte/MG. Observou-se que 61,5% dos grupos focais foram realizados por um mediador, com duração média de 35 minutos. Houve participação diversificada de pessoas, com 50% de alunos de graduação,

desses 72,3% eram estudantes da área saúde da rede particular de ensino. Em relação aos participantes, 69,1% eram mulheres, com faixa etária predominante entre 20 e 34 anos, 70% eram solteiros e 41,49% possui a renda familiar acima de cinco salários mínimos. A análise do perfil dos participantes permitiu avaliar o público da exposição, conhecer o seu alcance, além de favorecer futuros trabalhos sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Grupos Focais. Educação em Saúde. Humanização da Assistência. Parto Normal.

ABSTRACT: The objective of this study is to describe the characteristics of the participants at the Senses of Birth Exhibition. This is a descriptive study, based on data from march to may 2015 in Belo Horizonte/MG, Brazil. Regarding the construction of the focus groups, it was observed that 61.54% of them were performed by a mediator, with an average duration of 35 minutes. There was a diverse participation of people mainly undergraduate students (50,0%) , 72.34% of them from private schools. Regarding the participants, 69.1% were women, predominantly with 20 to 34 years, 70% were single and 41.5% had a family income above five minimum wages. The analysis of the participants contributed to evaluate the audience of the exhibition, know the reach that the exposure obtained, and to

future work on the subject.

KEYWORDS: Nursing. Focus groups. Health Education. Humanization of Care. Normal birth.

1 | INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta hoje uma das maiores taxas de cesarianas do mundo, decorrente de fatores culturais, socioeconômicos, formação inadequada, e, principalmente, pela organização do modelo de atenção obstétrica vigente (RODRIGUES et al., 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), as taxas de cesarianas no Brasil representam 55% em 2017, sendo mais da metade dos nascimentos, chegando a quase 90% na rede suplementar de saúde (DataSUS, 2018). Em Belo Horizonte/Minas Gerais (BH/MG), na rede pública, essas taxas variam entre 22,63% e 36,38%. Já na rede suplementar, as taxas de cesariana estão entre 55,20% e 86,64% (PBH, 2015).

Esse contexto se deve à hegemonia do modelo biomédico na assistência ao parto, caracterizado pela institucionalização do parto, utilização de intervenções desnecessárias e, conseqüentemente, a perda da autonomia da mulher no processo do parto e nascimento, reforçando a necessidade de se seja feita uma reflexão crítica sobre este cenário. (PATAH et al., 2011; BRASIL, 2014). A partir da década de 1980, ganha visibilidade o movimento pela humanização da assistência ao parto e nascimento, propondo a assistência baseada em evidências, o respeito à parturiente, aos seus direitos e a autonomia da mulher no processo do parto e nascimento (DIAS et al., 2005; DINIZ, 2005). Entende-se que os benefícios do parto normal são inúmeros, tanto para a mãe quanto para o bebê, e vão desde a melhor recuperação materna, menor risco de infecção e estabelecimento de vínculo entre mãe e bebê, dentre outros. (BRASIL, 2016).

O predomínio do modelo tecnocrático e a ausência de conhecimento acerca dos princípios que englobam a humanização do parto e nascimento estão atreladas à ausência dessa temática na formação acadêmica dos profissionais de saúde. Estudos discutem a necessidade de se realizar adequações na formação acadêmica e a inclusão de uma visão integral e humanizada (BUSANELLO et al., 2013; PONTES et al., 2014).

Dentre as diversas atividades que podem ser realizadas, a educação em saúde é um instrumento importante no processo de conscientização, tanto individual como coletivo. A utilização de recursos de ensino-aprendizagem que integra todos os participantes de forma dialógica, como tem sido utilizada nas ações em saúde, promove a formação de profissionais críticos e reflexivos com base na realidade ao qual estão inseridos (FALKENBERG et al., 2014). A propagação de informações em diferentes espaços assegura aos indivíduos a aquisição de poder e consciência para influenciar nos fatores determinantes da saúde e do bem-estar, portanto destaca-se a importância das ações de educação em saúde (FONSECA, 2011).

