

Nursing

edição brasileira



Mala Direta Básica
CNPJ 18.590.546/0001-05
DR/SPM/SP
Cliente
MPM COMUNICAÇÃO LTDA
Correios

www.revistanursing.com.br

ANO 20 • EDIÇÃO 228
MAIO 2017

ENTREVISTA:

Enfermeira Pesquisadora
Professora Titular aposentada
pela Escola de Enfermagem
USP Tamara Cianciarullo fala
sobre suas aulas com
Profª Wanda de Aguiar Horta,
além da complexidade da
profissão e muito mais!

ARTIGOS:

Conhecimento e atuação
dos (as) enfermeiros (as) na
abordagem e manejo da
incontinência urinária em
mulheres: revisão integrativa

Resgate de pessoa com
transtorno mental no samu
Cuiabá - MT

O acolhimento na
estratégia saúde da família:
transformando o processo
de trabalho

Vivências dos discentes de
enfermagem durante o internato
na área hospitalar



Percepção da mulher sobre a
assistência a ela prestada na
atenção primária



MÊS DA ENFERMAGEM
Um especial sobre a
enfermagem de ontem e suas
conquistas atuais

Tudo o que você espera dos curativos de espuma, com a exclusiva tecnologia AQUACEL™

11224



NOVO
AQUACEL™ Ag.
Foam

- Borda de silicone projetada para aderir à pele adjacente, não ao leito da ferida
- Disponível em vários tamanhos, adesivos e não adesivos
- O único curativo que oferece o conforto e a simplicidade da espuma aliados aos benefícios da tecnologia Aquacel™.

NOVO
AQUACEL™
Foam



Serviço de Atendimento ao Cliente

0800-7276-115
sac.brasil@convatec.com

Para mais informações visite www.convatec.com.br

AQUACEL, o logo Aquacel, ConvaTec, o logo ConvaTec, Hydrofiber e o logo da Hydrofiber são marcas registradas da ConvaTec Inc. e são marcas registradas nos E.U.A.
© 2012 ConvaTec Inc.

AP-011757-MM



AQUACEL Dressings
TRIED. TRUE. TRUSTED.™

ConvaTec

Revista Científica de Enfermagem

EDITORA MPM COMUNICAÇÃO

DIRETORA CIENTÍFICA

Profª Drª Grazia Maria Guerra

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Leticia Leivas - MTB 064181 (jornalista@mpmcomunicacao.com.br)

PUBLISHER

Maria Aparecida dos Santos (maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br)

DIAGRAMAÇÃO

Andressa Lima

ATENDIMENTO GERAL

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ATENDIMENTO AO ASSINANTE

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ASSINATURAS

assinaturas@mpmcomunicacao.com.br | (11) 4152-1879

IMPRESSÃO

Brasilform Ltda

A edição brasileira da **Revista Nursing**, criada em Julho de 1998 e atualmente publicada pela editora MPM Comunicação Ltda., é uma publicação mensal destinada à divulgação de conhecimento científico na área da Enfermagem. Tem como finalidade contribuir com a construção do saber dos profissionais deste campo por meio de divulgação de conteúdos científicos.

www.revistanursing.com.br

INDEXAÇÃO: Banco de Dados de Enfermagem:

Lilacs, Bdenf, Cuiden, Cabi e Global Health

ENDEREÇOS**Editora MPM Comunicação**

Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville -
Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038

Periodicidade: Mensal | **Tiragem:** 20.0000 exemplares

Impresso no Brasil por: Brasilform Ltda / Ano 19 / R\$680,00

O número no qual se inicia a assinatura corresponde ao mês seguinte ao do recebimento do pedido de assinatura em nossos escritórios.



www.facebook.com/revistanursingbrasil

MPM
Editora

Conselho Científico da Edição Brasileira**Profª. Drª Ana Lúcia Queiroz Bezerra**

Professora associada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Pós-doutorado em Enfermagem

Profª. Drª Ana Cláudia Puggina

Universidade de Guarulhos

Profª. Drª David Lopes Neto

Professor Associado da Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM). Doutor em Enfermagem pela UFC. Pós-Doutor em Enfermagem pela UFS.

Profª. Drª Dorisdaia Carvalho de Humerez

Profª Adjunta Doutora da UNIFESP (1986-2000). Conselheira Federal do Conselho Federal de Enfermagem (2015-2018). Doutorado em Enfermagem pela USP. Atuação na área de Saúde Mental e Educação Superior

Profª. Drª Grazia Maria Guerra

Diretora científica da revista Nursing. Doutora em Ciências pelo Programa de Fisiopatologia Experimental pela Faculdade de Medicina USP. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde do Centro Universitário São Camilo. Pesquisadora do Centro de Pesquisa Translacional do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

Profª. Drª. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Professora Livre Docente Associada do Departamento de Administração e Saúde Coletiva da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp. Graduação pela Faculdade Adventista de Enfermagem. Especialização em Administração Hospitalar. Mestrado em Enfermagem e Doutorado em Saúde Pública pela USP

Profª. Drª Luciane Lúcio Pereira

Enfermeira especializada em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, Mestrado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pró Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão da Universidade de Santo Amaro, docente do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro, docente colaboradora da Universidade Católica Portuguesa.

