

O PERFIL DA MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO, NO PERÍODO DE 2010 A 2015, NO ESTADO DE SANTA CATARINA

KARINE PEREIRA RIBEIRO^{1*}, DENISE ANTUNES AZAMBUZA ZOCHE², ELIANA HAHN³, JÚLIA RUTH DA SILVA³, LENIR BARBISAN³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC; 3. Acadêmicos de Enfermagem da UDESC.

* Rua Clevelândia, Bairro Maria Goretti, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89801-445. karine_pribeiro@yahoo.com.br

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: Este trabalho provém de um estudo realizado na Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, na disciplina de Epidemiologia em Saúde, ministrada no sétimo período do curso de enfermagem. Devido o interesse de acadêmicas pelo tema em questão, foi realizada uma pesquisa que visa aprofundar-se acerca do índice de mortalidade por câncer de colo do útero em adultas jovens de 20 a 59 anos, no estado de Santa Catarina. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2016), o câncer do colo do útero é um tumor que se desenvolve a partir de alterações no colo do útero, sendo este, localizado no fundo da vagina. Essas alterações são chamadas de displasias, são totalmente curadas na maioria das vezes, e se não tratadas, podem se transformar em câncer. O câncer em estágio inicial não apresenta sinais ou sintomas, mas conforme a doença avança pode aparecer sangramento vaginal, corrimento e dor. Nesses casos a orientação é sempre procurar uma Unidade de Saúde, para tirar as dúvidas. A prevenção do câncer do colo do útero se tem por meio da vacinação do HPV antes do início da vida sexual e fazendo o exame preventivo, todos os anos. Apesar dos avanços tecnológicos e científicos esta neoplasia ainda apresenta elevados índices de mortalidade no Brasil, nessa perspectiva, este tema é de suma importância na formação em enfermagem, pois este profissional possui papel fundamental na prevenção e detecção precoce do câncer, sendo o mesmo um importante problema de saúde pública, e apresentando no Brasil, como a terceira neoplasia maligna que acomete as mulheres, apenas superado pelos cânceres de pele não melanoma e de mama. A temática se insere no âmbito da saúde da mulher, área considerada estratégica para ações prioritárias no Sistema Único de Saúde (SUS) no nível

da Atenção Primária. A concentração de esforços governamentais aliada à produção acadêmica e à atuação dos profissionais trouxe melhorias no acesso à prevenção do câncer do colo do útero em todo o país. Entretanto, ainda se mostra insuficiente como sinalizado nas estimativas de incidência, tendência de mortalidade e em muitas regiões e situações, o diagnóstico ainda é feito em estágios avançados da patologia¹. A enfermagem caracteriza-se como profissão com um alto índice de responsabilidade na promoção e prevenção dos casos de neoplasia uterina, pois possui conhecimento técnico e científico para promover uma assistência qualificada, visando diminuir os casos, e identifica-los precocemente. **Objetivos:** Identificar o perfil de mortalidade por câncer do colo do útero em mulheres de 20 a 59 anos, no estado de Santa Catarina. **Método:** Esta investigação trata-se de um estudo ecológico, que são estudos na qual a unidade de análise é uma população ou grupo de pessoas, que geralmente pertencem a uma área geográfica definida. Eles procuram avaliar como os contextos sociais e ambiental podem afetar a saúde de grupos populacionais. Portanto, as medidas coletadas no nível individual são incapazes de refletir adequadamente os processos que ocorrem no nível coletivo². A pesquisa foi realizada no departamento de informações do SUS (DATASUS), que se trata de uma fonte de dados epidemiológicos. As variáveis do estudo se dividem em “escolaridade”, “macrorregiões do estado de Santa Catarina”, “estado civil” e “raça”. Os dados coletados foram do período de 2010 a 2015. A análise dos dados foi por meio da estatística descritiva de frequência absoluta e relativa. **Resultados:** No período estudado ocorreram 900 óbitos de câncer de colo de útero em adultas jovens, o que correspondeu a 1% do total de mortes entre mulheres no estado de Santa Catarina, no período estudado. Em relação aos óbitos por CA de colo,

6% eram de mulheres sem nenhuma escolaridade, em jovens com nenhuma escolaridade apresentaram-se em 6%, de 1 a 3 anos de estudo 27%, de 4 a 7 anos 31%, 8 a 11 anos 21%, 12 ou mais 6% e ignorados 9%. Sendo assim, o índice de mortalidade por neoplasia de colo de útero acometeu o maior número de pessoas com estudo entre quatro a sete anos (31%). Comparando as macrorregiões do estado de Santa Catarina, os resultados apresentam que entre os 900 casos de óbitos por CA de colo, 20% são provenientes da grande Florianópolis, nordeste 16%, vale do Itajaí 15%, sul 11%, foz do rio Itajaí 10%, grande oeste 9%, meio oeste 8%, serra catarinense 8% e planalto norte 4%. Relacionado aos índices de raça, a cor branca apresenta 91%, a cor preta 4%, a cor amarela 0,1%, a cor parda 4%, a indígena 0,1% e ignorados 1%. Os resultados para estado civil, foram solteiros 21%, casados 38%, viúvas 22%, separadas judicialmente 9%, ignorados 8% e não informado 2%. Sendo assim, o perfil da mortalidade por câncer do colo do útero no estado de Santa Catarina, caracteriza-se por mulheres brancas, casadas, com escolaridade entre quatro a sete anos, na grande Florianópolis. **Conclusão:** De acordo com os resultados identificados, conclui-se que a mortalidade por câncer do colo do útero encontra-se em elevados índices, sendo que tal patologia possui grande probabilidade de cura quando diagnosticada precocemente. A disseminação do conhecimento para parte da população, sobre a realização do citopatológico, o uso do preservativo, para prevenção da infecção por HPV, fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, e a busca ativa de mulheres que não buscam o resultado de seus exames, são formas de efetivação da assistência qualificada em saúde, por serem maneiras de diminuir as incidências de mortalidade por neoplasias uterinas. É primordial que o profissional enfermeiro atue nesta área, com ações de promoção da saúde, e realização de exames citopatológicos qualificados e estímulo do autocuidado¹. A partir da realização de um atendimento de enfermagem acolhedor, comunicativo e formulador de um vínculo de confiança, as mulheres serão abordadas de forma integralizada, como as políticas de saúde pública preconizam, e estarão mais propensas a sensibilizar-se acerca dos seus cuidados de saúde, promovendo um diagnóstico precoce do câncer uterino e uma maior qualidade da assistência⁴. Tendo isto em vista, é essencial que tais conteúdos sejam abordados nas grades curriculares do curso de enfermagem, para que o egresso esteja capacitado e sensibilizado com a temática, promovendo assim, uma assistência em saúde integralizada e humanizada, pois se sabe que esta patologia é evitável e curável quando diagnosticada no seu estágio inicial.

DESCRITORES: Neoplasias do colo do útero; Enfermagem; Epidemiologia.

REFERÊNCIAS

- [1] INCA - Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/hpv-cancer-perguntas-mais-frequentes
- [2] Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(3): 389-398.
- [3] *Epidemiologia*/editor Roberto A. Medronho, et al. São Paulo: editora Atheneu, 2003.
- [4] Teixeira CAB, Silva RM, Rodrigues MSP, Linard AG, Diógenes MAR, Mendonça FAC. Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica. *Rev APS* 2009; 12(1):16-28.

PERFIL DAS MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO PERÍODO DE 2014, NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ- SC

JÚLIA RUTH TOLEDO DA SILVA^{1*}, DENISE ANTUNES AZAMBUZA ZOCHE², ELIANA HAHN³, KARINE PEREIRA RIBEIRO⁴, LENIR BARBISAN⁵

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Catarina (UDESC). 2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC. 3 Acadêmica de Enfermagem da UDESC. 4 Acadêmica de Enfermagem da UDESC. 5 Acadêmica de Enfermagem da UDESC.

* Júlia Ruth Toledo da Silva. Avenida Getúlio Dorneles Vargas, 3233 N, Ap. 203, Edifício Paradísio, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89801-301. julia.ruth.enfermagem@gmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: O câncer de colo de útero (CCU), também chamado de cervico-uterino, é uma afecção progressiva, iniciada com transformações intraepiteliais, que correspondem às lesões leves displásias, que na maioria dos casos são causadas pelo vírus Papilomavírus Humano (HPV), na qual, evoluem para severas e, subsequente, para um carcinoma devido à replicação celular desordenado. No caso de não tratada essas modificações celulares, devido às lesões intraepiteliais, o mesmo evolui para um câncer invasivo cervical escamoso, num período de dez a doze anos. Esse câncer compromete o tecido subjacente (estroma) que corresponde à parte composto de tecido fibromuscular denso, que tem por função o suprimento vascular e linfático do colo uterino. Em casos avançados, o câncer, também, pode invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância¹. As alterações das células podem ser detectadas facilmente no exame citopatológico (conhecido também como Papanicolaou), dando prioridade para a realização do exame, mulheres entre 25 e 64 anos de idade. Devido à longa evolução da doença, o exame pode ser realizado a cada três anos². Apesar dos avanços científicos para a prevenção e controle das condições que o câncer de colo de útero dispõe, o mesmo ainda apresenta elevados índices de novos casos e mortalidade, principalmente na população de mulheres socioeconomicamente menos favorecidas. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) cerca de 530 mil novos casos de câncer de colo de útero são detectados por ano no mundo, sendo o mesmo considerado o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres no Brasil, responsável pelo óbito de 265 mil mulheres por ano. Em 2014, foram esperados 15.590 casos novos, com um

risco estimado de 15,3 casos a cada 100 mil mulheres. Em 2012, esta neoplasia representou a terceira causa de morte por câncer em mulheres com óbitos, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,72 óbitos para cada 100 mil mulheres. Na análise regional no Brasil, a região Norte se destaca como primeiro mais incidente tendo como base 23,6 casos por 100.00 mulheres. Seguido, as regiões Centro-oeste e Nordeste ocupando o segundo lugar com taxas de 22,2/100 mil e 18,8/100, Sudeste com 10,15/100 correspondendo o quarto lugar e em quinto a região Sul com 15,9/100 mil. Quanto à mortalidade, a classificação antecedente de incidências coincide com os valores de mortalidade no país. Tendo a região Norte como os maiores valores de mortalidade, em seguida, região Nordeste de Centro-Oeste, Sul e Sudeste. O Município de Chapecó se localiza no Oeste do Estado de Santa Catarina, também conhecido como a “Capital do Oeste” por ser um polo agroindustrial do sul do Brasil e servir como referência regional em prestação de serviços aos demais municípios do Oeste de Santa Catarina. Contém uma população média de 200 mil habitantes (IBGE/CENSO 2015). Os estudos epidemiológicos sobre o perfil das mulheres com CCU servem para alertar os gestores, profissionais de saúde e pesquisadores quanto ao detalhamento das características sociodemográficas e epidemiológicas da população. Além de, trazer informações aos pacientes sobre a patologia e evolução da doença. A partir da problemática que o câncer de colo de útero representa para os índices de qualidade de saúde, sentiu-se a necessidade de identificar o perfil das mulheres que foram diagnosticadas essa neoplasia no município de Chapecó. **Objetivo:** Descrever o perfil das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero no

município de Chapecó-SC no ano de 2014. **Metodologia:** Este é um estudo ecológico, que tem por finalidade comparar características de populações num determinado espaço de tempo, tornando possível, entender como os contextos sociais e ambientais influenciam na saúde de pessoas e grupos através de distribuição, adaptação, interação, dentre outras respostas³. Utilizando, assim, as variáveis socioeconômica: “faixa etária”, “escolaridade”, “cor/raça” e “estado civil”; analisando o período de 2014. A pesquisa foi realizada Sistema de Informação do câncer de colo de útero (SISCOLO), disponível no endereço eletrônico do DATASUS do Ministério da Saúde. A análise dos dados foi por meio da estatística descritiva de frequência absoluta e relativa. **Resultados:** Foram diagnosticadas com câncer de colo de útero no ano estudado, 1% mulheres do município de Chapecó-SC, na qual, a faixa etária variou entre 20 a 24 anos correspondendo a 9% dos casos, 25 a 29 anos 9%, 30 a 34 anos 9%, 35 a 39 anos 27%, 40 a 44 anos 27%, 45 a 49 anos 18% e 50 a 54 nenhum caso. Quanto ao grau de escolaridade, 36% dessas mulheres não tinham nenhum grau de escolaridade (analfabetas), 18% tinham o ensino fundamental incompleto, 9% o ensino fundamental completo, 27% o ensino médio completo e 9% ensino superior completo. Sobre a declaração de cor/raça, a cor preta representa 9% dessas mulheres, 9% de cor parda, 9% de cor amarela e 73% de cor branca. E quanto ao estado civil, os resultados apontaram que 36% eram casadas, 21% viúvas, 15% separadas judicialmente, 27% solteiras e 1% não informaram o estado civil. **Conclusão:** A partir dos resultados encontrados, percebe-se que a faixa etária predominante das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero no município de Chapecó no ano de 2014, ficou entre 35 a 44 anos, contendo o ensino médio completo, de cor branca e casada. Podendo analisar, a partir desse perfil, que as informações sobre o tema não estão sendo abordados de forma clara ou efetiva a ponto de sensibilizar essa população quanto à doença; considerando que essa está relacionada, principalmente, ao comportamento sociocultural. Além disso, os resultados apontam a necessidade de se investir cada vez mais em capacitação profissional e em estruturas básicas de funcionamento para se proporcionar maior cobertura de rastreamento, facilitando assim, a realização periódica de exames preventivos e elaboração de medidas estratégicas com o intuito de reduzir a mortalidade por câncer na população de risco e promover o autocuidado. Corroborando com a importância do planejamento, execução e avaliação dos resultados das ações de saúde para que assim, os gestores, juntamente com a equipe, possam pensar em diferentes níveis de direcionamento das promoções a saúde, contribuindo para a redução da

incidência, mortalidade e sequelas físicas, sociais e psicológicas causadas por essa neoplasia.

DESCRITORES: Câncer de colo de útero, perfil socioepidemiológico, saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

- [1] Panzetti TMN. A experiência das mulheres com câncer de colo de útero do diagnóstico ao tratamento. 2011. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém-PA, 2013. Cap. 1
- [2] INCA - Instituto Nacional de Câncer (BRASIL). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 104 p.
- [3] Medronha RA. Epidemiologia, et al. São Paulo: editora Atheneu, 2003.

MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO UTERINO NO ESTADO DE SANTA CATARINA

MAÍRA CÁSSIA BORGES DE OLIVEIRA^{1*}, JÉSSICA ROHDEN², ALESSANDRA GUSATTO³, SILVANA DOS SANTOS ZANOTELLI⁴

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Acadêmica de Enfermagem da UDESC; 3. Acadêmica de Enfermagem da UDESC; 4. Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC.

Rua Ivone Maria Lara Kaufmann, Efapi, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89809-74. mairaacassia@gmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: O câncer de colo uterino tem como sua principal causa a infecção persistente por alguns tipos oncogênicos do Papilomavírus Humano - HPV. A infecção por esse vírus é muito frequente e nem sempre resulta em câncer, sendo a principal forma de prevenção a realização do exame citopatológico, popularmente conhecido como preventivo do câncer de colo uterino, assim, enfatiza-se que mulheres que já tem vida sexual ativa devem realizar o exame periodicamente. Este é o terceiro tipo de tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e de colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil¹. O câncer de colo uterino apresenta uma maior taxa de incidência em países pouco desenvolvidos, podendo ser associado o tipo de câncer com as condições de vida mais precárias da população, com o baixo índice de desenvolvimento humano, fragilidades nas estratégias de prevenção e promoção da saúde e diagnóstico tardio para tratamento². O controle do câncer do colo uterino necessita de ações referentes à promoção e prevenção da saúde, melhorando a qualidade de vida da população. O profissional enfermeiro tem um papel de suma importância nesse trabalho, realizando visitas domiciliares e consultas de enfermagem, atendendo a população de forma integralizada e humanizada, assim oferecendo um atendimento conforme o preconizado às mulheres da unidade básica de saúde, realizando encaminhamentos adequados às mulheres que apresentarem alterações citológicas, além de realizar orientações relacionadas aos fatores de risco, trabalhando na prevenção e descoberta precoce do câncer de colo uterino³. As ações de prevenção devem ser realizadas em todos os níveis de atenção à saúde, contudo apresentam maior eficácia nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), onde o paciente torna-se mais íntimo da equipe de saúde e a conduta do enfermeiro é imprescindível para a detecção precoce do câncer de

colo uterino. O diagnóstico precoce traz possibilidades de uma melhor avaliação para a conduta terapêutica e o enfermeiro deve participar com orientações gerais para esclarecimento da própria mulher e seus familiares. Bem como é de suma importância que o enfermeiro esteja qualificado para prestar a melhor orientação e oferecer cuidados específicos às pacientes com câncer, assim como ter conhecimento dos últimos avanços para na área de tratamento. **Objetivo:** Verificar a taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo uterino, de acordo com as macrorregiões do estado de Santa Catarina. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa epidemiológica observacional, com delineamento de um estudo ecológico. O estudo ecológico consiste em analisar características de grupos populacionais, onde o foco é a população e não o indivíduo. Esses estudos ajudam a identificar fatores que merecem uma investigação detalhada, para a compreensão da ocorrência e distribuição dos fenômenos de saúde e doença em populações⁴. A fonte de dados desse estudo foi o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e as bases de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os casos alvo do estudo foram óbitos de mulheres com idade entre 20 a 54 anos, habitantes das macrorregiões do estado de Santa Catarina, no ano de 2012. As variáveis utilizadas neste estudo foram: raça, escolaridade e estado civil. Ressalta-se que esse é o último ano de registro nos sistemas oficiais de dados populacionais. As taxas de mortalidade foram calculadas pelo número de óbitos por câncer de colo uterino dividido pela população de mulheres na faixa etária acima citada vezes 100.000, de cada macrorregião. **Resultados:** No estado de Santa Catarina no ano de 2012, 91 mulheres foram a óbito por câncer de colo uterino, destas 90,1% eram brancas, 5,5% negras e 3,3% pardas, o maior índice de mortalidade apresenta-se em mulheres brancas devido a colonização do estado ser predominante desta raça. As taxas de escolaridade

apresentam-se em anos de estudo, sendo que a maior taxa de óbitos prevaleceu em mulheres que tinham de 4 a 7 anos de estudo (30,8%), e as menores taxas foram em mulheres analfabetas (2,2%), há a necessidade que se aprofunde a compreensão do que ocorre neste grupo no que diz a respeito sobre fatores de exposição e risco conhecidos e a qualidade da assistência a que essas mulheres têm acesso, uma vez que o primeiro grupo tem mais anos de estudo e melhores condições de ter acesso às informações. Conforme o estado civil pode-se observar que 46,2% das mulheres que morrem em decorrência do câncer de colo uterino eram casadas e 38,5% eram solteiras, separadas ou viúvas. O estado apresentou uma taxa de mortalidade por câncer uterino de 4,83 (a cada 100.000 mulheres), nas macrorregiões obtivemos as seguintes taxas: 4,27 (Grande Oeste), 4,71 (Meio Oeste), 5,54 (Vale do Itajaí), 7,99 (Foz do Rio Itajaí), 3,08 (Grande Florianópolis), 3,3 (Sul), 5,97 (Nordeste), 1,99 (Planalto Norte), 8,63 (Serra Catarinense). Observa-se que a macrorregião da Serra Catarinense apresenta a maior taxa, com 1,78 vezes maiores que a média do Estado, seguida por Foz do Rio Itajaí. A menor taxa foi encontrada na macrorregião de Planalto Norte com uma frequência 2,42 vezes menor que a média estadual. Há uma evidente diferença de dados de mortalidade nas macrorregiões do estado, sendo que a mortalidade por câncer de colo uterino é um importante problema de saúde pública em todas as regiões, o que necessita um maior aprimoramento das ações de prevenção e assistência no estado como um todo. **Conclusões:** A partir dos dados analisados ressalta-se que há a necessidade de uma maior realização de estudos específicos que identifiquem quais as causas de mortalidade de câncer de colo uterino nas macrorregiões do estado de Santa Catarina, com destaque para a Serra Catarinense, devido ao alto índice de mortalidade apresentado, onde conforme os dados observados não houve desigualdade no número de atendimentos realizados pelas Equipes de Saúde da Família no estado. Assim, a partir do exposto, pode-se observar que em algumas macrorregiões há uma maior vulnerabilidade no que diz respeito a mortalidade por câncer de colo uterino, o que permite que exista um maior esforço do poder público e da sociedade para o enfrentamento de tal problema e com isso aumentar a eficiência da prevenção primária, secundária e terciária. A equipe de enfermagem deve atuar intensamente em campanhas de prevenção e promoção à saúde junto às equipes auxiliares para minimizar os altos índices de câncer de colo uterino nas macrorregiões estudadas, trabalhando com educação em saúde, incentivando o uso de preservativos e a realização do exame citopatológico. Devem ser ofertadas capacitações para todos os profissionais envolvidos, proporcionando nessa área recursos para diagnósticos precoces e recursos

necessários para tratamento integral e oportuno para os casos confirmados.

DESCRITORES: Neoplasias do colo do útero, mortalidade, saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Nacional do Câncer. Câncer de colo de útero. 2016. [acesso em 18 mar. 2016]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio.
- [2] Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Hélio Neves e Michel Naffah Filho. Ano 5, boletim 2: nov. 2014. Mortalidade por Câncer de Mama e de Colo Uterino: Estudo da Distribuição Espacial no Município de São Paulo. [acesso em 11 mar. 2016]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/boletimeletronico/Ano5_n02_Mortalidade_por_Cancer_de_Mama_e_de_Colo_Uterino.pdf.
- [3] Araújo EM, Barbosa AC, Silva ALF, Júnior APC. Prevenção do câncer do colo do útero na visão do enfermeiro da unidade básica de saúde (UBS). Revista Eletrônica da Univar 2014; 11(1):170-75.
- [4] Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Ceará. Eduardo Rebouças e Hermano Alexandre Lima Rocha. Estudos Epidemiológicos. [acesso 11 mar. 2016]. Disponível em: <http://www.epidemiologia.ufc.br/files/05estudosepidemiologicos.pdf>.

SÍFILIS CONGÊNITA: UMA REALIDADE EMERGENTE NA REGIÃO SUL DO BRASIL

MARILEI KIELB¹, GABRIELA REBESCHINI², GICELIA PITTIGLIANI JORGE³, SILVANIA GARCIA MEAZZA⁴, SILVANA DOS SANTOS ZANOTELLI^{5*}

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2 Acadêmica de Enfermagem da UDESC; 3 Acadêmica de Enfermagem da UDESC; 4 Acadêmica de Enfermagem da UDESC; 5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC.

Rua Sete de Setembro, 91D, Sala 2, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89801-140. szanotelli@gmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem

RESUMO

Introdução: A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica da bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas, *Treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. A transmissão vertical do *T. pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *T. pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Esta infecção é grave, podendo causar má-formação do feto, aborto ou morte do bebê. Ela pode se manifestar logo após o nascimento, caracterizando-se por sífilis congênita precoce, aquela que se manifesta antes dos dois primeiros anos de vida, e sífilis congênita tardia aquela que se manifesta após os dois primeiros anos de vida da criança. Após o nascimento, a criança pode apresentar pneumonia, feridas no corpo, cegueira, dentes deformados, problemas ósseos, surdez ou deficiência mental.¹ Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil a incidência da sífilis entre recém-nascidos é alta. Alguns fatores contribuem para que a prevalência da sífilis congênita se mantenha com índices tão preocupantes: fatores biológicos (patogenicidade *T. pallidum* e resistência do hospedeiro), recursos humanos (profissionais técnicos com boa qualificação e conscientes de suas responsabilidades), políticas públicas (programas permanentes de controle, prevenção e notificação das doenças), fatores populacionais e financeiros, fatores socioculturais e determinantes comportamentais inadequados na assistência do pré-natal.² Neste aspecto, vale destacar que o papel da Enfermagem na saúde da mulher e do recém-nascido é fundamental para que haja intervenções e acompanhamento dos mesmos, prestando um pré-natal de qualidade. É de responsabilidade do enfermeiro,

identificar precocemente os fatores de risco e as possíveis portadoras do *T. pallidum*, realizando a notificação compulsória, averiguando o histórico de saúde e anamnese da gestante, auxiliando na prevenção, orientação, diagnóstico e acompanhamento dos recém-nascidos durante o tratamento, certificando-se da eficácia deste.³ **Objetivo:** Verificar a incidência de sífilis congênita na região Sul do Brasil. **Método:** Para a realização deste trabalho foi utilizado o estudo ecológico. Este tipo de estudo utiliza de base de dados para análise de uma população ou um grupo de pessoas, as quais geralmente pertencem a uma área geográfica definida, como exemplo um estado ou um país. Frequentemente utilizados para analisar dados de uma grande população, são rápidos e baratos. Tem como objetivo avaliar o contexto social e ambiental que pode vir a afetar a saúde destes grupos populacionais.⁴ Esta pesquisa foi realizada nos três estados da região Sul do Brasil, a saber: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados no mês de março do ano de 2016 do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Para o cálculo da taxa de coeficiente foi utilizado o número de nascidos vivos que constam no registro do SINASC e os casos de sífilis congênita registrados no SINAN. O estudo foi realizado entre 2009 e 2013, ressaltando que o ano de 2013 foi o último ano de registro nos sistemas. Para esta pesquisa foram consideradas como variáveis: a escolaridade materna, zona de residência, a realização do pré-natal e o estado de moradia do recém-nascido vivo. **Resultados:** Evidenciamos neste estudo que nos anos de 2009-2013 houve um aumento de casos de sífilis congênita registradas no SINAN. No período estudado (cinco anos) tiveram como totalidade entre os três estados 3.934 casos de sífilis congênita, sendo que no estado do Paraná

foram 952, Santa Catarina 396 e Rio Grande do Sul 2.586. Em termos de taxas esses resultados se apresentam da seguinte forma: no estado do Paraná no primeiro ano em estudo, 2009, houve 7,9 casos de sífilis congênita por cada 10 mil nascidos vivos, em 2013 foram 11,2 sendo o ano de 2012 o que apresentou a maior taxa (19,2); no estado do Rio Grande do Sul no primeiro ano em estudo, 2009, houve 28,6 casos de sífilis congênita por cada 10 mil nascidos vivos, em 2013 foram 29,2 sendo o ano de 2012 o que apresentou a maior taxa de 53,9; e no estado de Santa Catarina no primeiro ano em estudo, 2009, houve 4,7 casos de sífilis congênita por cada 10 mil nascidos vivos, em 2013 foram 9,3 sendo o ano de 2011 o que apresentou a maior taxa de 11,4. Analisando o total de casos de sífilis congênita na região sul, identificou-se que 20,22% das mães não realizaram consultas de pré-natal, ressaltando que no estado do Rio Grande do Sul essa proporção foi de 24,2%. Em relação à escolaridade materna notou-se que 28,45% completaram o Ensino Fundamental, 21,19% o Ensino Médio e 2,23% o Ensino Superior. Em relação ao local de residência das mulheres pesquisadas observou-se que 94,97% residem na zona urbana, enquanto 1,11% reside na zona rural e 1,8% na periurbana. **Conclusão:** Diante do exposto, foram identificados nos estados do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina um índice elevado de novos casos de sífilis congênita entre os anos de 2009 a 2013. O estado do Rio Grande do Sul apresentou nesse período, as maiores taxas, quando comparado aos outros estados, Paraná e Santa Catarina. Os resultados mostraram que o estado do Rio Grande do Sul apresentou um maior número de gestantes que não realizaram o pré-natal, contribuindo para a elevação das taxas de sífilis congênita neste estado. Percebeu-se também que quanto maior o grau de instrução menor foi o número de casos de sífilis congênita na região Sul. Outra questão a ser discutida, diz respeito ao local de moradia destas mulheres, que em sua maioria residem em zona urbana, facilitando assim o acesso às consultas pré-natal. Concluímos assim que estas gestantes possuem melhor acesso aos serviços de saúde especializados e a informações necessárias para um adequado acompanhamento na gestação, preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) desde o ano 2000. Percebemos que é necessário intensificar as intervenções, por parte dos profissionais de enfermagem, voltadas a disseminação de informações quanto a prática de sexo seguro e aconselhamento no pré-natal, coleta de exames, notificações compulsórias, tratamento específico se necessário e uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, ante a gravidade da doença, do modo de transmissão e suas consequências ao conceito.

DESCRITORES: Gestantes, sífilis congênita, pré-natal, enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1] Robbins S, Cotran R. Patologia. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier; 2010.
- [2] Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: Portal sobre Aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. [acesso 11 mar. 2016] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>
- [3] Benzaken A, Franchini M, Bazzo M, Gaspar P. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis. [acesso 22 mar. 2016] Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>
- [4] Medronho R, Carvalho D, Bloch K, Luiz R, Werneck G. Epidemiologia. São Paulo, SP: Editora Atheneu; 2003.

PERFIL DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA ACERCA DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

RAQUEL RIBEIRO NOGUEIRA¹, MARTA KOLHS^{2*}, TANIA MARIA ASCARI³, GABRIEL DEOLINDA DE MARQUI⁴, MELISSA HOLZ⁵, PALOMA DO NASCIMENTO JOAQUIM⁶

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC; 3 Enfermeira e Psicóloga. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC; 4 Acadêmica de Enfermagem da UDESC; 5 Acadêmica de Enfermagem da UDESC; 6 Acadêmica de Enfermagem da UDESC.

* Rua Sete de Setembro, 91 D, Sala 2, Bairro Centro, Chapecó, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89801-140. martakolhs@yahoo.com.br

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem

RESUMO

Introdução: O uso de Substâncias Psicoativas tem afetando negativamente a vida das pessoas especialmente durante o desenvolvimento psicoemocional, estado de saúde geral, qualidade de vida, levando a inúmeras consequências socioeconômicas e familiares. Atualmente de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso inadequado de medicamentos é um dos principais problemas de saúde pública; A automedicação é uma prática muito comum no Brasil, com o objetivo de trazer benefícios para tratamento de alguma doença ou na maioria das vezes, para aliviar alguns sintomas, mas os medicamentos têm composições químicas que podem causar vários efeitos adversos e danos ao organismo, caso não seja usado adequadamente¹. Os acadêmicos da área da saúde fazem a prática da automedicação com frequência, para tratamento imediato de sinais e sintomas de patologias simples, mesmo sabendo que o seu uso indiscriminado pode causar efeitos negativos, trazendo graves consequências¹. O adolescente é um ser que está em uma fase peculiar do desenvolvimento e deve ser observado nesse contexto, envolvendo características intelectuais, emocionais específicas. Essa fase de transição da infância para a vida adulta é marcada por inúmeras transformações biológicas, psíquicas e sociais². Geralmente é nessa fase da adolescência/juventude que os indivíduos ingressam no ensino superior e ainda que o ambiente universitário seja um contexto importante para o desenvolvimento dos jovens e adolescentes, por ser uma fonte de firmamento, crescimento pessoal e profissional, ele traz alguns

fatores de risco que podem levar os universitários a adotarem comportamentos que comprometem a saúde². Muitos dos estudantes universitários utilizam tais substâncias como um alicerce, como uma válvula de escape para fugir do estresse das “obrigações” acadêmicas³. Neste contexto destaca-se os acadêmicos da área da saúde, pois futuramente irão identificar e encaminhar pacientes que façam o uso abusivo e indiscriminado de psicotrópicos, além de que os estudantes da área da saúde têm informações e fácil acesso a tais substâncias, que aliados a situações de estresse da vida acadêmica, se tornam um grupo vulnerável ao abuso dos psicotrópicos. Vários estudos retratam o alto consumo de substâncias psicoativas, principalmente medicamentos ansiolíticos, inalantes, anorexígenos, que ficam atrás somente do consumo de álcool e tabaco, entre acadêmicos dos cursos de graduação da área da saúde (biológicas), exatas e humanas de diversas universidades públicas³. Nessa circunstância de transição e novas descobertas, o ciclo de amizade pode ter grande influência no início e na progressão do consumo dessas substâncias psicoativas. E nessa fase, as drogas em especial se apresentam como uma estimulante de novos desafios, curiosidade e busca de novas experiências, sendo também motivo de inserção social em diferentes ambientes, com isso, na sua visão, confirmar sua personalidade e espaço nesse meio social³. O abuso de substâncias psicoativas é determinado como substâncias consumidas por qualquer meio de administração, que alteram o humor, o nível de percepção ou o funcionamento do sistema nervoso central. Estas são classificadas como lícitas ou ilícitas, desde medicamentos, álcool, até maconha, crack, LSD,

ecstasy, entre outras. O uso e o abuso dessas substâncias, podem gerar um prazer muito mais intenso do que as funções naturais, pois podem provocar euforia e bem-estar, proporcionando uma falsa sensação de efeito benéfico, contudo, seu consumo frequente acaba conduzindo os indivíduos a um ciclo vicioso, afetando cérebro e outros órgão⁴. O uso dos psicotrópicos tem como consequência alterações físico-comportamentais que se agravam ao decorrer do uso, surgindo danos sociais relacionado ao consumo do mesmo. Desta forma, é essencial para a enfermagem, conhecer e se apropriar das informações dos acadêmicos diante das drogas, já que a mesma tem o papel de prevenção de doenças e papel na promoção da saúde. Nesse contexto observou-se a importância de um estudo, com os seguintes objetivos: **Objetivo geral:** Avaliar o perfil dos acadêmicos de enfermagem do centro de educação superior oeste da Universidade do Estado de Santa Catarina, quanto ao uso de substâncias psicoativas. **Objetivos específicos:** Identificar quais substâncias psicoativas são utilizadas; verificar os motivos que os levam a fazer o uso de substâncias psicoativas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico transversal, como um meio de testar teorias objetivas, examinando a relação entre as variáveis⁵. O estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior, com o título “conhecer o perfil dos acadêmicos acerca do uso de substância psicoativas, proposto para o Centro de Educação Superior do Oeste (UDESC-CEO). Porém o presente estudo tem foco no uso indiscriminado de psicotrópicos pelos acadêmicos universitários. O estudo será realizado no campus da enfermagem do Centro de Educação Superior do Oeste (CEO), da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), no seu devido departamento, no município de Chapecó – SC. A pesquisa será feita com 199 acadêmicos de enfermagem da UDESC, tendo como critérios de inclusão: estar devidamente matriculado e ser maior de 18 anos e como critérios de exclusão: estar de atestado médico ou estar ausente no dia da coleta dos dados. Os participantes serão acompanhados pelos pesquisadores para a sala de informática para responder o questionário adaptado da versão virtual do questionário Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST, 2002) e do I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras (BRASIL, 2010), como Ferramenta para aplicação do questionário será utilizado o recurso do Google Formulários (GOOGLE, 2015), Para a realização dessa pesquisa, segue-se a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas em seres humanos do Brasil. O projeto já foi submetido ao comitê de ética da UDESC, através da plataforma Brasil e aprovado sob o

número CAAE: 53535816.6.0000.0118. **Resultado:** Espera-se que com esse estudo possibilite reconhecer situações que necessitem de interferência, acompanhamento e sobre tudo educação/prevenção ao uso abusivo e ou dependência ao uso de psicotrópicos no âmbito universitário. **Conclusão:** Considerando que a pesquisa está em andamento e atualmente está sendo realizada a revisão integrativa do projeto, entende-se que não há subsídios para conclusão, porém estima-se que a coleta de dados inicie em abril de 2016 e a partir deste ano será obtido os resultados para análise, sendo concluído posteriormente. Acredita-se que esta pesquisa proporcionará aos profissionais da saúde, principalmente a enfermagem, que trabalham com adolescentes a refletirem sobre questões relacionadas com abuso das substâncias psicoativas, amparando-os em suas práticas e ações de cuidado no atendimento aos mesmos.

DESCRITORES: Psicotrópicos, universitários, perfil, drogas.

REFERÊNCIAS

- [1] Souza JFR, Marinho CLC, Guilam MCR. Consumo de medicamentos e internet: análise crítica de uma comunidade virtual. *Revista da Associação de Medicina Brasileira*, 2008; 54(3):225-231.
- [2] Cardoso LRD, Malbergier A. A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2014, 31(1):65-74. [Acesso 30 de mar. 2016] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2014000100007>.
- [3] Bott NCL, Lima AFD, Simões WMB. Uso de substâncias psicoativas entre acadêmicos de enfermagem da Universidade católica de minas gerais. *Rev. Eletrônica de álcool e drogas. Ribeirão, Sp.* 2009, 6(1)1-13. [Acesso 30 mar. 2016] Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100013
- [4] Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2011.
- [5] Creswell, JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Traduzido por Magda Lopes. Porto Alegre: Artmed. 3 ed. 2010. 296p.

INTERVENÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DURANTE COMPLICAÇÕES NAS SESSÕES DE HEMODIÁLISE

CAMILA ZANESCO¹, ELISANGELA GIACHINI², SILVIA SILVA SOUZA³, DÉBORA TAVARES RESENDE E SILVA^{4*}

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó; 2. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, campus Chapecó; 3. Enfermeira. Mestre. Docente da UFFS, campus Chapecó; 4. Fisioterapeuta. Doutora. Docente da UFFS, campus Chapecó.

Rua mato grosso, 760E, apto 101, Jardim Itália, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89814-080. debora.silva@uffs.edu.br

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão cada vez mais presentes nos índices de morbidade da população em geral, são consideradas um problema de saúde pública e foco de inúmeras ações em saúde. A doença renal crônica (DRC) compõe o grupo das DCNT, caracterizando-se por perda progressiva e gradual das funções renais metabólicas e excretoras. A DRC é classificada em estágios (0-5), podendo assim, ser diagnosticada precocemente e ter seu desenvolvimento retardado por meio das mudanças na dieta, prática regular de exercícios físicos e o uso consciente de medicamentos. Quando a DRC atinge o estágio 5 ocorre perda da função renal e se faz necessário a realização da terapia renal substitutiva (TRS), dispondo das seguintes modalidades: Hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplante renal, sendo a HD a modalidade de tratamento mais utilizada. A HD é um processo mecânico, extracorpóreo de filtragem e depuração do sangue de substâncias indesejáveis como a creatinina e a uréia. Essa modalidade de tratamento substitui a função renal para os portadores de DRC, ela desempenha o papel dos rins que não são mais eficientes. As sessões de HD ocorrem de duas a três vezes por semana, ocupando em média entre três a quatro horas diárias por portador, dependendo da avaliação, diagnóstico e quadro clínico do portador em questão. A enfermagem dentre seus vários campos de atuação tem a possibilidade de atuar em nefrologia, área que requer conhecimentos específicos em relação a cuidados com o portador, com as rotinas, avaliação do estado geral de saúde e atividades desempenhadas no serviço. Nos serviços de HD a enfermagem participa ativamente do processo como um todo, é o profissional que está mais próximo

do portador, por muitas vezes é a referência no sentido de esclarecimentos, motivação e auxílio em relação a inúmeros pontos. Envoltos por complexidades e evolução de uma doença crônica no campo de atuação, os profissionais têm conhecimento sobre a importância do trabalho que desempenham. O cuidado da equipe de enfermagem aos portadores de DRC deve ser pautado nos preceitos da ética, ser efetivo, resolutivo, prestar assistência adequada e com qualidade, mantendo sempre um diálogo aberto com os familiares dos portadores explicando os reais motivos do tratamento. **Objetivos:** Identificar as complicações que ocorrem com maior frequência durante as sessões de HD e o papel da equipe de enfermagem frente a estas. **Método:** Projeto aprovado pelo CEP da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) sob número 1.381.525 para ser desenvolvido em uma clínica do oeste catarinense, empresa privada, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), o serviço é referência e atende portadores em tratamento hemodialítico de diversos municípios vizinhos ao que está alocada. Foram solicitadas informações em relação as complicações mais recorrentes no serviço no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2016, e a atuação da equipe de enfermagem frente a estas complicações, através de uma planilha eletrônica elaborada e encaminhada para a enfermeira responsável. Por meio dos dados eletrônicos as informações foram repassadas as pesquisadoras, durante as demais etapas do projeto foi possível observar as rotinas de trabalho do serviço. **Resultados:** Dentre as complicações com maior frequência nas sessões de HD estão: hipotensão arterial ou hipertensão arterial, hipotermia, câimbras musculares, cefaléia, prurido, dor torácica e lombar, náuseas e vômitos. Estas complicações vão a encontro com o exposto em diversos estudos, decorrem geralmente do grande volume de líquido retirado em um curto período

de tempo. Sendo a hipotensão a complicação que mais ocorre nas sessões de HD, são os principais sintomas da mesma: tontura e sensação de desfalecimento, náuseas, calor e sudorese, dificuldades respiratórias e câibras musculares, bocejos frequentes, dor precordial, palidez cutânea, apatia, confusão mental e taquicardia. As reclamações mais referenciadas por parte dos portadores são em relação a câibras, hipotensão, e dores lombares. A identificação dos referidos sinais e sintomas facilita a identificação precoce da hipotensão, facilitando o início das devidas intervenções que devem ser tomadas diante dessas situações. A enfermagem atua no sentido de orientar em relação a alimentação, ingesta hídrica, exercícios físicos, estimular a real aderência ao tratamento, fatores que podem evitar e ou diminuir as chances das intercorrências acontecerem durante as sessões de HD. No serviço a monitorização e atenção ao portador é essencial no sentido de identificar precocemente uma possível complicação e agir imediatamente. São os membros da equipe de enfermagem principalmente o profissional enfermeiro (a) que instrumentaliza os familiares e ou as pessoas próximas ao portador no sentido de auxiliarem no cuidado ao portador de DRC, tanto nas idas e vindas das sessões de HD como nas atividades do dia a dia (uso de medicamentos, alimentação, auto cuidado e incentivo ao autoestima), são estes o principal suporte emocional dos indivíduos em tratamento HD. Desde a chegada do indivíduo no serviço de HD o mesmo é recepcionado pelo membro da equipe de enfermagem, que realiza os procedimentos técnicos (pesagem, higienização das mãos, entre outros), monitorização e instalação da máquina no portador. São os profissionais da enfermagem os que estão mais próximos ao portador, sendo que cada um é singular e deve ser respeitado perante suas crenças, valores, resultando em cuidado integral tanto físico como emocionalmente. Para o alcance do cuidado integral, resolutivo e com qualidade, é preciso conquistar a confiança do portador, criar um vínculo, tarefa que muitas vezes demanda dedicação, investimento por longo período de tempo, mas não menos importante. **Conclusões:** Identificou-se por meio da pesquisa em questão que a intercorrência de maior frequência durante as sessões de HD no serviço localizado no Oeste catarinense foi a hipotensão arterial. As principais atuações da enfermagem frente a esta seriam a orientação e monitorização do portador de forma a evitar ou identificar precocemente esta complicação. Para além a enfermagem é vista e ou identificada como um ponto motivacional para os indivíduos que tem na HD uma chance de dar continuidade a vida. As longas jornadas de HD tornam obrigatória a permanência do portador no serviço, a equipe de enfermagem é a que deve permanecer mais próxima e presente tanto nos cuidados como no apoio

emocional ao portador, tornando o vínculo ponto primordial para uma convivência saudável algo imprescindível. O relacionamento que é bem-vindo por parte dos profissionais e do portador é muito importante para a melhora clínica do mesmo, facilitando e tornando menos maçante os processos pelos quais eles têm que passar. Os profissionais de enfermagem encontram nos elogios e agradecimentos provindos dos portadores o estímulo para continuarem desenvolvendo o trabalho da melhor forma possível.

DESCRITORES: Cuidados de enfermagem, conhecimento, doença renal crônica.

REFERÊNCIAS

- [1] Nascimento CD, Marques IR. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. *RevBrasEnferm*2005; 58 (6); 719-722.
- [2] Coitinho D, Benetti RRE, Ubessi DL, Barbosa, AD, Kirchner MR, Guido AL, et al. Intercorrências em hemodiálise e avaliação da saúde de pacientes renais crônicos. *Av Enferm.* 2015; 33(3); 362-371.
- [3] Prestes FC, Beck CLC, Tavares PJ, Silva MR, Cordenuzzi PCDO, Burg G, et al. Percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a dinâmica do trabalho e os pacientes em um serviço de hemodiálise. *Texto contexto enferm,* 2011, 20(1); 25-32.
- [4] Prestes FC, Beck CLC, Magnago SBST, Silva MR. Indicadores de prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise. *Ver Esc Enferm USP,* 2015; 49(3); 469-477.

REGISTROS DE ENFERMAGEM NOS COMPONENTES CURRICULARES NA FORMAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

GRASIELE FÁTIMA BUSNELLO^{1*}, JUCIMAR FRIGO², ROSANA AMORA ASCARI³, MARIA ELISABETH KLEBA⁴

1. Enfermeira. Mestre em Ciências Ambientais. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC; 3. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC. Membro do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho – Gestra; 4. Enfermeira. Doutora em Filosofia. Docente da Área de Ciências da Saúde e dos Mestrados em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais e em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó.