As tecnologias aplicadas em diversos cenários são excelentes estratégias pedagógicas, pois, possibilitam a ampliação e o aperfeiçoamento de conhecimentos, objetivando assim a interação entre as pessoas, aprendizagem compartilhada e a construção de sujeitos críticos e reflexivos (CRUZ et al., 2011).

Dentre os diversos temas relacionados à saúde da população, faz-se necessária a divulgação de informações como dados atualizados que subsidiem as políticas públicas e apoiem as mudanças necessárias no quesito parto e nascimento, sendo o principal público-alvo alunos de graduação da área da saúde (PBH, 2015).

Tendo em vista o cenário exposto, salienta-se a importância da realização de ações que promovam o acesso a informações quanto aos benefícios do parto normal, indicações absolutas de cesarianas e o resgate da autonomia da mulher durante o processo do parto e nascimento. Em substituição aos métodos tradicionais de ensino e aprendizagem, a criação de ações inovadoras facilita o processo de problematização e aquisição de novos conhecimentos, principalmente quando se trata de assuntos delicados e fortemente influenciados por uma cultura intervencionista (SOUZA et al., 2014).

A partir do ano de 2007, em Belo Horizonte, surge o movimento BH Pelo Parto Normal como iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde, com o intuito de contribuir para a redução das taxas de morbidade e mortalidade materna, fetal e infantil e incentivar as boas práticas na assistência à saúde da mulher e ao recém-nascido (BELO HORIZONTE, 2007).

Em 2015, em parceria com a Faculdade de Educação da foi criada a exposição interativa, itinerante e gratuita “Sentidos do Nascer”, com o propósito propagar informações e contribuir para a mudança de percepção sobre o nascimento, incentivando a valorização do parto normal e a redução das cesarianas eletivas.

A exposição propicia vivências e acesso a informações através da expografia e de artes digitais, almejando ampliar o conhecimento da sociedade e provocar reflexão crítica acerca do processo de parto e nascimento, a fim de sensibilizar a população e apoiar o empoderamento das mulheres para maior participação nesse processo. Apresenta-se, então como uma possibilidade de enfrentamento desse cenário epidêmico de cesarianas desnecessárias e indesejadas (SENTIDOS DO NASCER, [2015]).

Durante a exposição, uma das atividades realizadas com a população foram os Grupos Focais (GF). Assim, o objetivo deste estudo é descrever o perfil dos participantes dos grupos focais realizados na Exposição Sentidos do Nascer.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, utilizando os dados da exposição “Sentidos do Nascer” realizada em três capitais brasileiras, Belo Horizonte/MG, Rio de Janeiro/RJ

e Brasília/DF.

Para avaliação qualitativa dos efeitos da exposição sobre o público visitante foi aplicada a metodologia de GF, técnica de coleta de dados que, a partir da interação grupal, promove uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico, permitindo desenvolver um processo que visa à compreensão das experiências dos participantes do grupo, a partir do próprio ponto de vista, se aprofundando na forma como eles pensam, buscando não só “o que pensam”, mas sim “porque pensam” de determinada forma (BACKES et al., 2011; VIEIRA et al., 2013).

Os GF eram conduzidos por enfermeiros previamente treinados, após a participação dos visitantes na exposição, entre 7 de abril e 14 de junho de 2015, em BH/MG. Foram realizados 22 GF, sendo, 10 no Parque Municipal Américo Renné Giannetti e 12 no Shopping Boulevard. Foram incluídos no estudo os grupos focais que contaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente assinado por cada participante 13 grupos focais, com um total de 94 participantes.

Segundo a literatura, o ambiente para a condução dos grupos deve ser tranquilo, agradável, descontraído, informal, visando estimular comentários espontâneos, além de permitir que a gravação seja realizada de forma clara, contínua e sem ruídos. (BUSANELLO et al., 2013; REGO, 2013)

A amostra de participantes do grupo focal foram selecionados de forma intencional, com agendamento prévio por meio de convites nas faculdades, escolas e instituições de saúde. Ressalta-se que apesar da intencionalidade da amostra, a participação nos GF também era aberta ao público que visitava a exposição, sem a necessidade de agendamento prévio.