Profª. Drª Margarida Maria da Silva Vieira

Professora associada e diretora regional do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Mestre em Ciências de Enfermagem. Doutora em Filosofia

Profª. Drª. Maria Aparecida Munhoz Gaiva

Professora do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP e pós-doutorado pela escola de Enfermagem da USP

Profª. Drª. Maria Auxiliadora de Souza Gerk

Professora associada e docente permanente do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFMS. Doutorado em Ciências pela UNIFESP/EPM

Profª. Marluce Maria Araújo Assis

Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutorado em Enfermagem. Pós-doutorado em Saúde Pública na Escuela Andaluza de Salud Pública em Granada, Espanha

Profª. Drª Mirna Frota

Doutora em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Pós-doutorado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professora titular na Universidade de Fortaleza na graduação em Enfermagem e Pós-graduação em Saúde Coletiva

Profª. Drª. Sandra Cristine da Silva

Gerente de Qualidade do Hospital Sírio Libanês

Profª. Sandra Arantes

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Prof. Dr. Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior

Doutorado em Biotecnologia. Mestrado em Reabilitação. Especializações em Urgência e Emergência, U.T.I e Saúde Pública. Graduação em Enfermagem. Professor nas Universidades Anhanguera de São Paulo e Nove de Julho (UNINOVE) nos cursos de Graduação e Pós-graduação.

O conselho da revista Nursing é independente, não apresentando, desta forma, conflitos de interesse de nenhuma espécie com o conhecimento científico veiculado.

Propriedades e direitos

Direitos de autor: todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos de Autor e não podem ser total ou parcialmente reproduzidos sem permissão prévia, por escrito, da empresa editora da revista. A Nursing envia todos os esforços para que o material mantenha total fidelidade ao original, pelo que não pode ser responsabilizada por erros gráficos surgidos. As opiniões expressas em artigos assinados não correspondem necessariamente à opinião dos editores.

Agenda	1687
Editorial	1688
Notícias	1690
Especial Enfermagem	1692
Entrevista	1694

Artigos Científicos

Conhecimento e atuação dos (as) enfermeiros (as) na abordagem e manejo da incontinência urinária em mulheres: revisão integrativa

Nurses' knowledge and performance in the management and management of urinary incontinence in women: integrative review

El conocimiento y el rendimiento de (los) enfermeras (as) en el enfoque y el tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres: una revisión integradora

Emanuela Cardoso da Silva, Alessandra de Souza, Elaine da Silva Lima, Eloá Galbiatti Saes, Marcilene Rodrigues Matos e João Júnior Gomes..... **1698**

Resgate de pessoa com transtorno mental no SAMU Cuiabá - MT

Rescue of person with mental disorder in MECS Cuiabá - MT

Persona de rescate con trastorno mental en MECS Cuiabá - MT

Adilson Gomes de Campos, Alice Guimarães Bottaro de Oliveira e José Roberto Temponi de Oliveira..... **1703**

O acolhimento na estratégia saúde da família: transformando o processo de trabalho

The embracement in family health strategy: transforming the work process

El acojimiento en la estrategia salud de la familia: la transformación en el proceso de trabajo

Tuanny Gonçalves Benjamim de Souza, Juliane Berenguer de Souza Peixoto, Ana Elisa Pereira Chaves, Maria Amélia de Campos Oliveira e Gisetti Corina Gomes Brandão..... **1708**

Percepção da mulher sobre a assistência a ela prestada na atenção primária

Perception of the woman about her assistance in primary care

Percepción de la mujer sobre la asistencia prestada a la atención primaria

Rodrigo Ayres de Souza, Claudia Maria M.essias, Halene Cristina Dias de Armada e Silva, Marlene Vitorino Florencio, Claudia da Silva de Medeiros e Maria Regina Bernardo da Silva..... **1712**

Vivências dos discentes de enfermagem durante o internato na área hospitalar

Experiences of nursing students during the internship in area hospital

Experiencias de los estudiantes de enfermería del internado en área hospital

Natalia de Godoi Barros, Dênnis Ferreira Garcia de Matos Marqui, Franciely Midori Bueno de Freitas, Raquel Gvozdz e Marli Terezinha Oliveira Vannuchi..... **1717**

EVENTO	DATA	LOCAL	INFORMAÇÕES
XIV Fórum de Sepse	04 e 05/05/2017	Centro de Convenções Frei Caneca – SP	www.forumsepsse.com.br/2017/index.html Telefone: (11) 3472-2020
6º CONGREFIP - VI Congresso de Enfermagem das FIP	10 a 12/05/2017	Faculdades Integradas de Patos – PB	congregrefip2017.com.br E-mail: contato@congregrefip2017.com.br
Simpósio Paraense em Sistematização da Assistência de Enfermagem	11 e 12/05/2017	Hotel Sagres – PA	E-mail: abensecaopara@gmail.com Telefone: (91) 3226-3836
Feira + Fórum Hospitalar	16 a 19/05/2017	Expo Center Norte – SP	www.hospitalar.com/pt
19º SENP - Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem	17 a 19/05/2017	Centro de Convenções de João Pessoa – PB	E-mail: eventos@andradeeventos.com.br
XI Simpósio Internacional de Endoscopia Digestiva	18 a 20/05/2017	Vitória Grand Hall Vitória – ES	www.sied.org.br/ E-mail: lidia@packtour.com.br
VII Jornada de Enfermagem em Aparelho Digestivo e Trauma	18 a 20/05/2017	Expo Dom Pedro - Centro de Convenções e Exposições Campinas – SP	www.intergastro.com.br/2017/contato/pt/ Telefone: (19) 3368-4100

Normas para Publicação

A Revista Nursing, edição brasileira, tem por objetivo a divulgação de assuntos de Enfermagem colaborando, assim, com o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais. Para a publicação na Nursing, o trabalho deverá atender às seguintes normas:

- 01 Devem ser enviados para artigo@mpmcomunicacao.com.br, acompanhados de solicitação para publicação e de termo de cessão de direitos autorais assinados pelos autores.
- 02 Um dos autores deve ser profissional de enfermagem. Ao menos dois autores devem ser assinantes da revista.
- 03 Os autores devem checar se descritores utilizados no artigo constam no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).
- 04 Não ter sido publicado em nenhuma outra publicação nacional.
- 05 O5 Ter, no máximo, 10 páginas de texto, incluindo resumo (português, inglês e espanhol – inclusive título do artigo) com até 19 mil caracteres com espaço, ilustrações, diagramas, gráficos, esquemas, referências bibliográficas e anexos, com espaço entrelinhas de 1,5, margem superior de 3 cm, margem inferior de 2 cm, margens laterais de 2 cm e letra arial tamanho 12. Os originais deverão ser encaminhados em formato Word para o e-mail artigo@mpmcomunicacao.com.br
- 06 Caberá à redação julgar o excesso de ilustrações, suprimindo as redundantes. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como o copidesque do texto, com a finalidade de uniformizar a produção editorial.
- 07 As referências bibliográficas deverão estar de acordo com os requisitos uniformes para manuscritos apresentados a revistas médicas elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Estilo Vancouver).
- 08 Evitar siglas e abreviaturas. Caso necessário, deverão ser precedidas, na primeira vez, do nome por extenso. Solicitamos destacar frases ou pontos-chave. Explicitar os unitermos.
- 09 Conter, no fim, o endereço completo do(s) autor(es), email e telefone(s) e, no rodapé, a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional.
- 10 Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de quaisquer produtos. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica.
- 11 O Conselho Científico pode efetuar eventuais correções que julgar necessárias, sem, no entanto, alterar o conteúdo do artigo.
- 12 O original do artigo não aceito para publicação será devolvido ao autor indicado, acompanhado de justificativa do Conselho Científico.
- 13 O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados pela Editora MPM Comunicação LTDA. e só poderão ser reproduzidos com autorização desta.
- 14 Os trabalhos deverão preservar a confidencialidade, respeitar os princípios éticos da Enfermagem e trazer a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS – 466/12).
- 15 Ao primeiro autor do artigo serão enviados dois exemplares desta revista.
- 16 Caso os autores possuam fotos que possam ilustrar o artigo, a Nursing agradece a colaboração, esclarecendo que as mesmas serão devolvidas após a publicação.
- 17 Os trabalhos, bem como qualquer correspondência, deverão ser enviados para: NURSING – A/C DO CONSELHO CIENTÍFICO, Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038.

12 de maio Comemoração pelo Dia da Enfermagem



Profa Dra Grazia Maria Guerra
Diretora Científica da revista Nursing. Doutora em Ciências pelo Programa da Fisiopatologia Experimental pela FMUSP. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde do Centro Universitário São Camilo. Pesquisadora do Centro de Pesquisa Translacional do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, vinculada à Unidade de Hipertensão. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa no Processo de Cuidar na ótica da Enfermagem - GESPECEn - cadastrado no CNP-q. Diretora do Departamento de Enfermagem da sociedade Brasileira de Hipertensão

Prezados leitores o mês maio é marcado pela comemoração da **“Semana da Enfermagem”** que remete a data de nascimento da mais celebre personalidade da Enfermagem, conhecida como Florence Nightingale que foi uma destacada e destemida enfermeira inglesa, que fundou a primeira Escola de Enfermagem da Inglaterra no Hospital Saint Thomas, em Londres. Recebeu a Ordem do Mérito, em 1901, durante a era Vitoriana. Florence Nightingale nasceu em Florença, na Itália, no dia 12 de maio de 1820.

Era chamada “a dama da noite”, pois percorria todas as enfermarias com uma lanterna. Com o trabalho reconhecido em 1883, Florence recebeu da rainha Vitória, a Cruz Vermelha Real, e em 1901, se tornou a primeira mulher a receber a Ordem do Mérito. Florence Nightingale faleceu em Londres, Inglaterra, no dia 13 de agosto de 1910. É importante destacar que ela representou um marco para a Enfermagem, foi a frente do seu tempo e visionária, vislumbrou a importância da profissão para o bem-estar comum da pessoa humana, resgatou a dignidade de uma das mais belas atividades que se caracteriza na “arte do cuidar”. Organizou e sistematizou o corpo de conhecimento específico da Enfermagem, demonstrando a importância da aplicação dos princípios científicos para atuar na atividade profissionalmente sendo necessário passar por um processo de formação. Outra figura icônica da Enfermagem Brasileira foi a notável Professora Wanda de Aguiar Horta, talvez a única teórica brasileira que introduziu os conceitos do Processo de Enfermagem, como ferramenta de trabalho para a resolução de problemas de Enfermagem, desenvolveu a **“Teoria das Necessidades Humanas Básicas”**, a qual estabeleceu a seguinte definição: **“A Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torna-lo**