Rua Jerusalém, número 60 E, Passo dos Fortes, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP 89805-675. grasibusnello@gmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem

RESUMO

Introdução: Entre os registros dos serviços de saúde, encontram-se os registros de enfermagem, os quais têm como objetivos estabelecer uma comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais responsáveis pelo tratamento do usuário, servir de base para a elaboração do plano assistencial, servir de instrumento de avaliação da assistência prestada, para acompanhar a evolução do usuário, constituir um documento legal, tanto para o paciente quanto para a equipe referente a assistência prestada, contribuir para a auditoria de enfermagem e para o ensino e pesquisa em enfermagem¹. Para um registro fidedigno faz-se necessário conhecer a pessoa que se vai atender, sua história de vida, seus desejos, seu ambiente familiar/comunitário, enfim, a experiência singular do adoecimento e não apenas o estado de doença em que se encontra². No campo da saúde, a comunicação em suas diversas formas é de extrema importância, pois através dela ocorre a transmissão de informações sobre os usuários, compreende-se o que estes estão vivenciando e ainda favorece a atenção integral do cuidado. A realização do registro eficiente valoriza e propicia comunicação, participação e conhecimento aprofundados do usuário, o que possibilita um cuidado planejado e individual, mas sem rigidez e mecanicidade das ações, melhorando conseqüentemente a qualidade da assistência³. A comunicação está sempre presente, seja qual for o cenário da prática assistencial em saúde, em suas mais variadas formas, verbal, não verbal ou escrita. “A comunicação verbal é realizada através de palavras expressas tanto através da linguagem escrita como da falada, devendo ser clara, a fim de que o outro

compreenda a mensagem transmitida”⁴. Os instrumentos mais importantes de comunicação escrita da equipe de saúde são os registros. Durante os períodos de aulas práticas em serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no acompanhamento de atividades de graduação em enfermagem, percebemos diversas fragilidades nos registros de enfermagem, realizados pela equipe assistencial. Desta forma, sentimos a necessidade de conhecer melhor como os docentes da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) orientam, constroem e anotam nos componentes curriculares os Registros de Enfermagem. Com base no exposto questiona-se: Como os docentes do curso de graduação em enfermagem da UDESC abordam os registros de enfermagem nos componentes curriculares que ministram e quais as possibilidades de fortalecer e consolidar os registros de enfermagem no processo de ensino-aprendizagem? **Objetivo:** Definir estratégias para fortalecer e consolidar os registros de enfermagem no processo ensino-aprendizagem, contribuindo com o Núcleo Docente Estruturante na articulação dos componentes curriculares que envolvem a assistência de enfermagem na Universidade do Estado de Santa Catarina. **Método:** Trata-se de um estudo documental e exploratório/descritivo, acrescido de estratégia de condução de trabalho em grupo, Roda de Conversa, com o Núcleo Docente Estruturante (NDE) do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina. O estudo foi realizado nas dependências da UDESC. A amostra do estudo constituiu-se por todos os planos de ensino (N=58) das disciplinas que compõem o projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem para a primeira etapa da intervenção. Os sujeitos elegíveis foram os membros do

Núcleo Docente Estruturante (NDE) do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), hoje representados por sete docentes com formação de mestres e doutores, dos quais seis participaram da roda de conversa e um membro justificou sua ausência por motivos de problemas de saúde. Para a consolidação das discussões da roda de conversa, os autores registraram durante esta atividade, expressões-chaves utilizadas pelos participantes, as quais nortearam a discussão entre os discentes para elaboração de proposta a ser encaminhada ao NDE como retorno desta atividade de intervenção. **Resultados:** Os resultados obtidos, a partir dos planos de ensino das disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem, foram apreendidos com o uso de um instrumento estruturado para este fim contemplando a análise da Ementa, Objetivo, Conteúdo Programático e Metodologia de ensino, norteado pelos termos: “Registros de Enfermagem”; “Comunicação”; “Sistematização da Assistência de Enfermagem”, “Processos de Enfermagem”; “Consulta de Enfermagem”. Norteados pelas informações que emergiram na RC e em consonância com as anotações prévias identificadas nos planos de ensino analisados pelas discentes, constatou-se que há uma diversidade de formas de registros de enfermagem sendo construídos pelos docentes nos componentes curriculares da universidade. Diversos fatores foram identificados como importantes para a contribuição da melhoria do fluxo de informações no sistema de saúde, dentre eles, a capacitação continuada dos docentes foi ressaltada como uma importante contribuição para o aprimoramento dos registros de saúde. **Discussão:** O NDE tem como objetivo orientar, retomar e unificar as formas de registros de enfermagem no início de cada semestre, momento em que discute os planos de ensino da instituição. Também, ficou evidente no grupo a necessidade de adoção de um referencial teórico para nortear o processo de ensino-aprendizagem sobre os registros de enfermagem. Os registros de enfermagem geram subsídios essenciais ao planejamento do cuidado individualizado⁵. O objetivo da integração ensino-serviço é a reorientação da formação profissional sustentada em uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção primária de saúde corroborando com a promoção e transformações na prestação de serviços à população. A partir desta concepção de formação ampliada em diferentes níveis de atenção articulando serviço, ensino e comunidade, formação-controle social, ensino-realidade, ensino-pesquisa-extensão, tais propostas buscam concretizar novas formas de ensino-aprendizagem tradicionalmente definidas, centradas nos conteúdos biológicos-intervencionistas. Os docentes de ensino superior, em especial, da área de saúde, antes de serem docentes, passaram por um processo de formação em diversas

áreas (enfermagem, medicina, fisioterapia, nutrição e outros). Neste processo de construção para a prática pedagógica, ocorre em parte, de forma intuitiva e autodidata, ou se espelhando em profissionais que julgam terem sido bons professores. Nesse movimento, o docente é convidado a ser um ator efetivo e comprometido com a formação docente e com o desenvolvimento integral do ser humano, que perpassa necessariamente pelos campos da educação e da saúde. **Conclusão:** Os registros de enfermagem são uma importante ferramenta de comunicação entre gestores, profissionais de saúde, usuários e pesquisadores. Entretanto, para que essa comunicação seja efetiva é necessário o aprimoramento de alguns dados registrados, para dar maior visibilidade às ações definidas pelas políticas públicas na área da Saúde. O estudo apontou que nos Planos de Ensino do Curso de Enfermagem não há uma padronização para construção do processo de ensino-aprendizagem dos registros de enfermagem, bem como a forma com que essas informações são sinalizadas/annotadas no plano de ensino, o que poderiam gerar conflitos de entendimento entre docentes e discentes e destes com os campos de prática, sobretudo nos serviços de saúde do SUS. O NDE mostrou-se um grande apoiador neste cenário de mudanças no processo de registros de enfermagem, ajudando a estabelecer um plano para a sua implantação, através de estratégias que irão fortalecer e consolidar os registros no processo ensino-aprendizagem a partir dos componentes curriculares da instituição de ensino superior. Acredita-se que a adoção de um padrão de registros de enfermagem, poderá contribuir para melhorar a qualidade da informação registrada e a continuidade da assistência de enfermagem ofertada nos serviços de saúde do SUS. Diversos fatores foram identificados como importantes para a contribuição da melhoria do fluxo de informações no sistema de saúde, dentre eles, a capacitação continuada dos docentes foi ressaltada como uma importante contribuição para o aprimoramento dos registros de saúde. A experiência em desenvolver um projeto de intervenção possibilitou muitos benefícios, pela oportunidade de participar do aprimoramento do projeto político pedagógico do curso com vistas a qualificar os registros de enfermagem possibilitando o desenvolvimento de uma competência profissional vinculada a uma prática de integralidade na assistência ao indivíduo e à comunidade, além de fortalecer o ensino e a prática de enfermagem em serviços de saúde do sistema de saúde nacional. Foi possível vislumbrar novos caminhos para a construção coletiva de direcionamentos acerca dos registros de enfermagem, considerando que este se consolida no processo de ensino-aprendizagem e muitas vezes, é trabalhado na graduação como um tema transversal, implícito nos diversos componentes curriculares. Frente ao exposto,

torna-se fundamental que o docente trabalhe no sentido da construção de perspectivas ampliadas sobre a complexidade do campo da saúde e em parceria com os serviços de saúde, visando o bem-estar coletivo.

DESCRITORES: Enfermagem, comunicação, registros de enfermagem, educação continuada.

REFERÊNCIAS

- [1] Setz VG, D'innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta paul. Enferm* 2009; 22(3):313-317.
- [2] Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul. Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde). Curso de Especialização em Docência na Saúde: Gestão e protagonismo participativo no ensino e no trabalho da Saúde. Porto Alegre: UFRGS/EducaSaúde; 2014. Material de apoio do Curso de Especialização Docência na Saúde. [acesso 3 mar. 2016] Disponível em: <https://moodle.ufrgs.br>.
- [3] Pinto LRC, Tonini T, Perisse VLC. Registro de enfermagem sobre o cuidado prestado ao paciente portador de diabetes mellitus: um estudo exploratório na literatura científica. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* abr-jun. 2010. 2(2):848-860.
- [4] Mourão CML, Albuquerque AMS, Silva APS, Oliveira MS, Fernandes AFC. Comunicação em Enfermagem: uma revisão bibliográfica. *Rev. Rene.* Fortaleza jul./set. 2009, 10(3):139-145.
- [5] Costa SP, Paz AA, Souza EN. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2010; 31(1):62-69.

A PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA SOBRE A MÚSICA COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

ANGÉLICA ZANETTINI^{1*}, ANGELA ÚRIO², DENISE FINGER³, VANILLA ELOÁ FRANCESCHI⁴, JEANE BARROS DE SOUZA⁵, FABIANA HAAG⁶

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó; 2. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, campus Chapecó; 3. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, campus Chapecó; 4. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, campus Chapecó; 5. Doutora, Docente da UFFS, campus Chapecó. Participante do Grupo de Estudo e Pesquisa GEPEGESC da UFFS/SC e participante do Grupo de Pesquisa Atenção Integral e Interdisciplinar ao Adolescente” da UNIFESP/SP. 6. Mestre em Ciências da Saúde: Cardiologia. Docente da UFFS, campus Chapecó. Participante do Grupo de Estudo e Pesquisa GEPEGESC da UFFS/SC.

* Travessa Tijucas, Presidente Médice, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89801-307. gelyzanettini@hotmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A promoção da saúde tem recebido destaque, principalmente nas últimas décadas, onde a partir de um entendimento ampliado do conceito de saúde, bem como da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das discussões sobre as novas políticas no setor, diversas áreas do conhecimento começaram a estruturar suas práticas em torno da prevenção e da promoção de saúde, indo além da transmissão de informações, visando incentivar e facilitar as ações. Tais práticas passaram a envolver a troca de experiências de vida, de aprendizagem, de aspectos comportamentais, de medidas terapêuticas e interacionais. As crianças e os adolescentes estão vulneráveis a diversas situações e necessitam ter seu espaço de assistência, principalmente na promoção da saúde, pois o direito à saúde é uma prerrogativa constitucional a todo cidadão. E uma das maneiras de promover a saúde da criança e do adolescente é através da música, que pode ser utilizada no cuidado de enfermagem e empregada como ferramenta para trazer conforto, diminuir a dor, facilitar a comunicação e a relação cliente-profissional de saúde, tornando o cuidado mais humanizado, além de diminuir a ansiedade, ofertando efeitos positivos tanto no lazer, como ao reforçar laços afetivos e sociais¹. A música contribui para o desenvolvimento cognitivo, psicomotor, emocional, afetivo e, principalmente, para a construção de valores pessoais e sociais, melhorando a agilidade cognitiva e a capacidade de administrar informações em conflito². E dentre as várias possibilidades de trabalho musical, pode-se citar o canto coral como um veículo de disseminação dos benefícios atribuídos à música, tais como maior socialização, desembaraço, trabalho em equipe, ajuda na organização e sincronia no trabalho, no

divertimento, comunicação, concentração (autodisciplina) e autoconfiança dos membros participantes da atividade³. O canto coral é uma prática extremamente interessante, capaz de proporcionar diversos efeitos positivos na qualidade de vida dos envolvidos, tais como: bem-estar psicológico, fortalecimento da autoestima, convívio social e resgate da memória⁴. A música possui benefícios físicos e psicológicos, sendo que na Grécia antiga, o valor terapêutico da música já era reconhecido². O canto coral é capaz de atuar na promoção da saúde, pois além de proporcionar aprendizagem musical e desenvolvimento vocal, também oferece integração e inclusão social. Ao ler os poucos materiais técnico-científicos encontrados sobre a utilização da música e suas interfaces com a saúde, emergiram várias reflexões e diante da escassa literatura, percebeu-se a necessidade de pesquisar sobre a temática, pois é uma problemática de relevância para a Enfermagem, haja vista ser esta uma profissão singular na promoção da saúde entre grupos socialmente vulneráveis, como no caso das crianças e dos adolescentes, além de atuar cooperativamente com outros profissionais da área, em busca constante pela melhoria na qualidade da assistência e no embate pela consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a ótica da integralidade e humanização no cuidado. **Objetivo:** Relatar a experiência da percepção da família sobre a utilização da música como instrumento de promoção da saúde das crianças e adolescentes participantes de um coral no município de Chapecó-SC, conhecendo o conceito de saúde e desvendando os efeitos da música para a família das crianças e adolescentes participantes. **Método:** O projeto está sendo desenvolvido por acadêmicas e docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade

Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó (UFFS/SC), que integra um projeto de pesquisa, aprovado no Edital n. 281/ UFFS 2015. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, pois a mesma objetiva tanto descrever as características do fenômeno, quanto proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, sendo esta associação frequentemente utilizada por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, que aplica-se ao estudo da história, relações, representações, crenças, percepções e interpretações que os seres humanos fazem acerca de como vivem, pensam e sentem. Este estudo vem sendo realizado no município de Chapecó-SC, na Escola Básica Valesca C. R. Parizotto, do bairro Jardim América, onde já existe vínculo entre pesquisadoras e escola, através da atuação do Projeto de Extensão “Promovendo a saúde da criança e do adolescente através da música”, desde o ano de 2014, com grande apoio da equipe escolar e comunidade. É importante destacar que através deste projeto, foi organizado em abril de 2014 o Coral Encanto, com a participação ativa de 45 crianças e adolescentes, estudantes do terceiro ao oitavo ano do ensino fundamental na referida escola. Os sujeitos da pesquisa foram as famílias (pais ou responsáveis) das crianças e adolescentes, que participam das atividades semanais do Coral Encanto. A coleta dos dados foi realizada no mês de novembro de 2015, através de um encontro para realização do GF com os pais ou responsáveis das crianças e adolescentes participantes do coral. Salienta-se que só iniciou a coleta dados após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFFS e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes da pesquisa. Foi utilizado um guia de temas que necessitou de habilidade e clareza dos objetivos da pesquisa, para favorecer a discussão e servir como roteiro, facilitando a condução do coordenador no trabalho grupal. A análise e interpretação dos dados foi baseada em algumas etapas da análise de conteúdo, sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com intuito de obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens⁵. A primeira etapa constitui a pré-análise, que corresponde a um período de intuições, que tem o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise⁵. Neste primeiro momento, foi feita a leitura flutuante dos dados obtidos nas entrevistas, escolhendo documentos para a constituição do “corpus”, que é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos⁵. No segundo momento, ocorre a exploração do material de análise,

que foi organizada e codificada, com uma transformação realizada de acordo com regras precisas dos dados brutos do texto, permitindo assim atingir uma representação do conteúdo do mesmo. A partir de então, passamos a classificá-las e a agregá-las de acordo com suas particularidades, surgindo as categorias e subcategorias que orientarão a futura discussão dos dados. Durante a análise dos dados vem sendo utilizado nomes fictícios de instrumentos musicais, a serem escolhidos pelos próprios participantes da pesquisa, reforçando com isso, o sigilo e o anonimato, fazendo também uma analogia com a música. **Resultados:** No momento, a pesquisa encontra-se na fase da análise dos dados, no entanto, já pode-se observar alguns resultados, como a importância do coral na vida dessas crianças e adolescentes e que está diretamente interligada com as famílias, além de ser um meio de interação e troca com os colegas, proporcionando assim um ambiente de aprendizado prazeroso e agradável. Apesar de ainda não ter sido concluído totalmente o estudo, estando atualmente na fase de análise e discussão dos dados, já ficou evidente alguns resultados interessantes, tais como: a diferente percepção dos pais sobre o conceito de saúde; a influência da música no viver saudável das crianças e adolescentes, trazendo benefícios e transformações positivas, instigando inclusive a superação de limites; e a importância da família no desvelar do adolescer nos tempos modernos, sendo que todas ; que ainda serão discutidas e analisadas. **Conclusão:** Para as acadêmicas, para os familiares envolvidos e para a equipe escolar, este projeto de pesquisa se destaca pelo fato de proporcionar momentos mútuos de aprendizagem, reflexão e troca de conhecimentos. Deste modo, a partir do grupo focal que foi desenvolvido, aponta-se que a música pode ser um importante instrumento de promoção da saúde, pois modifica positivamente o cotidiano tanto da criança, como também do adolescente, interferindo na saúde como um todo, principalmente na saúde mental. Salienta-se a necessidade de realização de mais intervenções com utilização da música, pesquisar e divulgar os resultados, a fim de incentivar outros profissionais da saúde a utilizar a música como instrumento de promoção da saúde, não apenas para as crianças e adolescentes, como também para os mais diversos públicos na comunidade geral.

DESCRITORES: Promoção da saúde, criança, adolescente, música, família.

REFERÊNCIAS

- [1] Sales CA, Silva VA, Pilger C, Marcon SS. A música na terminalidade humana: concepções dos familiares. São Paulo: USP: Rev Esc Enferm USP; 2011. p.138-45.

- [2] Mello MISA. A música como Instrumento de Intervenção Psicopedagógica. Venletrarte, anais. 2011
- [3] Carminatti JS, Krug JS. A prática de canto coral e o desenvolvimento de habilidades sociais. Pensamiento Psicológico. Cali, Colômbia; 2010. p. 81-96.
- [4] Prazeres MMV, Lira LC, Lins RG, Cerdas CJ, Melo GF, Sampaio TMV. O Canto como Sopro da Vida: um estudo dos efeitos do Canto Coral em um grupo de coralistas idosas. São Paulo: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP: Revista Kairós Gerontologia; 2013. p. 175-193.
- [5] Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

ESTRESSE DE PROFISSIONAIS ENFERMEIROS QUE ATUAM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DO ESTADO DE SANTA CATARINA

TATIANA GAFFURI DA SILVA^{1*}, ROSALBA KESSLER², PAULO CESAR DA SILVA³, SILVIA SILVA DE SOUZA⁴, JULIA VALÉRIA VARGAS BITTENCOURT⁵, KÁTIA LILIAN SEDREZ CELICH⁶

1. Enfermeira, Mestre, Docente da Universidade Federal da fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó; 2. Enfermeira, Especialista, SENAC; 3. Enfermeiro, Especialista, Hospital Regional do Oeste (HRO), Chapecó-SC; 4. Enfermeira, Mestre, Docente da UFFS, campus Chapecó; 5. Enfermeira, Mestre, Docente da UFFS: campus Chapecó; 6. Enfermeira, Doutora, Docente da UFFS, campus Chapecó.

Av. Fernando Machado, 108 E, Centro, Caixa Postal 181, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89802-112. tatiana.silva@uffs.edu.br

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: O processo de trabalho do enfermeiro, desde sua origem, está ligado ao cuidar envolvendo as funções de liderança da equipe, supervisão, prescrição e realização dos cuidados de enfermagem, conduzindo a recuperação, manutenção e prevenção da saúde do indivíduo. Na unidade de terapia intensiva, além das atribuições já citados, o enfermeiro é confrontado diariamente com estímulos nocivos como a terminalidade e a morte; limitações técnicas, pessoais e materiais; tomada de decisões rápidas e precisas; mudanças repentinas no quadro clínico dos pacientes, intercorrências inesperadas; excesso de ruídos e trabalho em uma unidade fechada e restrita circulação de pessoal. Demais fatores estressantes relacionados ao trabalho podem também estar ligados à sobrecarga de trabalho, de papéis, falta de controle, conflito de papéis, turnos de revezamento, perda do emprego, assédio, progresso inadequado na carreira e aposentadoria¹. O estresse, apresentado como incapacidade de adaptação, de manter o equilíbrio fisiológico em condições adversas inerentes à vida pode surgir quando um indivíduo se confronta com situações que o irritem, amedrontem, excitem, confundam ou mesmo aquelas que o fazem imensamente feliz, em virtude da interpretação que se dá ao evento desafiador ou em razão de estressores inerentemente negativo². Numerosos estudos associam estresse ao trabalho, evidenciando estreita relação entre os temas, e preocupação com o impacto na saúde e no bem-estar dos trabalhadores¹. Durante episódios de estresse, ocorrem alterações psicológicas, fisiológicas e comportamentais, podendo o indivíduo apresentar diversos sinais e sintomas tais como: irritabilidade geral, hiperexcitação ou depressão; ressecamento da boca e faringe; vontade

incontrolável de chorar, gritar ou correr e se esconder; fadiga fácil, perda do interesse; ansiedade; perda ou excesso no apetite; uso aumentado de medicamentos legalmente prescritos, como ansiolíticos ou antidepressivos³. A vivência do estresse favorece o aparecimento de absenteísmo, atrasos, aumento da rotatividade de pessoal, redução na qualidade do trabalho, aumento de práticas inseguras, reclamações de clientes e de doenças ocupacionais³. Desta forma, o estudo propôs-se investigar quais os níveis de estresse, conforme escala de Bianchi⁴, de profissionais enfermeiros que atuam em UTIs do estado de Santa Catarina e seus principais agentes estressores. **Objetivo:** Identificar os níveis de estresse, conforme escala de Bianchi, de profissionais enfermeiros que atuam em UTIs do estado de Santa Catarina e seus principais agentes estressores. **Método:** Pesquisa transversal analítica realizada com enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva adulto de hospitais públicos ou privados do estado de Santa Catarina. Os Hospitais foram identificados por meio de análise no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES - <http://cnes.datasus.gov.br/>) através de relatório / leitos / consulta de leitos / estado de Santa Catarina / complementar – UTI Adulto tipo I, II e III, sendo localizadas 53 instituições (públicas ou privadas), destas 5 foram citadas duas vezes, resultando em 48 instituições selecionadas para a pesquisa. Contatado as instituições através de Carta Convite e enviada a Gerência de Enfermagem, solicitando autorização para coleta de dados, informando o caráter anônimo das instituições e dos profissionais que participarem da pesquisa e solicitando o número de enfermeiros atuantes na UTI podendo o retorno do mesmo ser por via

eletrônica pelo email stress.enfermeiro.uti@gmail.com ou via correio por carta pré-selada encaminhada junto ao convite. Após aceite, para a coleta de dados, foi encaminhado para as instituições que aceitaram integrar a amostra, Aprovação do Comitê de Ética (426/10), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e Escala Bianchi de Stress. A amostra foi constituída de 26 enfermeiros respondentes pertencentes a unidades de terapia intensiva adulta de hospitais públicos e privados no estado de Santa Catarina. Os dados foram coletados por meio da Escala Bianchi de Stress (EBS). O instrumento se divide em duas partes, a primeira composta por dados sociodemográficos e a segunda, composta por 51 itens sobre a atuação do enfermeiro agrupados em seis domínios. O presente estudo considerou os domínios B – funcionamento adequado da unidade e C – administração de pessoal⁴. A avaliação das respostas foi realizada através de escala tipo Likert, com variação de 1 a 7. Para análise estatística de confiabilidade interna - alfa de *Cronbach* – foi utilizado o softwer *S.P.S.S. – Statistical Package for Social Science* (versão 16.0 para Windows). Para análise de variância foi comparado a magnitude das variações de mais de duas amostras utilizando o teste de Análise de Variância – ANOVA: um critério, apresentando diferença estatística significativa do valor *F* calculado (*p* – valor) comparamos as amostras pelo teste paramétrico *Tukey*. Quanto ao risco de estresse os escores são classificados em baixo (até 3,0), médio (de 3,1 a 4,0), alerta (de 4,1 a 5,9) e alto (6,0 a 7,0). **Resultados:** redominou o sexo feminino 84,6%, com faixa etária entre 20 a 40 anos 88,46%, atuando na UTI em média há 42,19 meses. Quanto à função 73,1% da amostra desempenha atividade assistencial. Relacionando o escore de estresse com o sexo, o masculino apresentou níveis de estresse superior ao feminino ($p < 0.05$). Em relação a faixa etária, o grupo com idade entre 20 e 30 anos apresenta maior índice de estresse quando comparado ao de 41 a 50 anos ($p < 0.05$) e o grupo de 31 a 40 anos manifesta maior nível de estresse quando comparado ao de 41 a 50 anos ($p < 0.01$). O Domínio B que considera atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade, apresenta o enfermeiro mais estressado ($p < 0.01$), com diferença estatística significativa. As atividades consideradas mais estressantes neste escore foi o item 4 (controle de equipamento) – 4.46, seguida do item 3 (controle de material usado) – 4.38, sendo que ambos os escores encontram-se no nível de alerta para alto nível de estresse. Neste domínio o item que obteve menor escore foi o 6 (levantamento de quantidade de material existente na unidade). Os escores de estresse do Domínio C representados pelas atividades vinculadas à administração de pessoal evidencia que o maior escore se encontra no item 7 (controlar a equipe de

enfermagem) – 5.54, seguido do item 13 (avaliar o desempenho do funcionário) – 5.50. O item que obteve menor escore foi o 14 (elaborar escala mensal de funcionários) – 4.31, porém todos os escores encontram-se no nível de alerta para alto nível de estresse. **Conclusão:** A pesquisa evidenciou maior índice de estresse no sexo masculino, com idade entre 20 e 30 anos com escores no nível de alerta para alto nível de estresse no Domínio B que considera atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade e no Domínio C relacionado a administração de pessoal.

DESCRITORES: Estresse profissional, UTI, enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1] Costa DT, Martins MCF. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico* Rev Esc Enferm USP 2011; 45(5):1191-8 www.ee.usp.br/reeusp
- [2] Hökerberg YHM. Demanda e controle no trabalho e hipertensão arterial: validade dimensional e meta-análise [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
- [3] KestenbergI CCF, Felipe ICV, Ventura IC, Rossone FO, Delphim LM, Teoonio. O estresse do trabalhador de enfermagem: estudo em diferentes unidades de um hospital universitário. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 jan/fev; 23(1):45-51.
- [4] Bianchi ERF. Enfermeiro hospitalar e o stress. Rev esc enferm USP. 2000; 34:390-4.

SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: TEMPO DECORRIDO ENTRE O INÍCIO DOS SINAIS E SINTOMAS E A RECEPÇÃO NO PRONTO ATENDIMENTO HOSPITALAR

TATIANA GAFFURI DA SILVA^{1*}, MARINEZ GNOATTO², GUILHERME BERNARDI³, PAULO CESAR DA SILVA⁴, SILVIA SILVA DE SOUZA⁵, ALEXANDER PARKER⁶

1. Enfermeira, Mestre, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó; 2. Enfermeira, Especialista, Hospital São Francisco, Concórdia-SC; 3. Médico, Especialista Hospital São Francisco, Concórdia-SC; 4. Enfermeiro, Especialista Hospital Regional do Oeste (HRO), Chapecó-SC; 5. Enfermeira, Mestre, Docente da UFFS, campus Chapecó; 6. Enfermeiro, Mestre, Docente da UFFS, Campus Chapecó.

Av. Fernando Machado, 108 E, Centro, Caixa Postal: 181, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89802-112. tatiana.silva@uffs.edu.br

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: O aumento acelerado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constitui um desafio para as autoridades e profissionais de saúde na elaboração de políticas públicas adequadas, uma vez que correspondem em todo o mundo por 80% da carga de doenças. No Brasil as DCNT, respondem por 69% dos gastos com tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre estas doenças, estão as do aparelho circulatório e seus fatores de risco, determinadas, sobretudo pelo estilo de vida das pessoas, como os hábitos alimentares, sedentarismo, estresse, uso de cigarro e bebidas alcoólicas¹. Segundo o Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos, o que corresponde, em média, a 195 mil mortes por ano². O interesse por esta temática teve início na década de 60 devido ao grande número de óbitos que ocorriam antes que os pacientes chegassem ao hospital². A maioria das mortes por IAM acontece nas primeiras horas após o início dos sintomas, cerca de 80% dos óbitos ocorrem nas primeiras 24 horas, na maioria das vezes fora do hospital, sem tratamento médico adequado ou até mesmo desassistidos por familiares¹. O tratamento deve ser efetuado o mais brevemente possível a fim de diminuir a mortalidade e aumentar a qualidade de vida dos usuários nesta condição crítica de saúde, uma vez que o prognóstico depende fundamentalmente da agilidade em alcançar um serviço de saúde e na eficiência em obter a reperfusão coronariana o mais rápido possível³. O tratamento e os cuidados de enfermagem no IAM envolvem condutas terapêuticas que são instituídas de

acordo com a evolução de cada paciente, considerando principalmente o alívio da hipoxemia, da dor e da ansiedade. Neste sentido, conhecer o perfil dos pacientes que apresentam síndrome coronariana, além do tipo de tratamento utilizado, evolução hospitalar, resultado do tratamento clínico, bem como a ocorrência de Eventos Cardíacos adversos maiores (ECAM) é essencial para agilizar o atendimento e instituir medidas corretivas na fase hospitalar. Considerando todos estes fatores, o estudo foi norteado pela seguinte questão norteadora: qual o tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas da síndrome coronariana aguda (SCA) e a chegada ao Pronto Atendimento Hospitalar? **Objetivo:** Identificar o tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas da SCA e a chegada ao Pronto Atendimento Hospitalar. **Método:** Estudo quantitativo transversal realizado em uma UTI geral de um Hospital localizado no Meio Oeste de Santa Catarina. A amostra foi composta por pacientes, através de seus prontuários clínicos, hospitalizados na UTI com diagnóstico médico de síndrome coronariana aguda. A coleta foi realizada através de dados obtidos nos prontuários dos pacientes no terceiro dia após a internação na UTI e registrados em uma planilha considerando as seguintes informações: Dados demográficos: idade e sexo. Dados clínicos: tempo de início da dor até a chegada do paciente para atendimento hospitalar; diagnóstico médico e tempo decorrido entre a chegada ao hospital e internação na UTI. Os dados foram analisados com estatística descritiva e discutidos com base na literatura. **Resultados:** Participaram do estudo 86 pacientes prevalecendo o sexo masculino e a faixa etária entre 41 a 50 anos. O diagnóstico médico de SCA sem supra ST

ocorreu em 68 (79%) dos casos, 11(13%) com SCA com supra ST e 7 (8%) com Angina Instável. O tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas e a procura por atendimento médico foi de: até 60 min. por 42.8 % dos pacientes, entre 2 à 6 horas por 37.1%, de 7 à 12 horas por 11.4% e 8.4% dos pacientes demoraram mais que 12 horas para adentrar ao pronto atendimento. Cerca de 22,2% dos pacientes foram encaminhados à UTI até 60 minutos depois da chegada ao PS, 51,9% chegaram à UTI de duas a seis horas depois. Os 25,9% dos pacientes restantes chegaram à UTI mais de sete horas depois de sua chegada ao hospital. O tempo decorrido desde o início dos sintomas (oclusão da artéria coronária) até a instituição do tratamento (reperusão química ou mecânica) é diretamente proporcional à ocorrência de eventos clinicamente relevantes. Esse tempo é fator fundamental para o benefício do tratamento, tanto imediato quanto tardio². Motivo pelo qual, a partir da década de 60, ter havido maior interesse no atendimento pré-hospitalar do IAM. Apesar disto, o estudo revela que menos de 50% dos pacientes buscaram auxílio hospitalar em até 60 min., período considerado mais adequado para a efetivação de protocolos de saúde, indicando necessidade de educação permanente da população em diversas frentes como mídia, escolas, consultórios, locais de assistência à saúde referente a esta temática. Evidências revelam que a maioria das mortes por IAM acontecem nas primeiras horas de manifestação da doença, sendo 40% a 65% dos casos na primeira hora e, cerca de 80% nas primeiras 24 horas. Portanto, a maior parte das mortes por IAM ocorre fora do ambiente hospitalar, na maioria das vezes sem atendimento da equipe de saúde⁴. Outro agravante foi identificar a tempo de demora entre a chegada ao pronto atendimento e direcionamento ao ambiente da terapia intensiva, uma vez que o tratamento adequado da SCA consiste desde a rápida identificação dos sintomas pelos pacientes, procura imediata do serviço de saúde, diagnóstico rápido e correto do evento cardíaco pelo médico atendente até a correta tomada de decisão. **Conclusão:** Conhecer o perfil epidemiológico dos usuários com SCA que adentram ao hospital é fundamental para a o oferecimento de um cuidado efetivo que reduz as complicações associadas, melhora a sobrevida do usuário e as chances de um viver com bem-estar. O estudo revelou fragilidades evidenciado pelo tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas da SCA e a busca por socorro médico no pronto atendimento hospitalar, além do tempo decorrido entre a hospitalização e o encaminhamento a unidade de terapia intensiva. Ambas situações precisam ser revistas pelas autoridades de saúde locais no intuito de promover educação para a comunidade local, corrigir falhas do serviço e com isso melhorar a qualidade de vida dos pacientes pós evento coronariano. Desta forma é notório

a necessidade de mudanças nesse cenário, embora poucas sejam as evidências geradas para este fim.

DESCRIPTORIOS: Terapia intensiva, infarto, tratamento.

REFERÊNCIAS

- [1] Carnellosso ML, Barbosa MA, Porto CC, Silva AS, Carvalho MM, Oliveira AL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2010.
- [2] Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2015; 105(2):1-105.
- [3] Makdisse M, Katz M, Corrêa AG, Forlenza LMA, Perin MA, Brito JFS *et al.* . Efeito da implementação de um protocolo assistencial de infarto agudo do miocárdio sobre os indicadores de qualidade. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2013.
- [4] Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol.2009.

UM RETRATO DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL NO OESTE CATARINENSE

MARAISA MANOROV¹, LIANE COLLISELLI^{2*}, ANGELA MARIA GOMES³, ROZANA BELLAVER SOARES⁴

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó. Bolsista PRO-ICT/UFFS no projeto “O protagonismo social nos Conselhos Municipais de Saúde da Macrorregião Extremos Oeste II” – Edital N° 281/UFFS/2015; 2. Enfermeira. Mestre. Docente da UFFS, Campus Chapecó; 3. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, Campus Chapecó. Bolsista de extensão no projeto “Educação permanente para conselheiros municipais de saúde: macrorregião extremo Oeste II” – Edital N° 804/UFFS/2014; 4. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, Campus Chapecó. Voluntária no projeto “O protagonismo social nos Conselhos Municipais de Saúde da Macrorregião Extremos Oeste II” – Edital N° 281/UFFS/2015.

* Rua Bento Gonçalves, 25D, Jardim Itália, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89802-070. liane.colliselli@uffs.edu.br

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: Na área da saúde, os Conselhos de Saúde são instituídos na perspectiva de atuar na descentralização das ações do SUS, no controle do cumprimento de seus princípios e na promoção da participação da população na sua gestão. Os Conselhos de Saúde, como instâncias colegiadas e deliberativas à estrutura do SUS, representam espaços participativos nos quais emerge uma nova cultura política, configurando-se como uma prática na qual se faz presente o diálogo, a contestação e a negociação a favor da democracia e da cidadania¹. Nesse sentido, para haver efetividade dos espaços que institucionalizam esses mecanismos de gestão, é essencial que haja uma presença ativa de todos os atores na defesa do interesse público e com real poder de decisão sobre a política pública nos espaços locais. Frente ao fato que a concepção de gestão do SUS é essencialmente democrática, salientamos a importância de identificar de que maneira se dá a participação democrática e de como os conselheiros de saúde da região Oeste se identificam dentro deste cenário. Ainda, cabe destacar que a participação social, conforme Art. 198 da Constituição Federal do Brasil de 1988, está colocada entre as três diretrizes da organização do SUS². Logo, pode-se afirmar que o conteúdo da participação social, legitimada a partir dos Conselhos e Conferências de Saúde, deve permear todas as etapas de formação dos futuros profissionais enfermeiros, de forma a permitir a compreensão da construção e organização deste sistema de saúde e suas bases de sustentação, das quais destaca-se a participação social. Considerando a importância de conhecer mais sobre a realidade dos conselhos gestores na área da saúde na região oeste, encontra-se em fase de execução um projeto de pesquisa que tem como objetivo analisar o protagonismo social dos Conselhos

Municipais de Saúde (CMS), com vista a direcionar qualificações futuras frente a realidade identificada.

Objetivo: Identificar o perfil dos conselheiros municipais de saúde da região Oeste de Santa Catarina.

Metodologia: A pesquisa de natureza qualitativa caracteriza-se de âmbito exploratória e descritiva. A coleta de dados contemplou conselheiros municipais de saúde de vinte e um (21) municípios da região oeste, participantes do projeto de formação denominado “educação permanente para conselheiros municipais de saúde da região oeste”, realizada no segundo semestre de 2015. Como instrumento de coleta utilizou-se um formulário previamente elaborado para obter as informações necessárias. Segundo a Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, com registro no CAAE: 48909215.0.0000.5564 e sob parecer substanciado do CEP 1.361.965. Iniciou no segundo semestre de 2015 e encontra-se em andamento.

Resultados: Ao analisar os dados relativos aos conselheiros participantes do projeto de formação na região oeste, obteve-se a seguinte configuração em relação à representação: 32% representavam o segmento dos usuários, 28% dos profissionais e 40% dos prestadores de serviço, na maioria, representando o setor governamental. Destaca-se que na proposta do projeto de formação, solicitava-se que a representação fosse paritária em relação aos três segmentos (usuários, prestadores e profissionais), no entanto, identificou-se maior participação do segmento prestadores de serviços. Compreende-se que esta configuração ocorreu pela maior facilidade de comunicação, mobilização e disponibilidade, pela liberação do trabalho deste segmento, por atuarem nos serviços vinculados as secretarias de saúde. Avalia-se criticamente a

participação não paritária dos segmentos no processo de formação para o exercício do controle social, considerando que o segmento dos prestadores, via de regra, já dispõe de maior número de informações a partir do acesso no próprio local de trabalho. Quanto ao perfil dos participantes, a maioria (74%) era do sexo feminino, com idade entre 30 e 40 anos e escolaridade de nível superior completo (56%). Em relação ao sexo chama atenção a significativa presença feminina que representam cada vez mais a força de trabalho na área social. Quanto à idade e escolaridade, compreende-se que esta faixa etária representa pessoas “maduras” e relativamente capacitadas para atuar em órgãos colegiados. Quanto à representação no conselho, a metade (51%) encontra-se em exercício pela primeira vez, e um percentual significativo na segunda gestão (43%), enquanto os demais são conselheiros há mais tempo. Evidencia-se que há equilíbrio entre conselheiros novos em relação aos demais, o que pode ser avaliado positivamente considerando o que está preconizado na Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), onde no artigo V consta: “Recomenda-se que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas”³. Quando questionados sobre participação em capacitações específicas para conselheiros, identificou-se que 83% não haviam participado de nenhum curso de formação/capacitação. Este dado revela que existe uma lacuna em relação à formações/capacitação na área do controle social que poderá influenciar diretamente na atuação/desempenho do conselheiro no espaço na gestão das políticas públicas na área da saúde. Entende-se que a capacitação dos conselheiros deva ter caráter permanente, uma vez que está contemplado na Resolução 453/2012 do CNS, Quinta Diretriz [...] artigo I – “fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS”³. Bem como, no artigo XXIV – que remete a educação permanente “deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS”³. **Conclusão:** Conclui-se que os conselheiros municipais participantes deste estudo são predominantemente do sexo feminino com nível superior de escolaridade. Avalia-se positivamente este dado, considerando a possibilidade ao acesso e compreensão da informação. No entanto cabe destacar a pouca participação dos conselheiros em capacitação específica para o exercício do controle social, o que certamente poderá influenciar na atuação do conselheiro, frente a complexidade do setor saúde. Compreende-se que esta fragilidade compromete o desempenho dos

conselheiros na gestão das políticas públicas na área da saúde. Nesse sentido, o estudo sinaliza a necessidade de oferta permanente de cursos de capacitação para o controle social com vista a qualificar o empoderamento dos conselheiros e a gestão das políticas públicas na área da saúde. Também remete sobre a importância de contemplar a temática durante o processo de formação dos futuros profissionais de enfermagem e de forma mais ampla em todos os cursos na área da saúde.

DESCRITORES: Participação social, conselhos de saúde, educação continuada.

Financiamento: Projeto de pesquisa aprovado no Edital nº 281/UFFS/2015 PRO-ICT na Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Chapecó.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- [2] Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- [3] Brasil. **Resolução 453/2012**, de 10 de maio de 2012. Dispõe sobre diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. [Acesso 07 abr. 2016]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html

ESTUDOS REALIZADOS NO BRASIL SOBRE O ENVELHECIMENTO DE TRAVESTIS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ROBSON LOVISON^{1*}, VERA MÁRCIA MARQUES SANTOS²

1. Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Doutora em Educação, Professora Adjunta do Centro de Educação a Distância CEAD/UDESC.

* Rua Guaporé, 777, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89802-305. robson0910q@gmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem

RESUMO

Introdução: Temas que tratam de gênero e da orientação sexual estão em voga nos últimos anos em todo o mundo. São inúmeros contextos em que essas questões podem e têm sido debatidas e que envolvem desde definições de termos e conceituação, passando por questões religiosas, biológicas e chegando efetivamente a aspectos relacionados à qualidade de vida, ao bem-estar, a saúde e ao cotidiano da vida das pessoas com orientação sexual que saiam do circuito binário, levando-os a sofrer algum tipo de discriminação. Importa esclarecer que a orientação sexual ou gênero das pessoas justifica-se pela organização, por meio de categorias. Porém, há que se evidenciar que essa diferenciação pode promover a discriminação, já que o conhecimento científico foi categorizando a sexualidade, por meio das percepções do corpo e determinando como cada grupo classificado deveria ser incluindo nisso determinações do que é ou não normal. Essa condição classificatória ajuda a ampliar a noção quase caricaturada de alguns grupos que acabam por não serem considerados “normais” no cotidiano da vida social e são ignorados enquanto seres detentores dos mesmos direitos e deveres como qualquer outro. Travestis convivem cotidianamente com questões como: o mundo sabe que eles existem, mas há uma percepção que estimula a indiferença e uma ideia de que são “criações” que um dia sairão de cena simplesmente¹. Criou-se um entendimento histórico de que travestis, entre outros grupos, são seres patológicos e por isso são tratados como seres abjetos, que não deveriam existir, como aberrações e os mais extremistas defendem o extermínio dessas pessoas. Em função dessa condição social imposta, tendem a viver de maneira improvisada, seja na questão de moradia, de alimentação, de saúde, de segurança, formação e profissionalmente². Quando se somam a isso outros elementos do cotidiano e do

processo de desenvolvimento do ser humano em geral, o problema se amplia. É o caso do envelhecimento. O questionamento: travestis envelhecem? Parece ser parte de algum filme de ficção para a maioria das pessoas que, ao serem questionadas, surpreendem-se ao tomar consciência de que este grupo não é formado por personagens, mas por seres humanos como quaisquer outros, que nascem, crescem, desenvolvem-se e têm necessidades semelhantes, desejos, aspirações e problemas como qualquer outra pessoa. E sim, envelhecem. O envelhecimento de travestis, portanto, é um problema relevante e que merece ser tratado com todo o respeito e dedicação. Se de um lado tratar desse assunto auxilia na tomada de consciência sobre a realidade das travestis e da necessidade de reconhecê-las enquanto pessoas e não como seres abjetos, por outro lado, colabora no levantamento da situação real das travestis idosas e busca ainda levantar as razões que mostrem porque muitas travestis não chegam a envelhecer. Todos esses motivos se traduzem no combate ao grande problema de grupos minoritários, a discriminação, o que motivou a definição deste tema em estudo: a relação entre a travestilidade e o envelhecimento. **Objetivo:** Analisar os resultados dos estudos na área científica sobre o envelhecimento de travestis no Brasil nos últimos quinze anos. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica utilizando como base a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google Acadêmico com artigos, teses e dissertações indexados Medline e Scielo empregando os descritores: Descritores: travestis; gênero; envelhecimento; corpo. Utilizando como critérios de inclusão a quantidade e a complexidade destes estudos que foram publicados no período de 2000 a 2015. Adotou-se, como critério de exclusão, eliminar os trabalhos em que o foco central não fosse as travestis e o envelhecimento. Encontrou-se 10 artigos, 02 teses e 04 dissertações produzidas no período mencionado. **Resultados:** Como resultados

preliminares, percebeu-se que os estudos sobre o envelhecimento de pessoas que se definem como travestis ainda são escassos, especialmente quando são consideradas questões como o acesso à saúde, ainda que se tenha percebido um progressivo aumento das pesquisas em torno desse tão negligenciado grupo. As maiorias dos estudos apontaram para aspectos como exclusão social, familiar e profissional, para a tendência a prostituição, por não conseguirem frequentar a educação formal, não terem apoio da família e terem praticamente fechadas as portas do mercado de trabalho. Dessa forma, as ruas são o local de convivência, de encontrar pares que vivem a mesma história e de buscar algum meio de chamarem a atenção e serem percebidas. Esse cenário leva muitas travestis à morte prematura e, quem envelhece, soma à toda negligência, os problemas comuns do envelhecimento, a dificuldade em continuar sobrevivendo da prostituição e o pouco ou nenhum apoio institucional para questões como saúde e aposentadoria. Apesar das dificuldades, mantém uma história de luta política por seus direitos e pelo espaço social, muitas delas conseguindo status privilegiado entre seus pares. A promoção da saúde para travestis é um desafio à enfermagem que, por ter uma história de luta pela democratização do acesso à saúde e um movimento em prol da informação e da construção social da saúde, pode e deve conduzir esforços em prol da dignidade e do bem-estar das travestis. De forma muito específica, a enfermagem pode colaborar para efetivar políticas públicas de cuidados de saúde voltados especificamente para preparação para o envelhecimento e, quando ele chegar, para atender, respeitando as singularidades dessas pessoas, com dignidade, eficiência e sem discriminação. Os estudos focam em contextualizar a vida e as vivências das travestis, os problemas que enfrentam, mas ainda trazem de forma pouco prática as formas e ações para combater a discriminação. A busca resultou em 16 estudos que atenderam aos critérios de inclusão, sendo que tratam basicamente das condições sociais, incluindo relações familiares, profissão e moradia e, de auto identidade das travestis. **Conclusão:** Nestes textos percebe-se que há um processo histórico e contínuo de exclusão que inicia na família e continua na escola, no trabalho e no cotidiano social. A maioria, cerca de 90%, torna-se prostituta e vive à margem da sociedade, sendo acolhidas, em geral, por travestis mais velhas¹. Envelhecer, no entanto, é um privilégio. O percentual de travestis que conseguem envelhecer é baixo, em função da vida que levam por lhe faltarem opções dignas³ e onde a violência, a negligência e o preconceito imperam, ceifando muitas vidas precocemente⁴. A expectativa de vida neste grupo é de 30 anos, indicando claramente que sobreviver, amadurecer e envelhecer é parte da luta ingloria das travestis brasileiras. O Brasil está em primeiro lugar no

número de mortes por transfobia, alcançando 50% do total mundial, superando em quatro vezes as mortes pela mesma motivação no México, que é o segundo colocado nas estatísticas. Aquelas que sobrevivem e conseguem envelhecer tendem a morar juntas ou próximas e auxiliar as mais novas que chegam³. A questão da saúde é um dos mais graves problemas que enfrentam durante toda a vida, tanto especificamente em relação às doenças sexualmente transmissíveis, ou com as drogas, como nos aspectos gerais, pois não há políticas públicas voltadas à promoção da saúde entre esse grupo⁵.

DESCRITORES: Travestis, envelhecimento, violência, saúde, enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1] Antunes PPS. Travestis envelhecem?. São Paulo: Annablume. 2013. 258 p.
- [2] Kulick D. Travesti: Prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- [3] Siqueira MS. Sou Senhora: um estudo antropológico sobre travestis na velhice. [Dissertação] Florianópolis: Programa de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.
- [4] Nogueira FJS. "Mariconas": itinerários da velhice travesti, (des) montagens e (in) visibilidades. [Tese] João Pessoa: Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Paraíba, 2013.
- [5] Moreira CL. Aspectos sociodemográficos, sexuais e de saúde das travestis que atuam como profissionais do sexo no bairro da Lapa - Rio De Janeiro. [Dissertação] Rio de Janeiro: Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, 2013.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

EMANUELI CARY DALL AGNOL^{1*}, JESSICA DE SOUZA OLIVEIRA¹, LUCIMARE FERRAZ², CARLA ARGENTA³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Doutora em Ciências da Saúde, Mestre em Saúde Coletiva: área de Epidemiologia, Docente do departamento de Enfermagem da UDESC; 3. Doutoranda em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC.