Os GF eram executados após os participantes realizarem o circuito na exposição, os mesmos se organizavam em roda com a finalidade de promover uma maior aproximação entre os membros do grupo, recebiam crachá e preenchiam uma folha de identificação pessoal e socioeconômica, além de assinarem o TCLE e se apresentarem para os demais participantes. O mediador iniciava o processo de discussão apresentando o tema, objeto de pesquisa, e mantinha todo o debate de forma esclarecedora, flexível e sem desviar do assunto em questão. Ao término da discussão, o mediador elaborava uma síntese do encontro e encerrava a sessão.

Os GF foram compostos por um público diversificado, no entanto, os mesmos foram selecionados de forma estratégica, tendo como objetivo à construção de grupos, considerando principalmente a área de estudo e profissão, visando discutir especialmente sobre os benefícios do parto normal e a autonomia das mulheres na escolha pela via de nascimento.

Com o objetivo de traçar o perfil dos participantes dos GF da exposição Sentidos do Nascer, as variáveis incluídas neste estudo referem-se às características sociodemográficas, econômica e de trabalho dos participantes: sexo, idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, situação de trabalho, ocupação, remuneração média mensal e situação obstétrica.

Para coleta de dados foram realizadas as transcrições das discussões dos GF e a digitação das fichas de identificação pessoal dos participantes. Posteriormente os dados foram inseridos em um banco eletrônico para processamento da análise, utilizando-se o programa estatístico Epi Info, versão 7.1.5. Os resultados foram descritos e apresentados por meio de tabelas. Ressalta-se que os totais dos números de participantes podem variar, devido à ausência de alguns dados para as variáveis estudadas.

As questões éticas seguiram a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas realizadas com seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – (CAAE 39525114.1001.5149).

3 | RESULTADOS

Foram analisados dados de 13 GF e 94 participantes. Observou-se que 61,54% dos GF foram realizados por um mediador, com duração média de 35 minutos e participação em média de 7 pessoas por grupo, com um mínimo de 3 e o máximo de 14 participantes. Os grupos compostos por visitantes que não possuíam características em comum foram denominados “Grupos Mistos” e contaram com uma população diversificada, enfermeiros, estudantes de pós-graduação e psicólogos.

Em relação ao local da execução dos GF, 69,2% foram realizados no Shopping Boulevard. Houve participação de público variado, sendo 50% alunos de graduação e dentre esses 72,3% eram estudantes da área saúde da rede particular de ensino. (Tabela 1).

Identificação dos GF	Número de participantes	Identificação	Número de Mediadores	Duração	Local de realização
GF 3	4	Profissionais de saúde, estudantes da área da saúde da rede particular de ensino.	2	42 min	Parque Municipal
GF 4	7	Grupo Misto	2	50 min	Parque Municipal
GF 5	6	Grupo Misto	1	23 min	Parque Municipal
GF 6	3	Grupo Misto	1	16 min	Parque Municipal
GF 7	6	Educadoras Indígenas	2	36 min	Boulevard Shopping
GF 8	9	Academia da Cidade	1	27 min	Boulevard Shopping

GF 9	8	Estudantes de Fisioterapia da rede particular de ensino	2	29 min	Boulevard Shopping
GF 10	4	Comissão Perinatal	3	36 min	Boulevard Shopping
GF 11	5	Médicos, Enfermeiras Obstétricas e Assistentes Sociais	1	25 min	Boulevard Shopping
GF 12	7	Fórum Perinatal	1	50 min	Boulevard Shopping
GF 13	8	Alunos do curso de Enfermagem da rede particular de ensino	1	26 min	Boulevard Shopping
GF 14	14	Alunos do curso de Medicina da rede particular de ensino	1	53 min	Boulevard Shopping
GF 15	13	Alunos de Medicina da rede pública de ensino	1	42 min	Boulevard Shopping

Tabela 1. Composição dos Grupos Focais da amostra. Exposição Sentidos do Nascer, 2015
Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Em relação ao perfil dos 94 participantes, 69,1% eram mulheres, a faixa etária predominante estava entre 20 e 34 anos (69,1%), com mediana de idade de 26 anos (IQ= 21–35,5). Quanto ao estado civil, 68% dos participantes eram solteiros e em relação à cor da pele 52,1% eram da cor branca. Em relação à escolaridade, 48,9% possuíam ensino superior incompleto e 53,1% tinham trabalho remunerado. Em relação à ocupação dos participantes, 47,8% eram estudantes de graduação e 41,4% possuíam uma renda familiar superior à 5 salários mínimos.