independente desta assistência através da educação, de recuperar, manter e promover sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros profissionais” e autora da célebre frase **“Gente que cuida de gente”** A Enfermagem moderna iniciou com o modelo nightingaliano e avançou consideravelmente desde de seu marco inicial com Florence, sendo reconhecida como profissão, dissociando o trabalho doméstico, transformando a Enfermagem empírica em Enfermagem profissional, anunciando o desenvolvimento de novas exigências e competências, que implicaram no estabelecimento de requisitos para o exercício da profissão. Quero destacar que em fase às comemorações da “Semana da Enfermagem” é necessário para o reconhecimento profissional, que todos que compõem a Equipe de Enfermagem se comprometam com a sua capacitação e qualificação, não se pode estagnar no tempo, mas deve-se tornar um eterno aprendiz, buscando o conhecimento transformador que nos leva ao aprimoramento, a reflexão e nos tornarmos autônomo nas escolhas, de apropriarmos do conhecimento em fase aos desafios da prática profissional, na busca de novos horizontes e perspectivas para o avanço da Ciência da Enfermagem, promovendo a “Enfermagem Cuidativa”, expressão utilizada pela Profa Tamara Iwanow Cianciarullo, a qual se dedicou ao ensino das “Teorias de Enfermagem”, e que nos concedeu gentilmente uma entrevista que muito veio a abrihantizar esta edição. Quero também destacar o papel da revista Nursing em promover uma Enfermagem Científica, possibilitando a existência de mais uma revista no cenário nacional para divulgar os resultados dos estudos e pesquisas. Desejo a todos uma agradável leitura dos artigos selecionados, que possa de fato contribuir para a atualização e adquirir novos conhecimentos. Felicito a todos da Enfermagem e desejo muito sucesso. 🐦


CADA CLIQUE PODE SALVAR UMA VIDA.

Previna infecções adquiridas em procedimentos cirúrgicos ou clínicos com o ONESOURCE

Se sua instalação não tem procedimentos de esterilização estritamente de acordo com Instruções de Uso dos fabricantes, estará sujeita a apresentar taxas mais elevadas de risco de infecções adquiridas em ambientes de cuidado de saúde, ou ainda gerar críticas negativas, danos à reputação e consideráveis prejuízos.

O ONESOURCE facilita com custo acessível um serviço para que sua instituição possa seguir as Instruções de Uso (IUFs) dos fabricantes recomendadas pela ANVISA. Nosso banco de dados on-line coloca os IUFs dos fabricantes atualizados ao seu alcance, melhorando a eficiência de processamento, segurança do paciente e conformidade com os regulamentos, além de ajudar na obtenção de acreditação.

Economize tempo, espaço e dinheiro enquanto salva vidas!



Assista a uma demonstração da forma mais acessível, simples e eficaz de eliminar erros em processamento estéril e em reduzir infecções.

oneSOURCE
—document site—

Para informações sobre preços, ligue para **0800 887 0903**
Cadastre-se para assistir a um webinar gratuito no oneSOURCEdocs.com

Profissional de Enfermagem transsexual e travesti tem direito a uso de nome social

Profissionais de Enfermagem travestis e transsexuais têm assegurada a possibilidade de uso do nome social em seus registros no Sistema Cofen/Conselhos Regionais. A Resolução Cofen 537/2017, que reconhece o direito ao registro com o nome social, foi aprovada por unanimidade pela plenária do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen).

Entende-se por nome social aquele adotado pela pessoa, por meio do qual se identifica e é reconhecida na sociedade, a ser declarado pela própria pessoa, sendo obrigatório o seu registro. Durante o exercício laboral, o profissional poderá se utilizar do nome social seguido da sua inscrição

junto ao Conselho Regional de Enfermagem (Coren).

A normativa foi originada a partir de questionamento encaminhado pelo Coren-SC, após manifestação por meio da ouvidoria. “Mais uma vez o conselho federal é protagonista na garantia dos Direitos Humanos, respeitando as manifestações da diversidade e orientação sexual”, afirmou o conselheiro federal Vencelau Pantoja.

A Resolução foi publicada no dia 22 de março de 2017, no Diário Oficial da União (D.O.U.) e entra em vigor em 60 dias.

Fonte: Ascom - Cofen

Ministro da Saúde inaugura centro cirúrgico do Hospital Câncer em Barretos

O Hospital de Câncer de Barretos (SP), referência no tratamento oncológico no país, ganha mais uma ala para cirurgias. O ministro da Saúde, Ricardo Barros, participou da inauguração, do novo Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital de Câncer de Barretos – Ala Luan Santana, composto por cinco salas com capacidade de realizar 28 procedimentos por dia. Com esse centro, o hospital soma 10 salas cirúrgicas disponíveis, garantindo do serviço. No local serão realizadas cirurgias como biópsias,

curetagem, histeroscopia (endoscopia ginecológica), retirada de gânglios entre outros procedimentos. O local possui ainda uma sala de recuperação e internação com 12 leitos.

Novo centro terá capacidade de realizar 28 cirurgias por dia, garantindo mais assistência aos pacientes. O hospital atende 100% SUS. Em 2016, a unidade recebeu mais de R\$ 92,6 milhões para custeio dos serviços realizados pela unidade.

Fonte: Ministério da Saúde

Campanha contra a gripe vai vacinar 54,2 milhões em todo o país

A partir deste ano, professores das redes pública e privada passam a integrar o público-alvo. No dia 13 de maio será a mobilização nacional. Cerca de 65 mil postos estarão abertos

A 19ª Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza deste ano começou no dia 17 de abril, com uma novidade: a partir de agora, os professores, tanto da rede pública como privada, passam a fazer parte do

público-alvo. Cerca de 2,3 milhões de profissionais da educação poderão se vacinar contra a gripe. Ao todo, receberão a vacina 54,2 milhões de pessoas que integram os grupos prioritários. Para isso, o Ministério da Saúde está adquirindo 60 milhões de doses da vacina. A campanha seguirá em todo o país até 26 de maio, sendo que dia 13 será de mobilização nacional.