Rua Sete de Setembro, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 99. 802-220. manu_dallagnol@hotmail.com

Eixo 1: Construindo o conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: Câncer é o nome dado a uma doença que possui como característica o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a serem agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas. Dentre os variados tipos encontra-se o câncer de boca que é aquele que afeta os lábios e o interior da cavidade oral, gengivas, mucosa bucal, palato duro, língua e região abaixo da língua. O câncer de lábio é o mais comum em pessoas brancas e ocorre mais frequentemente no lábio inferior. Os fatores de risco que podem levar ao câncer são idade superior a 40 anos, consumo de cigarro e álcool, má higiene bucal e o uso de próteses dentárias¹. Seus sintomas são aparecimento de feridas que não cicatrizam, manchas esbranquiçadas ou avermelhadas no lábio e ulcerações superficiais, indolores podendo ou não sangrar². Quando o diagnóstico é realizado precocemente o câncer de boca na maioria das vezes pode ser curado. Os programas e capacitações são uma oportunidade potencial para educar a população sobre a doença e sobre os exames anuais da cavidade bucal, o esclarecimento sobre a doença a população facilita seu acesso aos serviços de saúde, tornando essa relação serviços e indivíduos mais próximos, onde trabalham profissionais preparados e que tornarão possível o diagnóstico e tratamento precoce³. Para que isso seja possível as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) possuem um papel importantíssimo. São atribuições das ACS, trabalhar, orientar e cadastrar as famílias em base geográfica definida, orientar as famílias quanto a utilização dos serviços de saúde, acompanhar por meio de visita domiciliar todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, desenvolver atividades de promoção de saúde, de prevenção de

doenças e agravos, por meio de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade⁴.

Objetivo: Identificar conhecimentos e práticas das Agentes Comunitárias de Saúde no meio rural sobre o câncer de boca. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que tem por finalidade o estudo da história, das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam⁵. Embora já tenham sido usadas para estudos de grandes dimensões, as abordagens qualitativas se conformam melhor à investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores e de relações⁵. O presente trabalho tem como local de estudo as comunidades do meio rural nos municípios de Palmitos e São João do Oeste, situado no meio oeste de Santa Catarina, e foi desenvolvido no ano de 2015. A população em estudo são as Agentes Comunitárias de Saúde dessas regiões, num total de vinte ACS. A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista semiestruturada, as quais foram transcritas e analisadas seguindo a análise temática, que se compõe de três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁵. O presente trabalho foi submetido à avaliação e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina- UDESC. Aos participantes foi explicado aos o propósito, os objetivos e procedimentos da pesquisa, e após anuência dos mesmos, solicitamos sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE). **Resultados:** Quando questionadas sobre os sinais que levam a suspeita que o paciente está com CA de Boca, em sua maioria as ACS relataram inicialmente não saberem sobre o assunto, porém citaram os sinais de feridas, feridas que não cicatrizam,

manchas avermelhadas e esbranquiçadas e dor, como forma de suspeita desse CA. Os riscos para esse tipo de CA citados pelas ACS foram cigarro, não possuir uma boa higiene, álcool, prótese mal adaptada, alimentação e bebidas, em especial o chimarrão em temperaturas elevadas e não ir regularmente ao dentista. Contudo algumas ACS informaram não saberem quais eram os riscos. Em relação ao tratamento prestado as pessoas com CA de boca, relataram não saberem como o tratamento era prestado pelo município, entretanto acreditam que o tratamento por sua vez é bom, que a partir do momento que é descoberto as pessoas são encaminhadas para a Unidades Básicas de Saúde (UBS) para que se tenha a confirmação e se inicie o tratamento adequado. Em relação as orientações dadas pelas ACS sobre prevenção do CA de boca durante as visitas domiciliares, relataram realizar esse trabalho fornecendo informações como: procurar regularmente o dentista para avaliação bucal, evitar o uso de álcool e cigarro, realizar uma boa higiene bucal, quando surgir feridas na boca ou lábio procurar urgentemente a UBS. Quando questionadas sobre capacitações sobre o assunto a maioria relatou nunca ter recebido nenhum tipo de capacitação, as que receberam mencionam que participaram de alguma capacitação mais a muito tempo atrás, ou que tiveram algum tipo de conversa sobre o assunto entre a equipe. **Conclusão:** Verificou-se que apesar das ACS responderem as questões solicitadas com certo grau de conhecimento, não explanaram de forma abrangente os sintomas, riscos e prevenção sobre o CA de boca, podendo ser uma condição preocupante pois essas restrições no conhecimento dificultam a identificação das situações de riscos presentes na população, sendo de fundamental importância que as ACS saibam tais questões para a prevenção e promoção em saúde no meio rural, para que os diagnósticos e tratamentos precoces possam ser realizados. Outra questão observada no estudo foi em relação as poucas capacitações dos ACS a respeito da temática. Ressaltando que o enfermeiro tem um papel fundamental em propiciar educação permanente, que é uma prática de ensino-aprendizagem, voltada aos enfrentados dos problemas do dia-a-dia do trabalho. Trata-se de uma condição de extrema importância para a melhoria e qualidade dos serviços prestados a comunidade em todos os ambientes de trabalho, incluir o ACS nesse processo de educação permanente para que esse trabalhador esteja apto a orientar as famílias de sua área rural.

DESCRITORES: Agente comunitária de saúde, Zona Rural, Neoplasias Buciais.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Nacional do Câncer. O que é câncer. [acesso 06 abr. 2016]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322.
- [2] Instituto Nacional do Câncer. Boca. [acesso 06 abr. 2016] Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca+/definicao>
- [3] Scheufen RC, Almeida FCS, Silva DPM, Araujo E, Palmieri M, Pegoretti T, Pinto DS, Tavares MR. Prevenção e detecção precoce do câncer de boca: screening em populações de Risco. Pesquisa Brasileira Odontoped Clínica Integrada, João Pessoa, 2011. [acesso em 06 abr. 2016]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/637/63721615015.pdf>
- [4] Brasil. Ministério da saúde. [acesso 06 abr. 2016] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- [5] Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PERCEPÇÃO DAS ADOLESCENTES UNIVERSITÁRIAS SOBRE A VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

MARINEZ SOSTER DOS SANTOS¹, LUANA PATRÍCIA VALANDRO², CRHIS NETTO DE BRUM^{3*}, SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE⁴, CIDIA TOMAZELLI⁵, MARIA ELISABETE CALADO RAMALHO DOS SANTOS⁶

1. Enfermeira, Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado (GEPISC) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó; 2. Enfermeira, Residente do Programa de Especialização em Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer, Universidade de Passo Fundo (UPF/RS); 3. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UFFS, Campus Chapecó; 4. Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 5. Enfermeira, Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado (GEPISC) da UFFS, Campus Chapecó; 6. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, Campus Chapecó. Integrante do GEPISC.

* Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Enfermagem. Avenida General Osório - D - até 480 - Lado par. Centro. Caixa-postal: 181, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89.802210. crhis.brum@uffs.edu.br

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), é uma doença crônica, pois tem como características ser permanente, produzir incapacidade/deficiências residuais e exige longos períodos de supervisão, observação ou cuidados¹. Corroborando com tal assertiva, tem-se que nas últimas décadas a aids tem passado por modificações em seu perfil epidemiológico, podendo ser caracterizado pela feminização e juvenização da epidemia. Essa mudança está associada aos aspectos que favorecem a condição de vulnerabilidade das mulheres, especialmente adolescentes, tais como as condições socioeconômicas e laços afetivos prejudicados, estigma, uso de drogas lícitas e ilícitas, comportamento sexual, prostituição e relação desigual de gênero². Assim surgiu a pergunta de pesquisa: qual a percepção das universitárias sobre a vulnerabilidade a infecção pelo HIV/aids? Como objeto de estudo tem-se a vulnerabilidade a infecção pelo HIV/aids em universitárias. **Objetivo:** identificar a percepção das adolescentes universitárias sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids. **Método:** Estudo qualitativo, exploratório descritivo, desenvolvido a partir de um Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó (UFFS/SC), realizado no ano de 2015. A pesquisa contou com a participação de oito universitárias que ingressaram em algum dos cursos de graduação da UFFS/SC, com idade entre 18 e 24 anos. O período de coleta de dados ocorreu

no mês de agosto de 2015. A etapa de campo contou com dois momentos: a aproximação e ambientação com o cenário da pesquisa e produção dos dados. A aproximação contou com um convite, formal, realizado nas turmas e, posterior, convite eletrônico bem como conversas informais durante os intervalos das aulas para (re)conhecimento das pesquisadoras na Universidade não como acadêmicas. A produção dos dados contou com a Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade, a partir das seguintes questões geradoras de debate: O que tenho feito para cuidar do meu corpo em tempos de HIV/aids? Como vejo o acesso aos serviços de saúde para prevenção do HIV/aids? Esse método tem como base a pedagogia crítica-reflexiva de Freire, na qual é considerada a macrorealidade em que o indivíduo está inserido, sendo esta uma contribuição relevante na produção dos dados³. Foi desenvolvida uma dinâmica intitulada Mapa Falante, que se caracteriza como produção artística, pois se trata da construção de um mapa desenhado pelos participantes. Tal dinâmica propõe um espaço de discussão coletiva onde as experiências vivenciadas são representadas por uma PA. Os dados foram analisados em conformidade com a Análise de Discurso Francesa⁴. O processo compreendeu a análise das unidades do texto indo além do conteúdo apresentado na frase, o que permitiu a leitura dos interdiscursos, com isso é valorizada a relação de sentidos na interação com o outro, levando em consideração sua historicidade⁴. A discussão se deu a partir do referencial de vulnerabilidade o qual contempla três planos interdependentes: individual, social e

programático. O plano individual contempla os comportamentos que oportunizam a infecção nas situações de transmissão do HIV ou o adoecimento. Já o plano social compreende o acesso à informação, o investimento das autoridades locais em saúde, o acesso e a qualidade do serviço, nível geral de saúde da população e as particularidades socioculturais do cenário. Associando o plano individual com o social tem-se o plano programático, que abrange a existência de ações institucionais específicas para o problema da AIDS⁵. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS/SC sob parecer número 1.163.155 e CAAE 46412815.3.0000.5564.

Resultados: Diante disso, emergiu a categoria analítica: percepção da vulnerabilidade de universitárias sobre o HIV/aids: como estar escondida atrás de uma árvore, com seus subtemas: prevenção responsabilidade do outro e dificuldades de acesso a informação e as estratégias de prevenção. A definição desta expressão “Como estar escondida atrás de uma árvore”, se deu a partir dos discursos das dificuldades e atribuições da responsabilidade pelo cuidado relacionado ao HIV/aids ao outro, demonstrados pelas universitárias. Isso ocorreu no momento da dinâmica, Mapa Falante, quando uma universitária utilizou a expressão, que nos remeteu as demais situações de vulnerabilidade evidenciadas. A árvore representa o preconceito que ainda se tem com relação ao uso do preservativo que por vezes intimida as universitárias de adquirirem, transferindo para as mães essa responsabilidade, neste mesmo contexto representa a falta de atitude e comprometimento com a prevenção, entre as universitárias que atribuem ao parceiro a responsabilidade de usar o preservativo masculino, não cogitando em momento algum a possibilidade de se optar pela camisinha feminina diante da recusa ao preservativo masculino pelo parceiro. A unidade de saúde atrás da árvore também nos remete a dificuldade de acesso das universitárias ao sistema de saúde bem como as limitações dos profissionais da saúde em estabelecer vínculo com estas pacientes de modo a permitir que ela esclareça suas dúvidas e anseios o que seria primordial na prevenção e diagnóstico do HIV/aids. No âmbito da vulnerabilidade Individual, destacaram-se questões relacionadas ao conhecimento e comportamento das universitárias, como: falta de informação e a atividades educativas sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV/aids, falta de comprometimento das universitárias com a prevenção, falta de atitude frente a prevenção, e a questão da confiança no outro que foi considerada como uma medida preventiva, pautada na estabilidade da relação e no conhecimento do outro. Já na vulnerabilidade Social os discursos apontam para questões relacionadas a crenças religiosas, acesso a informação na escola e aos serviços de saúde, dentre outros quesitos que interferem

nas chances de modificar seus comportamentos e seus contextos de vida. A vulnerabilidade programática não foi contemplada nos discursos das universitárias. A situação de vulnerabilidade que prevalece nos discursos é a atribuição da doença ao outro, onde fica clara a sensação de onipotência que predomina entre as universitárias. **Conclusão:** Os resultados apontam para situações de vulnerabilidade no âmbito individual e social, sendo que o programático não foi contemplado no discurso das universitárias configurando-se como uma lacuna sobre o tema. A análise na perspectiva da vulnerabilidade nos permitiu identificar situações em que as universitárias estavam mais ou menos expostas ao HIV, procurando compreender os diferentes contextos explanados. O estudo do tema possibilitou conhecer melhor a realidade vivenciada pelas universitárias no início da graduação, estabelecendo quais as situações do meio acadêmico às tornam mais vulneráveis ao contato com HIV/aids. Com isso torna-se possível elencar medidas de prevenção e promoção de saúde a fim de minimizar as situações de vulnerabilidade no meio acadêmico. No ensino faz-se necessário a implementação de um cuidado integral e efetivo, embasado em reflexões e discussões acerca das situações de vulnerabilidade destas universitárias, de modo que se respondam às demandas e necessidades desta população. Na pesquisa, a construção de novos conhecimentos sobre as situações de vulnerabilidade das universitárias. Dentre as quais se destaca a suscetibilidade ao HIV/ aids e a concepção das universitárias sobre a problemática. Na extensão, deve-se pensar em estratégias para melhor acolher essas universitárias nos serviços de saúde, além de promover espaços de troca de conhecimentos referentes ao tema na própria universidade de modo a diminuir as situações de vulnerabilidade das mesmas. A exemplo, ações no decorrer do ano que venham a possibilitar discussões e reflexões sobre o tema, como rodas de conversa, folders, campanhas, oficinas. Além disso, é interessante se estabelecer parcerias entre a universidade e os serviços de saúde.

DESCRITORES: Doenças sexualmente transmissíveis, universidades, enfermagem, pesquisa qualitativa.

REFERÊNCIAS

- [1] Alencar TMD, Nemes MIB, Velloso M. Transformações da "aids aguda" para a "aids crônica": percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciênc. saúde coletiva* 2008; 13(6):1841-1849.
- [2] Santos NJS, Barbosa RM, Villela WV, Pinho AA, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad saúde pública*. 2009. 25(2):321-33.
- [3] Cabral IE. Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de estudantes e mães no espaço

acadêmico de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999. 298p

[4] Orlandi EP. Análise de Discurso: princípios e procedimentos. 7a ed. Campinas: Pontes; 2009.

[5] Padoin SMM, Paula CC, Schaurich D, Fontoura VA. Experiências interdisciplinares em AIDS: Interfaces de uma epidemia. 01. ed. Santa Maria: editora da Universidade Federal de Santa Maria.v.01, 445p. 2006.

CONHECIMENTO SOBRE A INFECÇÃO PELO HIV EM ADOLESCENTES

FABÍOLA ZENATTA FREITAS¹, LUANA PATRÍCIA VALANDRO², MARIA ELISABETE CALADO RAMALHO DOS SANTOS³, DÉBORA TRINDADE⁴, CRHIS NETTO DE BRUM^{5*}, SAMUEL SPEGELBERG ZUGE⁶

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Bolsista do Programa Institucional de Iniciação Científica e Tecnológica da UFFS (PRO-ICT/UFFS); **2**. Enfermeira, Residente do Programa de Especialização em Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer, Universidade de Passo Fundo (UPF/RS); **3**. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, Campus Chapecó. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado (GEPISC); **4**. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, Campus Chapecó. Integrante do GEPISC; **5**. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da UFFS, Campus Chapecó; **6**. Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Enfermagem. Avenida General Osório - D - até 480 - Lado par, Centro, Caixa-postal: 181, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89.802-210. crhis.brum@uffs.edu.br

Eixo 1: Construindo o conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o adoecimento pela Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) configura-se como uma problemática atual nas ciências da saúde e sociais, por sua natureza sociológica, política, econômica e clínico-epidemiológica¹. No Brasil, as notificações de infecção pelo HIV e AIDS apontam para uma mudança no perfil epidemiológico, destacando o processo de juvenização, o qual é caracterizado pelo aumento de notificações de casos de AIDS entre adolescentes (faixa etária entre 13 a 19 anos de idade)². Destaca-se que de forma a reduzir a vulnerabilidade das crianças e adolescentes foi criado o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (PSE) que integra saúde-educação com ações na escola e na unidade básica de saúde em busca de articulação das políticas voltadas a minimizar a vulnerabilidade dos adolescentes e jovens diante das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS. Assim, o conceito de vulnerabilidade auxilia nas ações em saúde em virtude de particularizar as diferentes situações individuais dos sujeitos frente a esta epidemia e sua inserção social. Aponta três planos interdependentes: o individual refere-se à vulnerabilidade relacionada a comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas diversas situações de exposição (transmissão sexual, sanguínea e vertical); o plano social analisa a parte propriamente coletiva, ou seja, o acesso às informações, serviços de saúde, condições de saúde, aspectos social, político e cultural, condições de bem-estar social (moradia, escolaridade, entre outras); já no plano programático, a vulnerabilidade diz respeito a uma

interdependência entre o individual e social, pois se configura como aglutinador de informações, recursos investidos em programas de prevenção, assistência e controle da epidemia da AIDS, bem como recursos investidos nas áreas de saúde e educação⁴. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento sobre a infecção pelo HIV em adolescentes. **Métodos:** Trabalho descritivo, com abordagem quantitativa, oriundo de um Projeto de Pesquisa matricial intitulado: Elaboração e validação de um material educativo sobre a infecção pelo HIV para adolescentes a partir do referencial de vulnerabilidade, o qual foi aprovado pelo Programa Institucional de Iniciação Científica e Tecnológica da UFFS (PRO-ICT/UFFS). Edital número 281/UFFS/2015. Serão apresentados os resultados parciais da referida pesquisa. A amostra contará de 220 educandos, que será realizada com adolescentes na faixa etária de 13 a 19 anos, das Escolas de Educação Básica Antônio Morandini e São Francisco, que são caracterizadas escolas públicas do município de Chapecó, Santa Catarina, Brasil. Até o presente momento, foram realizados 101 instrumentos. Para a coleta de dados está sendo utilizado um Questionário de caracterização dos adolescentes, o qual integra os dados sociodemográficos, e a “Escala de atitudes frente ao HIV” (EA AIDS) na sua forma adaptada A EA AIDS⁵ é um instrumento autoaplicável, composta por 47 questões, avaliadas em escala tipo Likert de cinco pontos (5= concordo totalmente; 4= concordo; 3= sou indiferente; 2= discordo; 1= discordo totalmente) destinado a medir o grau de conhecimento sobre o HIV. Os dados foram digitados no programa Epi-info®, versão 7.0, com dupla digitação independente, para garantir a exatidão. Após a verificação de erros e inconsistências, foi realizada a análise descritiva dos

dados, por meio do programa PASW Statistics® Predictive Analytics Software, versão 18.0 for Windows. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS/SC sob parecer número 1.154.514 e CAAE número: 46412715.2.00005564. **Resultados:** Foram analisados 101 questionários. As questões que apresentaram como resposta “concordo totalmente” foram: quem tem AIDS precisa utilizar camisinha (61,4%); não se contrai AIDS por um abraço (33,7%); crack faz mal para quem tem AIDS (46,5%), as drogas fazem mal para quem tem AIDS (50,5%). Já as questões que apresentaram “concordo” como resposta foram: não se contrai AIDS por um abraço (36,6%); A transfusão sanguínea pode transmitir o HIV (53,5%); Não se contrai AIDS por um beijo (30,7%); Não se pode contrair AIDS pela saliva (34,7%); AIDS é uma doença que não atinge apenas homossexuais (33,7%); Não se pode contrair AIDS pelo uso de sanitários públicos (35,6%); AIDS pode ser contraída em dentista, ginecologista, cabeleireiros e manicures (41,6); Não se contrai AIDS por meio de copos, talheres, pratos e roupas de cama (33,7%); A saliva não mata o vírus causador da AIDS (40,6%); Podemos nos aproximar de pessoas com HIV, pois não existe risco de contaminação (45,5%); Cocaína faz mal para quem tem AIDS (41,6%); Coquetel não cura, mas é necessário tomá-lo para não ter doenças oportunistas (50,5%); A AIDS não pode ser contraída nos consultórios de dentistas e ginecologista, e também em cabeleireiros e manicures (40,6%); Álcool faz mal para quem tem AIDS (38,6%); Maconha faz mal para quem tem AIDS (33,7%); A AIDS é uma doença que pode atingir qualquer pessoa (46,5%); A AIDS não é um castigo de Deus (36,6%); Não se contrai AIDS pela picada de inseto (31,7%); Mesmo a AIDS não tendo cura, é necessário tomar os remédios (52,5%); Crack faz mal para quem tem AIDS (36,6%). Em relação à resposta “sou indiferente” (3) não obteve frequência significativa. Quanto às questões que apresentaram “discordo” (4), encontram-se descritas: Pode-se contrair AIDS pela saliva (39,6%); Deus pode curar a AIDS e ninguém precisa tomar os remédios (28,7%); Pode-se contrair AIDS por um beijo (41,6%); AIDS é uma doença que atinge apenas pessoas de determinados grupos de risco (60,4%); Coquetel não cura e por isso não é necessário tomá-lo para não ter as doenças (53,5); A transfusão de sangue não transmite o HIV/AIDS (40,6%); Se contrai AIDS por meio de copos, talheres, pratos e roupas de cama (46,5%); Pode-se contrair AIDS pelo uso de sanitários públicos (35,6%); Pode-se contrair AIDS pela picada de inseto (50,5%); Já que a AIDS não tem cura não precisa tomar os medicamentos (52,5%); Não devemos nos aproximar de pessoas que são portadoras de AIDS pois existe risco de contaminação (49,5%); AIDS é uma doença que atinge apenas os

homossexuais (54,5%); Suor pode transmitir HIV/AIDS (56,4%); Pode-se contrair AIDS por um aperto de mão (55,4%); Pode-se contrair AIDS por um abraço (53,5%); Maconha não faz mal para quem tem AIDS (33,7%); Suor não pode transmitir o HIV (32,7%); Álcool não faz mal para quem tem AIDS (44,6%); Cocaína não faz mal para quem tem AIDS (46,5%); Crack não faz mal para quem tem AIDS (46,5%). As questões que obtiveram resposta “discordo totalmente” foram: Quem tem AIDS não precisa de camisinha (61,4%); AIDS é um castigo de Deus (55,4%); As drogas não fazem mal para quem tem AIDS (44,6%). **Conclusão:** Quanto à abordagem quantitativa desenvolveu-se 101 questionários. Assim evidencia-se, que a AIDS ainda é uma doença do outro e que (pre)conceitos como abraçar um soropositivo; manter relações sexuais, sendo soropositivo sem camisinha; contrair HIV pela saliva; transfusão sanguínea não transmite HIV; sentar em vasos sanitários se contrai AIDS ainda permeiam o imaginário dos adolescentes.

DESCRITORES: Estudantes, vulnerabilidade em saúde, HIV, síndrome da imunodeficiência adquirida, enfermagem.

Financiamento: Pesquisa financiada pelo Programa Institucional de Iniciação Científica e Tecnológica da UFFS (PRO-ICT/UFFS). Edital 281/UFFS/2015.

REFERÊNCIAS

- [1] Ribeiro AC, Paula CCD, Neves ET, Padoin SMM. Perfil clínico de adolescentes que têm AIDS. *J Cogitare Enferm.* 2010 abr/jun; 12(2):256-262.
- [2] Brasil. Programa Nacional DST/AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. 2015. Ministério da Saúde. [acesso 09 mar. 2016] Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/data/Pages>>
- [3] Brasil. Marco legal: saúde, um direito do adolescente. 2007. Ministério da Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Adolescente e do Jovem. Secretaria de Atenção à Saúde. 60p. 1.
- [4] Ayres JCRM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *J Interface comun saúde educ.* 2012 jan/mar; 40(16):67-81.
- [5] Silva Filho N, Godinho PH, Reis CH, Pacheco NMS. Escala de atitudes frente ao HIV/AIDS: análise de fatores. *J Bras Psiquiatr.* 2007; 56(3):194-200.

VIOLÊNCIA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

PETERSON LUIZ DUARTE^{1*}, JEAN HENRIQUE KRÜGER², THAIS CRISTINA HERMES³, DARA PORTALUPPI⁴, ELISANGELA ARGENTA ZANATTA⁵

1. Acadêmico de Enfermagem, Bolsista Voluntário de Iniciação Científica da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Acadêmico de Enfermagem, Bolsista de Iniciação Científica da UDESC; 3. Acadêmica de Enfermagem, Bolsista Voluntária de Iniciação Científica da UDESC; 4. Acadêmica de Enfermagem, Bolsista Voluntária de Iniciação Científica da UDESC; 5. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC.

Avenida Getúlio Dorneles Vargas, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89801-000. peterduarte1990@hotmail.com

Eixo 1: Construindo o conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A violência é um fenômeno que acomete todas as classes sociais, de diferentes maneiras acarretando problemas relacionados à saúde, sendo assim considerado um problema social e de saúde pública. É um fenômeno complexo e controverso, exhibe maneiras de domínio e intolerância que geram conflitos. A violência é cometida por pessoas contra outras pessoas e apresenta-se de diferentes formas e em diversas situações, se manifesta nas mais diversas classes sociais e econômicas e as consequências, magnitude e gravidade desse fenômeno são exorbitante. É considerada um dos maiores problemas do mundo podendo ser vista como um fator de adoecimento do indivíduo uma vez que transita nos espaços familiares, religiosos, culturais e de lazer. Nas últimas décadas lidera o ranking de agravos à saúde ultrapassando as doenças infecciosas e crônicas. A violência também está presente nos diferentes contextos habitados pelos jovens, inclusive no espaço da formação profissional fato que incita investigações que levam a entender as concepções dos jovens sobre a temática^{1,2}.

Objetivo: Conhecer como a violência se apresenta para os jovens universitários de enfermagem no decorrer da graduação. **Método:** Pesquisa qualitativa que objetiva conhecer, compreender, interpretar, descrever e dar significação a determinado fenômeno a partir da aceção das pessoas. A coleta das informações foi realizada em duas universidades públicas do estado de Santa Catarina com 40 acadêmicos de enfermagem, com idades entre 18 e 24 anos, que no momento da coleta estavam cursando a segunda e/ou a última fase do curso. A produção das informações ocorrerá por meio da realização de Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade (DCS), preconizadas pelo Método Criativo e Sensível. As DCS são utilizadas como meio de operacionalizar o método e acontecem em forma de encontros grupais, combinando procedimentos de coleta de dados típicos da pesquisa

qualitativa tradicional (observação, entrevista e discussão de grupo) com as produções artísticas³. Para desenvolver e concretizar o método, são necessários cinco momentos: 1º preparação do ambiente e acolhimento do grupo; 2º apresentação dos participantes do grupo; 3º explicação da dinâmica e trabalho individual ou coletivo; 4º apresentação das produções; 5º análise coletiva e validação dos dados⁴. O método Criativo e Sensível busca desvelar um problema de pesquisa que é definido pelo pesquisador e posteriormente reorientado pelas discussões coletivas no grupo. Para isso privilegia a participação de todos, valoriza tudo o que emerge do pensamento e da percepção dos participantes. **Resultados:** A compreensão e o entendimento da violência, geralmente, estão relacionados aos tipos e situações de violências vivenciadas pelos jovens. Os jovens pesquisados entendem que a violência está presente em todos ambientes e em todos os momentos podendo, por vezes, passar despercebida, torna-se natural em decorrência da quantidade de vezes em que se faz presente na vida das pessoas, especialmente dos adolescentes e jovens. Nessa pesquisa todos os jovens reconheceram algumas situações de violência, porém nem todos os tipos de violência foram destacados. O Ministério da Saúde divide a violência em quatro grupos conforme a sua natureza que são: violência física; psicológica; sexual e negligência e/ou abandono⁵. Contudo, observou-se que em relação a essa classificação a que mais prevaleceu foi a violência psicológica, sendo citada por 38 jovens, seguido da violência física citada por 32 jovens, a violência sexual foi citada por quatro jovens. Nenhum jovem em suas colocações mencionou a negligência e/ou abandono como forma de violência, da mesma forma que nenhum deles destacou a existência de apenas um tipo de violência. Os relatos dos jovens permitem dizer que a violência não se apresenta de uma única forma, com isso pode-se compreender os amplos conceitos que

se aplicam ao se tentar explicar o que é violência. Os jovens exemplificam a violência como sendo atos que prejudicam as pessoas como agressões físicas, psicológicas, morais, denigração de imagem e a violência sexual. Ao avaliar as produções artísticas dos jovens, a partir das DCS, ficou evidente a percepção dos acadêmicos sobre dois tipos (natureza) de violências: violência física representada por imagens com sinais de agressão física e a violência psicológica, representada por imagens com pessoas gritando, xingando e excluindo outras pessoas. Frente aos relatos dos jovens observou-se que eles percebem e identificam o fenômeno violência, mesmo esta se apresentando de formas diferentes em cada contexto. Quando questionados sobre o que é violência, trouxeram exemplos do seu cotidiano como base para explicar aquilo que entendem sobre o assunto. Ao serem questionados sobre a existência da violência no processo de formação em enfermagem declararam, que identificam a violência no contexto da sala de aula e também no decorrer das aulas teórico-práticas, realizada nos serviços de saúde. Nos contextos da sala de aula relatam vivenciar situações de violência oriundas dos professores contra os acadêmicos, dos acadêmicos contra os professores e dos acadêmicos contra colegas, seja dentro da sala de aula ou nas áreas comuns da universidade. Nas atividades teórico-práticas a violência acontece entre professores e alunos, alunos e alunos e, também destacam percebê-la, entre colaboradores das instituições onde realizam as atividades teórico-práticas e estágios. Pelos relatos e produções oriundas das Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade foi possível identificar que a violência se apresenta para os jovens, principalmente, na forma de agressões verbais, xingamentos, preconceitos, humilhações e desprezo, isso tudo se enquadrando como violência psicológica. Outra forma de violência que apareceu foi a violência sexual na forma de assédio sexual, praticada por professores e alunos do sexo masculino contra as acadêmicas do sexo feminino. **Conclusão:** De modo geral a violência é identificada por todos os acadêmicos e isso pode ser visto como algo positivo se levarmos em consideração que os jovens poderão lidar melhor com este fenômeno quando se tornam conhecedores e aptos a identificar suas diferentes formas de apresentação. O acadêmico identificando e compreendendo a violência como um problema para a população e para a saúde, ainda durante sua formação, vai construindo gradativamente estratégias que possibilitem meios para combater e minimizar os danos causados por esse fenômeno. Por outro lado, cabe salientar que a violência presente no contexto da universidade nas mais diferentes formas e pode prejudicar o jovem levando-o ao isolamento, a autoestima diminuída e comprometendo o seu aprendizado. Acredita-se que discussões sobre o tema violência durante a graduação possibilita ao jovem

empodeirar-se para tentar estabelecer métodos de intervenções que levarão para a sua vida profissional.

DESCRITORES: Violência, adolescente, enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1] Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P. (Org.). Impactos da violência na saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz 2009, p. 21-42.
- [2] Silva IV, Aquino EML, Pinto ICM. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, out, 2014, p. 2112-2122.
- [3] Cabral IE. O Método Criativo e Sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: Gauthier JHM, et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p.177-203.
- [4] Cabral IE. Uma abordagem Criativo-Sensível de pesquisar a família. In: Althoff CR, Ingrid E, Nitschke RG. (Org.). Pesquisando a família: olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa-livros, 2004, p.127-139.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 104.p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

INFECÇÕES URINÁRIAS, ABORTOS E GRUPOS ETÁRIOS: UMA ANÁLISE DAS GESTANTES EM DOIS BAIROS DO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ E DO ESTADO DE SANTA CATARINA

GABRIELA VICARI^{1*}, MARIANA MENEGATTI², FRANCIELLY ENGEL³, SAIONARA BARIMACKER⁴, ANA CRISTINA DOS SANTOS⁵, ARNILDO KORB⁶

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Acadêmica de Enfermagem da UDESC; 3. Acadêmica de Enfermagem da UDESC; 4. Enfermeira na Unidade de Saúde Efapi, Chapecó-SC; 5. Enfermeira na Unidade de Saúde São Pedro, Chapecó-SC. 6 Biólogo. Doutor em Saúde e Ambiente. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC.

Rua Sete de Setembro, 91 D, Bairro Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89809-000. gabi_vicari@hotmail.com

Eixo 1: Construindo o conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A equipe de enfermagem é uma grande protagonista na saúde materna. Ela avalia a necessidade de cada usuária, desenhando o plano de cuidados através do pré-natal que tem por objetivo nortear o desenvolvimento da gestação para que esta transcorra de maneira tranquila proporcionando um parto e um recém-nascido saudáveis, além de identificar as gestantes de risco¹. A gestação é um processo fisiológico e sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Entretanto, uma parcela das gestantes pode sofrer complicações, por vezes decorrentes da idade. Condições individuais desfavoráveis incluem idade materna maior que 35 anos ou inferior aos 15 anos de idade e gestação em mulheres quando menarca há menos de dois anos. A adolescência não é um fator de risco para a gestação, todavia, aspectos como aceitação, riscos psicológicos, nível socioeducacional e socioeconômicos podem afetar a condição de manter a gestação bem como de cuidado com a criança nascida². Já gestações em mulheres acima dos 35 anos de idade apresentam riscos, tanto para a mãe, quando para a criança como baixo peso ao nascer, anomalias, crises hipertensivas e ruptura prematura de membranas e por fim, abortos espontâneos³. Devido à alteração anatômica da mulher durante a gestação, elas podem ser consideradas como um grupo vulnerável a algumas doenças, como as infecções do trato urinário (ITU). As ITUs são caracterizadas como a colonização do trato urinário, alto ou baixo, por microrganismos, geralmente bactérias que causam infecções assintomáticas ou sintomáticas, apresentando a tríade disúria, urgência miccional e polaciúria. Fatores de riscos socioambientais também podem desencadear ITUs, entre eles os hábitos de higiene, hábitos sexuais, escolaridade, idade e

características genéticas. Durante a gestação o quadro clínico resultante da ITU merece atenção e cuidado, pois as complicações podem induzir a trabalho de parto prematuro e aborto. Se tratando de aborto espontâneo, possivelmente causado pela presença de infecção, este caracteriza-se como um problema de saúde pública⁴. **Objetivos:** Identificar o grupo etário, incidência de ITU e abortos em gestantes do bairro Efapi e do São Pedro e compará-los com as taxas do município de Chapecó e do Estado de Santa Catarina. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico analítico de delineamento ecológico. Essa metodologia é responsável por compreender a incidência de determinada condição de saúde em sujeitos de um grupo, e sua expressão coletiva do fenômeno⁵. Para este estudo foram levantados os seguintes números na base de dados DATASUS: O município de Chapecó apresentou 999 gestantes entre os meses de agosto a novembro de 2014, e o Estado de Santa Catarina 28.813. A coleta dos dados deu-se por intermédio das enfermeiras das Unidades Básicas dos bairros Efapi e São Pedro da cidade de Chapecó responsáveis pelo cadastramento das gestantes no SisPré-natal, apresentação da pesquisa e coleta das assinaturas nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente o acesso aos prontuários das gestantes cadastradas entre os meses de agosto a novembro de 2015, pelas acadêmicas pesquisadoras. Os dados disponíveis no DATASUS, utilizados para comparação dos dados, são preliminares e correspondem ao ano de 2014. Foram três variáveis analisadas: a primeira corresponde a faixa etária ((A)10 a 19 anos, (B)20 a 34 anos, (C)35 ou mais), a segunda, a ocorrência de Infecções do Trato Urinário no período de acompanhamento, e a terceira, os casos de aborto já relatados no prontuário. Para todos os dados foram estabelecidas taxas de incidência (sendo utilizado no

numerador o número de casos dividido pelo denominador representado pelo número total de gestantes no local, multiplicado por 100 mil). **Resultados:** O número de gestantes que aceitaram participar da pesquisa no bairro Efapi e no bairro São Pedro no período de agosto a novembro, foram 58 e 35, respectivamente. No bairro Efapi, compõe a amostra da faixa etária A 13(22,4%) gestantes (entre essas uma com menos de 15 anos), na B 39(67,2%) gestantes e na C 6(10,3%) gestantes; no bairro São Pedro, integram a faixa etária A 6(17,1%) gestantes, a B 26 (74,2%) gestantes e a C 3(8,6%) gestantes. A incidência de gestantes por faixa etária do bairro Efapi nos grupos A, B e C foram 22414, 67241, 10345, respectivamente; e no bairro São Pedro 17143, 74285 e 8571, respectivamente. Neste período, no município de Chapecó, houve 999 gestantes, sendo os valores de incidência desses grupos de faixa etária: A 14714(14,7%), B 70470(70,4%) e C 14814(14,8%). No Estado de Santa Catarina, o número de gestantes foi de 28813 e as incidências de A 14764(14,7%), B 71596(71,5%) e C13636(13,6%). A média de idade no bairro Efapi foi 25,2 anos e no bairro São Pedro 25,7 anos. Quanto a ocorrência de ITU durante o período, acompanhado o número de casos, foi igual para os dois bairros (10 gestantes), correspondente a uma incidência de 17241(17,2%) no bairro Efapi e 28571(28,5%) no bairro São Pedro. Quanto a ocorrência de abortos, foram registrados até o momento quatro abortos, representados pela incidência de 6897 no Bairro Efapi, onde a média de idade dessas gestantes foi de 21,5 anos. Duas gestantes do grupo de faixa etária A e duas gestantes do grupo B; e cinco abortos, representados pela incidência de 14285,71 no bairro São Pedro, onde a média de idade das gestantes foi de 25,6 anos, duas gestantes do grupo de faixa etária A, duas do grupo B e uma do grupo C. Foi possível identificar que Chapecó e Santa Catarina possuem incidências de gestantes em grupos de faixas etárias muito semelhantes. Os bairros Efapi e São Pedro apresentam disparidade de apenas 5% quanto a incidência de gestações na faixa etária com gestantes de 10 a 19 anos, maior no bairro Efapi, porém essa situação se altera quando apresentada a faixa etária com gestantes de 20 a 35 anos, maior em 7% no bairro São Pedro. Na faixa etária C a diferença entre os dois locais não atingiu 2%, porém foi maior no bairro Efapi. Para as idades maternas que indicam condições desfavoráveis para a gestação, menos de 15 anos e mais de 35 anos, teve-se 12% (1,7% com menos de 15 e 10,3 com mais de 35) das gestantes do bairro Efapi. Porém, no bairro São Pedro esse percentual chegou a 8,5% em mulheres com mais de 35 anos. Essas gestantes são precisas ser alvos de atenção especial das equipes de saúde. Nos resultados de Chapecó e Santa Catarina, percebe-se que os indicadores são muito semelhantes, porém, ao serem comparados os dados, com os dos bairros estudados,

percebe-se distanciamentos quanto a incidência de gestações em mulheres com idade entre 10 e 19 anos no bairro Efapi onde são 8% maiores. A segunda diferença é no percentual, mais significativa na faixa de idade maior que 35 anos, onde Chapecó tem 6% e Santa Catarina 5%. Esses dados são maiores do que os achados no bairro São Pedro. Ao averiguarmos as taxas de aborto, obteve-se como resultado, 7% maiores no bairro São Pedro. Quanto a ocorrência de ITUs, o bairro São Pedro se sobressaiu ao bairro Efapi, com 11% a mais de casos. **Conclusão:** Situações como os casos de gravidez na adolescência demonstram a necessidade de intervenções voltadas a essa faixa etária por ações vinculadas entre atenção básica e instituições de ensino. A existência de gestantes em idade considerada de risco reforça a necessidade da aproximação das ações de saúde com as mulheres da comunidade atentando aos fatores de risco reais e potenciais para o curso das gestações. Os casos de aborto chamam atenção por serem maiores no bairro São Pedro e sinalizam uma área que merece atenção dos profissionais de saúde acerca das causas e ações a serem desenvolvidas nesse local. Todos os indicadores analisados são de fundamental importância para a assistência em enfermagem por fornecerem bases de análise e discussão para o desenvolvimento de ações em saúde que visam os grupos de gestantes nas situações de vulnerabilidade por faixa etária.

DESCRITORES: Gravidez, grupos etários, Cistite, Pielonefrite, enfermagem em saúde comunitária.

REFERÊNCIAS

- [1] Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde: 2012. [acesso 08 abr. 2016] Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- [2] Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. . Gestação de alto risco: manual técnico. 5 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde: 2010. [acesso 08 abr. 2016] Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf
- [3] Gravena AAF, Paula MGD, Marcon SS, Carvalho MDBD, Pelloso SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. Acta Paul Enferm 2013; 26(2):130-5.
- [4] Duarte G, Marcolin AC, Quintana SM, Cavalli RC. Infecção Urinária na Gravidez. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(2):93-100.
- [5] Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiologia e serviços de saúde 2003; 12(4):189-201.

REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA CRIANÇA QUE (CON)VIVE COM UMA DOENÇA ONCOLÓGICA: OLHAR DA CUIDADORA FAMILIAR

LETÍCIA VIVIAN BORBA¹, LUANA PATRÍCIA VALANDRO², VITÓRIA ALMEIDA DE SOUZA³, CRHIS NETTO DE BRUM^{4*}, TASSIANA POTRICH⁵, SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE⁶

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó; 2. Enfermeira, Residente do Programa de Especialização em Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer da Universidade de Passo Fundo (UPF/RS); 3. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, Campus Chapecó; 4. Enfermeira. Mestre, Docente da UFFS, Campus Chapecó; 5. Enfermeira. Mestre, Docente da UFFS, Campus Chapecó; 6. Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente do departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Enfermagem. Avenida General Osório - D - até 480 - Lado par, Centro, Caixa-postal: 181, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89802-210. crhis.brum@uffs.edu.br

Eixo 1: Construindo o conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A doença oncológica infantil representa 3% de todos os tumores na maioria das populações. Trata-se de um grupo de doenças, caracterizadas pelo aparecimento de células modificadas, com tendência de multiplicação rápida, desordenada e agressiva¹. As taxas de doença oncológica infantil, apesar de menos frequente, têm apresentado aumento de 1% ao ano. Segundo estimativas levantadas pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) esperava-se um aumento de 11.840 novos casos em crianças e adolescentes até 19 anos de idade no ano de 2014. As regiões sudeste e nordeste mantêm uma previsão de 5.600 e 2.790 casos respectivamente, seguidos da região sul com 1.350, da região centro-oeste com 1.280 e da região norte com 820 novos casos². No âmbito internacional, os tumores infantis mais comuns são a leucemia, os linfomas e tumores do Sistema Nervoso Central. No Brasil, segundo registro de base populacional, tem-se o predomínio de leucemia, podendo chegar a 45% de todos os tumores pediátricos. Logo em seguida, os linfomas apresentam taxa de acometimento de 25% dos casos. E em terceiro lugar, os tumores do Sistema Nervoso Central englobam de 8 a 15% dos acometimentos¹. Em vista de tais índices, compreende-se que a doença oncológica pode representar um momento difícil para os familiares que possuam crianças com esta problemática de saúde, sendo a revelação do diagnóstico um marco. O cuidar em saúde desses familiares é algo relevante, em especial do cuidador familiar que está em constante contato com a criança. Embora prevaleça o destaque das questões biomédicas, se constata a presença de desafios na esfera psicossocial e existencial, tais como o medo, a insegurança diante dos desafios; a

adesão ao tratamento e a revelação do diagnóstico³. Assim, a pergunta de pesquisa foi: como é/foi para o cuidador familiar vivenciar a revelação do diagnóstico da criança com doença oncológica? **Objetivo:** Compreender a vivência do cuidador familiar acerca da revelação do diagnóstico da criança com doença oncológica. **Método:** Investigação qualitativa, com abordagem fenomenológica. A pesquisa foi desenvolvida no Município de Chapecó/SC entre os meses de setembro e outubro de 2015, com seis cuidadoras familiares, que tinham vivenciado a revelação do diagnóstico de uma doença oncológica da criança e que residiam no referente município. A etapa de campo foi dividida em aproximação e ambientação com o cenário e produção dos dados que ocorreu por meio da entrevista fenomenológica. As entrevistas foram nas residências das cuidadoras familiares, individuais, audiogravadas e norteadas pela questão: Como foi para você a revelação do diagnóstico de doença oncológica da criança? O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó sob o número 1.179.909 e CAAE 46412515.5.0000.5564. Para análise dos dados foi utilizado o método de Martin Heidegger nos dois momentos metódicos: compreensão vaga e mediana e a hermenêutica compreensiva⁴. **Resultados:** A partir das entrevistas da cuidadora familiar de criança que (con)vive com uma doença oncológica foi possível construir a historiografia. A historiografia sustenta-se na dimensão ôntica dos sujeitos, ou seja, naquilo que os fatos nos mostram, por meio do relato dos próprios sujeitos⁴. Assim, constituiu-se de mães houve apenas uma avó, mas que considerava-se mãe por ter cuidado da criança desde seus primeiros dias de vida. A idade

variou entre 22 e 42 anos. Em sua maioria, todas concluíram seus estudos, sendo duas com ensino médio completo e quatro com ensino fundamental completo. Apenas uma cuidadora trabalhava. Já em relação à religião, apenas uma não possuía. As demais cuidadoras eram católicas, adventistas, evangélicas e apostólicas. As crianças foram identificadas com nomes de pássaros, já que em três domicílios visitados, estes, eram os animais de estimação. Foi possível perceber um forte apego das crianças a estes animais, justificando esta forma de caracterização, que foi escolhida pelas pesquisadoras. Os nomes foram: Calopsita, Canário, Pintassilgo, Sabiá, Pombo e Gralha. A historiografia das crianças constituiu-se de cinco meninos e uma menina. A idade variou entre 3 a 13 anos de idade. Em relação à idade da criança quando o diagnóstico foi descoberto houve uma variação entre 1 ano e 10 meses a 11 anos de idade. Duas crianças não frequentavam a escola ainda, devido à idade ou a doença oncológica. No primeiro momento foram desvelados os significados e construídas três unidades de significação, sendo elas: US1: Descobriu que era câncer/tumor a partir de sinais e sintomas que a criança apresentava e de exames. Quando comentavam com outras pessoas o que estava havendo, elas diziam que era normal, apenas uma manhã de criança. A partir da revelação, que dizem ser a pior notícia que tiveram, não dava para esperar e começaram a procurar por médicos especialistas e exames para que a criança ficasse bem. Foi encaminhado com urgência para o serviço de referência, US2: Não acreditava que fosse câncer/tumor, depois que caiu a ficha. Ficou chocada, desesperada, foi pavoroso saber, teve raiva. As cuidadoras familiares expuseram o medo do que podia acontecer e que o médico estava errado quanto ao diagnóstico. O medo naquele momento era maior que a fé. Pensava que fosse perder o filho e US3: Largou tudo para cuidar do filho por se sentir mãe. Ficou ao lado dele desde o início até o final. Sentiu tudo que o filho passou, aprenderam a ter força juntos e a ajudar outras pessoas. Após a compreensão dos significados foi desenvolvida o segundo momento metódico, a Hermenêutica compreensiva. Nela foi possível perceber que o ser-cuidadora-familiar mostra-se no modo de ser da falação, da ambiguidade e da curiosidade. Como uma característica inevitável de estabelecer relação com os outros, o ser-cuidadora-familiar cai em decadência, transitando entre a falação, ambiguidade e curiosidade. Além disso, o ser cuidadora-familiar desvela sentidos referentes ao temor. Desta forma, sente-se apavorada ao ouvir falar em doença oncológica, horrorizada ao iniciar o tratamento e aterrorizada ao imaginar que poderia perder o filho. O ser-cuidadora-familiar mostra-se também no movimento da inautenticidade para a autenticidade, de modo que torna-se mais autêntica ao relacionar-se com os outros, e as que comentavam com

outros sobre o que estava acontecendo, os outros diziam que era normal. As mudanças com o descobrimento da doença trazem consigo diversas dúvidas e receios, resultando em insegurança e medo por parte do ser-cuidadora-familiar. **Conclusão:** A partir da compreensão dos significados e dos sentidos apresentados pela cuidadora familiar foi possível perceber a relevância da criação de espaços de interlocução coletiva, específicos para os cuidadores familiares nos serviços de saúde, além de locais apropriados para estabelecer o processo da revelação do diagnóstico e esclarecimento do processo que será enfrentado.