Características	n	%	IC95%
Sexo			
Feminino	65	69,15	58,78 – 78,27
Masculino	29	30,85	21,73 – 41,22
Idade			
<20	4	4,26	1,17 – 10,54
20 – 34	65	69,15	58,78 – 78,27
35 ou mais	24	25,53	17,09 – 35,57
Estado Civil			
Solteiro (a)	64	68,09	57,67 – 77,33
Casado (a) / União estável	24	25,53	17,09 – 35,57
Divorciado (a) / Separado (a)	6	6,38	2,38 – 13,38

Cor da Pele			
Branca	49	52,13	41,57 – 62,54
Preta	3	3,19	0,66 – 9,04
Parda/Morena/Mulata	33	35,11	25,54 – 45,64
Amarela/Oriental	1	1,06	0,03 – 5,79
Indígena	6	6,38	2,38 – 13,38
Escolaridade			
Ensino fundamental incompleto	6	6,38	2,38 – 13,38
Ensino fundamental completo	1	1,06	0,03 – 5,79
Ensino médio incompleto	1	1,06	0,03 – 5,79
Ensino médio completo	7	7,45	3,05 – 14,74
Ensino superior incompleto	46	48,94	38,48 – 59,46
Ensino superior completo e mais	30	31,91	22,67 – 42,33
Trabalho remunerado			
Sim	50	53,19	42,61 – 63,56
Não	40	42,55	32,41 – 53,18
Ocupação			
Médico (a)	4	4,26	1,17 – 10,54
Enfermeiro (a)	15	15,96	9,22 – 24,95
Outro profissional da saúde	7	7,45	3,05 – 14,74
Professor (a)	5	5,32	1,75 – 11,98
Estudante do ensino fundamental e médio	2	2,13	0,26 – 7,48
Estudante de graduação	45	47,87	37,46 – 58,43
Estudante de pós-graduação	1	1,06	0,03 – 5,79
Outros	11	11,70	5,99 – 19,97
Renda familiar			
Até 1 salário mínimo	7	7,45	3,05 – 14,74
1 a 2 salários mínimos	8	8,51	3,75 – 16,08
2 a 3 salários mínimos	9	9,57	4,47 – 17,40
3 a 5 salários mínimos	14	14,89	8,39 – 23,72
>5 salários mínimos	39	41,49	31,41 – 52,12

Tabela 2. Perfil da amostra dos participantes dos Grupos Focais. Exposição Sentidos do Nascer, 2015.

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Nota: IC95%= Intervalo 95% de Confiança. p-valor em negrito $\leq 0,05$.

4 | DISCUSSÃO

Os GF vão além de uma estratégia para apenas coletar dados, pois viabilizam discussões e elaboração de estratégias grupais para solucionar problemas e transformar realidades, pautando-se na aprendizagem e na troca de experiências sobre um tema (DALL'AGNOL et al., 2012). É uma técnica apropriada para pesquisas qualitativas que objetivam explorar um ponto em especial, além disso, proporcionam troca de conhecimentos e experiências entre os participantes. (SEHNEM et al., 2015).

Para a sua execução é essencial à presença de um moderador responsável por

apresentar os temas a serem discutidos, previamente descritos num roteiro, além de incentivar a participação de todos os indivíduos de forma imparcial (MUNARETTO et al., 2013).

Barbosa (2012) afirma que a seleção dos participantes deve ser criteriosa, podendo ser utilizados como parâmetros para seleção dos participantes, a idade, o gênero, o estado civil, a classe social, a categoria profissional, dentre outros. O autor ressalta que um grupo heterogêneo pode influenciar na discussão ou até mesmo inibi-la. Neste trabalho, tendo em vista a intencionalidade da amostra, foi possível evidenciar essa heterogeneidade o que produziu uma intensa discussão.

O local de escolha para a realização da exposição ocorreu de forma estratégica, de maneira que alcançou diferentes camadas sociais. O Parque Municipal Américo René Giannetti está localizado na região central de BH, o que favoreceu maior fluxo de visitantes com diversidade social. Em contrapartida, o Shopping Boulevard alcançou as classes média e alta.