Fonte: Ministério da Saúde

Reforma da previdência e terceirização impactará negativamente a Enfermagem

Após a palestra sobre “Reforma da Previdência, Terceirização e o impacto junto aos trabalhadores da Enfermagem”, resultado de uma indicação do deputado estadual Moritos Matos (PROS), outros parlamentares somaram-se à luta da categoria e manifestaram apoio à representante do Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe (Coren-SE), conselheira presidente Maria Cláudia Mattos, e à vice-presidente do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), Irene Ferreira.

A reunião contou com a presença de profissionais da Enfermagem, estudantes e convidados. Apesar de não poder haver manifestação pública, os presentes não puderam se conter em aplaudir as palestrantes, que exemplificaram os impactos negativos para a categoria, que implica em similaridade para outros profissionais brasileiros.

Os deputados George Passos (PTC), Goretti Reis, Ana Lúcia, Pastor Antônio e Moritos Matos reconhecem a importância de manter um diálogo para uma alteração eficaz e necessária. “Parabenizo as exposições feitas aqui hoje. É o ambiente mais propício para este debate e vejo os trabalhadores corretos em lutar pela preservação de seus direitos”, afirmou George Passos.

As palestrantes agradeceram aos deputados que ficaram até a conclusão da sessão, em especial ao mais novo amigo da Enfermagem, deputado Moritos que, a partir

desse ato, começa a lutar também por essa categoria

A palestra de abertura foi realizada pela vice-presidente do Conselho Federal, Irene Ferreira, em que afirmou ser a reforma da previdência uma preocupação de toda a população. “Para a classe de Enfermagem do Brasil, o problema vai além da reforma geral. Isso modifica o direito à aposentadoria especial, destinada à exposição dos agentes biológicos, químicos e físicos. No nosso caso, seria um adicional de insalubridade. Nessa mudança, a aposentadoria muda para 55 anos a idade mínima, independentemente do tempo em que o agente foi exposto”, explicou.

A segunda palestrante do dia foi a presidente do Coren-SE, Maria Cláudia Mattos, que, durante todo o discurso abordou a situação da classe em Sergipe, desde a carga horária de mais de 12 horas de trabalho, da falta de local adequado para descanso da categoria, até mesmo do valor pago aos servidores terceirizados. “Nossa categoria em Sergipe é formada por quase 20 mil profissionais. Temos 87,11% dos trabalhadores do sexo feminino. E a taxa de desemprego da categoria é de 8.6%, que é muito alta. Precisamos dizer não a essa reforma. E os deputados devem representar a voz do povo”, afirma Maria Cláudia.

Fonte: Coren - SE

Cofen isenta de anuidade profissionais com 30 anos de contribuição

OCofen determinou, através da Resolução Cofen 536/2017 aprovada na Reunião de Plenária a concessão de inscrição remida ao profissional de Enfermagem que contribuiu por 30 (trinta) anos ou mais com o Coren, não há mais a necessidade de limite de idade, conforme a norma anterior. Com a concessão de inscrição remida o profissional deixa de recolher a anuidade pode continuar exercendo a profissão.

Outra inovação da Resolução é a suspensão da inscrição no Coren para aquele profissional que comprovadamente não está exercendo a profissão pelo período de um ano ou mais. A suspensão da inscrição desobriga o

pagamento da anuidade e pode ser reativada por requerimento do interessado, quando do retorno ao exercício profissional.

“Esta medida visa beneficiar principalmente o profissional em situação de desemprego, não havendo a necessidade de cancelamento da inscrição”, destacou o presidente do Cofen, Manoel Neri.

A nova resolução institui os procedimentos administrativos para registro e inscrição de profissionais e entra em vigor 60 (sessenta) dias após a sua publicação na imprensa oficial.

Fonte: Ascom - Cofen

Enfermagem profissão de persistência e dedicação

Por Letícia Leivas Munir

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos. Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento. Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda. Escolhi o branco porque quero transmitir paz. Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber. Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida!”

Florence Nightingale



Quem nunca ouviu falar de Florence Nightingale? Nascida em 12 de maio de 1820, é considerada mãe da enfermagem, por ter realizado um grande trabalho em prol do próximo, elevando assim uma profissão tão complexa como essa. Todo dia 12 de maio é comemorado o dia da enfermagem em reconhecimento a grande pioneira Florence Nightingale.

Uma breve recordação da vida de Florence Nightingale

Durante a guerra da Criméia, entre 1854 e 1856, Florence Nightingale de família rica e com o dom de ajudar pobres e doentes, integrou o corpo de enfermagem britânico em Scutari, Turquia. Com o seu trabalho de assistência aos enfermos e de organização da infraestrutura hospitalar a tornou conhecida em toda a frente de batalha. A partir daí fundou em 1860 a primeira escola de enfermagem do mundo. Em 1901, completamente cega, parou de trabalhar e morreu em Londres, em 13 de agosto de 1910. Desde então a profissão na enfer-

magem percorreu por muitas batalhas para conquistar o seu espaço e respeito.

Já em terras tupiniquins

No Brasil a grande personagem da enfermagem foi Wanda de Aguiar Horta. Nascida em 11 de agosto de 1926, natural de Belém do Pará. Em 1945, ganha uma bolsa de estudos para a Escola de Enfermagem de São Paulo, trabalha por diversos estados do Brasil e continua a estudar sua grande paixão, a enfermagem.