DESCRITORES: Saúde da criança, revelação da verdade, neoplasia, pesquisa qualitativa.

REFERÊNCIAS

- [1] Reis TLR, *et al.* Relações estabelecidas pelos profissionais da enfermagem no cuidado às crianças com doença oncológica avançada. *Aquichan*, 2014; 14(4):496-508.
- [2] Instituto Nacional de Câncer (BRASIL). Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. 2 ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.
- [3] Brum CN. Ser-adolescente-que-vivenciou-arevelação-do-diagnóstico-desoro-positividade-ao-hiv/aids: contribuições para o cuidado em enfermagem e saúde. 2013. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.
- [4] Heidegger M. Ser e tempo. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante Shuback. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 598p, 2009.

(RE)INTERNAÇÕES DE PREMATUROS TARDIOS

JERUSA FUMAGALLI SCHAF NUNES^{1*}, CAMILA TALASKA¹, SILVANA DOS SANTOS ZANOTELLI²
LUCIMARE FERRAZ³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do SUL (UFRGS). Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC; 3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC e da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ).

* Rua: Getúlio Cima, 15-D, Líder, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89.800-000. jerusafumagalli@hotmail.com

Eixo 1: Construindo o conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: Os recém-nascidos pré-termos ou prematuros, são todos aqueles nascidos antes da 37ª semana de gestação estar completa¹. A prematuridade é classificada como extrema no nascimento ocorrido antes da 28ª semana de idade gestacional (IG); nascimento muito prematuro, de 28 até 32 semanas de IG; e prematuridade moderada e tardia os nascimentos que acontecem entre a 32ª e 37ª semanas de IG¹. A partir de 2006 foi adicionada uma nova classificação para o Recém-nascido Prematuro Tardio (RNPTT), utilizado para todos os nascidos entre 34ª e 36ª semanas e seis dias de IG². Os nascimentos prematuros ocorrem por uma série de razões. A maioria são espontâneos, embora alguns sejam resultados da indução precoce de contrações uterinas ou cesarianas, por motivos médicos ou não. Assim, são citadas como responsáveis pela prematuridade as induções de trabalhos de parto, nascimentos por cesarianas, gestações múltiplas, doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, condições infecciosas na gestação, e também influência genética¹. A prematuridade aparece como uma das fundamentais determinantes de morbidade e mortalidade neonatal. No Brasil, atualmente, essas taxas estão aumentando, sendo uma grande preocupação, principalmente em relação aos PTT, pois na maioria das vezes, pesa mais que 2.500 g e muito se assemelham aos recém-nascido a termo (RNT) no tamanho e peso, porém, possui uma imaturidade metabólica e fisiológica em diversos aspectos⁵. PTT estão, frequentemente, sujeitos à reospitalização nas primeiras semanas de vida, por serem confundidos com nascidos a termo, e muitas vezes não receberem atenção adequada para suas necessidades de transição³. A taxa de mortalidade infantil desde o século XX está em decréscimo nos países em desenvolvimento, em decorrência de melhores índices de qualidade de vida das populações, de saneamento básico e também dos avanços tecnológicos na área da saúde, como a implantação de programas, entre eles o de imunizações e aleitamento materno, tendo grande contribuição para a

redução na mortalidade de crianças no primeiro ano de vida. Porém, os óbitos no período neonatal não apresentaram redução, sendo a principal causa, a prematuridade⁴. Os prematuros estão entre os RN com maior grau de morbidade e mortalidade neonatal, pois, aparentemente, apresentam-se sem problemas fisiológicos, metabólicos, anatômicos, como também podem demonstrar reflexos normais, peso, altura de um RN com IG ajustada de 40 semanas⁵. Prematuros tardios estão, frequentemente, sujeitos à reospitalização nas primeiras semanas de vida, por serem confundidos com de termo, e não receberem atenção adequada para suas necessidades de transição. Eles são comumente associados a maiores riscos de apresentar desidratação, hipovolemia, icterícia e hipoglicemia⁵. A prematuridade tardia pode ser considerada uma ocorrência real e cada vez maior em nosso país, com possibilidade de inúmeras complicações a curto e a longo prazo, bem como, maior incidência de morbimortalidade nos primeiros anos de vida. **Objetivos:** Analisar os casos de (re)internações de prematuros tardios (PTT) e identificar os motivos das hospitalizações dos PTT em um hospital infantil no oeste catarinense. **Método:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram deste estudo crianças com história de nascimento prematuro tardio, que internaram ou reinternaram no hospital infantil, entre os meses de junho e agosto de 2015, com até 1 ano 11 meses e 29 dias de idade. A coleta de dados aconteceu durante visitas diárias ao hospital infantil. As mães eram abordadas e informadas com dados referentes à pesquisa, a adesão foi de 100% das mães ou responsáveis, assim assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para a liberação da caderneta da criança. Foram coletadas informações da IG ao nascer, peso, Apgar, dados da dieta referente à amamentação, idade na internação, motivo da internação. Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Hospital Infantil e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UDESC. A população estudada foi composta de 35 prematuros tardios que (re)internaram no período da coleta dos dados. Os dados

foram analisados por meio da estatística descritiva. **Resultados:** Internaram durante a pesquisa 268 crianças menores de 2 anos, 64 (23,88%) eram nascidas prematuras e destas 35 (13,05%) eram PTT. Conforme o perfil, a faixa etária dos PTT internados variou de 2 dias até 1 ano e 3 meses, destes 33 (94,28%) eram menores de 1 ano e apenas 2 (5,71%) maiores de 1 ano de idade. O parto que prevaleceu foi a cesariana em 26 (74,28%) dos nascidos PTT. Os nascimentos ocorreram em sua maior parte na a 36ª semana de IG, com 20 (57,14%) casos. Em relação ao Índice de Apgar, no 1º minuto, apenas 4 (11,42%) dos PTT não atingiu o índice 7, já no 5º minuto 1 não atingiu o índice 7. Oito (22,85%) das crianças apresentaram reinternação. Os principais motivos de (re)internações nos PTT foram as intercorrências do aparelho respiratório com 45,71% das crianças, a hiperbilirrubinemia, com 37,14%, a sepse, com 8,57%, entre outras patologias que somaram 8,57% do total das internações. **Conclusão:** Apesar dos prematuros tardios nascerem com boa vitalidade, com peso adequado para IG, índices de Apgar entre 7 e 10 no 1º e no 5º minuto, eles apresentaram intercorrências nos dois primeiros anos de vida, levando a (re)internações, principalmente por agravos do aparelho respiratório, hiperbilirrubinemia e sepse. Houve predomínio de RNPTT com IG de 36 semanas e 6 dias de gestação, período gestacional muito próximo do nascimento à termo, o que requer maior atenção nas condutas obstétricas, evitando erros de cálculo de IG e, consequentemente o a o parto prematuro. Salienta-se a fundamental atuação da enfermagem na prevenção e identificação dos fatores de risco que podem desencadear um parto prematuro, sendo importante informar à gestante sobre os riscos do parto antes da 37ª semana de IG, e também da cesárea eletiva, realizada antes da 39ª semana de IG estar completa. O parto prematuro pode trazer consequências a curto e longo prazo para o recém-nascido. No entanto, algumas causas de parto prematuro são potencialmente previsíveis, demandando maior atenção dos profissionais de saúde. Tais consequências, também podem ser minimizadas com o reconhecimento do PTT no momento do nascimento. Este estudo demonstrou que as peculiaridades do PTT devem ser observadas por profissionais e familiares, evitando as intercorrências de saúde e (re)internações nos dois primeiros anos de vida.

DESCRITORES: Prematuro; Nascimento Prematuro; Hospitalização; Enfermagem Neonatal; Cuidados de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1] World Health Organization. Preterm Birth. Fact sheet. n. 363. May; 2012.
- [2] Ricci SS. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.

[3] Rugolo LMSS. Manejo do Recém-nascido Pré-termo Tardio: Peculiaridades e cuidados especiais. Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP; 2011. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Pre-termo-tardio-052011.pdf>

[4] Carvalho HMB, O recém-nascido pré-termo tardio: os desafios. Revista de Saúde Criança Adolescente. 2011; 3:14-18.

[5] Jobim R Aerts D, Mortalidade infantil evitável e fatores associados, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2000-2003. Caderno de Saúde Pública, 2008; 24(1):179-89.

A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO A COMPREENSÃO DOS PACIENTES ORIENTADOS PARA A COLHEITA DE URINA

FRANCIELY DAIANA ENGEL^{1*}, MARIANA SBEGHEN MENEGATTI¹, FERNANDA KARLA METELSKI², ARNILDO KORB³

1. Acadêmico de Enfermagem e bolsista de Iniciação Científica da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Enfermeira. Mestra em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais; Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC; 3. Biólogo. Doutor em Meio Ambiente e Desenvolvimento. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC.

* Rua Sete de Setembro, 1378 D, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89802-220. francy.d15@hotmail.com

Eixo 1: Construindo o conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: Os exames laboratoriais são fundamentais na assistência baseada em evidências. Esta assistência é responsável por aproximadamente 70% dos diagnósticos que irão determinar a terapêutica necessária para o paciente¹. O processamento dos laudos laboratoriais é realizado a partir de três fases principais: a fase pré-analítica, a fase analítica, e a fase pós-analítica. A fase pré-analítica, que aborda a requisição do exame, orientação do usuário, colheita da amostra, acondicionamento e transporte, triagem e digitação até a realização dos testes, constitui a fase em que ocorrem grande parte dos erros laboratoriais. A fase analítica contempla as operações e descrições específicas para medição e análise da amostra. A terceira fase, a pós-analítica, inicia com a conferência dos resultados, que serão repetidos, analisados e liberados para o local de origem². A enfermagem atua especificamente na primeira fase, a pré-analítica, assim, é de suma importância que os profissionais de enfermagem realizem corretamente todas as etapas desta fase a fim de prevenir um evento adverso, o que pode comprometer o resultado do exame laboratorial e conseqüentemente a segurança do paciente. Uma orientação de qualidade possibilita que o paciente compreenda a relevância de seguir corretamente os procedimentos para a colheita da amostra, previna a sua contaminação, evitando um resultado do exame que poderia apresentar-se como falso positivo ou falso negativo. A partir do momento em que uma amostra é contaminada, todas as outras fases de análise laboratorial estão comprometidas, acarretando em custos dispensáveis para o sistema de saúde e implicando em riscos para o paciente, que pode ser submetido a um tratamento desnecessário. Nesse contexto, a segurança do paciente significa mais do que

prevenir um evento adverso, busca adotar boas práticas de funcionamento do serviço e dos procedimentos em saúde, e uma assistência de enfermagem de qualidade³. **Objetivo:** Identificar o perfil dos profissionais que prestam orientações acerca da colheita do exame de urina, e conhecer a percepção deles sobre se os pacientes seguem ou não as orientações fornecidas. **Método:** Esta pesquisa apresenta resultados parciais de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), os quais caracterizam os participantes e um primeiro resultado do estudo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UDESC sob o parecer substanciado nº 1.331.137. Foram entrevistados 45 profissionais de saúde responsáveis pela orientação da colheita de urina distribuídos nos 26 Centros de Saúde da Família (CSFs) de Chapecó. A indicação dos profissionais foi feita pelo (a) enfermeiro (a) coordenador (a) de cada CSF. As entrevistas foram realizadas individualmente, entre dezembro de 2015 e janeiro de 2016, a partir de um instrumento de coleta de dados semiestruturado. A análise dos dados foi iniciada em março de 2016. Para traçar o perfil dos profissionais entrevistados foi utilizado o software Epi Info (versão 7). **Resultados:** A partir das entrevistas, foi identificado o seguinte perfil dos participantes: 33,3% (n=15) tem idade entre 40 e 49 anos; 31,1% (n=14) entre 30 e 39 anos; 24,4% (n=11) 50 a 59 anos; e, 11,1% (n=5) entre 20 e 29 anos. Quanto ao sexo, 93,3% (n=42) dos profissionais são do sexo feminino e 6,7% (n=3) do sexo masculino. Dentre os participantes, 84,4% (n=38) possuíam apenas a formação de nível médio, enquanto 6,67% (n=3) tinham o ensino superior completo, 6,67% (n=3) o ensino superior incompleto e, 2,22% (n=1) pós-graduação incompleta. Em relação à categoria profissional 53,3% (n=24) dos profissionais são auxiliares de enfermagem, 40% (n=18) são técnicos de enfermagem e 6,67% (n=3) dos

entrevistados são enfermeiros do CSF. A pergunta sobre o tempo de atuação no CSF revelou que 33,3% (n=15) dos profissionais estão trabalhando há menos de um ano; 15,47% (n=7) trabalham entre um e quatro anos; 31% (n=14) trabalham entre cinco e nove anos; e 20% (n=9) trabalham há 10 anos ou mais. Quando questionados sobre o tempo em que estão responsáveis pelo agendamento de exames, 40% (n=18) dos profissionais estão nesta função há menos de um ano, 20% (n=9) estão nesta função entre um e quatro anos, 20% (n=9) entre cinco e nove anos, e 20% (n=9) estão há 10 anos ou mais. As respostas dos participantes em relação a compreensão dos pacientes acerca da importância de seguir as orientações fornecidas para a execução dos procedimentos corretos para a colheita da urina apontou que 37,7% (n=17) dos profissionais acreditam que nem todos os pacientes compreendem a importância, 31,1% (n=14) acreditam que sim, o paciente compreende a importância, 26,6% (n=12) acreditam que não, o paciente não compreende a importância, e 4,4% (n=2) responderam que depende do nível de escolaridade do paciente. Quando os participantes foram questionados se acreditam que os pacientes seguem as orientações fornecidas para evitar a contaminação no momento da colheita da urina, 40% (n=18) dos profissionais acreditam que não, que o paciente não toma as precauções, 33,3% (n=15) responderam que alguns devem tomar as precauções orientadas, 20% (n=9) acreditam que sim, que o paciente faz o que lhe foi orientado, 4,4% (n=2) responderam que depende da escolaridade do paciente, e 2,2% (n=1) que a orientação profissional influencia nos atos do paciente quanto à tomar ou não as precauções orientadas. **Conclusão:** O perfil dos profissionais que realizam a orientação para a colheita da urina nos CSFs evidencia que a faixa etária com maior percentual de profissionais está entre 30 e 49 anos, com 55,5% dos participantes. Quanto ao sexo, há uma prevalência entre as mulheres, com 93,3%, mas podemos relacionar este dado com as próprias características da profissão, na qual ocorre o predomínio do sexo feminino. As orientações para a colheita da urina são realizadas pela enfermagem, sendo que o predomínio está para a categoria de nível médio, com 93,3% de auxiliares e técnicos em enfermagem, e 84,4% possuem a escolaridade ensino médio. A presença de profissionais com nível superior realizando a orientação para a colheita da urina nos sugere que pode haver um quadro de profissionais de nível médio reduzido em alguns CSFs. Dentre os entrevistados, 40% dos profissionais responsáveis pelas orientações desenvolvem essa atividade a menos de um ano, e destes, 33,3% também trabalham há menos de um ano no CSF. Estes percentuais evidenciam a grande rotatividade na equipe de enfermagem, e a necessidade do desenvolvimento de ações de educação permanente

em saúde. A percepção dos profissionais da enfermagem é de que apenas 31,1% dos pacientes compreendem a importância de seguir as orientações fornecidas e somente 20% dos profissionais acreditam que os pacientes seguem as orientações, ou seja, na opinião dos profissionais, nem todos os que compreendem a importância seguem as orientações, e portanto, compreender a importância de realizar corretamente os procedimentos para uma colheita adequada não é condição para que os pacientes de fato a realizem. Sugere-se então, que grande parte das amostras que vão para a análise estão contaminadas, podendo gerar um diagnóstico equivocado e o tratamento de uma infecção inexistente. Esse possível tratamento requerer o uso de antimicrobianos, tornando mais complexo o cenário, especialmente pelo fato do patógeno identificado não ser oriundo da urina e sim da própria flora bacteriana da pele ou região íntima. Um entrevistado frisou que a orientação do profissional influencia nos atos do paciente na hora da colheita, que podem ou não levar em consideração o que lhes é informado. Pelo fato de profissionais repetirem as mesmas orientações diversas vezes ao dia, como no caso da colheita da urina, e acreditarem que os pacientes não estão seguindo as orientações, isso nos convida a uma reflexão acerca de como é realizada a abordagem do paciente, da qualidade da comunicação e do vínculo entre a enfermagem e o paciente, e nesse sentido, a rotatividade profissional constitui um agravante do processo. Faz-se necessário estabelecer uma comunicação clara, que sensibilize o paciente a fim de que ele siga as recomendações para a obtenção de uma amostra de urina sem contaminação, e que se abra espaço para a fala do paciente, suas dúvidas e se de fato ele compreendeu como o procedimento deve ser realizado. Além disso, a orientação que será passada ao paciente não deve ser apenas voltada ao saber científico do profissional, pois este desconsidera a dimensão socioeconômico-cultural dos indivíduos, tornando o processo de educação ineficaz⁴. Sendo assim, as orientações devem ser voltadas para a realidade concreta do paciente, adequando-se para que o entendimento seja o mais claro possível. A enfermagem possui um papel fundamental na orientação, devendo sempre suprir as dúvidas que o paciente possuir, dialogando sobre a importância de seguir o que está sendo dito, para que não comprometa o diagnóstico e tratamento, o que vem ao encontro das boas práticas em saúde para a qualidade da assistência à saúde.

DESCRITORES: Saúde da família, coleta de urina, segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

- [1] Guimarães AC, Wolfart M, Brisolará MLL, Dani, C. O laboratório clínico e os erros pré-analíticos. *Clinical & Biomedical Research*, 2011; 31(1). Disponível em:

<http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/13899/11507>

- [2] Morita MLM, Baldin R, Farias N. Avaliação da qualidade da informação nas requisições e condições das amostras biológicas nos Laboratórios de Saúde Pública Lapa e Ipiranga do município de São Paulo. BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista (Online), 2010; 7(79):12-22. Disponível em:
<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bepa/v7n79/v7n79a02.pdf>
- [3] Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.
- [4] Besen CB, *et al.* A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. Saúde e sociedade, 2007; 16(1):57-68. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0807.pdf>

PLANEJAMENTO GESTACIONAL: UMA ABORDAGEM A PARTIR DA FAIXA ETÁRIA DA GESTANTE

MARIANA SBEGHEN MENEGATTI^{1*}, ANDRÉ LUCAS MAFFISSONI², FRANCIELY DAIANA ENGEL³, MARIA SABRINA DOS SANTOS TELCH⁴, CARINE VENDRUSCOLO⁵, ARNILDO KORB⁶

1. Acadêmica de Enfermagem e bolsista de Iniciação Científica da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Acadêmico de Enfermagem e bolsista de Iniciação Científica da UDESC; 3. Acadêmica de Enfermagem e bolsista de Iniciação Científica da UDESC; 4. Acadêmica de Enfermagem e bolsista de Iniciação Científica da UDESC; 5. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC; 6. Biólogo. Doutor em Meio Ambiente e Desenvolvimento. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC.

* Rua Sete de Setembro, 1378 E, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89.802-220. marimenegatti@hotmail.com

Eixo 1: Construindo o conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: Ao longo da história do Brasil, as mulheres, por meio do movimento feminista, enfrentam situações de conflito na busca pelos direitos sexuais e reprodutivos em um país marcado por desigualdades sociais, machismo e governos autoritários.¹ Atualmente, refletindo sobre esse esforço, é possível compreender o planejamento familiar, que tem base na Constituição Federal, como uma medida de proteção social às mulheres, já que defende a maternidade/paternidade responsável e o livre direito de escolha dos indivíduos (de ter ou não ter filhos), o que garante, por meio do Sistema Único de Saúde, a assistência à concepção e contracepção como parte das ações integrais de saúde.² Antes de qualquer debate acerca de quais estratégias e métodos empregados estão em uso ou estão acessíveis as famílias nas diferentes realidades do nosso país, convém conhecer a existência ou não de planejamento nas gestações nos locais de interesse. A cidade de Chapecó teve 842 nascidos vivos nos meses de janeiro, novembro e dezembro de 2014, segundo o DATASUS, dentre esses, 134 filhos de mulheres entre 15 e 19 anos, 599 de mulheres entre 20 e 54 anos e 109 de mulheres com mais de 35 anos. A partir desses dados, emerge a necessidade de discutir a realidade do planejamento da gestação para essas populações e suas relações com a idade materna, a fim de refletir acerca da assistência prestada a cada mulher gestante. **Objetivo:** Analisar a incidência de gestações planejadas e não planejadas em gestantes de dois bairros da cidade de Chapecó, bairro Efapi e bairro São Pedro, e sua relação com a idade materna. **Método:** Pesquisa de caráter observacional analítico com delineamento ecológico. Essa metodologia de trabalho possui o objetivo de compreender a situação de uma população em um determinado momento histórico, fazendo comparações entre diferentes lugares/regiões, sendo esses, elementos essenciais para o estudo.³ Os

dados utilizados para produção deste resumo são advindos de um macroprojeto intitulado: O conhecimento de gestantes sobre a influência de determinantes socioambientais como fatores predisponentes aos riscos de desenvolvimento das infecções do trato urinário (ITU). Para a coleta de informações foi realizada entrevista com roteiro pré-estruturado às participantes, sendo elas, mulheres que procuraram os Centros de Saúde da Família (CSFs), dos dois bairros supracitados, para realização de consulta de pré-natal e que concordaram em participar da pesquisa nos meses de novembro e dezembro de 2015 e janeiro de 2016, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). **Resultados:** Durante o período de coleta de dados aceitaram participar da pesquisa no bairro Efapi 50 gestantes e no bairro São Pedro 46, sendo a média de idade para os dois locais de 24 anos. Ao serem questionadas quanto ao planejamento da gravidez em curso, as respostas obtidas foram as seguintes: no bairro Efapi 22 (44%) das entrevistas responderam que a gravidez havia sido planejada, 26(52%) não planejaram, uma respondeu com a frase “mais ou menos” e uma não respondeu à pergunta; no bairro São Pedro 16 (35%) gestantes responderam sim, 28 (61%) gestantes responderam não, uma também respondeu com a frase “mais ou menos” e uma não respondeu. As médias de idade para as gestantes que planejaram a gestação no bairro Efapi foi de 25 anos, e para as que não planejaram foi de 23; no bairro São Pedro as médias de idade foram 27 anos para as que planejaram e 23 para as que não planejaram. Utilizando a separação por faixas etárias, foram no bairro Efapi seis(37,5%) gestações planejadas e nove (56%) não planejadas em mulheres entre 15 e 19 anos, 15 (50%) planejadas e 15 (50%) não planejadas na faixa etária de 20 a 34 anos e uma (25%) planejada e duas(50%) não planejadas em mulheres com 35 anos ou mais; no bairro

São Pedro foram três(27%) gestações planejadas e oito(73%) não planejadas na faixa etária de 15 a 19 anos, 10 (31%) planejadas e 20(62,5%) não planejadas em mulheres entre 20 e 34 anos e três(100%) planejadas em mulheres com mais de 35 anos. Considerando as 96 gestantes participantes da pesquisa nos dois bairros, temos que: 38 dessas gestações foram planejadas e 54 não foram compreendendo respectivamente 40% e 56% das gestantes; sob a perspectiva dos grupos etários, em relação a totalidade de gestações, foram planejadas: 33% em mulheres de 15 a 19 anos, 40% entre 20 e 34 anos e 57% nas com mais de 35 anos. **Conclusão:** A maioria das mulheres participantes da pesquisa teve gestações não planejadas, sendo assim também nos bairros Efapi e São Pedro separadamente. Entretanto, as mesmas afirmativas não podem ser aplicadas quando avaliamos as gestantes por grupos etários, já que, sob essa perspectiva, notamos que a única faixa de idade, nos dois locais de estudos, em que a maior parte das mulheres não planejou a gravidez foi a de 15 à 19 anos. Casos de adolescentes grávidas ocorrem com frequência, esses, representaram 16% das gestações na cidade de Chapecó no ano de 2014, nos meses de janeiro, novembro e dezembro, segundo o DATASUS, evidenciando a necessidade de planejamento de ações para as/os adolescentes que visem aproxima-los dos serviços de saúde, com o objetivo de prevenir maternidade/ paternidade indesejada que possa acarretar em dificuldades para o seu desenvolvimento e formação biopsicossocial. Quanto as mulheres em faixa etária entre 20 e 34 anos, existem diferenças entre os dois locais. No bairro Efapi os números se igualam, demonstrando que metade das gestações não foram planejadas, enquanto no bairro São Pedro, a maioria não planejou a gravidez. A discrepância dos dados levantados está nas mulheres com idade acima de 35 anos, onde no bairro Efapi em metade das gestações não houve planejamento, e no bairro São Pedro todas relataram ter uma gravidez planejada. Compreender o perfil da mulher gestante e da gestação é primordial para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade. Dados como os obtidos nesse estudo trazem o tema para a discussão e ressaltam o papel do enfermeiro como agente educador capaz de desenvolver estratégias de planejamento familiar na comunidade em que atua, e com as mulheres com que trabalha, tendo em vista que a autonomia para decisão de ser ou não ser mãe ainda é refém de métodos e de um papel social a ser cumprido.

DESCRITORES: Planejamento familiar, idade materna, enfermagem.

REFERÊNCIAS

[1] Moura ERF, Silva RM da. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Cien Saude Colet*, 2004; 9(4):1023-1032.

[2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

[3] Aragão J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista práxis*, 2013; 3(6).

ENTEDIMENTO DE DOCENTES DE ENFERMAGEM SOBRE VIOLÊNCIA

THAIS CRISTINA HERMES¹, FLÁVIA RANKRAPE¹, ALANA CAMILA SCHNEIDER¹, JEAN HENRIQUE KRÜGER¹, PETERSON LUIZ DUARTE¹, ELISANGELA ARGENTA ZANATTA^{2*}

1. Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina UDESC; 2. Enfermeira. Doutora. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina UDESC

* Rua 7 de Setembro, Bairro Centro, CEP: 89.801-021. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. elisangela.zanatta@udesc.br

Eixo 1: Construindo o conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A violência se faz presente na história da humanidade desde os primeiros fatos que puderam ser registrados e/ou evidenciados pela ciência. As primeiras formas de violência descritas surgiram a partir de ossos apresentando perfurações e traumas anormais, retratando características mais letais de expressão da violência. Com o passar do tempo, ações mais brutais e violências de uso de poder sobre o outro – não necessariamente de forma física – passaram a ser menos banalizadas, em grande parte devido ao conhecimento das diferentes sociedades pelo fenômeno¹. Para a área da saúde, a violência está interligada por contribuir fortemente com doenças, incapacidade do indivíduo de realizar atividades, morte e outras consequências relacionadas a questões sanitárias e sociais. Essa relação com a saúde passou a ser considerada efetivamente a partir do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial da Saúde no ano de 2002². Para ampliar o conhecimento sobre o tema e para que profissionais possam estar preparados para lidar com situações violentas e de violência, se torna fundamental que o docente dos cursos da saúde tenha sido despertado para esta questão, e a partir disso desenvolva seu papel de incentivador do aprendizado relacionado ao conhecimento técnico, científico e político de temas importantes, como a violência⁴. **Objetivos:** Identificar as percepções dos docentes de cursos de graduação quanto à presença da violência no contexto da formação em enfermagem e identificar as práticas utilizadas pelos docentes para a abordagem da temática violência. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa realizada com 19 Docentes de Enfermagem vinculados a duas Instituições Públicas de Ensino Superior localizadas no município de Chapecó. A produção das informações ocorreu por meio da realização de Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade (DCS), preconizadas pelo Método Criativo e Sensível. As DCS são utilizadas como meio de operacionalizar o método e acontecem em forma de

encontros grupais, combinando procedimentos de coleta de dados típicos da pesquisa qualitativa tradicional (observação, entrevista e discussão de grupo) com as produções artísticas³. Para desenvolver e concretizar o método, são necessários cinco momentos: 1º preparação do ambiente e acolhimento do grupo; 2º apresentação dos participantes do grupo; 3º explicação da dinâmica e trabalho individual ou coletivo; 4º apresentação das produções; 5º análise coletiva e validação dos dados³. O método Criativo e Sensível busca desvelar um problema de pesquisa que é definido pelo pesquisador e posteriormente reorientado pelas discussões coletivas no grupo. Para isso privilegia a participação de todos, valoriza tudo o que emerge do pensamento e da percepção dos participantes³. Os participantes foram convidados a fazer parte da pesquisa a partir de convite eletrônico e impresso entregue a todos os docentes de enfermagem que estivessem vinculados à instituição há pelo menos um ano, independentemente de sua área de formação. O primeiro encontro ocorreu com nove professores de uma das Universidades no mês de julho de 2015, e o segundo encontro com dez professores da outra Universidade em dezembro do mesmo ano. Os encontros ocorreram nas dependências das duas universidades em questão, em ambiente que todos os professores permaneceram na mesma sala. Para iniciar a realização das Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade (DCS) os docentes foram despertados para o tema através de vídeo motivacional, em seguida, três questões geradoras das discussões foram apresentadas aos participantes. Para responder as questões geradoras, todos os docentes foram convidados a realizar produções criativas com o material disposto pelas pesquisadoras. Na sequência os docentes dos cursos de enfermagem apresentaram suas ideias e produções para o grande grupo, gerando os temas e subtemas de discussão. **Resultados:** Quando questionados sobre o que acreditavam ser violência, trouxeram significações que se aproximam do ato de violar os direitos de outro sujeito, podendo ser através do impedimento de que esse

indivíduo exerça seu papel de cidadão, restringindo seu direito à liberdade. A violência foi apontada como conjunto de ações negativas que interferem no processo natural do ser humano, impedindo que esse possa evoluir e ir de encontro a seus objetivos pessoais. O termo silêncio foi aproximado da violência exemplificado por três fatores, aparecendo a partir de uma consequência dos atos violentos, como um fator desencadeante da violência e também por representar as formas invisíveis de violência diante da sociedade. Alguns docentes demonstraram a necessidade de haver pelo menos dois sujeitos para que a violência se apresente, entretanto, de outro lado surgiu a ideia de que um indivíduo pode violentar a si mesmo, ou degradar patrimônio público. Além da forma individual da violência, que ocorre quando um indivíduo atinge outro indivíduo ou a si mesmo, também foi apresentada pelos participantes sua forma coletiva, partindo das ações que um grupo pode realizar para com outro grupo, exemplificado através de guerras, violência do governo para com a população e pela diferença de classes sociais causada pelo modelo econômico adotado por determinados países. Outro aspecto relatado por alguns docentes foi o de que a interpretação da violência possui características muito subjetivas, influenciada majoritariamente pela cultura de um indivíduo ou de um grupo, além disso, disseram que a concepção individual de violência está relacionada com as experiências de violência dos sujeitos, sejam elas praticadas, assistidas ou sofridas. Essas vivências e experiências pessoais, além de influenciar na concepção sobre o tema, podem estar relacionadas às atitudes de um indivíduo frente aos demais, podendo ele se tornar violento ou não dependendo do meio em que está inserido. Predominantemente, nas falas dos docentes sobre a significação de violência apareceram as formas física, seguida da psicológica e social e outras citadas com menor frequência. A ligação do tema violência com a mídia foi encontrada em algumas das falas, estando relacionadas com a influências dos meios de comunicação sobre o entendimento de violência da população, e noutras oportunidades, também naturalizando ações violentas através de novelas, filmes, etc. **Conclusões:** Os resultados demonstram que os docentes dispõem de concepções variadas de violência, em boa parte influenciadas por suas vivências pessoais acerca do tema, inclusive por experiências em seu período de formação acadêmica. A grande maioria abordou mais de um tipo de violência, não centralizando apenas em violências mais evidentes como a física, apesar de esta ter aparecido com maior frequência. Enquanto conceituação grupal da violência, foram contempladas desde formas brandas e veladas até as formas mais brutais e aparentes, entretanto, identificou-se que a conceituação do que é violência não se apresentou de forma muito clara para todos os

participantes, individualmente muitos deles focaram em apenas um aspecto específico, trazido como algo que é responsável por gerar diversos atos de violência. A partir disso, se percebeu que a conceituação geral de violência apareceu esporadicamente, entretanto, as tipologias e naturezas de violência vieram como uma forma de tentar exemplificar o que é o fenômeno. Esses achados vão ao encontro das considerações do autor⁵ que considera que o pouco conhecimento acerca do tema e banalização faz com que acadêmicos e profissionais da saúde não se sintam preparados para trabalhar e discutir sobre o ele quando necessário. Nesse sentido, para que o docente seja despertado para a importância de trabalhar o tema na formação, é preciso que ele tenha uma compreensão ampliada sobre o que é violência e de que forma ela influencia na saúde de todos, para a partir disso se sentir preparado para abordar o tema no decorrer do processo de formação em enfermagem.

DESCRITORES: Violência, formação em enfermagem, docentes de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1] Pinker S. Os anjos bons da nossa natureza: por que a violência diminuiu. São Paulo: Companhia das Letras; 2013.
- [2] World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: WHO; 2014.
- [3] Cabral IE. O Método Criativo e Sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: Gauthier JHM et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
- [4] Vendruscolo C, Prado ML, Kleba ME. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Educ Rev* 2014; 30(1):215-244.
- [5] Zanatta EA, Schneider AC, Kloh D, Vendruscolo C, Krüger JH, Hermes TC, Ferraz L. Violência no âmbito da formação em saúde: estudo bibliométrico. *Revista Saúde-UnG* 2015; 9(3-4):81-92.

PARTO CESÁRIO: MOTIVOS DA ESCOLHA PELAS PUÉRPERAS

ARIANE THAISE FRELLO ROQUE¹, SUELLEN TAINÁ RIBEIRO^{2*}, ANDREZA CASON³

1. Enfermeira, Doutora, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Acadêmica de Enfermagem da UDESC; 3. Acadêmica de Enfermagem da UDESC.

* Avenida Getúlio Dornelles Vargas, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89801-002. suellentaina.ribeiro@gmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A gestação é uma fase de grande significância na vida da mulher, também descreve esta fase como sendo um momento de transição vivido por ela, vivencia a sensação de estar diferente, sendo intensas transformações fisiológicas no organismo da mulher, que acabam ocasionando mudanças no plano psicológico, cultural e social¹. O período puerperal é conhecido como “pós-parto, sobreparto, dieta e resguardo, está relacionado com os órgãos e sistemas envolvidos diretamente e indiretamente com a gravidez, e no parto sofrem processo de regeneração, na tentativa de retornarem as condições pré-gravídicas”^{1,2,4,5}. A decisão acerca da via de parto é influenciada por diversos fatores como os riscos e benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras. A Organização Mundial da Saúde – OMS considera desde 1985 que a taxa ideal de cesáreas deve ficar entre 10% e 15% de todos os partos realizados. Nesses 30 anos, entretanto, vários setores da sociedade pediram uma revisão dessa taxa considerada ideal. Em média, a taxa de cesáreas na Europa é de 20% a 22%, contra 15% há 20 anos. Já nos Estados Unidos, a taxa é de 32,8%. Atualmente o Brasil é líder mundial de taxas elevadas de cesárea, segundo os dados da OMS, já em 2011 mostram que 53,7% dos partos no Brasil eram cesáreas. Em 2010, essa taxa era de 52,3%. As estimativas, porém, apontam que ao final de 2014 a taxa já teria chegado a 55%. O parto normal é o desfecho natural e sem risco de uma gravidez, que teve um início espontâneo, pois é um tipo de parto cuja recuperação é mais rápida e que não requer procedimentos invasivos. O bebê nasce espontaneamente, em posição de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação². A cesariana pode salvar vidas e prevenir complicações neonatais; entretanto a elevada ocorrência de cesárea no mundo vem transformando-se em um preocupante problema de saúde pública e obstétrico. As consequências dessa situação podem ser graves, levando a maiores chances de a mulher desenvolver infecções puerperal, risco de mortalidade e morbidade, e de prematuridade e

mortalidade neonatal, além da recuperação ser mais difícil para a mãe, há um atraso e dificuldade de lactação, e maior tempo de hospitalização, o que gera aumento de gastos para o sistema de saúde³. Com a questão da humanização do parto, a equipe multidisciplinar, especialmente os enfermeiros, possuem um papel para que mudanças ocorram, mas é necessário agregar ações educativas e humanizadoras para um parto saudável, desconstruindo mitos correntes que interferem no momento da decisão⁴. Diante desse conceito de humanização o Governo Federal lançou uma estratégia em 2011, chamada Rede Cegonha, para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida⁵. A Rede Cegonha tem como objetivos: Promover a implementação de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento; Organizar a rede de atenção à saúde da mulher e da criança que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; Reduzir a mortalidade materna e infantil, principalmente em seu componente perinatal. Diante de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no País desde a década de oitenta, o Ministério da Saúde destaca que “a Rede Cegonha deve sistematizar e institucionalizar, com base no pioneirismo e na experiência de médicos e enfermeiras obstetras e neonatais, obstetrias, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, dentre muitos outros”⁵. O pré-natal é um dos componentes da Rede Cegonha, é definido como um “conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de acompanhar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde”⁵. O enfermeiro pode acompanhar integralmente o pré-natal de baixo risco, mas é de suma importância ter um atendimento e acompanhamento com uma equipe multidisciplinar, pois o pré-natal é uma forma de instrumento educativo de alto potencial. É nele que os profissionais de saúde

articulam as informações acerca das vias de parto, buscando estabelecer as diferenças existentes entre elas e caracterizando as vantagens e as desvantagens do parto vaginal em relação ao parto cesáreo. Além disso, é de extrema importância o apoio emocional, com intuito de garantir à mulher o bem-estar durante a gestação, parto e puerpério; bem como auxiliar para reduzir a ansiedade, a insegurança e o medo do parto^{3,4}. Percebe-se uma carência de estudos no qual investigue qual os fatores que interferem na decisão da via de parto, diante desses dados e deste contexto, apresentamos a seguinte pergunta de pesquisa: quais os fatores (sociais, ambientais, culturais e emocionais) que levaram a mulher escolher o parto cesáreo? **Objetivos:** Essa pesquisa tem como objetivo geral: Identificar os fatores que levam as mulheres a escolher o parto cesáreo. Tendo como objetivos específicos: Conhecer o perfil social, econômico e cultural das mulheres pesquisadas; analisar a relação do perfil das mulheres e sua relação com a escolha do tipo de parto. **Método:** Trata-se da apresentação de um relato sobre um projeto que será desenvolvido no segundo semestre de 2016, como Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da UDESC. Para elaboração desse estudo, optou-se pelo método descritivo, com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa serão puérperas foram submetidas ao parto cesáreo, com idade acima de 18 anos, que residirem na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) escolhida, que aceitem participar do estudo e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. O local de estudo será uma UBS do município de Chapecó. A coleta de dados será realizada a partir de entrevista contendo perguntas relativas a escolha da via de parto direcionadas às puérperas na sala de espera da UBS no período de 7 a 15 dias do pós-parto, enquanto aguardam a consulta de puericultura do recém-nascido e/ou consulta puerperal. **Resultados:** Espera-se através deste estudo investigar quais são os fatores que fazem as mulheres optarem pelo parto cesáreo em uma Unidade Básica de Saúde de Chapecó, no estado de Santa Catarina. **Conclusão:** Até o presente momento foi realizado uma revisão de literatura existente sobre a temática, não há subsídios para conclusão, porém estima-se que a coleta de dados inicie ainda no ano de 2016, e a partir deste ano será obtido os resultados para análise, havendo uma conclusão para uma futura intervenção perante o problema abordado. Através do delineamento do perfil social, econômico e cultural das puérperas pesquisadas será possível identificar os fatores que levam as mulheres a escolher o parto cesáreo. A partir do conhecimento dos motivos que interferem na escolha da via de parto por parte das mulheres será possível capacitar os profissionais envolvidos em todo processo gestacional para que desenvolvam ações conforme as necessidades

apresentadas pelas gestantes com enfoque nas orientações no pré-natal sobre os tipos de parto possibilitando uma decisão de forma crítica e segura sobre a via do parto. Acredita-se que esta pesquisa proporcionará aos profissionais da saúde, principalmente a enfermagem, que trabalham com a mulher no período do pré-natal e puerpério, uma visão mais ampla da sua importância para o esclarecimento das dúvidas dessa gestante e o bom acompanhamento dessa fase da vida da mulher, pois é nesse presente momento que o profissional deve fornecer informações, oferecer apoio e transmitir segurança para as mesmas, para que haja uma escolha segura e efetiva da via de parto pela qual seu filho nascerá⁴.

DESCRITORES: Parto, cesárea, mulheres, comportamento de escolha.

REFERÊNCIAS

- [1] Barros SMO, Marin HF, Abrão ACV. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para a prática assistencial. 1ª ed. São Paulo: Roca, 2002.
- [2] Organização Mundial da Saúde (OMS). Maternidade segura: Atenção ao Nascimento Normal: Guia Prático. Genebra: 1997. Disponível em: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf
- [3] Bittencourt F, Vieira JB, Almeida ACCH. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano 2013:18(3): 515-520.
- [4] Silva SPC; Prates RCG; Campelo BQA. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. Revista de Enfermagem da UFSM 2014;4(1): 1-9.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351/GM/MS, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2011 jul. 27; Seção 1. p. 58.

A FÉ DOS CUIDADORES FAMILIARES QUE CUIDAM DE CRIANÇAS QUE (CON)VIVEM COM DOENÇA ONCOLÓGICA

LUANA PATRÍCIA VALANDRO¹, CRHIS NETTO DE BRUM^{2*}, TASSIANA POTRICH³, SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE⁴, MARINEZ SOSTER DOS SANTOS⁵, MARIA ELISABETE CALADO RAMALHO DOS SANTOS⁶

1. Enfermeira, Residente do Programa de Especialização em Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer, Universidade de Passo Fundo (UPF/RS); 2. Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó; 3. Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente da UFFS, Campus Chapecó; 4. Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 5. Enfermeira, Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado (GEPISC) da UFFS, Campus Chapecó; 6. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, Campus Chapecó. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado (GEPISC).

* Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Enfermagem. Avenida General Osório, Centro, Caixa-postal: 181, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89802-210. crhis.brum@uffs.edu.br

Eixo 1 - Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: O processo de adoecimento de crianças que (con)vivem com uma doença oncológica pode ser considerado um desafio existencial para os envolvidos no cuidado, especialmente, para o cuidador familiar¹. Uma vez que, existe desestabilidade de sentimentos, que intercalam com períodos de aceitação e esperança por parte dos cuidadores familiares². O processo de adoecimento compreende algumas etapas, tanto para o paciente quanto para os envolvidos com a situação. Essas etapas são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, não necessariamente seguindo a ordem apresentada³. A fé destaca-se como sendo uma das maneiras pelas quais os cuidadores familiares buscam consolo, conforto e auxílio no enfrentamento das situações traumáticas. Desta forma, a fé tem sido compreendida como um fator preponderante para os indivíduos irem além da adversidade apresentada e se (re)fazerem enquanto seres-no-mundo com possibilidades de enfrentamento^{4,5}. **Objetivo:** O objetivo foi de compreender o significado da fé do cuidador familiar no processo de adoecimento da criança que (con)vive com doença oncológica. **Método:** O presente trabalho trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica heideggeriana, desenvolvido a partir de um Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó (UFFS/SC), realizado no ano de 2015. A pesquisa contou com a participação de seis cuidadoras familiares que haviam vivenciado o processo de revelação do diagnóstico de uma doença oncológica de uma criança e que residiam no município de Chapecó, Santa Catarina, no período de

setembro a outubro de 2015. Foram excluídos, os cuidadores familiares que encontravam-se em tratamento com a criança e em outro município, no período da coleta de dados. A etapa de campo foi dividida em aproximação e ambientação com o cenário. Para a aproximação, primeiramente, realizou-se um contato telefônico, com a explicação dos objetivos da pesquisa e subsequente convite para participação e agendamento do dia para a produção dos dados. A produção dos dados contou com a entrevista fenomenológica de forma individual, as quais foram audiogravadas e guiadas pela seguinte questão: Como foi para você a revelação do diagnóstico de doença oncológica da criança?. A análise foi desenvolvida por meio do referencial teórico-metodológico-filosófico de Martin Heidegger: o primeiro momento metódico: a compreensão vaga e mediana, a qual aponta o ôntico do ser-no-mundo, tudo que está posto factualmente⁵. Cada entrevista contou com a participação da acadêmica e professora coordenadora do projeto. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS/SC sob parecer número 1.179.909 e CAAE número: 46412515.5.0000.5564. **Resultados:** Inicialmente foi realizada a caracterização dos cuidadores familiares que participaram da pesquisa e após análise dos dados, sendo que majoritariamente, eram mulheres, e por isso, no estudo, serão referidas como cuidadoras familiares. Cinco cuidadoras familiares eram mães e houve apenas um caso onde os cuidados realizados à criança eram prestados pela avó, mas que considerava-se mãe por cuidar do neto desde pequeno. A idade variou entre 22 e 42 anos. Em relação aos estudos, duas possuíam ensino médio completo e as outras quatro apenas o ensino

fundamental. No momento da pesquisa, apenas uma cuidadora familiar trabalhava. Já em relação a religião, apenas uma delas não possuía religião definida, mas durante a entrevista relatou ter fé em Deus. Outras duas cuidadoras familiares designavam-se como católicas, e o restante relatou ser adventista, evangélica e apostólica. Este momento de caracterização Heidegger aponta como historiografia, o qual desvela o quem do ser-no-mundo⁵. A partir da historiografia, desvelou-se facetas do cotidiano de cuidados das cuidadoras familiares quanto a fé em duas unidades de significação (US): US1: a fé como fonte de apoio e esperança a partir de Deus e US2: a revolta com Deus faz com que a fé diminua e elas passam a ter outras maneiras de enfrentamento, tal como a esperança no tratamento médico. No primeiro momento expressam que nas fases difíceis é na fé que conseguem encontrar o suporte que necessitam. Para elas é importante acreditar no tratamento, na tecnologia e na cura, tendo fé, ânimo e coragem, pois para Deus nada é impossível. Para isso necessitam ter força para continuar lutando, pois o tratamento é difícil. Nesse processo de tratamento, algumas cuidadoras familiares optam realizar orações, levar a criança na Igreja ou levar para benzer, pois julgam ser primordial para o tratamento e cura. Por outro lado, as cuidadoras familiares também expressam momentos de revolta e descrença, principalmente após a revelação do diagnóstico. Neste sentido elas questionam-se sobre o porquê deste fato estar acontecendo com a criança e com elas mesmas, de modo que parecem relacionar a doença como um castigo. Não conseguem encontrar razões ou explicações para a doença. Segundo elas, a revolta acontece com Deus e com as pessoas que as cercam. Neste momento passam a acreditar apenas na ação do médico, pois Deus deixa de existir e a fé passa a vir da força atribuída, principalmente, do filho/neto. Porém, ao decorrer do tratamento e dos resultados positivos que vão sendo alcançados, tais como: melhora do estado clínico da criança e retorno, gradativamente, das atividades, mesmo que no ambiente hospitalar, as cuidadoras familiares relatam que a fé retorna e juntamente com isso a crença em Deus. Este fato ocorre também, a partir da participação da família, que demonstra fé em Deus e faz com que exista uma sensibilização das cuidadoras familiares. E por fim, as cuidadoras familiares relacionam a melhora da criança como sendo um milagre de Deus. **Conclusão:** A partir do estudo pode-se apontar que no processo de adoecimento da criança que (con)vive com uma doença oncológica, as cuidadoras familiares passam por momentos de crença e descrença durante todo esse período. Inicialmente, existe a busca de consolo e conforto em algo que não pode ser explicado, ou seja, em Deus. Intercalado a isso existem os momentos de desespero, onde as cuidadoras familiares questionam acerca da doença e sentem que

sua fé em Deus diminui. A partir disso, encontram consolo na ação dos médicos, sentindo que apenas as ações destes podem trazer a cura para a criança. Contudo, após melhoras da criança e a participação da família, as cuidadoras familiares sentem a fé retornar e relatam ser um milagre de Deus. Neste sentido, percebe-se que nos momentos de maior dificuldade, quando a criança parece não apresentar melhora significativa, as cuidadoras familiares sentem a fé diminuir, porém ela retorna no momento em que essa situação se reverte. Desta forma, ressalta-se a importância dos profissionais de saúde (re)significarem seu cuidado possibilitando as cuidadoras familiares atenção quanto as suas necessidades espirituais, já que esta é uma característica presente no processo de adoecimento da criança que (con)vive com doença oncológica. O tratamento de qualidade requer atenção não apenas as necessidades físicas das crianças e de suas cuidadoras familiares, mas também de todo contexto em que ela e sua família estão inseridos. Com isso, é possível realizar uma assistência integral e que atenda a todas as necessidades, inclusive no âmbito espiritual.