No entanto, observa-se na composição dos grupos o predomínio de uma classe social favorecida, tendo em vista os resultados encontrados em relação à renda familiar.

No que refere à duração dos encontros, estudos sugerem que tenham duração de uma hora e trinta minutos a duas horas, ou até que haja uma saturação de informações (BACKES et al., 2011; REGO, 2013). Os GF realizados na exposição tiveram duração média de 35 minutos, levando em consideração a interatividade da Exposição que instigava curiosidades e reflexão dos participantes. Além disso, o ambiente para a realização dos GF era organizado de forma a proporcionar conforto e estimular a participação ativa dos visitantes.

Não há consenso na literatura no que se refere ao número de participantes, contudo, estudos apontam que a dimensão de participantes do grupo deve variar de acordo com os objetivos estabelecidos. Tradicionalmente, o grupo focal é composto, em média, por 10 participantes (BACKES, 2011; BUSANELLO et al., 2013). Neste trabalho os grupos contaram com uma média de 7 participantes. Em estudos que buscam gerar o máximo de discussões e ideias possíveis em torno de uma temática seria indicado um grupo de até 15 participantes, contudo, dimensões menores, entre 5 e 7 participantes, são utilizados em estudos com a finalidade de alcançar maior profundidade de expressões de cada participante.

Quanto ao número de mediadores, 61,5% dos grupos focais analisados neste estudo foram realizados por apenas um mediador. Segundo a literatura, os grupos focais se tornam mais eficazes quando conduzidos por um mediador e um observador. O mediador tem a função de apresentar aos participantes a temática a ser discutida, incentivar a participação de todos os indivíduos do grupo e conduzir a discussão de modo que ela se mantenha dentro dos tópicos de interesse da pesquisa, sem fazer julgamentos sobre as informações apresentadas. Já o observador é responsável por realizar auxílio logístico, como manter a gravação das discussões, registro de presença, assinatura de TCLE, além de anotações de expressões não verbais que

possam ser importantes na contribuição do estudo. (BARBOSA, 2012; BUSANELLO et al., 2013; MUNARETTO et al., 2013). Em relação às características dos participantes do presente estudo, observou-se que 69,1% da amostra eram do sexo feminino. O processo do resgate da autonomia da mulher no parto e nascimento depende também da qualidade da informação recebida por elas. A exposição trabalha com a emoção, afeto, intenção de engajamento das pessoas para além da transmissão da informação para que as tomadas de decisões ocorram de forma consciente. Nessa perspectiva, o acesso a informações promove o empoderamento da população, reforçando assim a importância de ações que promovam o acesso ao conhecimento de qualidade e baseado em evidências (SILVA et al., 2015).

Apenas 30,8% dos participantes eram do sexo masculino. Observa-se que nas questões que envolvem o parto e nascimento, os homens ainda assumem mais o papel de espectadores. De acordo com Ribeiro (2015), o fato de a gestação ser sentida fisiologicamente pela mulher faz com que eles não se sintam integrados neste processo. Sendo assim, faz-se necessário estimular a participação efetiva, como a inclusão dos homens no pré-natal e em discussões que envolvem o parto e nascimento. Entretanto, durante a realização dos GF na exposição, houve a participação intencional de um grupo formado apenas por homens integrantes da Comissão Perinatal, reforçando a possibilidade da quebra de paradigmas de que esse tema refere-se apenas às mulheres.

De acordo com os resultados, 50% dos participantes eram alunos de graduação. Dados de um estudo recente apontam que nas duas últimas décadas a educação superior brasileira foi marcada por forte expansão tanto de números de instituições de curso superior quanto de ingressantes e concluintes. (RISTOFF, 2014).

O processo de formação do aluno de graduação é direcionado a capacidade de aprendizado, adesão de conhecimentos, busca de informações, resolução de problemas e de enfrentamentos. A articulação entre teoria e prática infere ações pedagógicas que transcendem as salas de aula da academia, indicando a necessidade de inserção do aluno em práticas e aproximação real ao mundo do trabalho. As ações pedagógicas devem possibilitar a interação de teoria e prática nos diversos espaços de trabalho, seja ela a comunidade, famílias, serviços de saúde de atenção básica e hospitalar (FERNANDES et al., 2005; GEMIGNANI, 2012). Nesse sentido, a exposição e os grupos focais puderam proporcionar uma análise crítica do modelo de assistência adotado na maioria das maternidades e que precisa ser revisto desde o processo de formação das equipes multiprofissionais, no sentido de fazer avançar as práticas assistenciais.