Em seu retorno, à Escola de Enfermagem da USP em 1959, desenvolveu o núcleo central do seu trabalho que constituiu na elaboração de vasta fundamentação teórica para a Enfermagem culminando com o seu grande marco a elaboração da “Teoria nas Necessidades Humanas Básicas”. Em seus estudos, Horta afirmou que a enfermagem não poderia sobreviver como ciência sem uma filosofia própria, e desenvolveu a teoria tendo como objeto o ser humano, visando o bem estar do mesmo e o ciclo para sua total recupera-

ção. Wanda Horta procurava desenvolver uma teoria que pudesse explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação específico, sua Metodologia científica, e conseguiu, afinal até os dias atuais a enfermagem baseia-se no modelo criado por ela.

Segundo a própria Wanda Horta (publicado em 1968) “Enfermagem é ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência através da educação; de recuperar, manter e promover sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais”.

Conversamos com a Presidente do Coren/SP Fabíola de Campos Braga Mattozinho sobre as principais características de um profissional como o enfermeiro e ela afirmou que “É fundamental que ingressem nessa área com a consciência de que a enfermagem é um dos pilares da assistência em saúde e da importância que a nossa profissão tem na sociedade. Cientes de seu valor, os novos profissionais devem ser questio-

nadores e protagonistas em suas áreas de atuação, lutando para que as diretrizes para um atendimento de qualidade se concretizem, seja na assistência direta, nas áreas gerenciais, educacionais ou de pesquisa”

Outro ponto relevante segundo a Sra. Fabíola é o espaço já adquirido pelos profissionais, mas sem deixar de conquistar novos espaços “O contexto histórico da enfermagem está atrelado a uma condição de subserviência e isso reflete no cotidiano profissional. Por muito tempo recaíram sobre a enfermagem apenas deveres e se refletia muito pouco sobre os direitos. Constatei essa realidade em meu início de carreira, quando sentíamos dificuldade em manifestar a nossa voz. Esse cenário está se transformando e, hoje, a enfermagem vem conquistando o seu espaço e participando da formulação de políticas públicas. Temos um quantitativo de profissionais e precisamos utilizar isso a nosso favor, na luta por mais reconhecimento, por uma jornada digna de trabalho e salários compatíveis com as nossas atribuições. Por isso, o Coren-SP está incentivando as discussões a respeito da condição ético-política da categoria, para promover a visibilidade social da enfermagem. “É fundamental conhecermos a nossa história para projetarmos um futuro melhor.” afirma a presidente.

Atualmente podemos constatar que as contribuições da enfermagem são fundamentais e que a informação, o cuidado e o zelo são conceitos seguidos diariamente por esses profissionais. Como também é perceptível, seja qual for a atuação da enfermagem, sua dedicação, respeito e apoio ilimitado, perante aos seus enfermos. A Revista Nursing Parabeniza a todos os Enfermeiros pelo lindo e complexo trabalho realizado diariamente! 🐣



Fabíola de Campos Braga Mattozinho
Presidente do Conselho Regional
de São Paulo – Coren/SP

tecnologia a serviço do bem-estar

VENOSCOPIO IV Plus e **VENOS Baby**

Aparelhos localizadores de veias perifericas, com precisão, através da luz.

certificados

www.duaninternacional.com.br

Concorra a um Venos Baby

(aparelho localizador de veias perifericas, com precisão, através da luz, em crianças de zero a sete anos),
ao final do 67º CEBn - Congresso Brasileiro de Enfermagem /
4º CLAE n - Colóquio Latino-Americano de História da Enfermagem.

tecnologia a serviço do bem-estar

↑

Preencha o cupom, destaque-o do folheto e deposite na urna do stand da Duan.

EVENO: CURSO	INSTIT. LABORATORIO (NOME DO SERVIÇO)
NOME:	
TELEFONE:	
FAMILIA:	

www.duaninternacional.com.br

Enfermagem acolhimento, bem estar e cuidados às pessoas

Em comemoração ao mês da enfermagem a Revista Nursing entrevista a Professora – pesquisadora da Universidade de Mogi das Cruzes Tamara Iwanow Cianciarullo.

Por Letícia Leivas Munir



Tamara Iwanow Cianciarullo

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia , mestrado pela Universidade de São Paulo e doutorado em Ciências Sociais pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo , validado pela USP. Professora Livre-docente e Titular, Vice-diretora e Diretora da Escola de Enfermagem da USP. Foi Presidente da Comissão de Atividades Acadêmicas do Conselho Universitário da USP. Professora Titular da UFSC , tendo coordenado 6 programas MINTER com a participação de 17 Universidades. Ministrou cursos de curta duração na Universidade de Puno- Perú. Coordenadora dos cursos de administração do Instituto de Desenvolvimento e Pesquisas Hospitalares IPH. Realizou em 1969 a organização do Serviço de Enfermagem do Hospital Albert Einstein, já na década de 1980 organizou o Serviço de Enfermagem do Hospital Universitário da USP. Professora da Universidade Guarulhos no programa de mestrado acadêmico de enfermagem. Atualmente é pesquisadora da Universidade de Mogi das Cruzes participando de projetos.

Em uma conversa cheia de conhecimentos da enfermagem abordamos assuntos como a enfermagem e sua autonomia, o aprender com Wanda de Aguiar Horta, já que nossa, entrevistada teve o prazer de conhecer e aprender com essa enfermeira visionária, além de assuntos como as conquistas alcançadas pela classe.

E para dar início a nossa entrevista, deixo os leitores com uma belíssima mensagem de uma profissional sensível aos verdadeiros princípios da sua profissão.