DESCRITORES: Enfermagem, espiritualidade, neoplasias, saúde da criança, pesquisa qualitativa.

REFERÊNCIAS

- [1] Brum CN. Ser-adolescente-que-vivenciou-arevelação-do-diagnóstico-desoropositividade-ao-hiv/aids: contribuições para o cuidado em enfermagem e saúde. [dissertação] Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2013.
- [2] Silva TCO, Barros VF, Hora EC. Experiência de ser um cuidador familiar no câncer infantil. *Rev Rene* 2011; 12(3): 526-531.
- [3] Afonso SBC, Minayo MCS. Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. *Ciência e Saúde Coletiva* 2013; 18(9): 2729-2732.
- [4] Alves RF, Melo MO, Andrade SFO, Fernandes TS, Golçalves DL, Freire AA. Qualidade de vida em pacientes oncológicos na assistência em casas de apoio. *Aletheia* 2012; 38(39): 39-54.
- [5] Heidegger M. *Ser e tempo*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009.

DELINEANDO O PERFIL DE CRIANÇAS EXPOSTAS VERTICALMENTE AO HIV ATENDIDAS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

ALESSANDRA PAIZI^{1*}, LÉIA BORGES VIEIRA DA ASSUMPÇÃO², TASSIANA POTRICH³, SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE⁴

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó. 2. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, Campus Chapecó; 3. Mestre em Enfermagem Docente da UFFS, Campus Chapecó; 4. Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

* Avenida Getúlio Dorneles Vargas, 1297 N, Centro, Chapecó, Santa Catarina. CEP: 89800-000. Brasil. alessandraipaiz@hotmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A síndrome da Imunodeficiência Adquirida, desde a sua descoberta na década de 80, têm seu perfil sendo modificado. Nos dias atuais, entre suas principais características encontram-se a feminização e juvenização. Essas características denotam o número aumentado de mulheres adquirindo o vírus e consequentemente o número de crianças infectadas por transmissão vertical. No cenário atual, evidencia-se que a mais frequente forma de transmissão do HIV em menor de 13 anos de idade, no período de 1980 a junho de 2011 é a transmissão vertical. Do total de 4.000 casos notificados tem-se um total de 3.561 casos (89%) com categoria de exposição por transmissão vertical, ou seja, quase que a totalidade de casos de aids em crianças menores de 13 anos foi transmitida pela mãe (BRASIL, 2011)¹. Tal fato mostra sua relevância quando se sabe da existência de políticas públicas e inúmeras ações que garantem o acompanhamento da mãe durante a gestação e parto e da criança ao nascer, as quais diminuem cerca de 99% as chances da infecção da criança pelo vírus.

Objetivo: Caracterizar as crianças que foram expostas verticalmente ao HIV e as que têm HIV/aids atendidas em um serviço de referência do município de Chapecó - SC. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa descritiva documental, de caráter retrospectivo, a partir da análise de prontuários de crianças com até 11 anos, 11 meses e 29 dias, ou seja, 12 anos incompletos até a data da coleta, que foram expostas verticalmente ao HIV ou que têm HIV/aids, que estão ou estiveram em atendimento no Hospital Dia, do município de Chapecó/SC, em anexo ao Centro Integrado de Saúde Norte, implantado desde 2003. Para esta pesquisa, adotou-se a definição de criança trazida pelo estatuto da criança e do adolescente - ECA, que as define, como a pessoa com até doze anos de idade incompletos (BRASIL, 2010)². Anteriormente a

produção dos dados, realizou-se uma aproximação com o cenário da pesquisa, caracterizada como ambientação, momento de estabelecer relações e buscar a familiaridade com o ambiente (PADOIN, 2006)³. Neste momento as acadêmicas e a professora responsável pelo projeto entraram em contato com o serviço e puderam visualizar como o mesmo está organizado e como se dá a dinâmica de atendimento no local. Os dados foram coletados em janeiro de 2016, pelo acesso aos prontuários por ordem alfabética do serviço de arquivo do Hospital Dia, a partir de dois formulários que possibilitaram a coleta de dados clínicos da criança, com questões relativas à: dados de identificação (iniciais, idade e sexo) da criança, dados clínicos e evolução clínica. O primeiro formulário contém informações das crianças que foram expostas e adquiriram HIV, e o segundo formulário que diz respeito as crianças verticalmente expostas que estão em acompanhamento ou que já foram liberadas pois não adquiriram o vírus. Para análise dos dados, está sendo utilizada a estatística descritiva para os cálculos das frequências absoluta e relativa, o qual permite descrever resumidamente os fenômenos estudados, sendo os resultados organizados, classificados e apresentados em forma de tabelas e gráficos. Na próxima etapa os achados mais relevantes serão descritos e discutidos com os achados encontrados na literatura científica. Para fins éticos da pesquisa, apresentou-se o projeto para a Secretaria de Saúde-SESAU do município de Chapecó, bem como para os profissionais do Hospital Dia, e após a aprovação destes, encaminhou-se para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, considerando-se o respeito pela dignidade humana e pela proteção devida aos participantes de pesquisa envolvendo humanos (BRASIL, 2012)⁴. Ainda, utilizou-se a Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de pesquisa retrospectiva com

uso de prontuários e pela impossibilidade de contato com quaisquer pacientes ou familiar/cuidador assegurados pelo Hospital Dia. Pela situação descrita e pelo estigma e preconceito que ainda cercam os pacientes com a condição sorológica positiva para o HIV o serviço se resguarda no direito de não autorizar o contato direto com quaisquer pacientes ou familiares/cuidadores de crianças atendidas pelo serviço.

Resultados: Coletaram-se dados de 193 prontuários, dos quais 09 crianças que têm HIV, 28 de crianças que estão em investigação e 156 de crianças que foram expostas verticalmente e liberadas após os 18 meses por não terem adquirido o vírus. Na fase da coleta apresentaram-se algumas dificuldades e limitações, quais sejam, falta de espaço físico adequado para realizar a coleta e ainda falta de informações relevantes nos prontuários. salienta-se que estas dificuldades foram superadas com o auxílio da equipe do Hospital dia tanto no que se refere na organização de espaço para a coleta quanto no esclarecimento de dúvidas durante o processo de coleta. Até o presente momento foram compilados os dados em tabelas e posteriormente criados gráficos para melhor representação dos resultados. Com relação aos dados já obtidos, percebe-se que 100% dos cuidadores das crianças que têm ou que foram expostas ao HIV, são do sexo feminino, 189 são soropositivo, duas não possuem HIV e 4 não apresentaram este dado em seus prontuários. Os cuidadores apresentam faixa etária variável de 15 a 59 anos de idade. Na avaliação da escolaridade do cuidador identificou-se que 2 são analfabetos, 85 possuem o ensino fundamental incompleto, 24 possuem ensino fundamental completo, 23 possuem ensino médio incompleto, 32 possuem ensino médio completo, 7 possuem ensino superior incompleto e 6 possuem ensino superior completo e 14 cuidadores não apresentavam este dado no prontuário. Já na análise das crianças, tornaram-se perceptíveis algumas informações, dentre elas é possível destacar que 100 crianças são do sexo feminino, e 94 do sexo masculino, e que apenas 01 das 193 não adquiriram HIV por transmissão vertical e sim por relação sexual. Os demais dados coletados na pesquisa serão analisados no decorrer dos meses de abril e maio de 2016 conforme cronograma estabelecido no projeto. Esta análise foi possível, devido ao cuidado de alguns profissionais, em registrarem o atendimento realizado e as orientações fornecidas no prontuário. **Conclusão:** Até a presente fase pode-se perceber que grande parte das crianças que foram expostas ou que têm HIV, adquiriram por meio de transmissão vertical, assim, o benefício desta pesquisa se dará a partir da análise dos dados e a proposição de ações que visem à melhoria do atendimento e da qualidade de vida a estes pacientes de acordo com a identificação do seu perfil. Ainda, identificou-se a boa organização e identificação dos prontuários, porém,

alguns prontuários foram descartados da coleta pela falta de informações. Ressalta-se ainda, o zelo da equipe em relação ao sigilo profissional e o cuidado ao paciente.

DESCRITORES: Saúde da criança, síndrome da imunodeficiência adquirida, HIV.

REFERÊNCIAS

- [1] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- [2] Padoin SMM. O cotidiano da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar: um estudo na perspectiva Heideggeriana. [Tese de doutorado]. Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2006. [acesso 09 abr. 2016]. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista18-4-2006/CAP4AOcupacaodaMulhercomHIV.pdf>
- [3] Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional DST/AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. 2011.
- [4] Ministério da Saúde (BR). Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

ADRIANA REGINA **BATAGLIN**¹, BRUNA **BAUTITZ**², FANIERLI **BENEDETTI**², LIGIANE **PAULY**³, MARLUCI **MAHLE**³, OLIVANI MARTINS **SILVA**^{4*}

1. Enfermeira, Especialista em UTI pela Faculdade Ingá e Especialista em Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina; 2. Acadêmicas de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Bolsista de iniciação científica. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado Humano, saúde-adoecimento; 3. Acadêmica de Enfermagem da (UDESC), Bolsista de iniciação científica. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado Humano, saúde-adoecimento; 4. Enfermeira, Mestre em Terapia Intensiva, Docente do Departamento de Enfermagem da (UDESC), Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado Humano, saúde-adoecimento.

* Rua Sete de Setembro 91D, Sala 02, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. olvanims@hotmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A enfermagem presta um cuidado integral ao ser, procurando suprir suas necessidades humanas básicas, em especial a pacientes acometido por doenças crônicas não transmissíveis, as quais são apontadas como questão de saúde pública, devido seu avanço nos últimos anos e por requerer dos profissionais de enfermagem um cuidado mais rigoroso e contínuo pela cronicidade, assim como pacientes acometido por acidente vascular encefálico, pelo fato desta patologia acometer um número cada vez maior de pessoas. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) apresentam níveis diferenciados de gravidade. Algumas são debilitantes, outras incapacitantes, e algumas letais como os acidentes cerebrovasculares, que se apresentam de duas formas¹. O Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEI) é um comprometimento do cérebro provocado pela isquemia, que se origina de uma obstrução de vasos sanguíneos, implicando na redução no fluxo sanguíneo cerebral, temporário do sangue para uma determinada área do cérebro. Já o Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEH) é provocado pela hemorragia, ocorrendo uma ruptura do vaso, quando há o extravasamento do sangue, rompimento dos vasos sanguíneos na maioria das vezes no interior do cérebro.² A incapacidade funcional é uma seqüela significativa do Acidente Vascular Encefálico (AVE), ligada à diminuição da função cognitiva, onde influência em uma negativa recuperação e sobrevivência dos pacientes.³ Portanto, quando ocorre um acidente vascular encefálico é possível advir alterações comprometendo determinadas funções do organismo, assim o corpo como um todo sofre as consequências. Um paciente acometido por uma doença neurológica tem uma recuperação lenta e imprevisível, pois o encéfalo lesionado não poderá ser inteiramente restaurado, e

possivelmente comprometerá atividades cotidianas da vida. Dessa forma, a reabilitação adequada faz-se impreter, pois, o acidente vascular encefálico pode ocasionar déficit parcial ou total do indivíduo, logo o grau de recuperação pode depender da agilidade e presteza hospitalar em oferecer suporte adequado, apoio e informações aos pacientes acometidos por esta patologia.⁴ Neste sentido, a enfermagem pode desempenhar um importante papel no cuidar. **Objetivo:** Identificar através da literatura o cuidado da enfermagem prestado ao paciente com acidente vascular encefálico. **Metodologia:** Estudo de revisão bibliográfica, que seguiu as seguintes etapas: Primeira Etapa - Identificação do tema, elaboração do problema e da hipótese de pesquisa e formulação dos. Segunda Etapa – Busca da literatura. Terceira Etapa – Elaboração de levantamento bibliográfico. Quarta Etapa - definição das informações e coleta de dados. Quinta Etapa – Avaliação das informações coletadas. Sexta Etapa – Levantamento dos resultados. Sétima Etapa – Apresentação dos resultados.^{5,6} Como critério de inclusão foram utilizados, artigos completos disponíveis eletronicamente em português, publicados nos últimos 10 anos a contar de 2003. Os descritores utilizados foram: Cuidados de Enfermagem e Acidente Vascular Encefálico. A busca dos estudos ocorreu nas bases de dados: Lilacs, Medline, Scielo. **Resultado:** Foi pesquisado um total de 48 artigos, sendo selecionados para os 12 estudos que atenderam aos critérios estabelecidos. Na análise dos estudos acerca do cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico, observou-se: oito artigos tratam do papel do profissional da enfermagem em relação à capacitação dos familiares e cuidadores; cinco artigos trazem informações sobre a orientação da enfermagem relativa ao autocuidado, autoestima e autoimagem promovendo a melhoria da qualidade de vida; quatro dos artigos

ressaltam que o enfermeiro tem papel fundamental na prestação do cuidado direto ao paciente para a realização de intervenções; três artigos discorrem sobre um sistema de parceria entre enfermeiros, pacientes e famílias, com o propósito de estabelecer uma relação de ajuda onde o enfermeiro auxilia no processo de adaptação e reabilitação; dois artigos citam a falta de pesquisas e publicações sobre a temática abordada, apontando para a necessidade do desenvolvimento de pesquisas de enfermagem sobre os cuidados de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico; dois artigos tratam sobre as dificuldades e inseguranças que permeiam os cuidadores domiciliares; um artigo sugere que seja incluso nos currículos de enfermagem abordagens referentes ao ensino da prática educativa dos enfermeiros para com o paciente e família; um artigo sugere que sejam elaborados programas de divulgação para a população em geral sobre prevenção de doenças vasculares em geral, a fim de contribuir para a identificação rápida de casos e posterior tratamento; um artigo apresenta a importância do papel do enfermeiro para orientar a prevenção e a promoção dos cuidados relativos às doenças cardiovasculares; um artigo cita a importância da busca e construção de conhecimento dos enfermeiros, ou seja, o investimento em aprender. Quanto a metodologia utilizada nos estudos, foi encontrado um estudo transversal, um relato de experiência, um estudo de caso, um descritivo exploratório, uma pesquisa de campo, quatro dos artigos são revisão de literatura e outros três pesquisa bibliográfica. Quanto ao periódico e local de publicação, um dos estudos foi publicado na Revista Eletrônica de Enfermagem, um na Universidade do Porto Portugal, outro na Revista Escola de Enfermagem da USP- São Paulo, dois foram publicados na Revista Enfermagem UERJ – Rio de Janeiro, dois na Revista Brasileira de Enfermagem- Brasília, e dois Cogitare Enfermagem – Curitiba, os outros três foram encontrados em meios eletrônicos. **Considerações:** O levantamento feito acerca do tema permitiu a observação de diversos fatores ligados ao cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico. A gama de ações atribuídas ao profissional da enfermagem é grande. São atividades que perpassam pela assistência, educação, gerência e pesquisa. Os estudos mostram que o indivíduo acometido por um AVE torna-se dependente, e, portanto, necessita de cuidados, assistência e de ensinamentos que venham a contribuir para sua readaptação e aprendizado neste novo momento, isso se estende também a sua família. As principais atividades desenvolvidas pelo profissional de enfermagem quando se trata de cuidados ao paciente acometido por AVE estão relacionadas a atividades cotidianas de hospital como medicação, medição de pressão, atenção a qualquer alteração de comportamento e bem-estar, como também às atividades

de vida diária, com alimentação, integridade cutânea, higiene, locomoção, movimentação do ser cuidado. O embasamento tanto teórico como prático proporciona amparo e suporte para a gestão do cuidado e para o cuidado propriamente dito, fator que é fundamental para reconhecer os sintomas neurológicos que sugerem AVE e rapidamente tomar as medidas necessárias ao tratamento. Neste cenário é possível assegurar que o conhecimento amplo acerca do AVE por parte dos profissionais de saúde pode contribuir para melhorar a identificação, o atendimento e a recuperação dos pacientes acometidos por AVE.

DESCRITORES: Cuidado, enfermagem, acidente vascular encefálico.

REFERÊNCIAS

- [1] Ministério da Saúde – Acidente Vascular cerebral (AVC). Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 08 abr, 2016.
- [2] Academia Brasileira de Neurologia. AVC ou derrame cerebral. Disponível em: <http://www.cadastro.abneuro.org>. Acesso em: 08 abr, 2016.
- [3] Mazzola D. Polese, JC. Schuster, RC. Oliveira, SG. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da Universidade de Passo Fundo. RBPS, 2007; 20(1):22-27. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/997/2158>. Acesso em 08 abr, 2016.
- [4] Smeltzer SC. Bare, BG. Hinkle, JL. Cheever, KH. Cuidados aos pacientes com transtornos vasculares cerebrais. Rio de Janeiro: Guanabara Kooga, 2009.
- [5] Silveira LCCP. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: A busca de evidências. Acta Paul Enferm. Ribeirão Preto, 2005; 18(3):276-284. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a08v18n3.pdf>. Acesso em: 08 abr, 2016.
- [6] Mendes KDS. Silveira RCCP. Galvão, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto e Contexto Enferm. Florianópolis, 2008; 17(44):761- 763. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 08 abr, 2016.

O PERFIL DOS HOMICÍDIOS EM ADOLESCENTES NOS MUNICÍPIOS DE CHAPECÓ E JOINVILLE NO ANO DE 2015

NARAIANE FERMINO^{1*}, LIGIANE PAULY¹, JESSICA SOUSA DE OLIVEIRA¹, EMANUELLI CARLY DALL AGNOL¹, ELISANGELA ARGENTA ZANATTA²

1. Acadêmicas de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC.

* Rua Sete de Setembro, 91D, centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89800-000. nara.fe@hotmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: Os temas que envolvem a violência não são recentes, suas raízes acompanham a evolução da sociedade desde a antiguidade. Começaram a ser discutidas a partir do século XIX e a partir de então passou a ser caracterizada como um fenômeno social, despertando a preocupação da sociedade em si e do poder público. A grande incidência de violência entre adolescentes tem-se tornado destaque em todo o país. Essa violência está relacionada a diversos fatores, como socioeconômico, escolaridade, emprego entre outras fragilidades sociais que fazem parte da vida da maioria dos adolescentes brasileiros¹. A partir do Mapa da Violência mais recente divulgado em 2015 pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso), o homicídio é a principal causa de morte entre os adolescentes de 16 e 17 anos no Brasil, com destaque para os adolescentes do sexo masculino, negros e com baixa escolaridade. O estado de Santa Catarina se destacou por ter uma das médias mais baixas de homicídios nesta população, porém ainda com mais de 10 homicídios para cada 100 mil adolescentes². Mesmo com um número significativo de leis, resoluções, normas e recomendações, tais como o que é contemplado no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) que expõe que: “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”³, vemos a divulgação diária de notícias que envolvem a violação desses direitos, atos graves de negligência, agressões e violência e que até mesmo vão contra a vida. Em todo o país, convivemos com a “Cultura da indiferença” para com situações que deveriam ser tratadas como um grande desastre social. Deste modo a violência tornou-se algo natural, e os sujeitos

responsáveis frequentemente são as próprias vítimas, principalmente aquelas que são consideradas a escória da sociedade e que são mais vulneráveis perdendo o lugar de objeto de proteção específica². **Objetivo:** Descrever o perfil dos casos de homicídios entre adolescentes nos municípios catarinenses de Chapecó e Joinville. **Método:** Trata-se de um estudo ecológico e descritivo. Segundo Rouquayrol⁴, os estudos ecológicos tendem a abordar uma área geográfica bem delimitada, sempre analisando e comparando as variáveis vidas. Eles também são uma forma de desenho de pesquisa que tem como análise um grupo de indivíduos e não indivíduos isolados, esse grupo geralmente corresponde a áreas geográficas, porém outros fatores também são levados em consideração, como o tempo, grupos étnicos e trabalhadores de determinados setores. O presente trabalho teve como cenário de estudo as cidades catarinenses de Chapecó e Joinville. Os dados foram coletados no programa TabNet por meio do DataSus no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), com dados que correspondem o ano de 2015. As variáveis analisadas foram raça, sexo, escolaridade e estado civil. Quanto a idade buscou-se os casos de homicídios entre adolescentes de 15 a 19 anos. **Resultados:** A cidade de Chapecó, localizada no oeste de Santa Catarina, possui uma população de 205.795 habitantes. Já, a cidade de Joinville, a maior do estado, localizada no litoral norte, habita 562.151 pessoas, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁵. No entanto o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística não possui dados atualizados quanto ao número de adolescentes nessa população. As últimas informações constam dados do ano de 2012, em que Chapecó contava com 17.297 adolescentes e Joinville com 45.643. Em Chapecó no ano de 2015 foram registradas 829 mortes, destas 118 foram por causas externas diversas (acidente automobilístico, acidente de trabalho, afogamento, entre outros) sendo que 13 foram na faixa etária de 15 a 19

anos, e por homicídios catalogou-se 4 óbitos, com 100% do sexo masculino. No município de Joinville registrou-se 2.755 óbitos, sendo que 318 foram notificados por causas externas, do qual 31 dos casos está dentro da faixa etária citada acima, destes 17 foram por homicídio, sendo 94% do sexo masculino. Segundo a raça, no município de Chapecó das mortes por homicídio 50% entre a raça branca e 50% entre pardos. Joinville, das 17 mortes por homicídio foram classificados como 53% brancos e 47% pardos. Quanto ao estado civil das vítimas, 100% eram solteiros. Ao analisarmos a variável escolaridade observou-se que em Chapecó do total de vítimas 25% frequentou o ensino regular de 1 a 3 anos, 25% de 4 a 7 anos e 50% de 8 a 11 anos. Em Joinville 70,5% das vítimas frequentaram a escola de 4 a 7 anos, 17,5% de 1 a 3 anos e 12% de 8 a 11 anos. Calculando a taxa de coeficiente, constatou-se que em Chapecó foi de 23 homicídios por 100 mil adolescentes e em Joinville foi de 28 homicídios por 100 mil adolescentes. Verificase que os homicídios na faixa etária de 15 a 19 anos é 17 vezes maior no sexo masculino, evidenciando que os homens são mais vulneráveis a esse tipo de violência. Não há diferença estatística entre os casos de homicídios em adolescentes nos municípios em estudo. Em média a taxa de homicídios por 100 mil adolescentes foi de 25,5, sendo um dado acima da média total do estado, conforme já apresentado anteriormente. **Conclusão:** As taxas apresentadas foram altas, partindo-se do pressuposto que esta deveria ser zero, uma vez que o homicídio é uma causa de morte considerada evitável. Nesse caso, é imperativo que independente da área de atuação (hospitalar ou atenção básica) os profissionais de enfermagem tomem para si a responsabilidade social, política e moral no que tange os aspectos que envolvem a violência. Estes podem e devem atuar no cenário da educação, utilizando de conhecimento científico, para a realização de atividades educativas como as rodas de conversa, utilizando de uma linguagem clara e objetiva, de modo a envolver o adolescente, mudando também o tipo de abordagem rotineiramente utilizada em todas as áreas de assistência à saúde (visão assistencialista e prática curativa). Deve-se abrir espaço para sanar dúvidas, fornecer informações e observar cada adolescente na sua individualidade, de forma que se crie um vínculo de confiança. As discussões sobre violência devem ser também contempladas e aprofundadas desde a formação acadêmica, para que como futuro profissional se possa detectar, notificar, cuidar, minimizar e prevenir atos de violência contra crianças e adolescentes, tanto dentro do seio familiar, quanto no convívio escolar e social.

DESCRITORES: Enfermagem, violência, educação em saúde, adolescência.

REFERÊNCIAS

- [1] Hayeck CM. Refletindo sobre a violência. Revista Brasileira de História e Estudos Sociais. 2009. 1(1).
- [2] Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: adolescentes de 16 e 17 anos no Brasil. Flacso. 2015. Rio de Janeiro. Acesso em 09 de abril de 2016. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015_adolescentes.pdf
- [3] Brasil. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.
- [4] Rouquaryol MZ. Epidemiologia & saúde. In *Epidemiologia & saúde*. Medsi.1998.
- [5] IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso em 09 de abril de 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

CAUSAS DE ABSENTEISMO POR PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO ESTADO DE SANTA CATARINA, BRASIL

NARAIA NE FERMINO^{1*}, NÁDIA R. HEYLMANN², ROSANA AMORA ASCARI³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Enfermeira. Especialista em Saúde do Trabalhador pela Censupeg; 3. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC.

* Rua Sete de Setembro, 91D, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89800-000. nara.fe@hotmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: O absenteísmo é conhecido como a frequência ou duração do tempo de trabalho perdido quando os profissionais não comparecem ao trabalho, isso corresponde às ausências quando se esperava que os funcionários estivessem presentes¹. Além disso, a questão do absenteísmo no trabalho pode ser dividida de acordo com o tipo de ausência: absenteísmo voluntário (por razões particulares), absenteísmo legal (faltas amparadas por lei, tal como licença-gestante), absenteísmo compulsório (impedimentos de ordem disciplinar) e absenteísmo por doença, em que se podem distinguir as patologias não relacionadas ao trabalho das doenças ocupacionais e das ausências motivadas por acidente de trabalho. No entanto, é importante considerar que as causas do absenteísmo nem sempre estão ligadas ao profissional, mas sim à instituição com processos de trabalho deficientes através da repetitividade de atividades, da desmotivação, das condições desfavoráveis do ambiente de trabalho, da precária integração entre os empregados e a organização e dos impactos psicológicos de uma direção deficiente que não visa uma política prevencionista e humanística². Na área da enfermagem, as ausências desorganizam o trabalho de toda uma equipe, ausência na qual traz graves perturbações à realização das atividades e sobrecarga aos demais membros do grupo. Reduz a produção, aumenta o custo operacional e dificulta a substituição dos trabalhadores diretamente. Por ser uma área predominantemente composta por mulheres, os fatores relacionados com o absenteísmo feminino vão

desde a necessidade de cuidado dos filhos e das tarefas domésticas até a maior suscetibilidade ao estresse e a problemas de saúde. Mesmo que tenha apenas um emprego, é comum a mulher enfrentar a dupla-jornada, representada pela associação do trabalho "fora de casa" com o trabalho doméstico³. **Objetivos:** Conhecer a incidência do absenteísmo por doença junto aos trabalhadores de enfermagem e fatores geradores deste absenteísmo, suas características em relação ao gênero, avaliando os motivos de afastamento, categoria, idade e sexo, de um Hospital Universitário no estado de Santa Catarina, Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, com abordagem quantitativa. Para ter acesso aos registros, do Serviço de Atenção da Saúde do Trabalhador (SAST), foi encaminhado ao Hospital Universitário um ofício destinado ao representante do setor de RH, solicitando permissão de manuseio as informações acerca dos atestados e afastamentos para tratamento de saúde, correspondente ao período de janeiro a dezembro de 2011. A coleta de dados obedeceu a um protocolo que preservou o anonimato das informações individuais. Os dados coletados foram organizados em forma de tabelas, analisados de acordo com estatística descritiva simples e discutidos com base na literatura científica. **Resultados:** Este estudo compreendeu um total de 172 pessoas entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que procuraram o atendimento no Serviço de Atenção à Saúde dos Trabalhadores (SAST) em 2011, destes foram totalizadas 136 consultas entre atestados e afastamentos. Os resultados apontam para atestados e/ou licenças

médicas no período de estudo, técnicos de enfermagem (72,09%), mulheres (94,19%), na faixa etária de 26 a 35 anos (36,63%), casada (44,19%), com nenhum filho (63,37%), trabalhadoras no período noturno (38,95 %). Alguns autores relacionam como causa do absenteísmo feminino, o fato de a maioria das mulheres inseridas no mercado de trabalho ser responsável pelos afazeres de casa e cuidado com os filhos. Esta dupla jornada de trabalho repercute em seu cotidiano e durante o seu turno de trabalho, não conseguindo afastar-se dos problemas do lar⁴. Os enfermeiros foram responsáveis por 13,5% (76) dos afastamentos. Estudo aponta que a menor frequência de afastamentos de enfermeiros no trabalho pode ser atribuída ao fato de que, sendo o profissional que responde pela equipe de enfermagem, a responsabilidade do cargo pode determinar uma presença mais constante, e menos cansativa. A ocorrência de uma maior quantidade de atestados entre os técnicos de enfermagem demonstra que quanto mais baixo o nível hierárquico ocupado pelos trabalhadores da equipe de enfermagem, maior a probabilidade de afastamentos por motivo de adoecimento. Quanto ao número de dias afastados do trabalho, se observa que das 136 consultas realizadas, 106 indivíduos que prevaleceram de 1 a 4 dias de afastamento, isto corresponde (77,94%), seguido de 5 a 10 dias com 28 afastamentos (20,58%) e dois afastamentos foram de mais de 10 dias (1,47%). Um estudo constatou que mais de 80% de todas as ausências tem duração igual ou inferior a três dias, contribuindo com menos de 15% dos dias perdidos; e que menos de 10% dos casos são responsáveis por mais de 80% dos dias perdidos. Verifica-se entre todas as categorias estudadas que, a unidade hospitalar de internações clínicas teve maior incidência entre licenças e afastamentos (24,26%), seguido da emergência com (19,85%), a unidade de terapia intensiva - UTI com (14,70%), a unidade de internação cirúrgica teve (11,02%), maternidade e berçário com (7,35%), pediatria (5,88%), centro cirúrgico (5,14%) e oncologia com (4,41%). Dos afastamentos (n=136) a maioria foi por agravos de doenças, sendo que as doenças do olho e anexo prevalecem com 29 casos (21,32%), seguidas de doenças do sistema osteomuscular com 26 casos (19,11%); doenças do aparelho respiratório com 20 casos (14,70%); os atestados médicos por acompanhante 15 casos (11,02%), doenças do geniturinário e algumas doenças infecciosas e parasitárias somam cada uma 10

casos representando (7,35%); doenças do aparelho digestivo foram 9 casos (6,61%), gravidez, parto e puerpério com 8 casos (5,88%); doenças infecciosas intestinais 5 casos (3,67%) e as lesões e envenenamento e fatores que influenciam o estado de saúde e contato com serviço com 2 casos cada, (1,47%). **Conclusão:** Os índices de absenteísmo por doença entre os trabalhadores de enfermagem da instituição pesquisada apresentam-se elevados, indicando a necessidade de estudos em cada local de trabalho, buscando detectar problemas causais específicos de cada unidade hospitalar e avaliação da organização e posto de trabalho com vistas à melhoria das condições de trabalho e promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem. Há também a necessidade de criação de um banco de dados para aperfeiçoar o registro das faltas, a fim de facilitar seu controle e possibilitar futuras pesquisas, visando à saúde, segurança e boas condições de trabalho dos profissionais de saúde, considerado um recurso valioso pela Organização Mundial de Saúde.

DESCRITORES: Enfermagem, saúde do trabalhador, gestão.

REFERÊNCIAS

- [1] Sala A, Carro ARL, Correa NA, Seixas PHA. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 10, p. 2168-2178, 2009.
- [2] Silva MPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Latino Am Enferm*. 2000. 8(5):44-51.
- [3] Gehring Junior G, Corrêa Filho, HR, Vieira Neto, JD'A, Ferreira, NA, Vieira SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2007, 10(3):401-409.
- [4] Reis RJ, La Rocca PF. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5): 616-723.

UMA ANÁLISE DA ABORDAGEM QUALITATIVA EM PESQUISA COM SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO EXTREMO OESTE CATARINENSE

JÉSSICA FERREIRA^{1*}, IANKA CRISTINA CELUPPI², DANIELA SAVI GEREMIA³, VALÉRIA SILVANA FAGANELLO MADUREIRA⁴, LARISSA HERMES TOMBINI⁵, LUANNA ALMEIDA NARDES DE SOUZA⁶

1. Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó, Bolsista do projeto de pesquisa “Gestão Pública do SUS: ênfase no financiamento e planejamento dos serviços de saúde na região do extremo oeste catarinense”; 2. Acadêmica de Enfermagem na UFFS, Bolsista do projeto de extensão “Formação em Gestão Pública do SUS: ênfase no financiamento e planejamento dos serviços de saúde”; 3. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - IMS/UERJ; Docente da UFFS, campus Chapecó; 4. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Docente da UFFS, campus Chapecó; 5. Mestra em Enfermagem pela UFSC, Docente da UFFS, campus Chapecó; 6. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, campus Chapecó, Voluntária do projeto de pesquisa “Gestão Pública do SUS: ênfase no financiamento e planejamento dos serviços de saúde na região do extremo oeste catarinense”.

* Rua Carlos Chagas, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89.802-217. jessica.ferreira@hotmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador aprofundar-se de modo mais reflexivo na temática abordada, valorizando todo o processo da pesquisa e considerando diferentes aspectos diante do tema proposto¹. A realização de estudos qualitativos gera frutos enriquecedores sobre o cotidiano de seus pesquisados, sejam indivíduos, grupos ou comunidades, analisando o comportamento e compreendendo formas de agir para que, consequentemente, os resultados obtidos possam ser empregados na resolução de problemáticas, além de permitir um olhar multidimensional sobre fatores vivenciados². A abordagem qualitativa em pesquisa se aplica ao estudo das relações, representações, percepções e opiniões, permitindo revelar processos sociais ainda pouco conhecidos relativos a grupos particulares como, no caso do presente estudo, os gestores de saúde e contribuindo para o processo de ressignificação e construção do conhecimento³. Em uma pesquisa qualitativa, a escolha dos participantes não segue cálculos de amostragem, pois, nela, importa o tanto que os potenciais participantes representam o tema em estudo ao ponto de contribuir para o aprofundamento da compreensão a respeito dele. Assim, a escolha e seleção dos participantes são sempre feitas por conveniência, não do pesquisador, mas do tema em estudo. Nesse contexto, a entrevista é instrumento privilegiado de coleta de dados, guiada por critérios que possibilitem obter as informações necessárias para responder à questão de pesquisa⁴ e de abrir possibilidades de novas abordagens às questões e ou problemas que a motivaram. Tendo em

vista a complexidade da saúde pública brasileira e a necessidade de gestão qualificada para ampliar a eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS), compreende-se a importância da utilização de formas de abordagem que sejam tão amplas quanto o conteúdo abordado. **Objetivos:** Relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem na utilização de entrevistas como instrumento de coleta de dados com secretários municipais de saúde do extremo oeste catarinense no projeto de pesquisa “Gestão pública do SUS: ênfase no financiamento e planejamento dos serviços de saúde na região do extremo oeste catarinense”. **Método:** O projeto de pesquisa em questão iniciou em agosto de 2015 com previsão de encerramento para agosto de 2016, institucionalizado e financiado pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) através do Edital 281/UFFS/2015. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa que visa a obter uma visão geral sobre o financiamento, planejamento dos serviços e redes de atenção à saúde na região em estudo. Os participantes foram os secretários municipais de saúde da região do extremo oeste de Santa Catarina ou seus representantes legais, integrantes da reunião ordinária da Comissão Intergestores Regional (CIR) realizada no município de Chapecó, nas dependências da Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR), no dia 4 de dezembro de 2015, que totalizou treze participantes. Para as entrevistas elaborou-se um roteiro contendo dezenove perguntas norteadoras abertas, previamente aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, conforme o parecer nº 1.297.346, que enfocaram as temáticas de planejamento, redes e financiamento. Anterior à data das entrevistas, realizou-se o contato

telefônico e por *email* com os secretários municipais de saúde, comunicando-os sobre o projeto de pesquisa e convidando-os a participar. A realização das entrevistas durante a reunião subsequente também foi aprovada na pauta da reunião ordinária da CIR antecedente à da coleta de dados. O projeto de pesquisa desenvolveu-se simultaneamente ao projeto de extensão “Formação em gestão pública do SUS: Ênfase no financiamento e planejamento dos serviços de saúde”, o que permitiu conhecimento prévio dos entrevistados e facilitou o relacionamento entrevistado-pesquisador durante a coleta de dados. As entrevistas foram realizadas pelas acadêmicas integrantes do projeto de pesquisa e gravadas para posterior transcrição. Para isso, realizaram-se estudos de capacitação nas reuniões da equipe do projeto sobre pesquisa qualitativa, métodos de abordagem, conhecimento das temáticas do roteiro de perguntas e formas de transcrição das informações obtidas através da gravação. **Resultados:** Por ocasião do convite para participação na pesquisa, ainda durante o desenvolvimento das oficinas de operacionalização do projeto de extensão, os secretários demonstraram bastante interesse. Muitos deles relataram que seu interesse era motivado pelo conhecimento de que, posteriormente, os dados obtidos em todos os municípios da região do extremo oeste de Santa Catarina seriam analisados pela equipe do projeto de pesquisa, resultando em publicações que auxiliariam no planejamento das ações de saúde do município de atuação profissional e possibilitariam a identificação das dificuldades existentes na gestão de saúde. Foi possível perceber que, aparentemente, os gestores não se perturbaram com a presença do gravador durante a entrevista, respondendo espontaneamente às perguntas norteadoras. Outro ponto relevante foi a tentativa de resposta de modo a colaborar com a entrevista, pois mesmo quando os entrevistados demonstravam dificuldade para falar sobre alguma temática, respondiam com assuntos relacionados ou com temas que seriam abordados na sequência. A partir do tom de voz, expressão facial e gestos dos secretários, era possível identificar os pontos em que encontravam maiores dificuldades ou facilidades na gestão da saúde, o que permitiu entender a complexidade das temáticas abordadas e a sua verdadeira compreensão sobre elas. Muitos entrevistados apresentaram dúvidas em relação à questão norteadora, necessitando que o pesquisador explicasse o que se esperava do questionamento lançado. Na entrevista observou-se que a sequência de questões do roteiro não era obedecida, pois os gestores interligavam as temáticas e relatavam suas experiências de forma muito ampla. Essa forma de entrevistar, dando livre curso à fala do entrevistado, possibilita respostas mais ricas, mais abrangentes no que diz respeito à identificação da realidade existente nos municípios, contemplando informações para além do roteiro

preestabelecido. Entretanto, a transcrição e a análise dos dados se tornam mais complexas. O tempo disponível para a realização da entrevista também impactou na forma como esse processo ocorreu, pois quando o entrevistado colocava-se inteiramente à disposição para o desenvolvimento da entrevista, as respostas foram mais profundas do que as oferecidas por aqueles gestores que dispunham de pouco tempo ou por aqueles que não estavam totalmente concentrados na entrevista.

Conclusão: A partir da análise do comportamento dos secretários municipais de saúde durante as entrevistas do projeto de pesquisa constatou-se a complexidade do tema planejamento e financiamento de saúde para gestores municipais do Sistema Único de Saúde (SUS). Percebeu-se a importância da abordagem qualitativa, analisando os diversos fatores que interferem diretamente nos dados obtidos durante a pesquisa e, por isso, permitem um entendimento mais amplo sobre a realidade existente no extremo oeste catarinense. Relaciona-se a isso o fato de que o SUS é um sistema de saúde abrangente e complexo, necessitando de pessoas capacitadas para se relacionarem com essa complexidade, tornando inviável abordar essa temática de forma menos abrangente. A participação das acadêmicas no processo de pesquisa-entrevista com os gestores modificou a trajetória dos seus saberes, aperfeiçoando-os em razão de pelo menos dois aspectos: a exigência de pensamento crítico-reflexivo e a necessidade de desenvolver habilidades de escuta e de diálogo, necessárias não só a essas entrevistas, mas a toda a futura vida profissional como enfermeiras. A entrevista possibilitou aos entrevistados momentos de reflexão sobre os temas abordados, mas as acadêmicas adquiriram novos aprendizados através de sua inclusão no ambiente de gestão e conhecimento da realidade de saúde dos municípios, desenvolvendo uma nova visão sobre os temas já estudados e possibilitando inter-relacionar teoria e prática, apresentando-se como formação complementar aos estudos realizados na graduação em enfermagem.

DESCRITORES: Pesquisa qualitativa, Gestão em Saúde, formação profissional em saúde, enfermagem, entrevista.

REFERÊNCIAS

- [1] Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- [2] Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de Pesquisa. Editora UFRGS Porto Alegre 2009; 1(1): 120.
- [3] Minayo MC. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2010.
- [4] Duarte RM. Pesquisa qualitativa em educação: reflexões sobre o trabalho de campo. Cadernos de Pesquisa -

Fundação Carlos Chagas São Paulo, 2002; 115(115):139-154.

PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO POLO DO OESTE CATARINENSE

TAUANA ZICK COSTENARO^{1*}, LUANNA ALMEIDA NARDES DE SOUZA² SILVANIA FABICZ³, ELIZIANE DOS SANTOS⁴, SIGILINGE RIBEIRO DE MELLO⁵, ÉRICA DE BRITO PITILIN⁶

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó; 2. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, campus Chapecó; 3. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, campus Chapecó; 4. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, campus Chapecó; 5. Enfermeira obstétrica prenatalista e parteira lotada na Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó. Responsável pelo programa Infância Mais Amor. Representante internacional referência para questões de aleitamento materno; 6. Enfermeira, Mestre e Doutoranda em Enfermagem. Docente da UFFS, campus Chapecó. Pesquisador/Integrante dos grupos CNPq: GEPISC/UFFS; NEPEMAAS/UNESPAR.

* Rua Uru, Loteamento Vila Pascoa, Efapi, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89809-790. tauanazc@gmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A atuação do enfermeiro na assistência prestada à gestante é cada vez mais valorizada, principalmente após a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 e mais atualmente, na implantação de diretrizes da Rede Cegonha, que consiste em um novo paradigma para uma assistência qualificada e humanizada à gestante, parturiente e puérpera.¹ No que se refere à assistência à gestante na atenção básica, o pré-natal pode contribuir para desfechos mais favoráveis à saúde materna e neonatal ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções e controlar fatores de risco para possíveis complicações.² O atendimento e acompanhamento da gestante no nível primário da saúde pode e deve ser realizado tanto pelo profissional médico quanto pelo enfermeiro, este último tendo garantido a sua autonomia prevista e amparada na lei do exercício da profissão. Mesmo com o aumento de 350% na cobertura da assistência pré-natal pela Equipe Saúde da Família (ESF), no país, as avaliações referentes à qualidade do processo da assistência à gestante ainda são preocupantes, uma vez que um pequeno percentual de mulheres recebe assistência adequada durante a gestação, contribuindo com a ocorrência de agravos evitáveis e intervenções desnecessárias.³ Tais resultados indicam maior desafio na assistência pré-natal e apontam para a necessidade de permanentes avaliações dos serviços de saúde a fim de se reduzir a persistência desses agravos. Nesse contexto, conhecer o perfil das gestantes permite ao serviço de saúde desenvolver e planejar ações que promovam o fortalecimento do

processo de trabalho frente ao diagnóstico das características das gestantes de sua área de abrangência. **Objetivos:** Identificar o perfil das gestantes atendidas no nível primário de atenção à saúde em um município polo do oeste catarinense segundo suas características demográficas, condições clínicas de saúde e número de consultas pré-natal. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de caráter quantitativo realizado por meio da análise dos registros das gestantes cadastradas e atendidas nas 24 unidades de saúde do município de Chapecó-SC, disponibilizado via *internet* por meio do Sistema de Informação do Pré-natal (SIS-PRÉNATAL) no período de Janeiro a Março de 2016. Para a coleta dos dados, foi utilizado questionário semiestruturado que continha informações pertinentes para atender os objetivos do estudo. As variáveis estudadas foram idade, nacionalidade, raça/cor, tipagem sanguínea, exames laboratoriais, abordagem clínica, e número de consultas realizadas durante o período gravídico. Para a interpretação dos resultados adotou-se como referencial teórico o Manual de Pré-natal do Baixo Risco do Ministério da Saúde (MS): Cadernos de Atenção Básica nº 32⁴. Os dados foram analisados utilizando-se estatística simples (frequências e proporções). O estudo foi aprovado e autorizada a sua realização pela Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó (SESAU). **Resultados:** Foram cadastradas 1.287 gestantes no sistema de informação em saúde, sendo 6,4% (n=83) menores de 18 anos, 90,3% (n=1.161) em idade reprodutiva e apenas 3,3% (n=43) a cima de 40 anos. Quanto à naturalidade, a maioria eram brasileiras (97,5%) e 2,4% (n=31) eram haitianas. No que se refere às condições clínicas de saúde, 35,5%

(n=457) apresentaram tipagem sanguínea negativa (Sistema ABO-Rh), enquanto que 64,4% (n=830) tipagem positiva; quanto ao aparecimento de comorbidades durante o período gestacional 2,6% (n=34) apresentaram sorologia positiva para Sífilis e/ou outra Doença Sexualmente Transmissível (DST) associada, 1,7% (n=22) sorologia positiva para Toxoplasmose, 10,7% (n=138) Hipertensão Arterial Gestacional, 1,1% (n=14) Diabetes *Melitus* e 1,0% (n=12) Depressão e/ou acompanhamento pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, outras condições como Doença Degenerativa, Má formação fetal e Morte neonatal representaram menos de 1%. Em relação à imunização da gestante, 65,4% (n= 841) estavam com o quadro vacinal completo de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). Quanto aos registros das consultas subsequentes à abertura do cartão da gestante, apenas 34,6% (n=446) tiveram as demais consultas realizadas durante a assistência pré-natal registrada no sistema de saúde. Nem os profissionais médicos, nem os enfermeiros estão registrando o número mínimo de consultas estabelecidas nas diretrizes nacionais para a garantia de uma assistência oportuna e adequada. **Conclusão:** Foi possível observar que a assistência prestada durante o pré-natal no município em estudo é ainda insuficiente, visto que apenas uma parcela das gestantes recebe acompanhamento apropriado durante o período gestacional. Além disso, podemos inferir que a assistência é fragmentada, não havendo uma continuidade nos registros das consultas subsequentes. O que ocorre é apenas o registro da primeira consulta do pré-natal juntamente com a abertura do cartão da gestante. A ausência desse registro nos sistemas de saúde é um fator preocupante por expressar um dos pontos da qualidade da assistência prestada à gestante, uma vez que esse instrumento tem o papel de permitir o fluxo de informações entre os serviços de saúde e o acompanhamento da evolução da gravidez, do parto e do puerpério.⁵ Pode estar ocorrendo no município a passagem da gestante nos serviços de saúde sem o devido registro ou até mesmo a ausência da gestante nas consultas subsequentes do pré-natal. Em países de média e baixa renda o acompanhamento inadequado da atenção pré-natal é fator de risco significativo para o aumento da mortalidade perinatal¹¹. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a avaliação da política de saúde das gestantes no nível primário nos municípios brasileiros mostra a existência de dificuldades técnicas e administrativas na maioria deles, resultando em questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada a gestante e o impacto dos indicadores de resultados de saúde nesse grupo.¹ Ressalta-se que as gestantes que apresentaram sorologias positivas devem ser encaminhadas para o serviço de referência para o

pré-natal de alto risco e devidamente tratadas. As hipertensas, diabéticas e com qualquer outra condição crônica, devem ser acompanhadas tanto no nível secundário quanto no nível primário de saúde. Já as gestantes com tipagem sanguínea negativa, não necessariamente precisam ser referenciadas, mas o acompanhamento é extremamente importante quanto ao diagnóstico precoce e a prevenção da isoimunização fetal. Lembrando que para elas, a vacina com imunoglobulina anti Rh-D deve ser administrada no puerpério imediato. Por fim, salienta-se que esses fatores de risco devem ser investigados em cada consulta pré-natal por meio da abordagem clínica e laboratorial, quer seja pelo profissional médico quer seja pelo enfermeiro.