Dentro deste contexto, a exposição Sentidos do Nascer se comportou como excelente ferramenta de aprendizagem, visto que possibilitou a articulação de teoria e prática de forma lúdica, interativa e tecnológica, fora dos espaços limitados de sala de aula, fugindo do modelo de ensino tradicional, em que este está centrado no professor e o aluno apenas executa os comandos que recebe. As formas prazerosas

de aprendizado vão além das aulas expositivas e dialogadas, possibilitando ao aluno a experimentação de conhecimentos. Sendo assim, a utilização de espaços de prática diversificados pode contribuir para trabalhar temas como a humanização do parto e nascimento (RIOS & SIRINO, 2015; SOUZA et al., 2016).

Conforme estudo realizado em São Paulo, verificou-se que apesar da inserção de diversos movimentos na formação de profissionais de saúde com o tema humanização, ainda sim existem inúmeros obstáculos, principalmente no ensino médico, pois, sua formação tende a ser voltada a aspectos biomédicos (FIOROTTI et al., 2010). Assim, as medidas que se opõem a rigidez e aos pré-requisitos que são obrigatórios, demonstram que existem diversas maneiras de ensino e de aprendizagem (SOBRAL & CAMPOS, 2012; BORGES & ALENCAR, 2014; SOUZA et al., 2016).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no atual cenário brasileiro entende-se a necessidade e importância das ações de educação em saúde, como a Exposição Sentidos do Nascer, não só com o objetivo de propagar informações, mas para promover a reflexão acerca dos benefícios do parto normal e a autonomia das mulheres na escolha pela via de nascimento.

O estudo destaca a necessidade de mudança no modelo de ensino tradicional de graduação em saúde e de uma aproximação maior à realidade de trabalho que irá prover ao aluno uma experimentação de conhecimentos importantes para seu desenvolvimento crítico e reflexivo, fazendo com que se formem profissionais de qualidade, com informações e práticas baseadas em evidências científicas.

Descrever a composição e o perfil dos participantes dos GF foi essencial para avaliar qual o público atingido/sensibilizado pela exposição e pelo diálogo entre os participantes, além de favorecer futuros trabalhos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

BACKES, D. S; COLOMÉ, J. S; ERDMANN, R. H; LUNARDI, V. L. **Grupo focal como técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas.** *O mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 438-442, 2011.

BARBOSA, J. A. G. **A utilização do Grupo Focal como método de coleta dados em pesquisa qualitativa na saúde e na enfermagem.** *Periódico Científico do Núcleo de Biociências Centro Universitário Izabela Hendrix*, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 38-46, Ago./set. 2012.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **O movimento.** Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <<http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/movimento/index.html>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BORGES, T.S; ALENCAR, G. **Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior.** *Cairu em Revista*, v. 03, n. 04, p. 119-143, jul./ago. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília -DF: Conitec, p. 381. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento/Ministério da Saúde**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BUSANELLO, J. et al. **Grupo focal como técnica de coleta de dados**. *Cogitare Enferm.* v. 18, n. 2, p. 358-364, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32586/20702>>. Acesso em: 30 Ago. 2016.

CRUZ, D. I, PAULO, R. R. D; DIAS, W. S; MARTINS, V. F, GANDOLFI, P. E. **O uso das mídias digitais na educação em saúde**. *Cadernos da Fucamp*, v.10, n. 13, p. 130-142, 2011.

DALL'AGNOL, C.M. et al. **A noção de tarefa nos grupos focais**. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS), v. 33, n.1, p. 186-190, mar. 2012.

DIAS, M. A. B; DOMINGUES, R. M. S. M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. *Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 669-705, 2005.

DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./ set. 2005.

FALKENBERG, M. B; MENDES, T. P. L; MORAES, E. P; SOUZA, E. M. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FERNANDES, J.D. et al. **Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica**. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 39, n.4, p. 443-449, Jul. 2005.

FIOROTTI, K.P; ROSSONI, R.R; MIRANDA, A.E. **Perfil do Estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007**. *Rev Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 3, p. 355-362, 2010.