“Se o cuidado é um fenômeno ligado ao comportamento de prestar ajuda, dar apoio ou capacitar, voltado a outra pessoa com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição de saúde ou vida humana, a Enfermagem precisa muito de profissionais interessados em seus

contextos específicos, competentes nas suas decisões e ações, e principalmente comprometidos com a qualidade dos resultados a serem alcançados!” [Tamara Iwanow Cianciarullo]

Revista Nursing: Como a senhora define sua relação com a enfermagem?

Tamara Cianciarullo: A essência de uma vida consiste no valor que se dá à família, aos amigos, às crenças e valores espirituais e aos processos de trabalho aprendidos, desenvolvidos, sedimentados e validados pelos participantes, no caso da Enfermagem pelos colegas, por outros profissionais participantes do processo de trabalho e pelos usuários das atividades programadas: os pacientes e suas famílias.

A escolha de uma profissão caracteriza-se essencialmente pela trajetória percorrida desde a infância até a idade

adulta em termos de situações e experiências vivenciadas direcionadas para as atividades, que no caso da Enfermagem, direcionam-se para uma atividade específica : o cuidado.

Sou descendente de russos, nascida na Polônia durante um processo de fuga do comunismo , na década de 1940. Nos termos atuais éramos uma família de “refugiados”. Chegamos no Brasil em junho de 1947. E após os trâmites oficiais fomos morar em Volta Redonda, no Estado do Rio de Janeiro, onde meu pai, engenheiro, conseguiu um emprego. Além de ter meu primeiro “lar”, ou seja, um local onde apenas minha família morava, recebi como presente dos meus pais, o meu primeiro brinquedo, que foi uma boneca, cujos membros e cabeça eram de cerâmica. Logo nos primeiros dias, esta boneca teve uma de suas pernas quebrada. E uma mágoa

“Minha relação com a enfermagem, vivenciada (acredito) desde a infância, caracteriza-se pela possibilidade de ajudar aqueles que necessitam de cuidados, caracterizando um “processo cuidadoso” profissionalizado e direcionado para o “bem estar” e para a manutenção e/ou recuperação da saúde de seres humanos”

intensa caracterizou meus sentimentos em relação a este primeiro brinquedo recebido. O que fazer para manter o significado e a alegria de possuir um brinquedo, mesmo avariado? Eu tinha visto algumas pessoas com curativos nos braços e pensei, porque não fazer o mesmo com a minha boneca? Foi fácil fazer um curativo no membro afetado e que depois de alguns dias sofreu um “implante” de madeira, efetuado por meu pai. Mas o “curativo” continuou a ser utilizado no membro “implantado” chamando a atenção de todos. Foi minha primeira experiência “cuidativa” e que acho que, influenciou os caminhos que percorri, até a escolha da profissão.

Minha relação com a enfermagem, vivenciada (acredito) desde a infância, caracteriza-se pela possibilidade de

ajudar aqueles que necessitam de cuidados, caracterizando um “processo cuidadoso” profissionalizado e direcionado para o “bem estar” e para a manutenção e/ou recuperação da saúde de seres humanos.

Mas acredito também que outros profissionais da área da saúde e aqueles que lidam com seres vivos, como os veterinários, e que fazem uso dos processos cuidadosos no âmbito de suas atividades, devem articular-se aos princípios e teorias desenvolvidas pelos enfermeiros, visando a sua inserção no seu fazer cotidiano.

Revista Nursing: A Sra. acredita no crescimento da profissão, já que hoje a enfermagem ganhou autonomia e novos campos de trabalho?

Tamara Cianciarullo: A autonomia, como resultado de inúmeros estudos e pesquisas desenvolvidos por profissionais altamente qualificados, aplicados e validados em múltiplos contextos, como por exemplo os estudos relacionados às evidências das “ações cuidadosas”, contribuem sensivelmente para a manutenção, melhoria e recuperação da saúde.

E como novos campos de trabalho posso citar a expressiva atuação do grupo da Profa. Dra. Taka Oguisso, no cenário da Enfermagem Forense, que “trata da aplicação dos princípios e dos padrões da especialidade aos cuidados de enfermagem, combinados à educação biopsicossocial da enfermagem na investigação científica e no tratamento de todas as situações de violência, trauma e risco no contexto da comunidade institucional ou social, citados pela Profa. Taka e colaboradoras no livro: Legislação de enfermagem e saúde- Histórico e atualidades, publicado em 2015, que certamente amplia o âmbito das nossas atividades, num cenário diferenciado.

Revista Nursing: Sabemos que a senhora foi aluna da Profa. Wanda de Aguiar Horta, como foi aprender com uma pessoa visionária? Guarda alguma boa recordação dessa época?

calçado profissional antiderrapante



Cores
- Branco
- Preto
- Marinho



WEDGE SOFT WORKS EPI CALÇADOS

(16) 3703 3240

www.softworksepi.com.br

Tamara Cianciarullo: A Profa. Wanda de Aguiar Horta, maravilhosa professora, educadora, pesquisadora e principalmente inovadora do processo de enfermagem no contexto da assistência à saúde no Brasil, publicou em 1979 o livro *Processo de Enfermagem*, que deu origem a todos os estudos relacionados ao desenvolvimento das atividades específicas dos enfermeiros e caracterizou a expressão “o SER enfermeiro é gente que cuida de gente”, no contexto assistencial. A ampla visão que ela ofereceu aos profissionais da área, sobre a assistência de enfermagem, e sua importância no cenário da saúde, persiste até os dias atuais em termos de sua importância. Foi a convite desta eminente professora que ingressei na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 1972 e onde permaneci até 1995.