DESCRITORES: Cuidado pré-natal, atenção primária, gestantes.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Portaria nº 1459, de 24 de Junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha.[Acessado em 12 Abril de 2013]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.htm
- [2] Niquini RP, Bittencourt AS, Lacerda EMA, Saunders C, Leal MC. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família no município do Rio de Janeiro. *Cienc Saúde Colet* [on line]. 2012; [Acessado 2013 Jan 13]; 17 (10). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000028>
- [3] Andreucci CB, Cecatti, JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública* [on line]. 2011; [Acessado 2013 Abr 12]; 27 (10). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600003>
- [4] Ministério da Saúde (BR), Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília: MS; 2012.
- [5] Hackenhaar AA, Albernaz EP. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet* [on line]. 2013; [Acessado 2013 Abr 12]; 35 (5). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n5/02.pdf>

PARASITOSE ANIMAIS QUE AFETAM A SAÚDE HUMANA: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

MICHELE CRISTINA GUARNIERI^{1*}, ROBSON LOVISON¹, ALINE MAFFISSONI¹, GEISA PERCIO DO PRADO², RENATA MENDONÇA RODRIGUES³

1. Acadêmicos de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Mestre em Ciências Ambientais, Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC; 3. Mestre em Biologia Celular e Molecular, Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC.

* Rua Brasília, 78, Jardim Itália, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89802-320. michele.mcg@hotmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: Os parasitos são seres vivos que dependem de outros animais para sua sobrevivência: os hospedeiros. Uma vez alojados podem provocar diversas patologias, sejam leves ou graves. Muitos desses parasitos podem ser transmitidos de animais silvestres ou domésticos aos seres humanos: são as chamadas zoonoses¹. O animal pode ser um hospedeiro e viver muitos anos com o parasita, como também pode adoecer em função de desequilíbrio, o mesmo ocorre com os seres humanos. A Organização Mundial de Saúde¹ cita que nos últimos 10 anos, aproximadamente 75% das novas doenças que têm afetado os humanos, são causados por patógenos de origem animal não humanos ou em produtos de origem animal e, grande parte delas tem potencial de se disseminar globalmente¹. Alguns estudos indicam que muitas destas zoonoses são doenças negligenciadas e, portanto, há a necessidade de aprofundamento do tema. Principalmente por ser relevante para a promoção da saúde, por ser doenças de pouco interesse as pesquisas, mas que ainda vem matando e comprometendo a saúde humana como a saúde animal, e é de suma importância o conhecimento desta temática pelos profissionais da saúde em geral. **Objetivo:** Realizar uma revisão narrativa a respeito da temática “parasitoses animais que podem ser transmitidas a humanos” e descrever sinteticamente os seus resultados. **Método:** O procedimento metodológico adotado foi à revisão narrativa de literatura, utilizando a base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e manuais e livros contidos no google acadêmico. Este procedimento metodológico não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura². Contudo, adotamos os critérios de inclusão que seguem: livros e manuais com a temática de parasitologia; artigos em português, indexados na base de dados BVS que abordassem as doenças teníase, leishmaniose, malária, giardíase e toxoplasmose; os artigos que tivessem publicados completos no período de

2010 a 2015 e que tivessem os descritores: parasitoses, zoonoses e saúde pública. Já os critérios de exclusão foram: artigos anteriores ao período estipulado, expressos em outras línguas que não a portuguesa e que não estavam disponíveis na íntegra. Foram selecionados um livro de parasitologia, um guia do Ministério da Saúde, textos do Programa de zoonoses e saúde pública veterinária da Organização Mundial da Saúde, um caderno de atenção básica do Ministério da Saúde e quatro artigos em português que atenderam aos critérios definidos. **Resultados:** Entre as parasitoses animais que podem afetar humanos estão as causadas por vermes Platelminetos, como por exemplo, a teníase. Esta parasitose tem como agentes etiológicos a *Taenia solium* e a *Taenia saginata*, sendo o suíno e o javali o reservatório da *Taenia solium* e o bovino da *Taenia saginata* e o homem o reservatório definitivo de ambas. É causada por meio da ingestão de carne mal cozida de suínos e bovinos que contenham cisticercos (fase larvar da *Taenia spp*). Além da teníase, que afeta o intestino do homem, também pode ocasionar outra doença, que é a cisticercose humana, quando o homem ingere os ovos da *Taenia solium*. Enquanto a teníase, quando agravada, pode causar a obstrução do apêndice, colédoco ou ducto pancreático, a cisticercose pode provocar a deficiência visual e epilepsia³. Também, há zoonoses causadas por protozoários, pode-se citar a leishmaniose, que se trata de uma parasitose causada por diferentes protozoários do gênero *Leishmania* e é transmitida ao homem através da picada do mosquito da subfamília *Phlebotominae*. As leishmanioses podem ser de três tipos: a cutânea, que provoca feridas na pele; a muco-cutânea, que causa a destruição total ou parcial das mucosas e a visceral (calazar), que é a mais grave, frequente em algumas regiões do norte do Brasil e que pode levar à morte. Causa anemia severa, febre, perda de peso rápido, hepatomegalia e esplenomegalia⁴. As leishmanioses cutânea e muco-cutânea são tipos de Leishmaniose tegumentar americana e tem como hospedeiros ratos, gambás,

tamanduá, preguiça, tatu e canídeos silvestres. Animais domésticos também são infectados, porém, não há evidências de que sejam reservatórios, sendo considerados apenas hospedeiros acidentais³. A Malária é uma doença grave e pode ser causada pelas espécies de protozoários *Plasmodium*: *P. vivax*, causador da terçã benigna; *P. falciparum*, agente da terçã maligna e *P. malariae* causador da quartã benigna. O homem é o hospedeiro intermediário e o mosquito *Anopheles* é o definitivo⁵. Uma parasitose cosmopolita bem comum entre os humanos é a Giardíase, que se apresenta sob a forma cística do parasito *Giardia lamblia* e tem ciclo biológico direto. Sua transmissão se dá por meio da ingestão água ou alimento contendo o cisto deste protozoário, ou ainda pela ingestão de cistos provenientes de fezes animais domésticos⁵. Esta forma cística ao chegar ao intestino, se transforma na forma trofozoítica, que se fixa a parede do intestino e provoca a má absorção intestinal, principalmente de gorduras. É um protozoário que parasita animais domésticos, silvestres e, no homem é o parasita intestinal mais frequente⁴. Ainda, entre as parasitoses ocasionadas por protozoários, é de extrema importância citar a toxoplasmose, que atinge parte significativa da população mundial. Os felinos são os principais hospedeiros, mas existem em outros animais silvestres e o homem é o hospedeiro intermediário. O *Toxoplasma gondii* é o protozoário responsável por esta parasitose e o homem pode ser infectado ao ingerir os oocistos (forma infectante do parasito) eliminados pelas fezes dos felinos infectados, e podem estar presentes em jardins, caixas de areia, latas de lixo ou disseminados por moscas, baratas, minhocas e outros animais em terrenos e outros espaços. Outras formas de infecção são a ingestão dos cistos tissulares presentes em carne crua ou mal cozida especialmente de suínos e carneiros, ou ainda, por transmissão congênita, ou seja, quando a mãe infectada e na fase aguda da doença transmite via transplacentária, formas trofozoítas do parasito ao filho⁵. A toxoplasmose apresenta quadro clínico variável e se manifesta de muitas formas, como: pode ser assintomática; toxoplasmose febril aguda; pode generalizar-se afetando pulmões, miocárdio, fígado e cérebro; a toxoplasmose ocular que provoca a coriorretinite em mais de 40% dos casos e ainda pode ser causa da retinite aguda e crônica; a toxoplasmose neonatal pode causar microcefalia, hidrocefalia ou outros agravos. Sendo assim, esta parasitose pode se apresentar assintomática ou com diversos sintomas, chegando a quadro extremamente grave e letal³.

Conclusão: As parasitoses estão entre as patologias que mais afetam as populações e conseqüentemente a saúde coletiva e pública. No Brasil, são diversas as que ainda estão sem o devido controle, pois, a maioria tem relação com as condições socioeconômicas, com questões como

o saneamento básico, além da informação e do acesso à toda a população das medidas de saúde pública adequadas e intensas. No caso das parasitoses animais, o controle da população de animais domésticos e especialmente a promoção da saúde destes também é vital, pois existem vacinas e outros medicamentos, além das condições de higiene que possibilitam a diminuição das zoonoses e da infecção em humanos. A condição de moradia e de trabalho nos espaços silvestres, também aumenta as possibilidades de parasitoses, quase exclusivas de animais silvestres, proliferam entre animais domésticos e humanos. Dessa forma, se faz importante que se aprofunde os estudos e intervenções no sentido da prevenção e promoção da saúde, de forma a evitar o aumento de casos. Visto que, há um destaque a algumas regiões do Brasil, onde o clima e as baixas condições de saneamento e higiene, a ocupação populacional desordenada favorecem ao aumento dos riscos de infecções por estes parasitos. A enfermagem, especialmente na saúde pública tem papel fundamental em informar, orientar e auxiliar a comunidade a tomar medidas de prevenção contra estas doenças. Também é função da enfermagem trabalhar em pesquisas e ações de intervenção nas comunidades.

DESCRITORES: Parasitoses, saúde humana, enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1] Organização Mundial de Saúde. Zoonoses Interface. 2010. [acesso 09 abr. 2016] Disponível em: <http://www.who.int/zoonoses/en/>. Acesso em 09 de abril de 2016.
- [2] Rother ET. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. Acta Paul Enferm. 2 p. 2007.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 444 p. Il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- [4] Pegoraro J, Agostini C, Leonardo JMLO. Incidência de parasitas intestinais de caráter zoonótico em cães e gatos na região de Maringá. In: Anais Eletrônico VII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar; 2011; out 25-28; Maringá: Paraná: DPCUM; 2011.
- [5] Neves DP, Melo AL, Linardi PM, Vitor RWA. *Parasitologia humana*. 12. ed. São Paulo: Atheneu; 2011.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM E A QUANTIFICAÇÃO DOS CASOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 E TIPO 2 NO ESTADO DE SANTA CATARINA

GREICI DAIANI BERLEZI¹, MAIARA VANUSA GUEDES RIBEIRO¹, ALESSANDRA DE PAULA¹, DENISE STEFFENS GRAZIOLI¹, DÉBORA TAVARES RESENDE E SILVA^{2*}

1. Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó; 2. Fisioterapeuta, Doutora em Patologia, Docente da UFFS, campus Chapecó, Pesquisadora integrante do grupo de pesquisa CNPq GEPISC/UFFS.

* Rua Mato Grosso, 760E, apto 101, Jardim Itália, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89814-080. debora.silva@uffs.edu.br

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A assistência de enfermagem apresenta-se fundamental para o paciente portador de diabetes, desde a ação de orientação, acompanhamento e até mesmo o acolhimento ao paciente, promovendo ao mesmo, incentivo, educação à saúde para a aprendizagem da convivência com a doença. O diabetes *mellitus* consiste em um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou em sua ação. A hiperglicemia se manifesta por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou por complicações agudas que podem levar a risco de vida¹. Por sua vez, obtendo esses sintomas faz-se necessário a realização do exame de glicemia que é executado de forma rápida e eficaz. Os critérios para o diagnóstico de diabetes têm como valores de referência: glicemia normal para uma pessoa em jejum índices < 100mg/dl e/ou após duas horas de uma refeição < 140mg/dl, consideram-se casos de tolerância à glicose diminuída índices >100mg/dl a <126mg/dl para um indivíduo em jejum e 140mg/dl a <200mg/dl após duas horas de refeição, dessa forma, níveis 126mg/dl e 200mg/dl é resultado de diabetes². No entanto, alguns fatores podem levar a um agravamento, tais como: maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, maior consumo de dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono de absorção rápida, deslocamento da população para zonas urbanas, mudança de estilos de vida tradicionais para modernos, inatividade física e obesidade, sendo também necessário considerar a maior sobrevivência da pessoa diabética³. Ao passo que, o impacto social e econômico que tem ocasionado, tanto em termos de produtividade quanto de custos, o diabetes *mellitus* vem sendo reconhecido, em vários países, como problema de saúde pública com reflexos sociais importantes. Suas manifestações crônicas são ainda, na

nossa realidade, causas comuns de hospitalização e absenteísmo no trabalho. Sobressaem, dentre elas, as doenças oculares, renais e vasculares que tem sido apontada como causas frequentes de invalidez e incapacitação para o trabalho³. Portanto, o diagnóstico correto e precoce do diabetes *mellitus* e das alterações da tolerância à glicose é extremamente importante porque permite que sejam adotadas medidas terapêuticas que podem evitar o aparecimento de diabetes nos indivíduos com tolerância diminuída e retardar o aparecimento das complicações crônicas nos pacientes diagnosticados com diabetes¹. Sendo assim, o diabetes melito possui uma classificação variada, tendo como as mais frequentes, o diabetes tipo 1 e diabetes tipo 2¹. Diabetes tipo 1 (DM1) é uma doença crônica podendo acometer diferentes faixas etárias sendo mais comumente diagnosticada em crianças, adolescentes e adultos jovens. Corresponde a cerca de 5-10% dos casos de diabetes. Pode ser classificado em auto-imune, que caracteriza-se pela destruição progressiva e insidiosa das células pancreáticas produtoras de insulina². Dessa forma a DM1 tem início quando ocorre um desequilíbrio nos mecanismos de tolerância aos antígenos próprios, resultando em insulite: infiltrado inflamatório composto de linfócitos T e B, macrófagos e células dendríticas. As células T-CD4 ativadas (CD4+) agem no processo da insulite, determinando reações inflamatórias e secreção de citocinas, especialmente interleucina 1 (IL-1), interferon (IFN-) e fator de necrose tumoral alfa (TNF-a), culminando com a morte das células-beta (imunidade celular). As células T CD4+ também funcionam como células auxiliares ativadoras das células T-CD8 e linfócitos B produtores de auto-anticorpos (imunidade humoral). O período de auto-imunidade, conhecido como pré-diabético assintomático ou fase subclínica, precede o diabetes e pode ter duração de vários anos, sendo evidenciado pela presença de auto-anticorpos contra antígenos das células-beta e pela perda

progressiva da capacidade secretora de insulina. Ao diagnóstico do DM1, restam apenas 10% das células-beta e, com o passar do tempo, estas tornam-se virtualmente ausentes. As demais células das ilhotas pancreáticas não são atingidas, e persistem produzindo glucagon (células-alfa) e somatostatina (células -delta). A secreção de glucagon aumenta pela perda do efeito supressor da insulina. A deficiência de insulina pode ainda causar certa atrofia do pâncreas exócrino e redução das enzimas pancreáticas ⁴. Em outras palavras, havendo uma predisposição genética ela é modulada por fatores ambientais (infecciosos, dietéticos, tóxicos) que levam ao desenvolvimento de uma insulite autoimune (produção de anticorpos contra componentes da ilhota e ativação de linfócitos T), diminuição progressiva de secreção de insulina e da tolerância a glicose, até a deficiência absoluta de insulina com surgimento de hiperglicemia. Alguns pacientes podem recuperar parcialmente a função das células nos primeiros meses após o diagnóstico ². O pico de incidência do diabetes tipo 1 ocorre dos 10 aos 14 anos de idade, havendo a seguir uma diminuição progressiva da incidência até os 35 anos, de tal maneira que casos de diabetes tipo 1 de início após esta idade são pouco frequentes. No entanto, indivíduos de qualquer idade podem desenvolver diabetes tipo 1 ¹. Do mesmo modo, a Diabetes tipo 2 (DM2) é provocada por um defeito na secreção e na ação da insulina (resistência à insulina) ². Esse defeito é decorrente da deterioração das células o que ocasiona em uma diminuição na produção de insulina que é responsável por levar a glicose para o organismo, devido a essa falta de produção de insulina a glicose vai se acumular no organismo causando hiperglicemia e glicotoxicidade. Cerca de 80% dos pacientes com DM2 apresentam sobrepeso ou obesidade e mesmo naqueles com peso normal, pode ocorrer maior predomínio de gordura na região abdominal. O risco de desenvolver diabetes tipo 2 aumenta com a idade, excesso de peso, sedentarismo e frequentemente encontra-se associado a hipertensão arterial ². No entanto alguns dos principais fatores responsáveis pelo aumento da prevalência do diabetes tipo 2 são a alteração no estilo de vida e a esperança de vida, ao nascer, uma vez que suas características estão relacionadas a fatores hereditários e a manifestação após os 35 anos de idade ⁵. Sendo assim, apesar das dificuldades relacionadas à complexidade que envolve a doença no controle do diabetes *mellitus*, os programas de controle de saúde devem conter ações individuais e de assistência e ações populacionais de abrangência coletiva, direcionadas à promoção à saúde, a fim de provocar impacto educacional e promover resolutividade⁵. **Objetivo:** Analisar a incidência de casos de Diabetes *Mellitus* do tipo 1 e tipo 2 no estado de Santa Catarina, sendo subdividida em suas macrorregiões de saúde. **Método:** A pesquisa foi

realizada de forma quantitativa com o intuito de identificar a quantidade de casos de Diabetes *Mellitus* tipo 1 e tipo 2 no estado de Santa Catarina. Esses dados foram obtidos através da base de dados DATASUS sendo esses explorados no ano de 2015, a busca ocorreu da seguinte forma: através da base de dados DATA SUS, se optou pelas informações de saúde geradas pelo TABNET, foi selecionado epidemiológicas e morbidade e escolhendo o grupo de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) sendo optado na guia abrangência geográfica o estado de Santa Catarina. Essa etapa nos direcionou para o sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos de Santa Catarina, onde na opção linha foi selecionada a Macrorregião de saúde, na coluna doença renal e no conteúdo Diabetes tipo 1 e 2, na categoria de períodos disponíveis selecionamos desde o mês de Abril de 2011 até Abril de 2013, e para finalizar a consulta acessamos o ícone mostrar para gerar as tabelas. **Resultados:** Foi obtido como resultados, para o estado de Santa Catarina a macrorregião de saúde onde se encontra em nove subdivisões sendo elas: Serra Catarinense, Planalto Norte, Nordeste, Sul, Grande Florianópolis, Foz do Rio Itajaí, Vale do Itajaí, Meio Oeste e Grande. Diante desse processo de levantamento dos dados se observou um número maior de casos de Diabetes *Mellitus* tipo 2, onde dos 2.388 indivíduos registrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos de Santa Catarina, 78 possuíam diabetes tipo 2 e 41 diabetes tipo 1. Houve uma prevalência de casos de diabetes tipo 2 no Vale do Itajaí com 19 indivíduos seguido da Grande Florianópolis com 13 casos, no entanto na região do Grande Oeste não se contabilizou casos de diabetes tipo 2. Já nos casos de Diabetes *Mellitus* tipo 1 na região Sul se obteve 12 casos seguido de sete casos no Vale do Itajaí, não havendo casos no Grande Oeste. Além disso, na região do Meio Oeste se observa que os casos de diabetes tipo 1 e 2 tem índices semelhantes apresentando sete ocorrências. **Conclusão:** Concluímos que uma subnotificação de casos de Diabetes *Mellitus* tipo 2, sendo essa adquirida com o tempo com interferência na qualidade de vida da pessoa, sem intervenção de fatores genéticos, portanto é fundamental implementar programas que promovam a assistência desses indivíduos já pertencente ao grupo com diabetes tipo 2 e juntamente aos que possuem diabetes tipo 1, procurando desenvolver a prevenção de novos casos de Diabetes *Mellitus*.

DESCRITORES: Diabetes *Mellitus*, Diabetes *Mellitus* tipo 1, Diabetes *Mellitus* tipo 2, glicose, insulina.

REFERÊNCIAS

- [1] Gross JL, *et. al.* Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico.

- Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. São Paulo, 2002; 46(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n1/a04v46n1.pdf>
- [2] Grossi SAA, Pascali PM; Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.sausedireta.com.br/docsupload/134036861111_18_1324_manual_enfermagem.pdf
- [3] Ortiz MCAI, Zanetti ML. Levantamento Dos Fatores De Risco Para Diabetes Mellitus Tipo 2 Em Uma Instituição De Ensino Superior. Rev Latino-am Enfermagem. 2001, Maio. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11499.pdf>
- [4] Lafferty KJ, Eisenbart GS. Type 1 Diabetes: Cellular, Molecular & Clinical Immunology. Theoretical Essay A - The Development of Autoimmune Diabetes: Theoretical Aspects. Disponível em: http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/medicalschool/centers/BarbaraDavis/Documents/book-Type1DiabetesHTML/type1_ch13a.html
- [5] Miranzi S De SC, *et. al.* Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Texto & Contexto – Enfermagem. Florianópolis, 2008; 17(4): 672-679. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>.

FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

TAIZE **SBARDELLOTTO**^{1*}, VANESSA APARECIDA **GASPARIN**², RAFAELA **BEDIN**³, LUANNA ALMEIDA **NARDES DE SOUZA**⁴, DEBORA TAVARES DE RESENDE E **SILVA**⁵, ÉRICA DE BRITO **PITILIN**⁶

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó, Membro do grupo de pesquisa GEPISC; 2. Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); 3. Enfermeira, graduada pela UFFS, campus Chapecó; 4. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, campus Chapecó; 5. Fisioterapeuta, Doutora em Patologia, Docente da UFFS, campus Chapecó; 6. Mestre e Doutora em Enfermagem, Docente da UFFS, campus Chapecó. Pesquisador/Integrante dos grupos CNPq: GEPISC/UFFS; NEPEMAAS/UNESPAR.

* Av. Nereu Ramos, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89801-020. ize.sbardelotto@gmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A transição demográfica vivenciada no Brasil reflete as mudanças ocorridas no paradigma das doenças recorrentes na população. Além disso, a globalização ocasionou mudanças sociais e econômicas diretas, influenciado assim, os hábitos da sociedade, o que cooperou para o aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no país. As DCNT são definidas como um conjunto de doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida, de etiologias incertas, longos períodos de latência e diferentes fatores de risco.¹ Entre as doenças mais frequentes deste grupo encontra-se a Diabetes, as Neoplasias, as Doenças cardiovasculares e as Doenças respiratórias crônicas. Atualmente, são consideradas um sério problema de saúde pública responsáveis por 63% das mortes no mundo e a causa de aproximadamente 72% das mortes no Brasil, custeando para o sistema público R\$ 4,18 milhões por ano.² Essas patologias ameaçam a saúde e o desenvolvimento humano, uma vez que acarretam impactos na qualidade de vida dos indivíduos elevando a possibilidade de uma morte prematura, aumentando os custos econômicos adversos para as famílias e sociedade em geral. Tais doenças são resultados de diversos fatores determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável.³ A atual política de assistência à saúde no país tem priorizado o investimento e a reorganização dos serviços frente ao desenvolvimento e controle das DCNT por meio da elaboração de estratégias e no delineamento de diretrizes em vigilância, informação, avaliação, monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral. Ao identificar tais fatores é possível a construção de melhorias nessa área e

contribuir para que profissionais, principalmente da enfermagem, insiram novas condutas e rotinas no atendimento dessa população. Assim, este estudo parte do pressuposto que as DCNT também podem ter sua origem nos determinantes sociais, como renda, escolaridade, condições de moradia já que o processo saúde-doença pode ser socialmente determinado. **Objetivo:** Monitorar a prevalência dos fatores de risco à ocorrência de DCNT em um município polo do estado do Paraná, no período de Março a Abril de 2014. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de base populacional realizado por meio de um inquérito domiciliar no município de Maringá, polo do norte do estado do Paraná, Brasil. Com o objetivo de assegurar a representatividade do evento neste estudo foi utilizado cálculo amostral. A amostra foi calculada utilizando as informações do censo demográfico referente à população adulta (idade ≥ 18 anos) no ano anterior à coleta de dados. Além disso, a seleção da amostra teve como unidade de referência as Áreas de Extensão Demográficas (AED) do município totalizando 21 áreas e foram sorteados domicílios a serem contemplados com o estudo. As visitas incluíram a aplicação de um questionário face a face, proposto pelo Ministério da Saúde. As variáveis abordadas neste estudo quanto às características sociodemográficas foram idade; cor (branca, negra, parda ou morena, amarela); situação conjugal (solteira, casada/unida, viúva, separada); nível de escolaridade (nunca estudou, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior); além das principais características associadas à ocorrência de DCNT como: 1) tabagismo (fumante ativo, independente do número de cigarros, não fumante e ex-fumante); 2) atividade física (considerando ativos no lazer: atividade de intensidade leve ou moderada (caminhada, caminhada em esteira,

musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais e luta, bicicleta, voleibol ou outra); 3) ingestão de bebida alcoólica (consumo de forma abusiva - mais do que cinco doses (homem) ou quatro doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias); 4) estado nutricional (analisado pelo Índice de Massa Corporal (IMC)). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá. **Resultados:** Foram entrevistados 453 adultos, sendo 77,5% (351) do sexo feminino e 22,5% masculino. A média de idade foi de 52 anos ($\pm 16,23$ anos). Quanto à escolaridade, 4,6% dos entrevistados nunca haviam estudado, 49,7% tiveram apenas o ensino fundamental, 27,2% o ensino médio e 18,5% ensino superior. Quanto ao estado civil, 15,2% eram casados/união estável, 12,6% viúvos e 6,8% divorciados. Em relação aos fatores de risco à ocorrência de DCNT, observou-se que 74,2% não realizavam atividade física e 56,6% apresentavam excesso de peso, no qual destes 35,4% estavam com obesidade. O consumo abusivo de bebida alcoólica não foi elevado na população estudada e houve uma redução no número de fumantes para ex-fumantes em 9,3%. Foi encontrada maior prevalência de sedentarismo entre as mulheres com baixa escolaridade e viúvas. Por outro lado, o excesso de peso e o consumo abusivo de bebida alcoólica foi mais frequente entre os homens solteiros e com nível superior completo. Não se observou significância estatística quanto à associação entre os fatores de risco e raça/cor. Considerações finais: As características sociodemográficas mostraram associação entre os principais fatores de risco para as DCNT corroborando com a hipótese inicial do estudo. Os resultados apontaram relevância estatística entre atividade física, consumo abusivo de bebida alcoólica, tabagismo e excesso de peso. Esta situação pode estar relacionada às condições de vida de um novo perfil da população que está mais independente e exposta às práticas de comportamentos condizentes com a conjuntura atual.⁴ Esse conjunto de fatores de riscos modificáveis responde pela grande maioria das mortes e por frações importantes da carga de doenças relacionadas às DCNT. Há uma tendência crescente mundial de que as pessoas se tornem cada vez menos ativas em razão dos avanços tecnológicos e atividades lúdicas passivas. São necessárias políticas e ações que incentivem a realização de exercícios regulares evidenciando seus benefícios e garantindo subsídios para a estruturação de locais destinados a este fim. Além disso, a baixa escolaridade pode ter agravado esse índice na população em estudo, uma vez que a inatividade permaneceu entre aqueles que nunca haviam estudado (90,5%). Vale ressaltar que a não realização de atividade física, além de outros fatores, também contribui para o surgimento do excesso de peso resultando no

agravamento de doenças crônicas e dislipidemias. Outro ponto revelado pelo estudo foi que o consumo abusivo de bebida alcoólica foi mais frequente entre os homens solteiros e com escolaridade superior a 12 anos de estudo, demonstrando índices semelhantes ao encontrado em outros estados e nas demais capitais brasileiras.⁵ Nessa perspectiva, os principais fatores de risco evidenciados neste estudo poderiam ser evitáveis a partir da introdução de medidas sociais, de prevenção e controle da saúde como a prática regular de atividade física, alimentação equilibrada e a adoção de hábitos saudáveis. Apesar da existência de políticas e estratégias implantadas no país para o declínio desses fatores, seus impactos sobre a saúde ainda são evidentes, exigindo uma reorganização dos serviços de saúde ao estabelecer prioridades nas ações de prevenção das DCNT mediante vigilância, promoção e reabilitação. Neste estudo, grande parte dos fatores de risco identificados foi passível de modificações a partir da incorporação de hábitos saudáveis e mudanças no comportamento e estilo de vida. A baixa escolaridade esteve associada com a presença de inatividade física, tabagismo e excesso de peso. Além disso, os homens estão mais expostos aos fatores de risco tendo mais chance de fumar, beber e ser obesos em relação às mulheres. **Conclusão:** Ressalta-se o importante papel dos serviços de saúde sobre as várias possibilidades de atuação frente à promoção desses agravos e na influência de alterações no comportamento masculino. A interpretação dos resultados da pesquisa deve ser feita à luz de algumas limitações metodológicas. Sistemas de monitoramento que se baseiam em dados referidos apresentam certas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos dados. A acurácia das informações auto referidas depende do conhecimento dos respondentes de informações relevantes, da capacidade de recordá-las e da fidedignidade ao recordá-las. Portanto, a situação real da frequência dos fatores de risco para as DCNT possivelmente pode ser pior do que a encontrada. Apesar das limitações apontadas, a pesquisa pode identificar a tendência das DCNT no nível local e sua associação com as características próprias do indivíduo, apoiando o planejamento, implementação e avaliação de intervenções em saúde pública voltadas para a redução destas doenças.

DESCRITORES: Doença crônica, fatores de risco, prevalência, prevenção de doenças.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2015 jul 7]. 148 p. Disponível em: http://www.sbn.org.br/noticias/acoes_estrategicas.pdf

- [2] Malta DC, Gosch CS, Buss P, Rocha DG, Rezende R, Freitas PC *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Ciênc. saúde colet.* [Internet]. 2014 [citado 2015 jul 12]; 19(11):4341-50. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4341.pdf>
- [3] Muniz LC, Schneider BC, Silva ICM, Matijasevich A, Santos IS. Fatores de riscos comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Rev Saúde Públ.* [Internet]. 2012 mar [citado 2015 jul 8]; 46(3):534-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300016
- [4] Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico: Município de Maringá. Maringá: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social; 2015 [citado jul 5]. 42 p. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=87000>
- [5] Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet* [Internet]. 2011 mai [citado 2015 jul 7]; (4):61-74. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/pdf/brazilpor41.pdf>

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: O DESPERTAR DOCENTE PARA O APRENDER E O ENSINAR

ANDRÉ LUCAS MAFFISSONI^{1*}, CARINE VENDRUSCOLO², JEAN WILIAN BENDER³

1. Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC; 3. Acadêmico de Enfermagem da UDESC.

* Rua Sete de Setembro, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 99.802-220. andremaffissoni@hotmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: O processo de ensino em saúde e Enfermagem é um tema de ampla discussão e que gera discussões em relação à efetividade do modelo de educação oferecido pela maioria das Universidades brasileiras. Instituições e sujeitos que compõem o setor de ensino e o serviço, no campo da formação de recursos humanos para esta área, refletem e dialogam sobre a maneira com que o egresso chega ao mercado de trabalho, em relação aos conhecimentos teórico-práticos, e buscam estratégias e dispositivos capazes de aperfeiçoar a qualidade da formação e diminuir a fragmentação dos conteúdos. Como exemplo dessas movimentações, podemos citar a aprovação, em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, que proporcionam o embasamento necessário à reorientação da formação em saúde e enfatizam a importância da formação voltada aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. A necessidade de incorporar o SUS na formação é evidente e se sustenta pela atual realidade da atenção em saúde, frágil em diversos aspectos em decorrência do modelo hegemônico de compreensão do processo saúde/doença, com ênfase na patologia e na cura, tendo o hospital como porta de entrada prioritária e central da rede de atenção. Nessa perspectiva, entende-se que durante a graduação em Enfermagem o acadêmico precisa reconhecer modelos de atenção mais atuais, os quais vêm ganhando destaque no âmbito do Sistema, como as Redes de Atenção à Saúde (RAS), desenvolvidas a fim de organizar o processo de cuidado e para facilitar a compreensão do itinerário que o usuário percorre nos diversos “pontos” que operam a fim de produzir saúde². **Objetivo:** Identificar a prática docente na abordagem do tema Redes de Atenção à Saúde (RAS), em cursos de Enfermagem. **Metodologia:** Este resumo apresenta resultados parciais de um projeto de pesquisa, o qual será desenvolvido no formato de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), e que objetiva identificar as relações entre as RAS e o setor de ensino.

O projeto está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), sendo realizado em duas Instituições de Ensino Superior (IES) da região Oeste de Santa Catarina. Os resultados aqui expostos foram produzidos a partir de entrevista com dez docentes, mediante roteiro pré-estruturado com nove perguntas que abordaram o contexto das RAS e a função do docente na construção de um processo de ensino voltado ao estudo do SUS. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de fevereiro e março de 2016 e a transcrição das entrevistas e interpretação inicial dos dados foram realizadas no mês de março deste mesmo ano. **Resultados:** O primeiro resultado relevante foi que os docentes, em diversos momentos, demonstram desconhecimento acerca do que são as RAS na perspectiva proposta por Mendes (2010), ou seja, carecem de aprofundamento teórico no que diz respeito à maneira como as RAS articulam os diversos prestadores de serviços. Os professores universitários manifestaram conhecimento teórico sobre o percurso do usuário no sistema público de saúde, principalmente aqueles que atuaram na área assistencial antes de tornarem-se professores, porém, compreendem de maneira insuficiente esse processo como uma atuação em Redes. Isso pode ocorrer devido ao tema, apesar de compor o arcabouço teórico-filosófico do SUS, ser uma variável que começou a gerar reflexões há pouco tempo e também, pelas discussões limitadas sobre a temática, tanto no meio acadêmico como no meio assistencial. Outra questão que chamou atenção foi a necessidade docente em compreender as Redes em funcionamento nas estruturas de saúde em que realizam as atividades teórico-práticas e os estágios com os discentes. Discursos como: “Eu ensino a teoria, mas, e a prática, como eles vão entender?” e “A gente precisa tentar suprir na sala de aula, porque eles não vão ver as RAS na prática.” fazem refletir sobre a dificuldade existente em contextualizar esse modelo de atenção de forma significativa aos estudantes, sem que o vivenciem enquanto possibilidade de trabalho e de (re)organização do modelo de atenção à saúde, integrando ensino e

serviço. Da mesma forma que citam a ausência da prática como uma fragilidade, encerram que o tempo limitado das aulas e o excesso de conteúdos, são, notavelmente, entraves no processo de ensino e aprendizado sobre as Redes, principalmente em razão da concepção limitada de muitos estudantes, assim como dos próprios docentes, acerca do processo saúde-doença. Essas concepções, hospitalocêntricas e fortemente influenciadas pelo modelo biomédico, não dão conta dos pressupostos das Redes, que visam o cuidado integral, articulado e dinâmico dos indivíduos, tornando o processo de construção de conhecimento demorado. Nesse sentido, também chama atenção que os docentes não abordam o tema das RAS em suas aulas pela falta de sensibilização quanto à relevância de se trabalhar a temática ainda na formação. Esse aspecto fica implícito em alguns discursos como: “As vezes a gente procura trabalhar coisas mais práticas, que mudam as coisas no trabalho” e “Falar de RAS é importante, mas tem assuntos mais importantes pra ser dito”. Sabe-se que é de extrema importância investir na formação do professor, a fim de qualificar cada vez mais os processos de ensino e garantir uma postura profissional condizente com a prática³. Portanto, é imprescindível que estes sejam tocados e instigados a reconhecer a importância de se compreender e aprender/ensinar a lógica das RAS na organização do SUS, a fim de formar profissionais da saúde que contribuam para a produção de saúde nesse âmbito. **Conclusão:** Pesquisar e desvelar as prerrogativas que envolvem a formação e educação em saúde e Enfermagem é essencial para que a qualidade dos cursos de graduação esteja sempre em ascensão. As RAS, diferentemente de outras variáveis que permeiam o universo do SUS, exigem dos docentes e discentes reflexão e ampliação de olhares sobre o modelo de saúde vigente. O processo de ressignificar o modo como se produz saúde no Brasil está se desenvolvendo de modo gradual, ancorando-se, principalmente, à promoção da saúde, prevenção de agravos e integralidade assistencial. O SUS necessita de profissionais inovadores, comprometidos, reflexivos e que sejam reais agentes de mudança, logo, é muito profícuo que as movimentações para as mudanças ocorram também em âmbito universitário, especialmente envolvendo o corpo docente, formador de opiniões. Se não existirem professores sensibilizados com o propósito de formar para o SUS e para suas particularidades organizativas, bem como, com condições de trabalho que proporcionem o desenvolvimento de tais competências, tampouco existirão egressos preparados para atuar no Sistema.

DESCRITORES: Docentes de enfermagem, educação em saúde, sistema único de saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Almeida MJ. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. 2 ed. Londrina: Rede Unida; 2005.
- [2] Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva* 2010; 15(5): 2297-305.
- [3] Vendruscolo C, do Prado M.L, Kleba ME. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Educ. Ver* 2014; 30(1): 215-44.

A ENFERMAGEM NA ORIENTAÇÃO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA A PACIENTES HEMODIALÍTICOS

JÉSSICA COSTA MAIA^{1*}, OLVANI MARTINS DA SILVA², GUSTAVO FELIPPE DA SILVA³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Enfermeira, Mestre em Terapia Intensiva, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC; 3. Farmacêutico, Doutor PhD, Docente da UDESC.

* Av. Fernando Machado, São Cristóvão, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89803-000. jessicamaia@hotmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A hemodiálise é um tratamento eficaz no último estágio da Doença Renal Crônica (DRC), mas impõe ao paciente uma mudança do estilo de vida. A implementação dos cuidados de enfermagem avalia os aspectos de domínio físico e psicológico do paciente, para entender suas necessidades, colocando o profissional como um alicerce para a conservação da saúde e readequação das ações terapêuticas¹. A assistência ao paciente hemodialítico e seus familiares é importante para esclarecer todo o processo da doença e sua progressão, perpassando orientações e adequando o tratamento para uma melhor adesão. Além disso, o conhecimento técnico/científico do profissional enfermeiro é fundamental para auxiliar na dinâmica do trabalho, em que são responsáveis pela monitorização do paciente, detectando e intervindo no que tange aos agravos, buscando assim, a melhor qualidade de vida do mesmo². O enfermeiro precisa estar presente nas condutas desempenhadas com o paciente, coordenando sua equipe nas sessões de hemodiálise e identificando os problemas específicos de cada indivíduo para estar readequando as intervenções a serem realizadas.

Objetivo: Refletir sobre o papel da enfermagem na orientação da terapia medicamentosa. **Método:** nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio dos descritores vinculados ao tema principal: Papel da Enfermagem; Hemodiálise; Insuficiência Renal Crônica; Adesão à Medicação; Automedicação. Em seguida foi realizado os seguintes cruzamentos de descritores: Papel da Enfermagem and Hemodiálise; Papel da Enfermagem and Insuficiência Renal Crônica; Papel da Enfermagem and Adesão à Medicação; Papel da Enfermagem and Automedicação. Os artigos encontrados foram filtrados de acordo com objetivo específico do estudo, publicados nos últimos cinco anos, obtendo como resultado 65 artigos. Em seguida, foi realizada a leitura de seus títulos, e posterior os resumos, resultando em uma amostra de sete artigos. Dos quais foram extraídos os dados a partir de instrumento

elaborado contendo nome dos autores e ano de publicação, objetivos do estudo, metodologia utilizada e considerações importantes do artigo. **Resultados:** Ao analisar os sete artigos encontrados para discussão dessa reflexão, quanto à metodologia aplicada pelos seus autores, foi identificado que os mesmos se utilizaram de desenhos metodológicos variados, entre eles um estudo de caso clínico realizado em uma unidade de internação de Clínica Médica de um hospital público da cidade de Salvador/BA, em que o sujeito do estudo foi uma idosa de 81 anos, portadora de Diabetes Mellitus e DRC; Dois estudos descritivos, exploratório, com abordagem qualitativa, sendo que um foi realizado com nove pacientes do Centro de Nefrologia e Diálise de um hospital do Rio Grande do Sul/RS, e o outro com 15 pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, em uma clínica particular do município de Petrópolis no Rio de Janeiro/RJ; um estudo descritivo e exploratório de caráter quantitativo, realizado com 48 idosos usuários de um serviço de hemodiálise do município de Guarapuava, Paraná/PR; Um estudo transversal, realizado com 102 pacientes do ambulatório de nefrologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE); uma revisão integrativa da literatura, que tinha como pergunta norteadora: quais os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes renais crônicos em hemodiálise? E um estudo descritivo, realizado com 50 indivíduos, de uma ESF, localizada em um município do interior de Minas Gerais/MG. Totalizando uma população de 225 indivíduos. No que tange o papel do enfermeiro com os cuidados aos pacientes renais crônico na adesão terapêutica, apoiando-se na discussão dos autores tem-se que a DRC quando descoberta causa impacto na vida dos pacientes, pelas mudanças alimentares, de rotinas, alterações que levam a uma péssima qualidade de saúde. Dessa forma, a educação em saúde aos pacientes com DRC deve ser contínua, começando assim que o diagnóstico é determinado, com a equipe de enfermagem auxiliando e orientando sobre a manutenção da saúde e

as reações dos sintomas da doença no seu corpo e na vida, fazendo o paciente compreender a importância do tratamento, para evitar complicações futuras³. O tratamento dialítico traz limitações psicológicas, sexuais, físicas, familiares e sociais, em que os pacientes expressam medo da incapacidade, e do prognóstico. Fazendo-se necessário a equipe de enfermagem abordar essas questões para a elaboração do plano de cuidados, conhecendo essas limitações frente ao tratamento dialítico e descobrindo adaptações necessárias para uma melhor adesão do tratamento. Nesse sentido as consultas de enfermagem são essenciais para as orientações aos pacientes, juntamente com a equipe multidisciplinar, pode agregar informações e analisar em conjunto os problemas pertinentes ao tratamento hemodialítico, bem como suas consequências, permitindo uma troca de experiências, aumentando o vínculo profissional com o paciente e a satisfação dos mesmos, buscando as melhores alternativas de adesão terapêutica³. A equipe de enfermagem por manter contato direto com o paciente e ter o cuidado como essência, precisa estar presente identificando as necessidades de cada paciente, educando a família sobre as condutas a serem realizadas e orientando sobre o tratamento e o plano terapêutico, de maneira técnica, científica, como também, psicológica. É mediante a essa demanda que a aproximação do profissional por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, consegue entender os problemas identificados, avaliando seus aspectos biopsicossociais, e as necessidades espirituais, podendo interagir de maneira privilegiada nas intervenções de enfermagem a serem implementadas com cada paciente⁴. A utilização do processo de enfermagem é a ferramenta exclusiva da assistência do enfermeiro, uma vez que aperfeiçoa a qualidade do trabalho prestado, e permite identificar através deste instrumento as necessidades de cada indivíduo que precisam de intervenção para melhoria da sua saúde¹. Pacientes que referem dificuldades no uso contínuo dos medicamentos, em fazer o uso errado da dose, esquecer-se de tomar e não fazer a frequência de ingestão correta pode resultar em falha da terapêutica medicamentosa⁵. Por isso o enfermeiro precisa ter um olhar holístico para com eles, observando os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais, para compreender as necessidades dos mesmos. Tratando-se de um suporte para fornecer saúde e readequação dos planos de cuidados a partir da avaliação¹. Sabe-se que o uso de medicamentos é essencial para os pacientes renais crônicos, por não tratarem somente a patologia renal, mas também outras comorbidades que influenciaram no processo dessa doença, frente a isso, é preciso melhorar a assistência se identificando a falta de adesão à terapêutica, utilizando de estratégias assistenciais e proporcionando essas informações com o intuito de minimizar os problemas de saúde relacionados a esses

aspectos. A identificação dos medicamentos, por exemplo, pode ser feita muitas vezes por meio da forma, cor, textura, ampolas, embalagens e dimensão dos comprimidos. Sendo de competência do profissional de saúde elaborar orientações sobre as medicações de forma que os pacientes obtenham maior interação com o tratamento e melhor adesão⁵. O enfermeiro também deve estar atento às interações medicamentosas, conhecer sua ocorrência e gravidade, para identificar e sugerir junto a outros profissionais a adequação da prescrição, e também avaliar através das consultas de enfermagem possíveis reações dos medicamentos prescritos que podem estar ocorrendo, podendo assim, orientar e informar aos pacientes sua condição farmacológica. A falha das orientações fornecidas aos pacientes contribui para a não adesão terapêutica. Entende-se que não basta somente informar os pacientes por meio de uma fala técnica e científica sobre as ações envolvidas no tratamento, e sim conseguir perceber se essas informações foram entendidas e traduzidas corretamente, compreendendo seu conhecimento sobre a DRC e, podendo assim, promover estratégias para a educação em saúde. Portanto, a equipe de enfermagem deve enfatizar o autocuidado para que se tenha uma adesão eficaz, ensinando identificar as dificuldades e sanando dúvidas pertinentes, ressaltando a responsabilidade dos pacientes com o seu próprio tratamento⁵. Nesse contexto, pode-se aproveitar o momento da realização da hemodiálise e planejar atividades educativas como palestras, vídeos, chamar a atenção utilizando-se de ações lúdicas, cartazes, imagens ilustrativas, tornando um momento importante a ser aproveitado para minimizar as dúvidas e dificuldades no tratamento de todos os pacientes. Através destes mecanismos parte-se do princípio que a implementação do processo de enfermagem depende da prática do cuidado humanizado considerado como um instrumento essencial, norteador das ações do enfermeiro, promovendo alternativas individualizadas e humanizadas, permitindo maior aproximação do paciente⁴. Por fim, pode-se considerar que o melhor atendimento traz satisfação ao paciente e, conseqüentemente, maior cooperação com o tratamento e maior adesão a terapêutica medicamentosa⁵. Neste sentido, enfatiza-se o preparo dos profissionais de enfermagem para atender os pacientes hemodialíticos, tendo uma atenção especializada, contínua e competente, realizando capacitações e se readequando a novas informações, para poder obter resultados positivos na sua assistência. **Conclusão:** O papel do enfermeiro é conhecer os medicamentos prescritos e proporcionar ações para construir junto ao paciente o adequado conhecimento das medicações, aumentando a confiabilidade do uso por eles. A equipe de enfermagem juntamente com a equipe multidisciplinar, devem

implementar e intervir com ações para esses pacientes, investigar o processo de interações medicamentosa e realizar por meio das consultas de enfermagem a reeducação sobre a terapêutica. Acredita-se que este estudo permite ao enfermeiro uma visão das medidas que podem ser realizadas para a melhoria do tratamento farmacológico dos pacientes hemodialíticos, aprimorando a relação dos profissionais da saúde com os pacientes, estabelecendo um sistema efetivo de comunicação e entrosamento, podendo desempenhar um atendimento holístico e humanístico, melhorando a qualidade de vida desses pacientes.