FONSECA, L.M.M. et al. **Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal**. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 190-196, jan./mar. 2011.

GEMIGNANI, E. **Formação de Professores e Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: Ensinar Para a Compreensão**. *Revista Fronteira da Educação*, Recife, v. 1, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.fronteirasdaeducacao.org/index.php/fronteiras/article/view/14>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MUNARETTO, L. F; CORRÊA, H. L; CUNHA, J. A. C. **Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias**. *Rev. Adm. UFSM*, Santa Maria, v. 6, n.1, p. 09-24, Jan./mar. 2013.

PATAH, L. E. M; MALIK, A. Ma. **Models of childbirth care and cesarean rates in different countries**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 185-194, Feb. 2011.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão Perinatal. 2015.

PONTES, M. G. A; LIMA, G. M. B; FEITOSA, I. P; TRIGUEIRO, J. V. S. **Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência**. *Rev. Ciên. Saúde Nova Esperança*, v. 12, n. 1, p. 69-78, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

REGO, T. C. F. **Utilização de grupos focais em teses e dissertações do programa de pós-**

graduação em educação da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista Multitexto*, v. 2, n. 1, p. 61-68, 2013.

RIBEIRO, J. P. et al., **Participação do pai na gestação, parto e puerpério: Refletindo as interfaces da assistência de enfermagem.** *Rev. Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 16, n. 3, p. 73-82, Jul./set. 2015.

RIOS, I.C; SIRINO, C.B. **A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: O olhar dos estudantes.** *Rev. Brasileira de Educação Médica*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 401-409, mai. 2015.

RISTOFF, D. **O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação.** *Avaliação*, Campinas, v. 19, n. 3, p. 723-747, Nov. 2014.

RODRIGUES, J.C.T. et al. **Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica.** *Revista Multitexto*, v. 4, n.1, p. 48-53, 2016. Disponível em: <<http://www.ead.unimontes.br/multitexto/index.php/rmcead/article/view/174>>. Acesso em: 27 Ago. 2016.

SEHNEM, G.D; ALVES, C.N; WILHELM, L.S, RESSEL LB. **Utilização do grupo focal como técnica de coleta de dados em pesquisas: relato de experiência.** *Cienc Cuid Saude*, v. 14, n. 2, p. 1194-1200, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21960/pdf_359>. Acesso em 05 dez. 2016.

SENTIDOS DO NASCER. **“Por trás da cesariana”.** [S.l.]: [s.n], [2015]. Disponível em < <http://www.sentidosdonascer.org/nossa-causa/>> Acesso em 27/11/2016.

SILVA, A. L. S; NASCIMENTO, E.R; COELHO, E. A. C. **Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal.** *Esc Anna Nery*, v. 19, n. 3, p. 424-431, jul./set 2015.

SOBRAL, F.R; CAMPOS, C.J.G. **Utilização de metodologias ativas no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa.** *Revista da Escola de Enfermagem- USP*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 208-218, fev. 2012.

SOUSA, A. M. M. et al. **Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais.** *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>.

SOUZA, C. D. F; ANTONELLI, B. A; OLIVEIRA, D. J. **Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação de profissionais da saúde.** *Rev. Vale do Rio Verde*, Vale do Rio Verde, v. 14, n. 2, p. 659-677, Ago./dez. 2016.

SOUZA, C.S; IGLESIAS, A.G; FILHO, A.P. **Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais- aspectos gerais.** *Rev Fac de Medicina de Ribeirão Preto*, v. 47, n. 3, p. 284-292, 2014.

VIEIRA, C. M. et al. **Aplicação da técnica de grupo focal em pesquisa da Rede-SANS sobre as ações de alimentação e nutrição na atenção básica em saúde.** *Cad. saúde colet.* Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 407-413, 2013.

SOBRE A ORGANIZADORA

MICHELLE THAIS MIGOTO Enfermeira Neonatal pelo Programa de Residência em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (2006-2012). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (2015-2016), cursando Doutorado Acadêmico no mesmo programa e participante do grupo de pesquisa TIS - Tecnologia e Inovação em Saúde. Desenvolve pesquisas na área de neonatologia e saúde pública com foco na Mortalidade Perinatal.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-116-9



9 788572 471169