DESCRITORES: Papel da enfermagem, hemodiálise, insuficiência renal crônica, adesão à medicação, automedicação.

REFERÊNCIAS

- [1] Angélica YT, Patrícia O, João B, Lígia C. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. *Rev Gaúcha Enferm* 2011 Jun; 32(2): 256-62.
- [2] Priscilla BT, Edinêis BG, Erika CMD, Ana PB. Perfil dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem na unidade de nefrologia. *Rev Gaúcha Enferm* 2013 Jun; 34(2): 133-39.
- [3] Joyce MAB, Marcia TLL. Adesão de clientes renais crônicos ao tratamento hemodialítico: estratégias de enfermagem. *Rev Enferm UERJ* 2010 Out; 18(4): 578-83.
- [4] Nildo BM, Álvaro P, Rudval SS, Mary GS. Sistematização da assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus e insuficiência renal crônica. *Rev Bras Enferm* 2011 Fev; 64(1): 2013-8.
- [5] Maria CWCM, Maria PCS. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. *Rev Rene* 2011 Jan; 12(1):65-72.

USO DE PLANTAS MEDICINAIS PELOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS E POSSÍVEIS INTERAÇÕES COM MEDICAMENTOS

JÉSSICA COSTA MAIA^{1*}, OLVANI MARTINS DA SILVA², GUSTAVO FELIPPE DA SILVA³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Enfermeira, Mestre em Terapia Intensiva, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC; 3. Farmacêutico, Doutor PhD, Docente da UDESC.

* Av. Fernando Machado, São Cristóvão, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89803-000. jessicamaia@hotmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A incidência da Doença Renal Crônica (DRC) tem se acentuado a nível mundial, excedendo a taxa de crescimento populacional. No Brasil, os dados do censo de diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) indicam que mais de 100 mil pessoas fazem tratamento dialítico por ano, existindo atualmente 750 unidades renais cadastradas no país¹. A distribuição de pacientes em diálise conforme a faixa etária é de 62,3% entre 19 e 64 anos, sendo que 60% destes pacientes são do sexo masculino¹. Em 2008, no Brasil, a mortalidade pela DRC foi cerca de seis óbitos por 100 mil habitantes, consistindo em 1% do total de óbitos ocorridos naquele ano². Estima-se que 2 milhões de brasileiros são portadores de DRC e, aproximadamente, 70% não tem conhecimento do diagnóstico³. Além dos fatores de risco tradicionais da DRC como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melitus (DM), existem outras condições como a história familiar, infecções urinárias frequentes, idade avançada e tabagismo e as glomerulonefrites envolvendo cerca de 13 a 15% dos casos de DRC, ficando atrás da DM e HAS². Os pacientes hipertensos têm maior suscetibilidade em desenvolver DRC, ocorrendo em mais de 75% independentemente da idade⁴. Em seguida aparece os pacientes diabéticos, e os idosos pela diminuição fisiológica da filtração glomerular e pelas lesões renais secundárias a doenças crônicas comuns pela idade avançada. Muitos desses pacientes necessitam fazer uso de medicamentos, no entanto, as medicações prescritas e suas reações adversas induzem para a utilização de outros medicamentos. Que muitas vezes passa ser praticada pelo uso de chás e ervas medicinais. **Objetivo:** Investigar a prática do uso de plantas medicinais pelos pacientes renais crônicos e possíveis interações com medicamentos. **Método:** Estudo transversal realizado, em um serviço de nefrologia na região Oeste de Santa Catarina, que incluiu 96

prontuários. A coleta de dados ocorreu em agosto de 2015. Os critérios de inclusão foram pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, ambos os sexos, maiores de 18 anos. Foram excluídos pacientes ausentes na data da coleta. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da UDESC sob parecer substanciado nº 1.183.403. Os instrumentos utilizados foram formulários sócio demográfico e um formulário sobre prevalência da automedicação e uso de ervas medicinais. Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22, as variáveis categóricas foram expressas em percentual e frequências. **Resultados:** Houve prevalência do sexo masculino, média de idade de 58,42 anos, em que 67,6% (n= 65) eram da cor branca, 57,3% casados (n= 55), 58,3% (n= 56) estudou em até cinco anos, 80,2% (n= 77) residem na zona urbana e 49% (n= 47) aposentados. A doença de base para a hemodiálise foi a hipertensão arterial, tempo de tratamento médio de 4,2 anos, dos 96 pacientes que compõem o estudo, 33% (n= 32) faz uso das plantas medicinais. Foi encontrado 24 variedades de ervas medicinais, as mais frequentes foram Cidreira 28,1% (n= 9), Camomila 15,6% (n= 5) e Macela 12,5% (n= 4). Entende-se por plantas medicinais aquelas silvestres ou cultivadas, utilizadas com a finalidade de prevenir, aliviar e curar e por fitoterápicos aqueles considerados uma modalidade de terapia complementar em saúde. Há uma grande proporção de pacientes que utilizam de plantas medicinais e que não informam os prescritores sobre o seu uso, o que ocasiona potenciais interações medicamentosas, pois o uso dessa terapia e o número elevado de medicamentos que eles possuem, torna-os vulneráveis aos riscos de polifarmácia. A erva cidreira pode causar interações moderadas com ervas e medicamentos depressores do Sistema Nervoso Central (SNC) e também com hormônios tireoideanos. A camomila interage com anticoagulantes/antiplaquetários havendo risco de sangramentos, também interage com

barbitúricos e outros sedativos, podendo intensificar ou prolongar a ação depressora do SNC e reduzir a absorção de ferro ingerido através de alimentos ou medicamentos. A camomila ainda apresenta efeito antiestrogênico e interage com drogas ou suplementos contendo soja. A macela pode potencializar os efeitos de sedativos, analgésicos, barbitúricos, insulina e antidiabéticos. O uso de plantas medicinais concomitante com medicamentos pode gerar interações medicamentosas devido aos componentes químicos das plantas e dos fármacos, que apresentam diversos mecanismos de ação. As complicações dessas interações são as modificações farmacocinéticas e/ou farmacodinâmicas dos fármacos, causando alterações na sua eficácia e segurança. Podendo contribuir com o desenvolvimento de reações adversas ou consequências mais graves. A maior preocupação com o uso de plantas medicinais é com o conhecimento empírico que os pacientes possuem, inócuos que estes produtos não possuem gravidade tóxica por serem “naturais”. E com isso, não relatam aos prescritores o uso de plantas medicinais, e correm o risco de reações adversas por interações com outros medicamentos e até mesmo riscos relacionados às características do paciente pelas condições fisiológicas, idade, entre outros. **Conclusão:** A automedicação potencializa o efeito de interação dos fármacos e mascara o diagnóstico exato da doença, dificultando o adequado tratamento. A quantidade de fármacos utilizados pelos pacientes é grande e a automedicação de ervas medicinal aumenta o risco de interações medicamentosas, reações adversas e até a toxicidade dos medicamentos, levando a uma falha da assistência direta ao paciente. Diante disso, o papel do enfermeiro é conhecer os pacientes de forma holística, utilizando de estratégias para identificar o uso de ervas medicinal pelos pacientes e estudar sua posologia, contraindicações, e possíveis interações com medicamentos. Salientar a importância do conhecimento técnico-científico para a equipe, viabilizando, assim, a mensuração desses acontecimentos e prevenindo futuros problemas. Proporcionar ações para construir junto ao paciente o adequado conhecimento das ervas, aumentando a confiabilidade do uso por eles. A equipe de enfermagem juntamente com a equipe multidisciplinar, devem implementar e intervir com ações para esses pacientes, investigar o processo de interações medicamentosa e realizar por meio das consultas de enfermagem a reeducação sobre as ervas consumidas. Acredita-se que este estudo permite ao enfermeiro uma visão das medidas que podem ser realizadas para a melhoria do tratamento farmacológico dos pacientes hemodialíticos, aprimorando a relação dos profissionais da saúde com os pacientes, estabelecendo um sistema efetivo de comunicação e entrosamento, podendo desempenhar um atendimento holístico e

humanístico, melhorando a qualidade de vida desses pacientes.

DESCRITORES: Doença renal crônica, hemodiálise, plantas medicinais.

REFERÊNCIAS

- [1] Alexandre SC. Sociedade brasileira de nefrologia. Censo 2013. [acesso 27 out. 2015]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/publico/censo>.
- [2] Solange CGRC, Solange CO, Tokomoto M. Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem: livro do aluno, terapia renal substitutiva. São Paulo: FUNDAP; 2012.
- [3] Angélica YT, Patrícia O, João B, Lígia C. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. Rev Gaúcha Enferm 2011 Jun; 32(2): 256-62.
- [4] Marcus GB, Rachel B, Gianna MK. Doença renal crônica: freqüente e grave, mas também prevenível e saudável. Rev Assoc Med Bras 2010 Nov; 56 (2): 248-53.

CARACTERÍSTICAS DAS ALTERAÇÕES CÉRVICO-UTERINAS DE MULHERES ATENDIDAS PELO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

CAMILA TODESCATTO GEREMIA^{1*}, BRUNA WEIRICH², RAFAELA BEDIN³, TAUANA ZICK COSTENARO⁴, DAIANE SCHUCK⁵, CLÁUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO⁶, ÉRICA DE BRITO PITILIN⁷

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó; 2. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, campus Chapecó; 3. Enfermeira, graduada pela UFFS, campus Chapecó; 4. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, campus Chapecó; 5. Acadêmica de Enfermagem da UFFS, campus Chapecó; 6. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Docente UFFS, campus Chapecó; 7. Enfermeira. Docente da UFFS, campus Chapecó, Membro integrante do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos e Pesquisas Multidisciplinares em Políticas, Avaliação e Atenção em saúde - NEPEMAAS e Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado - GEPISC.

* Rua Quero-quero, 274-E, Efapi, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP: 89809-580. camilatodescatto.geremia@gmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: Segundo dados apresentados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de colo do útero no Brasil é a terceira neoplasia maligna mais frequente entre as mulheres, ficando atrás do câncer de colo retal e de mama, sendo a quarta causa de morte por câncer no país.¹ O câncer de colo do útero consiste em uma replicação desordenada, progressiva e gradativa, das células do epitélio de revestimento do útero, sendo causado por infecções de tipos específicos do Papiloma Vírus Humano (HIV), podendo comprometer os tecidos subjacentes, órgãos e estruturas próximas e/ou distantes dessa região.² Ainda que considerado um grande problema de saúde devido sua incidência, torna-se possível o seu rastreamento por meio da detecção e tratamento precoce. Como uma das estratégias para a detecção precoce de lesões precursoras desse tipo de câncer no país encontra-se o exame citopatológico também conhecido como preventivo e/ou Papanicolau, em homenagem ao inventor do método. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente o diagnóstico precoce obtido através desse exame, além de visar identificar as lesões precursoras, é tido como a melhor estratégia de prevenção secundária da doença.³ É de extrema importância traçar ações preventivas nesse contexto, pois quanto mais tardia for a detecção da doença menores serão as possibilidades de reduzir os danos causados, sejam fisiológicos ou psicológicos.⁴ As unidades de atenção primária à saúde devem ser as portas de entrada das usuárias no acesso ao sistema de saúde, e o enfermeiro dessas unidades, além das ações assistências desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de atividades educativas, na formação de vínculo com as mulheres e na realização de

estratégias preventivas. **Objetivos:** Identificar as alterações cérvico-uterinas encontradas nos exames citopatológicos realizados no município de Chapecó-SC, no ano de 2014, além de conhecer as principais características dessas mulheres. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de caráter quantitativo executado a partir da consulta dos laudos dos exames citopatológicos registrados no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) da esfera municipal de Chapecó-SC. Para a determinação do cálculo amostral foi considerada a população total de exames citopatológicos realizados no ano de 2014 cadastrados no sistema de saúde do município. A partir dos 19.296 exames, e para garantir maior confiabilidade estatística, foi acrescentando 3% de erro de estimativa e confiabilidade de 97% para a definição da amostragem. Mediante a estratificação proporcional e representativa da população de exames de cada unidade de saúde, foi definido o número de exames que foram analisados em cada uma delas. Assim, após o cálculo amostral o número de laudos acessados no município totalizou 1.157, distribuídos proporcionalmente nas 29 unidades de saúde do município. A seleção dos laudos ocorreu pela sequência ordinal em que estes apareceram no sistema iniciando-se pelo primeiro laudo, seguido do segundo e assim sucessivamente até atingir o número total de exames em cada unidade. Dessa forma, como critério de inclusão teve-se: os laudos avaliados registrados no SISCAN e liberados para as pacientes no ano de 2014. Para garantir a confidencialidade dos dados coletados, foi assegurado o anonimato dos laudos da pesquisa, onde cada um foi identificado por um código caracterizado pela inicial “L”, da palavra “laudo”, acompanhado do algarismo arábico referente à ordem da coleta (L1, L2, L3...). Não foi tabulado o nome das pacientes. Os dados foram

coletados por meio de um instrumento semiestruturado, construído pelas pesquisadoras e posteriormente tabulados em planilhas do *Excel*. Assim, o passo a passo para a coleta dos dados se deu da seguinte forma: acesso ao SISCAN por meio do endereço eletrônico siscan.saude.gov.br, seleção do item “gerenciar exames”, posteriormente selecionar “dados do exame” (campo selecionado: cito de colo), seguido do passo selecionar o “status” (campo selecionado: liberado) e finalmente selecionar a “unidade requisitante” e o “período” (período compreendido entre 01/01/2014 a 31/12/2014). Os laudos analisados foram apenas àqueles já liberados para as usuárias não tendo risco do acesso resultar em alteração dos resultados. **Resultados:** Dos 1.157 laudos de exames citopatológicos de colo útero avaliados, 70,7% (n= 810) foram realizados em mulheres entre 25 a 64 anos, 22% (n= 254) em mulheres entre 15 e 24 anos e 8% em mulheres com idades a cima de 65 anos. Inúmeros fatores indicam, direta ou indiretamente, que o rastreamento de mulheres menores de 25 anos não tem impacto na redução da incidência do câncer de colo de útero, já que uma pequena proporção dos casos de lesões invasoras são verificados em mulheres com até 24 anos de idade. Da mesma forma, existem poucas evidências objetivas sobre quando as mulheres devem parar de realizar a coleta. Há uma tendência em aumentar o intervalo entre as coletas em mulheres com idade mais avançada, porém não existem dados objetivos de que esse rastreamento seja necessário para as mulheres acima dos 65 anos.³ Referente as principais características das mulheres que fizeram o exame citopatológico do colo do útero no município do estudo constatou-se que 96,8% dos exames foram realizados para o controle e rastreamento da doença e que 11,5% das mulheres nunca haviam realizado o exame, com significância estatística para as mulheres que se encontram na faixa etária entre 15 a 24 anos. Mesmo que os benefícios do exame preventivo sejam evidentes, aproximadamente 40% das mulheres nunca realizaram o exame por medo, aflição ou pela dificuldade de acesso a esse serviço.⁵ As alterações benignas foram mais frequentes, com destaque para as inflamações (18,9%), seguida dos achados citopatológicos (11,8%). O agente microbiológico prevalente foi o *Lactobacillus sp* (60,3%) enquanto que o agente infeccioso foi a *Gardnerella vaginalis* (16,8%), com significância estatística para as mulheres entre 25 a 64 anos. **Conclusão:** Pode-se perceber que os achados desse estudo reforçam a importância da realização periódica do exame citopatológico do colo do útero, uma vez que atua como uma ferramenta segura e eficaz a ser utilizada e disseminada para todas as mulheres, em especial àquelas entre 25 a 64 anos, população alvo das ações em saúde vigentes no país, uma vez que possuem grande significância estatística para o aparecimento de

alterações no epitélio celular do colo do útero. Vale ressaltar a importância da realização do exame para mulheres que iniciaram as atividades sexuais, em casos de pluralidade de parceiros, tabagismo e que possuem infecções genitais repetitivas. Apesar da citologia ser um método que rastreia lesões iniciais do câncer do colo do útero, a análise dos exames também permitiu verificar a existência de agentes infecciosos, contexto em que a enfermagem pode atuar ao inserir condutas e rotinas para o cuidado no âmbito da atenção primária à saúde. Apesar da quantidade de mulheres assistidas e da facilidade do acesso aos serviços de saúde, a proporção da cobertura do exame na região estudada está aquém das diretrizes nacionais e internacionais preconizadas para a obtenção do impacto epidemiológico na redução dos índices dessa patologia.

DESCRITORES: Saúde da mulher, enfermagem, câncer de colo do útero.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Nacional do Câncer. Tipos de câncer: Câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: 2014. Ministério da Saúde. [acesso 20 mar. 2016]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao.
- [2] Bedin R. Alterações cervico-uterinas em mulheres atendidas no município polo do oeste catarinense. [monografia] Chapecó: Universidade Federal da Fronteira Sul; 2015.
- [3] World Health Organization. Cancer-control: knowledge into action: guide for effective programmes. Switzerland: 2007. [acesso 20 mar. 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/modules/en/>.
- [4] Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. Rev. Bras. Cancerol 2012 Mar; 58(3): 389-98.
- [5] Oliveira MV, Almeida MC. Prevalência de citologia inflamatória cervical em mulheres atendidas pelo laboratório de citologia da fundação de saúde de Vitória da conquista: achados citológicos e agentes causais. Rev. Eletro. da Fainor 2014 Jan/jun; 7(1):184-98.

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO: EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS EM UM MUNICÍPIO DO OESTE CATARINENSE

ANA CLAUDIA BANAZESKI¹, ADRIANA REMIÃO LUZARDO^{2*}, LEONI TEREZINHA ZENEVICZ³, DENISE ANTUNES AZAMBUZA ZOCCHÉ⁴

1. Enfermeira, Residente no Programa de Especialização em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Idoso, Universidade de Passo Fundo (UPF/RS); 2. Enfermeira, Doutora, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó; 3. Enfermeira, Doutora, Docente da UFFS, campus Chapecó; 4. Enfermeira, Doutora, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

* Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Enfermagem. Avenida General Osório, Centro, Caixa Postal: 181. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89802-210. luzardoar@gmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: No Brasil, a expectativa de vida das mulheres está em torno de 78,3 anos¹, e em Santa Catarina as mulheres vivem em média 78,5 anos. Neste sentido estima-se que em 2030 a população poderá chegar a 1,2 bilhões de mulheres acima de 50 anos². O climatério pode ocorrer em torno dos 50 anos de idade. Neste período ocorrem muitas mudanças, além do fato concreto da interrupção da menstruação. Esta fase é marcada por transformações associadas à passagem do tempo para a mulher e ao próprio envelhecimento. A partir disso, o climatério é definido como uma fase biológica da vida da mulher, compreendendo a passagem da fase reprodutiva para a fase não reprodutiva, e a menopausa é o indicador dessa etapa, determinando o último ciclo menstrual, que geralmente acontece dos 48 aos 50 anos de idade³. Diante da transição demográfica e epidemiológica a atenção à saúde da mulher no climatério torna-se relevante para a atuação da saúde pública. Com isso, evidencia-se a necessidade de ações em saúde que incluam a mulher em todas as fases do ciclo vital, contemplando a fase mais madura. Além disso, as interrogações de pesquisa surgiram a partir dos diálogos com docentes que já atuaram como enfermeiros na atenção primária e em relatos nas consultas de enfermagem com mulheres que vivenciam o climatério ou já passaram por esta fase. **Objetivo:** Analisar as formas de educação continuada e permanente em que o profissional enfermeiro está inserido acerca do manejo do climatério por enfermeiros de serviços de saúde de atenção primária do município de Chapecó/ SC. **Método:** Tratou-se de uma pesquisa de campo, na qual foi aplicada a metodologia científica qualitativa. É um

tipo de pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa e que se utilizou entrevista semi-estruturada. A pesquisa descritiva favorece a descrição das características de uma determinada população, podendo também expor as relações entre as variáveis, definindo um tema de estudo. O estudo foi realizado com profissionais de saúde que atuam nos Centros de Saúde do Município de Chapecó/SC. Os participantes envolvidos foram gerentes das unidades básicas de saúde e enfermeiros assistenciais das equipes de saúde da família. Os critérios de inclusão foram: Enfermeiros que exerçam as atividades assistenciais e de gerenciamento local dos Centros de Saúde de Chapecó, que atuem em atenção primária inseridos na Estratégia de Saúde da Família com pelo menos 06 meses de experiência. Os critérios de exclusão foram: as unidades básicas nas quais existiam apenas um enfermeiro realizando as duas funções (gerenciamento e assistencial). Foram entrevistadas 8 enfermeiras, assistenciais e coordenadoras, estas têm em média 14 anos de formação cada uma e idades entre 27 e 59 anos. Todas tinham uma ou duas especializações, voltadas para a área da saúde da família, obstetrícia, auditoria, saúde coletiva e enfermagem do trabalho. **Resultado:** Como importante resultado surgiu a “Educação continuada e permanente” expressou o conteúdo das falas dos profissionais como uma “falta”, “ausência”, “não foi realizada” ou “não lembro”. De fato, alguns não lembravam quando tiveram capacitações sobre a questão da menopausa, outros comentaram que nunca tiveram uma capacitação abordando este tema. Alguns lembravam somente quando atualizavam protocolos municipais, adaptados ao perfil de saúde do município, e nestas capacitações eram somente realizadas aulas expositivas, rápidas, e de curta

duração, algumas falas referem que não lembram quando tiveram a capacitação, pois a secretaria de saúde sempre faz, porém não sobre o assunto climatério e menopausa. Algumas relatam que já fizeram mas há muito tempo, quando lançaram um protocolo no ano de 2003. Outras enfermeiras relatam que as capacitações que a prefeitura disponibiliza não são relacionadas às mulheres menopausadas, existe um protocolo, mas não lembram como foi abordado o assunto. Uma enfermeira relata que passou por capacitação há muito tempo atrás, capacitação de poucas horas, com abordagem expositiva, mas não se teve o seguimento de atualizações e na época era sobre as prescrições de enfermagem, o que atualmente não se faz, somente é dado a continuidade das receitas médicas, com protocolos municipais. Também há a falta de conhecimento pelos profissionais enfermeiros, sendo direcionado o cuidado com mulheres menopausadas para o médico ginecologista ou o clínico geral. Observa-se que nas falas onde as participantes relatam que em algum momento foi oferecido para os profissionais enfermeiros da rede de saúde capacitação sobre o climatério e menopausa, porém foi uma atualização e de pouco tempo, mas nada direcionado ao enfermeiro, quanto às orientações que podem estar repassando às mulheres menopausadas, também referem que as prescrições realizadas antigamente foram direcionadas somente para o médico clínico geral e para o ginecologista. Dessa forma a educação dos profissionais da área da saúde é um tema que requer empenho para melhorar os métodos educativos e buscar a eficácia da equipe multiprofissional, promovendo o desenvolvimento do processo de trabalho. Sabe-se que a profissão de enfermagem está introduzida em diferentes fatores que podem dificultar seu processo de trabalho, como: aumento da carga emocional e física, falta de motivação e autonomia. Para tanto é necessário formar estratégias de educação que encorajem a participação dos profissionais e assim possibilitar a capacitação profissional e mudanças em seu cotidiano⁴. No contexto da atenção básica, o profissional enfermeiro possui várias atividades com níveis de complexidades diferentes e a partir disso torna-se um profissional da área da saúde com referência em aplicar seus conhecimentos teóricos científicos e desenvolver diversas atividades. Este profissional necessita estar presente sendo responsável por sua área de abrangência, assim também buscar obter uma postura ética na prática diária, visto que é a partir dessas mudanças de atuação e de pensamentos que o enfermeiro alia a educação permanente em saúde (EPS) junto a ele nas atividades, bem como poder aplicar com motivação e segurança⁵.

Conclusão: Neste sentido, o conteúdo abordado traz a dúvida se a temática da mulher na menopausa é conhecida ou reconhecida pelos profissionais, ou mesmo se o tema está atualmente esquecido, como relatado

anteriormente nas falas dos enfermeiros que atuam na assistência. Desta forma, é preciso que o enfermeiro seja capacitado para realizar as orientações devidas às essas mulheres, e buscar um conhecimento teórico aprofundado para que sua assistência se torne diferenciada e de qualidade.

DESCRITORES: Enfermagem, saúde da mulher, educação continuada, educação permanente

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Glossário. Rio de Janeiro: IBGE 2012
- [2] Lorenzi DRS, Catan LB, Moreira K, Ártico GR. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(2): 287-93.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9
- [4] Peixoto LS, Gonçalves LC, Dutra TC, Tavares CMM, Cavalcanti ACD, Cortez EA. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Enf Global, Espanha* 2013; 29: 324-340
- [5] Barth PO, Aires M, Santos JLG, Ramos FRS. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. *Rev. Eletr. Enf., [internet]* 2014; 3(16): 604-11.

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

JUCIMAR FRIGO^{1*}, DORA LÚCIA LEIDENS CORRÊA DE OLIVEIRA², RENATA MENDONÇA RODRIGUES³, CLAUDETE RAULINO⁴

1. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); 3. Bióloga. Mestre em Biologia Celular e Molecular. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC; 4. Acadêmica de Enfermagem da UDESC.

* Rua Machado de Assis, 399 D, Jardim Itália, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89801-310. jucifrigo@hotmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer ginecológico mais prevalente em mulheres. Estima-se para o Brasil no biênio 2016-2017, que ocorrerão 16.340 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres.¹ Sabe-se que a incidência do câncer do colo do útero e sua mortalidade estão relacionadas com o nível socioeconômico dos países, dependendo da detecção das lesões precursoras e do seu tratamento precoce, com maior probabilidade de cura.¹ No Brasil, o Ministério da Saúde utiliza a estratégia de recomendação as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, para a realização do exame citopatológico. Para a efetividade do programa de controle do câncer do colo do útero, faz-se necessário garantir a qualidade dos serviços e ações da linha de cuidado, bem como, o tratamento e o seguimento das mulheres.² Diante deste contexto, a saúde das mulheres vem ganhando destaque no cenário mundial e a Enfermagem tem papel importante pois, presta um atendimento voltado não somente para os aspectos biológicos das mulheres, mas principalmente (inter)relacioná-los com os aspectos sociais e psicológicos, contribuindo para a integralidade da atenção.³ Sendo assim, percebe-se a importância de um programa estruturado para a prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero, considerando a Atenção Básica (AB) como porta de entrada para as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e que possibilite por meio de orientações, a cobertura adequada de exames de citologia oncológica, realização do exame clínico, acompanhamento e controle dos casos, a redução do quadro epidemiológico atual. Frente a este cenário, a proposta da pesquisa foi revisar a literatura em busca de estudos que abordassem a temática “câncer do

colo do útero e acesso das mulheres aos serviços de saúde”, em âmbito nacional. **Objetivo:** Realizar uma revisão de literatura em busca de estudos que abordassem o câncer do colo do útero no que diz respeito ao acesso das mulheres aos serviços de saúde. **Método:** O procedimento metodológico adotado foi à revisão integrativa da literatura, utilizando a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e seguiu as seguintes etapas: identificação do tema e formulação da questão de pesquisa; elaboração dos critérios de inclusão e exclusão de artigos; construção de instrumento para coleta de dados relevantes nos artigos encontrados; avaliação e análise dos artigos selecionados na pesquisa; interpretação e discussão dos resultados obtidos; e apresentação da revisão.⁴ O processo de revisão integrativa ocorreu nos meses de junho e julho de 2015, e compreendeu as seguintes etapas: 1. Formulação da pergunta de pesquisa: Quais as contribuições dos estudos desenvolvidos em âmbito nacional sobre o câncer do colo do útero, no que diz respeito ao acesso das mulheres aos serviços de saúde, nos últimos dez anos?; 2. Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados no período de 2004 a 2014, indexados na base de dados BVS, por meio das seguintes descritores: câncer do colo do útero AND acesso aos serviços de saúde, expressos na língua portuguesa, gratuitos e disponíveis na íntegra na base BVS. Já os critérios de exclusão foram: artigos anteriores ao período estipulado, expressos em outras línguas que não a portuguesa, artigos duplicados, não disponíveis na íntegra, e que não abordassem a temática proposta; 3. Leitura dos títulos e resumos, para a identificação do objeto do estudo; 4. Classificação dos estudos compatíveis à temática pesquisada e leitura dos artigos na íntegra; 5. Análise dos artigos selecionados. A

análise dos dados da pesquisa seguiu a temática proposta por Minayo, composta por um feixe de relações apresentadas por meio de palavras, frases ou até mesmo por um assunto. Na análise temática, encontramos as seguintes etapas: primeira etapa, pré-análise; segunda etapa, exploração do material; e a terceira e última etapa, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁵

Resultados: Inicialmente foram encontradas 42 publicações. A partir de uma leitura criteriosa, levando em conta a temática definida, os critérios de inclusão preestabelecidos no protocolo (publicação no formato de artigo científico, em português, a publicação compreendida no período de 2004 a 2014, disponíveis *on-line* de forma completa na BVS), na presente pesquisa de revisão integrativa 11 artigos foram analisados conforme critérios de inclusão e exclusão. Dentre os artigos incluídos na revisão, nove são pesquisas realizadas por profissionais enfermeiros, e dois são profissionais médicos. A pesquisa mostrou que, em relação aos 11 estudos que contemplaram os critérios de inclusão da revisão integrativa de literatura, houve uma maior produção sobre essa temática nos anos de 2010 e 2012, correspondendo 54,5% das publicações; os demais artigos foram publicados nos respectivos anos 2006, 2008, 2011 e 2014. Identificou-se uma escassez de produções científicas com essa temática, apesar da relevância epidemiológica da doença e a importância do acesso aos serviços de saúde para fins de diagnóstico e tratamento da doença em tempo oportuno. Nesta tessitura, os estudos revelam duas categorias, a saber: “A disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde: elementos para contemplar a integralidade da atenção à saúde das mulheres”; e “Desigualdades sociais e econômicas: fator impeditivo de acesso aos serviços de saúde”. **Resultados:** Na primeira categoria “A disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde: elementos para contemplar a integralidade da atenção à saúde das mulheres” a pesquisa mostrou que a cobertura da citologia oncológica ainda é insuficiente, principalmente para as mulheres em idade avançada, e que esta insuficiência de cobertura reflete em problemas no acesso destas mulheres à AB e ocorre fragilidade na busca ativa de casos em seguimento. Na segunda categoria identificada como “Desigualdades sociais e econômicas: fator impeditivo de acesso aos serviços de saúde”, a pesquisa evidenciou que ainda existem desigualdades no acesso ao exame da citologia oncológica. Alguns estudos da revisão integrativa destacaram como fator impeditivo de acesso aos exames da citologia oncológica do colo do útero as situações socioeconômicas, as culturais e geográficas, apresentando-se como um problema a ser enfrentado pelos gestores do SUS na prevenção e controle do câncer do colo do útero, e a partir dessas informações, definir estratégias que reforcem a necessidade de intervenções que visem à

promoção da equidade. **Considerações Finais:** Identificou-se que a disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde são fundamentais para suprir as necessidades de saúde e assim, contemplar a integralidade da atenção à saúde das mulheres. Estes fatores são mecanismos nos quais as mulheres se sentem motivadas a cuidar de sua saúde e não os encontram de forma adequada. A desigualdade social e econômica são fatores impeditivos de acesso aos serviços de saúde pelas mulheres, portanto, deve-se priorizar o fácil acesso aos serviços de saúde e atividades de educação para o diagnóstico precoce e rastreamento em mulheres sintomáticas e assintomáticas, respectivamente, além da garantia de acesso a todos os níveis de cuidado. O acesso das mulheres aos serviços de saúde, quando facilitado e ágil, pode estimular as usuárias a os procurarem, contribuindo para a equidade e integralidade da atenção proposto pelo SUS. Embora as políticas de controle do câncer do colo do útero priorizem o acesso das mulheres aos serviços de saúde, o estudo apontou vários fatores impeditivos de acesso, o que pode ser explorado em políticas e programas governamentais contra o câncer, corroborando na minimização dos transtornos que o câncer do colo do útero acarreta na vida das mulheres no Brasil.

DESCRITORES: Câncer do colo do útero, acesso aos serviços de saúde, enfermagem.

FINANCIAMENTO: Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

REFERÊNCIAS

- [1] Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2015. [acesso 11 abril. 2016] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/dados-apresentados.pdf>
- [2] Mendonça VG, Guimarães MJB, Filho JLL, Mendonça CG, Martins DBG, Crovella S, *et al.* Infecção cervical por papilomavírus humano: genotipagem viral e fatores de risco para lesão intraepitelial de alto grau e câncer do colo do útero. *Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia* 2010 Out; 32(10): 476-485.
- [3] Teixeira EHM, Queiroz ABA, Mota MCS, Carvalho MCMP, Costa EPS. Saúde da mulher na perspectiva a assistência prestada pela enfermagem ginecológica: um relato de experiência. *Cad. Espaço Fem* 2013 Jan; 26 (1): 179-89.
- [4] Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing & Health*, Hoboken 1987 Mar; 10(1): 1-11.
- [5] Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

CONHECENDO O ENSINO DO PROCESSO DE MORTE E MORRER NAS ESCOLAS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ/SC

TIAGO LUAN LABRES DE FREITAS^{1*}, SILVIA SILVA DE SOUZA², VALÉRIA SILVANA FAGANELLO MADUREIRA³, TATIANA GAFFURI DA SILVA⁴, ELEINE MAESTRI⁵

1. Enfermeiro, Residente em Cardiologia pela Universidade de Passo Fundo (UPF-RS); 2. Enfermeira, Mestre, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) campus Chapecó; 3. Enfermeira, Doutora, Docente da UFFS, campus Chapecó; 4. Enfermeira, Mestre, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó; 5. Enfermeira, Mestre, Docente da UFFS, campus Chapecó.

* Rua Saldanha Marinho, 968, apto 1, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. tiagolabres@hotmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: Este resumo trata-se de um recorte de um Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem frente ao ensino do processo de morte e morrer. Atualmente, a produção científica, no que tange à morte tem feito emergir esse assunto como algo importante a ser desenvolvido com profissionais e acadêmicos das mais diversas áreas do campo da saúde. Porém, a morte ainda é vista como uma simples etapa biológica, onde o corpo humano para com suas funções vitais, como uma espécie de barreira entre a vida e o fim de tudo. Todavia, discutir a morte é algo de extrema importância no período de formação profissional, pois é nesse momento que o profissional embasa seus valores para sua atuação futura ser positiva¹. Nesta lógica, a morte é um evento inerente a todos os seres vivos e, no campo profissional, a equipe de enfermagem está ao lado do paciente 24h por dia prestando o cuidado, e convivendo cotidianamente com a possibilidade de morte. Ter um preparo acadêmico adequado para lidar com a morte durante a vida profissional é considerado de grande valia, pois antes de ser enfermeiros, os profissionais são seres humanos, munidos de sentimentos e valores pré adquiridos. Desta maneira, nos cursos de graduação em Enfermagem, a abordagem da morte de maneira adequada nas disciplinas que compõem a matriz curricular é um forte instrumento para o futuro profissional estar apto a lidar com ela, no que diz respeito aos seus sentimentos, bem como aos sentimentos e necessidades, dos demais envolvidos². Sendo assim, é de extrema importância conhecer como está ocorrendo o ensino do processo de morte e morrer nos cursos de enfermagem, pois de uma maneira ou outra os profissionais enfermeiros passaram por esse momento do ciclo da vida. **Objetivo:** Conhecer como o Processo de Morte e Morrer é abordado durante a graduação nos cursos de

Enfermagem em Universidades do Município de Chapecó/SC. **Metodologia:** O referido Trabalho de Conclusão de Curso teve caráter qualitativo descritivo exploratório. Como cenário de pesquisa o estudo ocorreu nas três universidades que possuem o curso de graduação em Enfermagem no Município de Chapecó/SC. Os sujeitos deste estudo foram os docentes que lecionam nos cursos de graduação em enfermagem das três universidades em questão. Para o desenvolvimento da etapa de campo, optou-se por selecionar dois docentes de cada escola de Enfermagem, tendo o somatório de 6 participantes. A coleta dos dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2015 utilizando entrevista semiestruturada, realizada individualmente com cada um dos sujeitos, com agendamento prévio. Para análise dos dados, o estudo contou com o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que, através da construção de um discurso coletivo na primeira pessoa do singular, expressa um conjunto de falas individuais semelhantes ou complementares. Cabe ressaltar que o trabalho seguiu todos os parâmetros da ética na pesquisa, e teve aprovação no CEP UFFS sob CAAE: 44108415.0.0000.5564. **Resultados:** Como resultados foram inicialmente caracterizados os docentes que faziam o ensino do processo de morte e morrer na graduação das 3 escolas, sendo eles: 4 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Destes, 3 especificamente trabalhavam o assunto em uma disciplina específica, os demais apontaram que trabalhavam dentro de outras disciplinas que envolviam cuidados hospitalares mais críticos. Na parte de concepções e percepções, constituindo uma ideia central, dos docentes frente ao processo de morte e morrer, imergiram os seguintes pontos: morte é um evento natural que encerra o ciclo biológico, morte é uma passagem para outro plano, faz parte do cotidiano e morte como uma incógnita. Nesta

ideia central os docentes apontaram que percebem a morte como algo normal que faz parte do ciclo biológico do ser humano e que todos os seres vivos não têm como fugir dela, e enquanto formadores procuravam apresentar isso a seus alunos e que a mesma faz parte do cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde. Em um ponto de vista mais pessoal, os mesmos viam a morte como algo mais sentimental, puxando para o lado religioso e espiritual, conforme cada religião, muitas vezes não entendida como ocorre após a cessação dos sinais vitais; Na parte de metodologias e abordagens, que constituíam outra ideia central, os docentes apontavam ser uma temática essencial a ser trabalhada e desenvolvida junto aos acadêmicos, pois vendo isso na graduação propiciava uma melhor preparação para o futuro profissional. Como metodologias de ensino do assunto, as Metodologias Ativas tiveram destaque, por integrarem mais os alunos frente ao tema discutido, são elas: estudos de caso, rodas de conversas, filmes, leitura de artigos sobre a temática, diálogo em grupo e simulação em manequim, música. A maioria dos docentes apontou o exemplo de suas experiências profissionais e acadêmicas como “forma metodológica” mais utilizada para exemplificar e trabalhar o assunto. E durante as aulas em sala e na prática procuravam abordar aspectos variados, como: aspectos éticos, religiosos, sociais, psicológicos e espirituais, morte durante a história e sua evolução até os tempos modernos, como ela é vista em algumas culturas, conceito de tanatologia e do processo de morte e morrer e suas fases.

Conclusões: O trabalho possibilitou conhecer de que forma ocorre o ensino do Processo de Morte e Morrer nas escolas de Graduação em Enfermagem no município de Chapecó/SC, bem como conhecer as percepções dos docentes, frente à temática e estratégias de cuidados para tornar o paciente que passa pelo Processo de Morte e Morrer o protagonista de sua morte. Constatou-se, com este estudo, que a morte e o morrer são amplos, algo que não possui um conceito fechado e único. Muitas pessoas possuem pensamentos diferenciados frente a este assunto, todavia, é algo que deve ser discutido, algo presente na vida de todos. Morte e morrer suscitam questionamentos e trazem muitas incógnitas a cerca do enfrentamento da finitude. E constatou-se ainda, que a temática é fundamental a ser trabalhada na academia por ser algo que acompanha os profissionais em todo momento, por se tratar de uma parte da vivência humana. Para finalizar, o trabalho mostrou que é de extrema importância formar enfermeiros capazes de serem bons tecnicamente, com saberes científicos aguçados, capazes de dar o apoio da forma mais humanizada e integral possível aos pacientes e familiares que passam pelo Processo de Morte e Morre deve ser desenvolvido na academia, com o intuito de qualificar a assistência de enfermagem que deve ser feita de forma

digna nesse momento que faz parte da vida, do viver, do existir, que é a morte.

DESCRITORES: Morte, morrer, ensino, graduação, enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1] Carvalho MDB, Valle ERM. Vivência da morte com o aluno na prática educativa. Rev. Ciência, Cuidado e Saúde, Belo Horizonte, 2006; 5(Supl):26-32.
- [2] Costa JC. O Enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidades terapêutica oncológicas: uma revisão bibliográfica. Vita et Sanitas, Goiás, 2008; 2(2):151-161.

LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO DE PLANTAS UTILIZADAS NA MEDICINA POPULAR PARA O TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS E COM AÇÃO HIPOGLICEMIANTE COMPROVADA

ANA PAULA SASSANOVICZ¹, SAMARA TATIANE ZENATTI², LEILA ZANATTA^{3*}

1. Farmacêutica, Especialista em Farmacologia Clínica; 2. Acadêmica de Enfermagem da universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 3. Doutora em Farmácia, Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC.

R. Benjamin Constant 223, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89801-070. leila.zanatta@udesc.br

Eixo1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: O diabetes mellitus corresponde a um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, caracterizado por altas concentrações de glicose sanguínea resultado de uma alteração na secreção e ou ação da insulina^{1,2}. O diabetes é uma doença que pode ser controlada na maioria dos casos, porém exige muita disciplina e força de vontade do paciente, para que o mesmo consiga manter o nível glicêmico normal e evitar complicações associadas à doença, como retinopatia, nefropatia e neuropatia. Devido a estas complicações e aos efeitos adversos que muitos fármacos antidiabéticos podem promover, muitos pacientes optam por terapias alternativas, à base de plantas medicinais, a fim de amenizar seus efeitos e por ser um tratamento de menor custo, cujos benefícios se somam aos da terapia convencional. Na cultura popular várias são as plantas usadas para o tratamento dos sintomas do diabetes, entretanto, nem todas têm comprovação científica de eficácia e segurança no uso, o que torna imprescindível uma busca na literatura sobre quais espécies de fato tiveram seus efeitos avaliados. **Objetivos:** Dada à importância da introdução de produtos naturais no tratamento do diabetes como forma alternativa de terapia, e a necessidade de comprovação científica da eficácia desses produtos naturais, este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre plantas medicinais presentes na flora brasileira e que possuem atividade hipoglicemiante comprovada através de estudos *in vivo* e *in vitro*. Além disso, foram identificados os principais constituintes químicos e os possíveis mecanismos de ação responsáveis por esta atividade da planta. **Metodologia:** Foi realizada revisão de literatura referente ao período de 2003 a 2015 usando como base de dados *U.S. National Library of Medicine* (Pubmed), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (Lilacs). Para a busca dos

artigos, foram usados como palavras-chaves, plantas medicinais, diabetes, anti-hiperglicêmicos e atividade hipoglicemiante.

Resultados: Evidências epidemiológicas sugerem que sem um efetivo programa de controle e prevenção, haverá um contínuo aumento da prevalência mundial de diabetes mellitus, principalmente do tipo 2. Frente a esta realidade, chás, extratos vegetais e derivados de plantas com princípios ativos hipoglicemiantes têm sido amplamente utilizados na medicina popular e em sistemas tradicionais de saúde no mundo todo. Diversos são os mecanismos evidenciados em plantas para reduzir níveis de glicose. Há plantas que exibem propriedades similares aos fármacos pertencentes à conhecida classe das sulfoniluréias como glibenclamida, em que o efeito hipoglicêmico é decorrente do aumento da produção de insulina pelas células- pancreáticas, enquanto outras agem através da inibição da alfa-glicosidase intestinal retardando a absorção de glicose da dieta. Após revisão bibliográfica, foram identificadas várias plantas presentes na flora brasileira com potencial antidiabético, dentre elas *Wilbrandia ebracteata* (taiuiá), *Arctium minus* (bardana), *Sesamum indicum* (gergelin), *Deguelia rufescens*, *Chrysobalanus icaco* L. (abajurú), *Cissus sicyoides* (insulina vegetal), *Stevia rebaudiana* (stévia), *Caesalpinia férrea martius* (pau-ferro), *Baccharis trimera* e *Baccharis articulata* (carqueja), *Syzygium cumini* (jambolão), *Bauhinia forficata* e *Bauhinia cheilandra* (pata-de-vaca), *Cyathea phalerata* (xaxim), *Ilex paraguariensis* (erva-mate), *Averrhoa carambola* (carambola), *Vitex megapota mica* (tarumã), *Passiflora edulis* e *Passiflora nitida* Kunth (maracujá), *Annona montana* (falsa graviola), dentre outras. Diversas partes das plantas foram utilizadas nos ensaios avaliados; desde sementes, caules, frutos e folhas, predominando os estudos com folhas. Quanto aos mecanismos de ação que levaram ao efeito hipoglicemiante, vários foram

descritos. No artigo 1 os autores demonstraram com ratos que os extratos, frações e flavonóides isolados de *Wilbrandia ebracteata* (Taiuiá) possuem ação anti-hiperglicêmica, provavelmente pelo estímulo da secreção de insulina pelas células- do pâncreas. O artigo 2 demonstrou em ratos com diabetes que o extrato bruto da raiz de *Arctium minus* (bardana), diminui os níveis plasmáticos de glicose através do aumento da liberação de insulina das células beta ou ainda, do aumento da sensibilidade das células de tecidos periféricos à insulina. No artigo 3 foi relatado que o uso, por pacientes diabéticos, da farinha desengordurada de *Sesamum indicum* (gergelin) mostrou-se eficiente nas condições experimentais analisadas, pois seus ácidos graxos reduziram o índice glicêmico e a glicemia pós-prandial, devido à diminuição da perda de vários micronutrientes entre eles o magnésio. O artigo 4 demonstrou que a espécie *Deguelia rufescens* (timbó vermelho) apresenta um potente efeito anti-hiperglicêmico em ratos devido à inibição da -glicosidase. Os autores do artigo 5 demonstraram que o extrato aquoso da espécie *Chrysobalanus icaco* L. (abajurú) possui um efeito semelhante à insulina quando administrado em ratos, aumentando o consumo de glicose pelos tecidos periféricos. No artigo 6, através da administração oral crônica de decocção das folhas de *Cissus sicyoides* (insulina vegetal) em ratos, os autores demonstraram a capacidade da espécie em inibir a gliconeogênese hepática. O artigo 7 demonstrou que o extrato aquoso das folhas e do caule de *Cissus sicyoides* (anil trepador, uva brava, cipó-pucá ou insulina vegetal) promoveu uma diminuição nos níveis de glicose sérica após 60 dias de administração, além de inibir a gliconeogênese hepática, respectivamente. No artigo 8, através de estudo realizado com indivíduos, os pesquisadores administraram extratos de folhas da *Stevia rebaudiana* e verificaram que o principal componente químico deste extrato, o esteviosídeo, reduz a glicose sanguínea pós-prandial e tende a potencializar a secreção de insulina em paciente diabéticos tipo 2. Usando extrato aquoso de *Stevia rebaudiana* (stévia) os autores do artigo 9 mostraram *in vitro* que os esteviosídeos presentes na espécie também possuem capacidade de inibir a gliconeogênese hepática. Em ratos diabéticos, a fração aquosa da *Baccharis trimera* (carqueja) reduziu a glicemia após um tratamento de sete dias. No artigo 10, o extrato aquoso de *Syzygium cumini* (jambolão) demonstrou a capacidade de reduzir a atividade da dipeptidil peptidase IV em ratos resultando assim na estabilização do GLP-1 (*glucagon like -1 peptide*) endógeno, impedindo assim a degradação do hormônio, o qual induz a secreção da insulina. No artigo 11 foram testados diferentes extratos e frações de *Baccharis articulata* (carqueja) e foi comprovado que esta planta é capaz de reduzir os níveis de glicose no sangue. Os

compostos ativos quercetina e ácido oleanólico presentes na planta seriam os responsáveis por promover aumento na secreção de insulina, aumentar o conteúdo de glicogênio no músculo esquelético e o glicogênio hepático, além de inibir a atividade da maltase e consequentemente inibir a absorção de glicose intestinal. O artigo 12 testou em ratos o extrato metanólico de *Bauhinia cheilandra* (pata-de-vaca) e no trabalho 13 foram testados extratos fluidos de *Bauhinia forficata* demonstrando que os flavonoides presentes nas espécies possuem atividade hipoglicemiante atribuída a sua capacidade de inibir a alfa amilase e a absorção da glicose pelo intestino. Os artigos 14 e 15, utilizando um composto isolado dos caules da *Cyathea phalerata* (*xaxim*), identificaram que os mecanismos responsáveis pela ação do composto estão envolvidos com o estímulo da captação de glicose e a síntese de glicogênio no músculo esquelético. Resultados obtidos nos artigos 16 e 17 apontam para a validade do uso clínico de *Ilex paraguariensis* (erva-mate) no tratamento do diabetes tipo 2. Após a administração da infusão da erva-mate e suas frações estas causaram aumento do conteúdo de glicogênio hepático e da secreção de insulina e, consequentemente reduziram a glicemia de ratos. O artigo 18 demonstrou o efeito hipoglicemiante, acompanhado de aumento do conteúdo de glicogênio e da captação de glicose no músculo esquelético, do extrato e frações da *Averrhoa carambola* e atribuiu essa ação à presença de flavonóides. O artigo 19 verificou através de estudos usando ratos que a farinha de pectina obtida da casca do fruto de *Passiflora edulis* é capaz de diminuir os níveis de glicose no sangue através do aumento no conteúdo de glicogênio no fígado. No artigo 20 os autores confirmaram que o extrato hidroalcoólico das folhas de *Passiflora nitida* Kunth através de testes *in vitro* é capaz de inibir a atividade da -glicosidase e da -amilase, além de apresentar potencial antioxidante e hipoglicemiante. No artigo 21 os pesquisadores demonstraram que o extrato bruto e frações de *Vitex megapotamica*, conhecida como tarumã ou azeitona-brava, reduziu os níveis de glicose no soro de ratos diabéticos. Por fim, no artigo 22 foi demonstrado que o extrato de *Solidago chilensis* (arnica-do-brasil) é capaz de reduzir a glicemia em ratos através do aumento do conteúdo de glicogênio e inibição da maltase.

Conclusão: O Brasil com a sua enorme biodiversidade, apresenta uma variedade de plantas medicinais, que segundo a cultura popular, combatem o diabetes. Neste trabalho verificou-se que muitas dessas plantas apresentam eficácia comprovada através de estudos em animais e/ou humanos. Neste contexto, assim como o ministério da Saúde têm estimulado o uso de plantas medicinais, o enfermeiro munido dessas informações e através de práticas de prevenção e cuidado, pode

estimular o uso de produtos naturais como terapia alternativa para pacientes com diabetes.

DESCRITORES: Plantas medicinais, Diabetes Mellitus, hiperglicemia, terapêutica.

REFERÊNCIAS

- [1] Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso brasileiro sobre diabetes 2009. Princípios para orientação nutricional a pacientes com *diabetes mellitus*-terapia nutricional, 3ª ed. São Paulo, 2009. [acesso 11 set. 2013] Disponível em: http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf
- [2] World Health Organization. Diabetes. [acesso 04 ago. 2013] Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/#>

VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DOS CASOS DE HIPERTENSOS E COMPLICAÇÃO RENAL NO ESTADO DE SANTA CATARINA NO ANO DE 2011 A 2013

MAIARA VANUSA GUEDES RIBEIRO¹, GREICI DAIANI BERLEZI¹, ALESSANDRA DE PAULA¹, DENISE STEFFENS GRAZIOLI¹, ÉRICA DE BRITO PITILIN², DÉBORA TAVARES RESENDE E SILVA^{3*}

1. Acadêmico de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó; 2. Enfermeira, Mestre em enfermagem, Docente da UFFS, campus Chapecó. Membro do grupo de pesquisa CNPq GEPISC/UFFS e NEPEMAAS/UNESPAR; 3. Fisioterapeuta, Doutora em patologia Docente da UFFS, campus Chapecó. Membro do grupo de pesquisa CNPq GEPISC/UFFS.

Rua mato grosso, 760E, apto 101, Jardim Itália, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89814-080. debora.silva@uffs.edu.br

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A Pressão Arterial (PA) é designada como a pressão existente dentro das grandes artérias, enquanto a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é definida como a pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg¹. Ou seja, a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da PA, estando associada, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos). A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos². Entre tanto, a complicação renal é designada como alguma alteração na função renal, sendo que, a maior taxa de complicação renal é voltada para a doença renal crônica (DRC), na qual é definida por uma lesão renal caracterizada por alterações estruturais ou funcionais dos rins com ou sem redução da taxa de filtração glomerular (TFG), sendo as mesmas manifestadas por alterações patológicas ou indícios de lesão renal em exames de sangue, de urina ou de imagens. A HAS e a função renal estão intimamente relacionadas, podendo a HAS ser tanto a causa como a consequência de uma doença renal. Nas formas maligna ou acelerada, a hipertensão pode determinar um quadro grave de lesão renal, de natureza microvascular, caracterizada por necrose fibrinóide, conhecida como nefrosclerose maligna. Esse quadro pode acarretar, com grande frequência e em pouco tempo, se a HAS não for tratada, em um quadro de insuficiência renal crônica (IRC)³. A IRC é uma doença de elevada morbidade e

mortalidade. A incidência e a prevalência da IRC em estágio terminal (IRCT) tem aumentado progressivamente, a cada ano, em “proporções epidêmicas”, no Brasil e em todo o mundo, sendo que, as principais doenças reportadas como causa de IRC são hipertensão arterial (24%) glomerulonefrite (24%) e diabetes mellitus (17%)⁴. A HAS é uma das principais causas de IRC e a associação dessas duas situações clínicas aumenta consideravelmente o risco cardiovascular. Visto que, os principais mecanismos da HAS na IRC são sobrecarga salina e de volume, além de aumento de atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e disfunção endotelial³. Estudos epidemiológicos prospectivos estabeleceram com clareza a relação causal entre HAS (seja sistólica ou diastólica) e IRC. A prevalência HAS na população adulta em nosso meio é superior a 25%. Muitos desses indivíduos não sabem ser hipertensos, e entre os que sabem, menos de 30% são adequadamente tratados. Portanto, há grande potencial para que nos próximos anos a hipertensão arterial continue a ser causa importante de IRC⁴. Estudos mais recentes, mostram que no Brasil, a incidência e a prevalência de IRC estão aumentando, o prognóstico ainda é ruim e os custos do tratamento da doença são altíssimos. Tendo em vista que, o número projetado para a prevalência de tratamento dialítico em 2012 foi de 503 pacientes por milhão da população (pmp), variando por região entre 291 pacientes pmp na região Norte a 630 pacientes pmp na região Grande-Oeste.⁵ Portanto, se faz necessário que, os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, para que desta forma, a HAS não se torne em uma doença mais grave como uma DRC, IRC ou até mesmo um transplante renal, entre outras consequências citadas ao longo do texto. À vista disso, é preciso ter em mente, que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma

das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso¹. Diante do exposto verifica-se que a adoção de teorias no cotidiano da enfermagem contribui para a construção do conhecimento científico e para melhor elucidação do real papel do enfermeiro, com reflexo direto no processo de cuidar. **Objetivos:** Verificar e quantificar os casos de Hipertensos e complicação renal no estado de Santa Catarina. **Método:** A pesquisa foi realizada de forma quantitativa, através da base dados do DATASUS, sendo os mesmos obtidos no ano de 2015. A busca ocorreu da seguinte forma: através da base de dados DATA SUS, se optou pelas informações de saúde geradas pelo TABNET, foi selecionado epidemiológicas e morbidade e escolhendo o grupo de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) sendo optado na guia abrangência geográfica o estado de Santa Catarina. Essa etapa nos direcionou para o sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos de Santa Catarina, onde na opção linha foi selecionada a Macrorregião de saúde, na opção da coluna foi optado por doença renal devido ao alto impacto que a HAS pode causar aos rins, e no conteúdo foi escolhido a opção Hipertensão, na categoria de períodos disponíveis foi selecionado desde o mês de Abril de 2011 até Abril de 2013, e para finalizar a consulta acessamos o ícone mostrar para gerar as tabelas. Na macrorregião verificase a subdivisão de nove regiões, sendo elas: Serra Catarinense, Planalto Norte, Nordeste, Sul, Grande Florianópolis, Foz do Rio Itajaí, Vale do Itajaí, Meio Oeste e Grande. **Resultados:** Foi adquirido como resultados para o estado de Santa Catarina, a macrorregião de saúde. Diante disso, analisamos e relatamos que, tem-se um total de 39.853 indivíduos hipertensos registrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos da Santa Catarina, sendo que, no total destes registrados, 1.859 apresentam HAS e tinham problemas renais, sendo que 37.994 não apresentam problemas renais. Sendo assim, verificou-se uma elevada taxa de incidência de HAS e com comprometimento da função renal na região Sul com 345 casos, seguido da região do Vale do Itajaí com 328 casos. Já na relação de menor taxa de incidência de HAS e com comprometimento da função renal, obteve-se a região do Foz do Rio Itajaí com um total de 122 casos, seguido da região Nordeste totalizando 135 casos registrados de HAS e com comprometimento da função renal. **Conclusão:** Conclui-se que, existe um número maior de casos de HAS na região Sul e que esta morbidade traz reflexos e comprometimento de doença renal. Sendo assim, se faz necessário e fundamental programas que promovam a assistência desses indivíduos já pertencente ao grupo de Hipertensos e, também, procurando desenvolver a orientação e prevenção de novos casos de HAS. Assim, torna-se

urgente compreender como se dá a prática de enfermagem a essa clientela nos diversos cenários de atuação da saúde, não somente na nossa região, mas em qualquer âmbito.

DESCRITORES: Pressão arterial, Hipertensão, Insuficiência Renal Crônica, Renina.

REFERÊNCIAS

- [1] Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 53 p. [acesso em: 07 de abril 2016]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca_d15.pdf
- [2] Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira De Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Hipertensão, v. 13, 2010. [Acesso em: 07 de abril, 2016]. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
- [3] Bortolotto LA. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. Rev Bras Hipertens vol.15(3):152-155, 2008. [Acesso em: 07 de abril, 2016]. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-3/09-hipertensao.pdf>
- [4] Sesso R. Epidemiologia Da Doença Renal Crônica No Brasil E Sua Prevenção. [Acesso em: 07 de abril, 2016]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-chronicas-nao-transmissiveis/irc_prevprof.pdf
- [5] Sesso RC. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica 2012. J Bras Nefrol 2014;36(1):48-53. [Acesso em: 07 de abril, 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n1/0101-2800-jbn-36-01-0048.pdf>

AVALIAÇÃO DO RISCO DE ADOECIMENTO ENTRE PROFISSIONAIS DA CONSTRUÇÃO CIVIL NO OESTE CATARINENSE

PRISCILA LOCATELLI¹, KATRINI DOS SANTOS CONTERATTO¹, NARAIA NE FERMINO¹, CLODOALDO ANTÔNIO DE SÁ², ROSANA AMORA ASCARI³

1. Aluna de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina; 2. Educador Físico. Mestre e Doutor em Ciência do Movimento Humano. Professor Titular da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Coordenador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde da Unochapecó. Chapecó- SC- Brasil; 3. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

Rua 14 de Agosto, 807 E, Apto. 301, Edifício Satorini, Presidente Médice, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.
CEP: 89801-251. rosana.ascari@hotmail.com

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A construção civil é uma das áreas mais produtivas mundialmente e que apresenta maior precariedade nas condições de trabalho e segurança. Muitos trabalhadores inserem-se no trabalho informal, são do sexo masculino, com baixa escolaridade e com pouca ou sem nenhuma qualificação profissional. Essa área é caracterizada por um processo de trabalho altamente desgastante, em geral formado por mão de obra abundante, mal paga e com baixo grau de instrução. Consideram-se atividades da Construção Civil as atividades e serviços de demolição, reparo, pintura, limpeza e manutenção de edifícios em geral, de qualquer número de pavimentos ou tipo de construção, inclusive manutenção de obras de urbanização e paisagismo.¹ Faz parte da atividade laboral na construção civil, trabalhos de escavação, armação de ferro, cofragem e descofragem, betonagem, execução de alvenaria, execução de reboco, execução de coberturas, carpintaria, serralharia e aplicação de revestimento de pavimentos.² É evidenciado neste setor que a maioria dos trabalhadores não recebe treinamentos específicos relacionados aos riscos que estão expostos e nem sobre como utilizar os equipamentos de proteção individuais (EPI) e coletivos (EPC). **Objetivo:** Avaliar o risco de adoecimento dos profissionais da construção civil em Chapecó-SC com base no Inventário Sobre Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA). **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem quantitativa que foi desenvolvida no período de abril de 2013 à junho de 2014, em uma empresa de construção civil no município de Chapecó/SC que possuía 150 colaboradores em seu quadro de servidores. A amostra

foi constituída por 75 indivíduos, trabalhadores atuantes da construção civil, abrangendo todas as funções, com no mínimo seis meses de atuação neste serviço, na faixa etária de 18 e 65 anos de ambos os sexos. Após serem informados acerca dos objetivos e procedimentos do estudo, todos aqueles que concordaram em tomar parte do mesmo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (parecer número 433.212 de 18 de outubro de 2013). Para análise dos dados foram calculadas as médias das categorias de respostas de cada instrumento que compõem o ITRA. Este, é um instrumento estruturado e tem por objetivo investigar o trabalho e os riscos de adoecimento por ele provocado em termos de representação do contexto de trabalho, exigências (físicas, cognitivas e afetivas), vivências e danos.³ O ITRA é composto por quatro escalas interdependentes para avaliar quatro dimensões da interrelação trabalho e riscos de adoecimento, são elas: *Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho* (EACT) a qual descreve representações relativas à organização, as relações socioprofissionais e as condições de trabalho; *Escala de Custo Humano no Trabalho* (ECHT), que aborda representações relativas ao custo físico, cognitivo e afetivo do trabalho; *Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho* (EIPST), com representações relativas as vivências de prazer e de sofrimento no trabalho e; *Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho* (EADRT) a qual compreende a representações relativas as consequências em termos de danos físicos e psicossociais. A análise estatística descritiva foi realizada por meio do programa *Statistical*

Package of Social Sciences (SPSS). Para as variáveis independentes foi utilizado os testes t de Student (variáveis simétricas) e para as variáveis dependentes foi aplicada a análise de variância. Foram considerados significativos os dados com valor de p bicaudal menor ou igual a 0,05. **Resultados:** Os profissionais investigados, trabalhadores da construção civil em Chapecó caracterizaram-se na maioria como do sexo masculino (n=69), idade entre 18 a 28 anos (n=22), casados (n=22), com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto, n=36), com 6 a 10 anos de profissão na construção civil (n=18) e 6 a 11 meses de trabalho na empresa pesquisada (n=29). Trabalham no turno matutino e vespertino, com carga horária de 9 horas, exceto na sexta-feira que são 8 horas diárias, totalizando uma carga horária de 44 horas semanais. Para a apresentação dos resultados utilizou-se dos cálculos de média ponderada que será apresentada logo após os fatores que compõem cada escala, seguidos da avaliação. A *Escala Avaliação do Contexto de Trabalho* composta pela Organização do trabalho (3,68); Relações sócio-profissionais (1,88) e Condições de trabalho (1,91) representa avaliação moderada/ crítico, positiva/satisfatória e positiva/satisfatória respectivamente. A *Escala de Avaliação de Custo Humano no Trabalho* é composta pelo custo físico (3,73), cognitivo (3,26) e afetivo (2,26), a qual obteve avaliação negativa/grave, moderada/crítico e positiva/satisfatória respectivamente. Na *Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho* os fatores que avaliaram o prazer foram a realização profissional (4,65) e liberdade de expressão (4,17), e os fatores que avaliaram o sofrimento no trabalho são representados pelo esgotamento profissional (2,02) e falta de reconhecimento (1,21), todos com avaliação positiva/satisfatório. A *Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho* identificou danos físicos (1,88), danos psicológicos (0,82) e danos sociais (0,65), todos classificados como avaliação positiva/suportável. O fator de maior destaque foi o custo físico, que teve avaliação negativa, grave, caracterizado este fator como produtor de custo humano e sofrimento no trabalho. Em seguida, os fatores que se destacaram foram à organização do trabalho e custo cognitivo, que tiveram uma avaliação moderada, crítica, o que caracteriza esses fatores como situação-limite. Diante do exposto, é relevante apontar quais os fatores que se destacaram negativamente nesta pesquisa. Na EACT, o fator que predominou foi à organização do trabalho, destacando os subfatores “existe fiscalização do desempenho” e “existe divisão entre quem planeja e quem executa”, indicando que os profissionais da construção civil não estão satisfeitos com a organização do seu trabalho. Com relação à ECHT, o fator predominante foi custo físico, destacando os subfatores “usar os braços de forma contínua” e “usar a pernas de

forma contínua”, indicando sobrecarga para os profissionais, resultando em custo humano e sofrimento no trabalho. O presente estudo identificou poucas produções em relação a trabalhos científicos na área da indústria da construção civil, principalmente a inexistência de estudos que usaram o ITRA com trabalhadores da construção civil, impossibilitando a comparação dos resultados. Percebe-se a necessidade de providências imediatas, para a eliminação e/ou diminuição dos fatores de risco de adoecimento dos trabalhadores investigados. Neste contexto a enfermagem pode atuar, identificando esses riscos, avaliando e propondo medidas/ações para a solução dos mesmos, e ainda, atuando na promoção da saúde e prevenção de doenças desses trabalhadores. Os demais fatores, relações socioprofissionais, condições de trabalho, custo afetivo, liberdade de expressão, realização profissional, esgotamento profissional, falta de reconhecimento, danos físicos, sociais e psicológicos, foram avaliados como positivos, satisfatórios, caracterizando os mesmos como produtores de prazer no trabalho, os quais devem ser mantidos e consolidados. **Conclusão:** Apesar da indústria da construção civil ser de grande importância para economia brasileira, por empregar milhares de trabalhadores, este setor é caracterizado como precário e que oferece risco para seus trabalhadores, tanto no âmbito de acidentes quanto nas doenças decorrentes do trabalho. A aplicação das quatro escalas que compõem o inventário de trabalho e risco de adoecimento permitiu identificar, avaliar e discutir os riscos de adoecimento em profissionais da construção civil, tendo como base o contexto de trabalho, as vivências de prazer e sofrimento, os custos e danos relacionados ao trabalho. Apesar de ser um instrumento longo, o ITRA, proporciona a identificação dos riscos de adoecimento em vários contextos do ambiente laboral sinalizando aos trabalhadores da saúde ocupacional quais as lacunas existentes para atuar sobre esses riscos, além disso, sua aplicação gera uma reflexão nos trabalhadores sobre o processo de trabalho e as relações com sua saúde. Espera-se que este estudo possa refletir na atuação dos profissionais da saúde, principalmente, dos enfermeiros que tem um papel fundamental na promoção da saúde desses trabalhadores, tanto no âmbito assistencial e administrativo quanto no âmbito da educação. No decorrer do estudo perceberam-se algumas fragilidades acerca da organização e segurança nas atividades desenvolvidas pelo trabalhador da construção civil, que carece de um olhar mais atento da equipe multiprofissional em saúde ocupacional a fim de minimizar os riscos de adoecimento e acidentes de trabalho.

DESCRITORES: Riscos ocupacionais, saúde do trabalhador, indústria da construção civil, enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [01] Brasil. Ministério do Trabalho e do Emprego. Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978– NR 18. Publicação Norma Regulamentadora NR-18 Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. [documento internet] 1978. Disponível em: [http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080814295F16D0142ED4E86CE4DCB/NR-18%20\(atualizada%202013\)%20\(sem%2024%20meses\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080814295F16D0142ED4E86CE4DCB/NR-18%20(atualizada%202013)%20(sem%2024%20meses).pdf).
- [02] Michel O. Saúde do trabalhador: cenários e perspectivas numa conjuntura privatista. São Paulo: LTr, 2009. 766 p.
- [03] Mendes AM, Ferreira MC, Cruz RM. Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. *In*: Mendes AM (Ed.). Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 111-26.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

SILVIA SILVA DE SOUZA^{1*}, ELISÂNGELA MARA DOS SANTOS², TATIANA GAFFURI DA SILVA³, KÁTIA LILIAN SEDREZ CELICH, JULIA VALERIA DE OLIVEIRA VARGAS BITENCOURT, LEONI TEREZINHA ZENEVICZ⁶

1. Enfermeira, Mestre, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó; 2. Enfermeira no Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU); 3. Enfermeira, Mestre, Docente da UFFS; 4. Enfermeira, Doutora, Docente da UFFS; 5. Enfermeira, Mestre, Docente da UFFS; 6. Enfermeira, Doutora, Docente da UFFS.

Av. Fernando Machado, 108 E, Centro, Caixa Postal 181, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89802-112.

silvia.souza@uffs.edu.br

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: O termo doença cardiovascular, designa uma ampla gama de distúrbios que afetam o coração e os vasos sanguíneos. As principais manifestações de doenças cardiovasculares são a doença arterial coronariana, a doença cerebrovascular (AVC e ataques isquêmicos transitórios) e a doença vascular periférica¹. As doenças cardiovasculares estão em primeiro lugar como causas de mortes em todos os países desenvolvidos e em muitos países em desenvolvimento¹. Entre as doenças cardiovasculares (DCV) mais comuns pode-se referir o infarto agudo do miocárdio (IAM), a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), o acidente vascular cerebral (AVC), angina de peito e a aterosclerose². Detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo, e/ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado para Hipertensão arterial sistêmica (HAS) caracteriza-se como um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), as sociedades científicas e as associações de portadores. **Objetivo:** Identificar o que foi publicado sobre doenças cardiovasculares na área de enfermagem entre os anos de 2005 e 2012. **Método:** A busca dos dados foi realizada na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para obtenção dos artigos existentes e consequentemente construção da amostra, foram utilizadas palavras chaves específicas e pertencentes aos descritores em ciências da saúde (DeCS): Enfermagem; Doenças cardiovasculares e Enfermagem cardiovascular. O estudo foi realizado de janeiro a julho de 2013, com artigos entre os anos de 2005 a 2012. Foram selecionados artigos com produção científica efetiva, sendo todos de língua portuguesa de acesso livre e gratuito. A seleção dos artigos pertinentes foi realizada a partir da leitura de resumos dos artigos encontrados. A partir das buscas nas bases de dados referidas foram encontrados 54 artigos. Após a exclusão dos artigos

repetidos e dos artigos que não eram da área de enfermagem, que não respondiam à questão norteadora do estudo, e que não estavam escritos no idioma português, foram selecionados 13 artigos. **Resultados:** Dos estudos incluídos, 53,8% tiveram origem na região sudeste, 38,5% na região sul e com menor representatividade 7,7% na região nordeste com somente um artigo publicado no correspondente período. Quanto ao tipo de estudo 84,6% eram de pesquisa, 7,7% de reflexão e 7,7% relato de experiência. Em relação à área temática 30,7% abordavam os Diagnósticos de enfermagem, 23,1% estratégias de cuidado, 23,1% fatores de risco e complicações, 15,4% consulta de enfermagem e 7,7% avaliação. A amostra dos estudos foi representada por paciente internado (idade entre 18 a 80 anos) 45,4%, 18,2% por pacientes atendidos no ambulatório, 9,1% por estudantes (idade entre 14 e 19 anos), 9,1% acadêmicos de enfermagem, 9,1% Enfermeiros, auxiliares e técnicos e 9,1% por idosos acima de 60 anos. Quanto às considerações finais de cada estudo, evidenciou-se no primeiro a identificação das vulnerabilidades dos idosos mostrando-se como uma estratégia promissora para o cuidado e ao mesmo tempo desafiadora, pois envolve análise conjunta dos componentes individuais, sociais e programáticos, favorecendo o vínculo, o acolhimento às demandas e o atendimento das necessidades da população. O estudo número dois apontou a descrição dos diagnósticos de enfermagem como contribuintes para a análise das respostas à doença cardiovascular, com foco no objeto de trabalho do enfermeiro, por meio de investigação holística. O terceiro estudo constatou que há diferenças entre o que é dito sobre o cuidado e o que é feito na prática, ou seja, entre a retórica e o real. Embora afirmam que o cuidado deve privilegiar procedimentos técnicos e atitudes humanísticas, a prática demonstra a relevância atribuída ao manuseio dos aparelhos e ao atendimento das necessidades biológicas. O de número

quatro espera que os diagnósticos de enfermagem possam ser úteis na organização e continuidade do cuidado realizado, uma vez que permitirão o estabelecimento de algumas prioridades no planejamento das intervenções de enfermagem, visando a otimização do tempo da equipe de enfermagem, a melhora da qualidade do cuidado e o favorecimento das ações de educação para esta população. O quinto, apontou os fatores de risco, em especial o peso acima do ideal, a história familiar e a inatividade física como determinantes para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. O estudo de número seis apresentou a utilização do Questionário do Senso de Coerência de Antonovsky na prática clínica do enfermeiro, possibilitando a identificação dos indivíduos que necessitam de maior atenção no planejamento do seu cuidado, visando a promoção de estratégias que os auxiliem no enfrentamento da situação de estresse em que se encontram durante a internação, à espera do procedimento cirúrgico. Destacou ainda que a utilização do instrumento de medida para o constructo do senso de coerência para as doenças cardiovasculares pode ser inferida aos portadores de condições crônicas ou pertencentes a grupos específicos, como idosos, adolescentes, gestantes e crianças. O estudo de número sete mostrou a identificação das estratégias de enfrentamento adotadas pelos pacientes com indicação de cirurgia cardíaca permitindo uma assistência de enfermagem voltada ao seu atendimento e sua adaptação às demandas emocionais e fisiológicas do processo cirúrgico. O de número oito descreveu a internação na Unidade Coronariana como uma difícil experiência na vida dos pacientes e de seus familiares. Assim, destacou a importância do controle do estresse para melhor condição física e psíquica do paciente na sua recuperação. O nono estudo revelou que a consulta de enfermagem promove redução da frequência de internações hospitalares dos pacientes. O décimo destacou que os programas em busca do desenvolvimento de estilos de vida mais saudáveis devem ser permanentes, sistematizados iniciando já na infância, visando auxiliar a promoção à saúde e prevenção de doenças crônico-degenerativas. O décimo primeiro artigo identificou os diagnósticos de enfermagem comuns em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas permitindo um direcionamento da assistência de enfermagem e subsidiando o estabelecimento de intervenções fundamentadas e adequadas às necessidades individuais apresentadas por esses pacientes. O décimo segundo artigo desvelou o processo de cuidar como aquele que permeia a identificação e compreensão das respostas dos pacientes com insuficiência cardíaca aos problemas de saúde reais e potenciais facilitando a escolha de intervenções de enfermagem. E o último artigo, o décimo terceiro

apontou o uso do álcool como um dos maiores problemas de saúde pública que pode ser combatido através de intervenções de profissionais da saúde que estejam engajados em programa de promoção a saúde.

Conclusão: Com o aumento da sobrevida, as doenças crônico-degenerativas estarão cada vez mais presentes, neste sentido, a melhor terapêutica para as cardiopatias, é a prevenção, com combate os fatores de risco. As investigações reforçam a importância de programas de intervenção, principalmente àqueles relacionados às mudanças no estilo de vida com ações de educação em saúde, programas de informações sobre hábitos saudáveis de vida, com alimentação saudável, e prática de atividade física.

DESCRITORES: Doenças cardiovasculares, enfermagem, enfermagem cardiovascular.

REFERÊNCIAS

- [1] Carnellosso ML, Barbosa MA, Porto CC, Silva AS, Carvalho MM, Oliveira AL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2010.
- [2] Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2015; 105(2):1-105.

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO ATENDIDOS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

CAMILA MARCON^{1*}, EDLAMAR KÁTIA ADAMY², CARLA ARGENTA³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC; 3. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da UFRGS. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC.

Av. Fernando Machado, São Cristóvão, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89803-000. milamarcon_md@hotmail.com

Eixo 1: Construindo o conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: A consulta de enfermagem é caracterizada por ser uma estratégia certamente eficaz para a descoberta precoce de diversos problemas de saúde. Proporciona ao profissional enfermeiro um momento em que é possível conhecer as condições em que o usuário se apresenta e, a tomar decisões apropriadas perante as necessidades do mesmo. A partir da consulta de enfermagem possibilita-se intervir da melhor forma para cada caso, abordando atividades preventivas, de tratamento, de reabilitação e paliativas, é realizado também um cuidado individual ou coletivo, sendo ele adequado e efetivo¹. A Resolução 159/1993 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a consulta de enfermagem, ressaltando de que a mesma deve ser realizada obrigatoriamente durante a Assistência de Enfermagem, em todos os níveis de assistência, seja público ou privado². Em se tratando de pacientes com câncer (CA), é de fundamental importância a participação dos profissionais enfermeiros e da consulta de enfermagem para a prevenção e controle dos efeitos adversos que são gerados durante o tratamento radioterápico. Esses pacientes podem limitar-se ao tratamento, gerando a necessidade de interrupção temporária ou definitiva do tratamento, bem como a motivação do paciente poderá decair em relação a continuar com o planejamento terapêutico, tendo como consequência o comprometimento do controle local do tumor, além de influenciar nas taxas de sobrevida³. A radioterapia é caracterizada por ser um tratamento muito eficaz, porém traz consigo algumas manifestações clínicas agudas e crônicas, onde chamamos de efeitos adversos. Entre as manifestações clínicas mais encontradas, destacam-se as reações de pele, náuseas, diarreia, xerostomia, osteorradiocrose, anorexia e disfagia⁴, o que justifica o acompanhamento do profissional enfermeiro. **Objetivo:** Descrever a caracterização dos pacientes em tratamento radioterápico

atendidos durante a consulta de enfermagem. **Método:** A metodologia deste estudo é de caráter quantitativo, transversal do tipo descritivo exploratório. O estudo foi realizado no ambulatório de radioterapia de um Hospital de referência da região Oeste de Santa Catarina. Participaram deste estudo sessenta (60) pacientes em tratamento radioterápico, maior de 18 anos, de ambos os sexos, independente do município de origem. Foram critérios de exclusão: pacientes em condições físicas e mentais prejudicadas que impossibilitasse a coleta de todos os itens do instrumento. A coleta de dados ocorreu durante a consulta de enfermagem previamente agendada, realizada pela enfermeira responsável pelo setor de radioterapia, nos meses de junho e julho de 2015. Para realizar a compilação dos dados e análise estatística utilizou-se primeiramente do programa *Microsoft Excel® 2010* e posteriormente o programa *EpiInfo™ 7*. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina, sob número 1.087.561 de 29/05/2015. **Resultados:** A consulta de enfermagem no ambulatório de radioterapia é realizada para todos os pacientes que iniciam tratamento radioterápico, a mesma é pré-agendada pela profissional enfermeira do setor. A caracterização dos pacientes se deu a partir da anamnese realizada na consulta de enfermagem utilizando-se de um instrumento próprio construído especificadamente para o ambulatório de radioterapia. Neste estudo, a amostra foi de 60 pacientes que encontravam-se em tratamento radioterápico, destes 57% eram do sexo feminino e, 43% do sexo masculino. No sexo feminino o tipo de CA mais encontrado foi o de mama (56%), seguido pelo CA de colo uterino (17%). O CA de mama é considerado o maior causador de mortes por câncer nas mulheres. Existem vários fatores de risco que predispõe para o desenvolvimento desta doença, porém, o principal fator é a idade, onde a maior incidência ocorre até os 50 anos de idade, e, após esta idade, o aumento dos casos ocorre de maneira mais lenta⁵. Conforme os resultados

desta pesquisa, foi possível identificar que estes corroboram com informações publicadas em outros estudos, uma vez que o câncer de mama foi identificado em 19 pacientes (56%) e com maior incidência na faixa etária de 40 a 59 anos. Já no sexo masculino, o tipo de CA mais encontrado foi o de próstata (34%), seguido pelo CA de reto (15%). Para o desenvolvimento do CA de próstata tem-se um único fator de risco significativo, que é a idade. Cerca de 62% dos casos que são diagnosticados no mundo ocorrem em homens com faixa etária de 65 anos ou mais⁵. Estes dados corroboram com os achados da pesquisa, uma vez que os casos encontrados de câncer de próstata apresentaram-se entre a faixa etária de 60 a 89 anos de idade. De forma geral, a faixa etária de 60 a 69 foi a que prevaleceu no sexo masculino, enquanto no sexo feminino foi a de 50 a 59 anos. Em relação ao estado civil, 65% eram casados. Sobre o número de filhos, tanto no sexo masculino quanto no sexo feminino o número de filhos entre 1 a 3 foi prevalente. Com relação ao uso de tabaco e sua relação com o CA, observa-se que da amostra de 26 pacientes do sexo masculino, 20 eram/foram fumantes, e apenas seis não eram fumantes. Quanto ao sexo feminino, de 35 pacientes, 10 fizeram uso de tabaco. Segundo estudos, o tabaco é um grande fator de risco para o desenvolvimento de vários tipos de câncer, sendo que o mesmo pode agravar muito mais os casos. Sabe-se ainda que as pessoas fumantes possuem um risco maior de desenvolver câncer, quando comparadas aos não fumantes⁵. Outro fator que está associado ao desenvolvimento de vários tipos de CA é o etilismo. Na pesquisa, foram identificados 15 (25%) pacientes que faziam uso de álcool, e 45 (75%) pacientes que não faziam. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) o etilismo causa entre 2% e 4% das mortes por câncer. É o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer na cavidade bucal, esôfago, fígado, reto e possível também para o câncer de mama, se o uso for combinado com o tabaco⁵. **Conclusão:** O estudo aponta que a maioria dos pacientes atendidos é do sexo feminino, sua incidência se dá no CA de mama e na faixa etária de 50 a 59 anos. Para o sexo masculino prevalece o CA de próstata e na faixa etária de 60 a 69 anos. Ainda, pode-se concluir que a consulta de enfermagem é uma ferramenta de trabalho fundamental, pois a partir desta é possível identificar e intervir nos problemas reais ou potenciais apresentados pelos pacientes. Caracterizar os pacientes atendidos no ambulatório de radioterapia possibilita o planejamento de medidas terapêuticas adequadas precocemente garantindo uma assistência de qualidade.

DESCRITORES: Enfermagem, enfermagem oncológica, radioterapia.

REFERÊNCIAS

- [1] Oliveira SKP, Queiroz APO, Matos DPM, Moura AF, Lima FET. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev bras enferm.* 2012; 65(1): 155-161. [acesso em 25 mar. 2016] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-034-
- [2] Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen-159/1993. Brasília, DF, 1993. [acesso em 06 abr. 2016] Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html
- [3] Leite FMC, Ferreira FM, Cruz MAS, Lima EFA, Primo CC. Diagnósticos de enfermagem relacionados aos efeitos adversos da radioterapia. *Rev min enferm.* v. 17, n. 4, 2013 out/dez, p. 940 – 945. [acesso em 27 mar. 2016] Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/897>
- [4] Boligon CS; Huth A. O impacto do uso de glutamina em pacientes com tumores de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico e quimioterápico. *Revista brasileira de cancerologia*, v. 57, n. 1, p. 31-38, 2011. [acesso 27 mar. 2016] Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_57/v01/pdf/06_artigo_impacto_glutamina_pacientes_tumores_cabeca_pescoço.pdf
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. INCA e Ministério da Saúde apresentam estimativas de câncer para 2014. 2013. [acesso 27 mar. 2016] Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site+/home+/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014

PERFIL DE ABORTOS NAS CINCO REGIÕES DO BRASIL SEGUNDO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E CARACTERÍSTICAS MATERNAS

FRANCIELY DAIANA ENGEL^{1*}, ANDRÉ LUCAS MAFFISSONI², MARIANA SBEGHEN MENEGATTI¹, SILVANA DOS SANTOS ZANOTELLI³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Bolsista de Iniciação Científica da UDESC; 2. Acadêmico de Enfermagem e Bolsista de Iniciação Científica da UDESC; 3. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS), Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC.

* Rua Sete de Setembro, 1378D, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89802-220. francy.d15@hotmail.com

Eixo 1: Construindo o conhecimento da pesquisa na enfermagem.

RESUMO

Introdução: Atualmente o aborto perpassa discussões morais e éticas no cenário da saúde e sociedade, gerando conflitos de valores que são intrínsecos aos indivíduos. Sua relevância enquanto um problema de saúde pública é muitas vezes subestimada, existindo necessidade de instigar a reflexão para o perfil das mulheres que vivem essa situação e para a relação existente entre o abortamento e as questões sociais da vida destas. Segundo o Ministério da Saúde, o aborto é o produto eliminado no abortamento, definido como a interrupção da gestação até a 20ª ou 22ª semana ou com peso menor de 500g¹. Neste contexto, humanizar o atendimento da mulher é dever de todo profissional da saúde e direito das mulheres, tornando imprescindível que a assistência de enfermagem direcione seu olhar para essa como um ser integral. Assim, em um contexto ampliado, uma forma de conduzir ações e serviços a determinados locais é considerar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), uma medida de avaliação da qualidade de vida e do desenvolvimento econômico que considera renda, educação e saúde da população, a fim de propor reflexão sobre as características das mulheres brasileiras que passam por essa situação e por existir uma evidente relação entre os casos de aborto, a desigualdade socioeconômica e a falta de acesso a saúde². **Objetivo:** Identificar o perfil de abortos nas cinco regiões brasileiras segundo IDH e características maternas. **Metodologia:** A pesquisa trata-se de um estudo epidemiológico analítico com delineamento ecológico. Essa metodologia de estudo tem a pretensão de compreender o modo com que determinada doença/patologia acomete uma população e como o ambiente em que essa coletividade está inserida pode influenciar neste processo³. O estudo foi realizado por meio de coleta de dados na base do Departamento de

Informática do SUS (DATASUS) e no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Esse trabalho compreendeu os casos de aborto registrados nos anos de 2009-2013, nas cinco regiões federativas do Brasil. Ressalta-se que não há registro de dados nos anos posteriores a 2013. As variáveis estudadas foram o IDH, a idade, faixa etária, escolaridade materna, raça e cor da mulher e local de ocorrência. Para o cálculo das taxas de aborto foram utilizados o número de casos de aborto, dividido pelo número de nascidos vivos vezes 100 mil. **Resultados:** A incidência total de abortos no Brasil entre os anos de 2009 a 2013 foi de 7072, dos quais 5636 (79,69%) com gestação única, 1069 (15,11%) com gestação dupla, 93 (1,31%) com gestas triplas ou mais, e 274 (3,87%) ignorada. As regiões com maior número de casos foram, em ordem decrescente: região Sudeste com 3687 casos (52,13%) e IDH de 0,753; região Nordeste com 1690 casos (23,89%) e IDH de 0,732; região Sul com 749 casos (10,59%) e IDH de 0,756; e região Centro-Oeste com 502 casos (7,09%) e IDH de 0,753; região Norte com 444 casos (6,27%) e IDH 0,683. Nestas localidades 6641 casos (93,90%) ocorreram em instituições de saúde, 431 (6,09%) em domicílio, via pública, dentre outros. Em relação a faixa etária das mulheres que sofreram abortamento, 4071 casos (57,56%) corresponderam as idades entre 20 a 34 anos; 1358 (19,20%) entre 10 e 19 anos; 897 entre 35 a 59 anos (12,68%); e 796 (11,25%) com idade ignorada. No que diz respeito à escolaridade, 220 mulheres (3,11%) possuíam nenhuma instrução; 430 (6,08%) estudaram de 1 a 3 anos; 1466 (20,72%) de 4 a 7 anos; 2349 (33,21%) de 8 a 11; 958 (13,54%) de 12 ou mais; e em 1649 casos (23,31%) os anos escolares foram ignorados. Também foram pesquisados dados referentes a raça e cor, entretanto, na maioria dos registros (7015) esta característica foi ignorada. Além disso, o estudo

identificou que o impacto gerado por casos de abortamento deve ser considerado em nível econômico, uma vez que o Brasil gastou nos últimos cinco anos o equivalente a 263.713.067,31 reais, sendo em cada região os seguintes valores: Norte: 25.381.595,01; Nordeste: 73.786.987,48; Sudeste: 93.112.219,59; Centro-oeste: 16.323.332,11; Sul: 28.108.883,12.

Conclusão: Considerando que o IDH é um indicador que leva em conta o PIB per capita, a Organização das Nações Unidas (ONU), possui um padrão de registro e ordenação desses resultados, sendo que quanto mais próximo do número zero, pior a situação de desenvolvimento humano, e quando mais próximo de um, melhor a situação de desenvolvimento humano⁴. Diante dos dados obtidos é possível perceber que não há influência do IDH sobre o número de casos de aborto no Brasil, tendo em vista que o maior índice ocorreu na região Sudeste, possuínte do segundo maior IDH das cinco regiões, e o menor ocorreu na região Norte, que possui o menor IDH do país. Entretanto, é importante considerar que dependendo do local e das condições socioeconômicas dos indivíduos, o acesso à saúde pode ser dificultoso, o que reflete possíveis notificações equivocadas ou a não realização delas. Outro fator observado foi que as taxas de incidência não tiveram alterações significativas nos anos analisados, o que é curioso pelo fato de a taxa de natalidade ter diminuído gradativamente nos últimos três anos estudados, logo, as ocorrências de aborto deveriam seguir os mesmos padrões. Levando em consideração a idade das mulheres, os maiores valores ocorrem entre 20 a 34 anos, o que pode ser explicado por esta ser a idade em que mais ocorrem gestações, segundo o Ministério da Saúde, a idade biologicamente recomendada para gestar. O nível de escolaridade, previamente exposto nos resultados, mostra significância quando demonstra que mulheres entre 8 a 11 anos de instrução são responsáveis por 33,2% dos casos, assemelhando-se as referências supracitadas sobre o IDH, ou seja, quanto maior o índice, maior a quantidade de casos, o que provavelmente se relaciona a melhor acessibilidade aos locais que ofertam serviços à saúde, já que 93,9% tem como local de ocorrência os estabelecimentos de saúde (os demais ocorreram em domicílio, via pública, entre outros, mas ainda assim notificados). Outra informação que chama a atenção é a quantidade de casos que não expressam a cor e raça das gestantes, dados subestimados que podem causar prejuízos por impedir ações em saúde a determinados grupos que, devido a sua segregação social, são potencialmente vulneráveis. Conclui-se que o aborto no Brasil é um dos procedimentos que mais geram custos para o sistema público de saúde, portanto, é preciso que haja investigação quanto aos fatores que influenciam sua ocorrência e de que forma essa situação pode ser

minimizada. No estudo, não foram obtidas, de forma concreta, informações acerca dos grupos que são/estão mais vulneráveis aos episódios abortivos, já que o IDH das regiões e a escolaridade das mulheres não demonstraram aumento ou diminuição significativa nas notificações. Ainda, é importante enaltecer as dificuldades encontradas para a consulta nas bases de dados utilizadas, as quais possuem última atualização em 2010 (PNUD) e DATASUS (2013), o que inviabiliza a compreensão do cenário atualizado do país. A partir disso, observamos que a contribuição deste estudo para a Enfermagem ocorre pela necessidade de produções a respeito do aborto, tendo em vista que a função do Enfermeiro (a) é prestar assistência qualificada, integral, holística e humanizada, e que, para tanto, necessita abdicar possíveis princípios e valores particulares que reflitam de forma negativa em suas ações, assim o atendimento provavelmente seguirá o que é proposto pelas diretrizes e pelo arcabouço teórico-filosófico que sustenta o Sistema Único de Saúde. Neste sentido, este estudo vem a colaborar com a disseminação de informações sobre o tema, demonstrando a relevância dos dados epidemiológicos e com vistas a aprimorar os conhecimentos de estudantes e profissionais da área, para que realizem o atendimento à saúde de maneira ética e comprometida.

DESCRITORES: Saúde da mulher, aborto, fatores epidemiológicos, assistência integral a saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf
- [2] Sandi SF, Braz M. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. *Rev Bioética* 2010; 18(1):131-53.
- [3] Lima-costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol e Ser Saude* 2003; 12(4): 189-201.
- [4] Silva, Olga Maria Panhoca da, and Luiz Panhoca. "A contribuição da vulnerabilidade na determinação do índice de desenvolvimento humano: estudando o estado de Santa Catarina." *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007; 12(5): 1209-1219.