Revista Nursing: Mesmo com todo o crescimento que existe na enfermagem, a senhora acredita que existem lacunas para melhoras?

Tamara Cianciarullo: A importância do cuidado no cenário dos seres vivos e não apenas humanos, define a amplitude das ações específicas da enfermagem no cenário universal a serem implementadas nas diversas profissões que lidam com seres vivos e que sem dúvida utilizam processos cuidadosos específicos, e que merecem uma estrutura cognitiva a ser desenvolvida para fundamentar e garantir os resultados desejados. Assim, médicos, psicólogos, assistentes sociais, veterinários, professores e outros profissionais que lidam com seres vivos, e que no âmbito de suas ações incluem algum tipo de “cuidado” no seu relacionamento com estes “seres vivos” devem incluir em suas atividades os princípios do processo cuidadoso.

Revista Nursing: Sabemos que o enfermeiro deixou de ser apenas assistencialista e passou a ter um grande destaque na prevenção e recuperação de enfermos, qual foi o motivo para essa grande expansão de tarefas?

“Não existe a possibilidade de formar qualquer profissional que tenha que desenvolver suas ações profissionais com seres humanos ou vivos, sem aprender estas práticas em seu contexto original”

Tamara Cianciarullo: A expansão das tarefas, decorreu da visualização da amplitude e importância das competências dos enfermeiros no cenário multiprofissional, caracterizadas pelas pesquisas científicas e da busca da melhor forma de operacionalização das intervenções indicadas para a melhoria das condições de saúde ou da sua recuperação e manutenção.

Revista Nursing: Para a senhora, de todas as vitórias alcançadas pela categoria existe alguma a qual se destaca?

Tamara Cianciarullo: Dentre as vitórias alcançadas, decorrentes principalmente das atividades desenvolvidas em contextos multiprofissionais, o reconhecimento da importância das ações relacionadas ao processo de enfermagem, é destaque, visto que representa todo o contexto legal das ações do enfermeiro, e define o âmbito de suas decisões neste contexto.

Revista Nursing: Em relação a formação de enfermeiros, a senhora acredita que as universidades oferecem condições para o ingresso rápido para o mercado de trabalho?

Tamara Cianciarullo: A questão do ingresso rápido no mercado de trabalho,

depende da formação, mas também do perfil do graduando e das condições oferecidas pela universidade para o seu desenvolvimento. Há que destacar algumas iniciativas que considero até perigosas na formação do enfermeiro, qual seja, tentativa de oferecer disciplinas à distância (internet), sem complementação operacional. Não existe a possibilidade de formar qualquer profissional que tenha que desenvolver suas ações profissionais com seres humanos ou vivos, sem aprender estas práticas em seu contexto original.

Revista Nursing: Pensando em um estudante que almeja a profissão de enfermeiro, quais são as habilidades e requisitos necessários?

Tamara Cianciarullo: Principais requisitos e habilidades: competência identificada e sedimentada na abordagem do indivíduo e de sua família; domínio do conhecimento necessário para identificação das necessidades de ações cuidadosas em situações específicas; articulação caracterizada e bem definida com a equipe de enfermagem e multiprofissional; habilidade para lidar com situações imprevistas; capacidade de comunicação escrita: prontuários, atas e relatórios.

Revista Nursing: A enfermagem atual ganhou uma grande complexidade do tema e da diversidade em seu dia a dia, isso é um motivo de questionamento perante aos cursos de graduação e pós graduação?

Tamara Cianciarullo: Os cursos de graduação e de pós graduação devem disponibilizar condições que possibilitem um contínuo aprimoramento do corpo docente além de escolher instituições parceiras competentes e preocupadas com o contínuo desenvolvimento de seus servidores visando à realização de estágios e práticas centradas nas competências específicas dos enfermeiros. Além do que se possível ter seu próprio campo de estágio garante um aproveitamento melhor e maior do conteúdo a ser desenvolvido. 🐦

Conhecimento e atuação dos (as) enfermeiros (as) na abordagem e manejo da incontinência urinária em mulheres: revisão integrativa

RESUMO | O objetivo do estudo foi identificar as produções científicas disponíveis na literatura sobre o conhecimento e estratégias utilizadas pelos(as) enfermeiros(as) que atuam na atenção básica de saúde (ABS) na abordagem e manejo de mulheres com incontinência urinária (IU). Trata-se de uma revisão integrativa cuja coleta de dados foi realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDEF, de 14 de março a 05 de abril de 2016. A amostra inicial incluiu 1.445 artigos. Após análise dos resumos e textos, apenas um artigo atendeu a todos os critérios de inclusão. Este foi publicado em 2009, na língua portuguesa, escrito por enfermeiros e metodologia descritiva. O artigo foi analisado utilizando instrumento para caracterização do estudo e classificado como nível 4 de evidência. Conclui-se que existe a necessidade de capacitar os enfermeiros (as) da ABS sobre a temática, bem como a realização de estudos que possam fundamentar a prática clínica.

Descritores: Enfermagem. Incontinência Urinária. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Mulher.

ABSTRACT | The objective of this study was to identify the scientific production available in the literature on the knowledge and strategies used by nurses working in basic health care in the management and management of women with urinary incontinence (UI). It is an integrative review whose data collection was performed in the LILACS, MEDLINE and BDEF databases, from March 14 to April 5, 2016. The initial sample included 1,445 articles. After analysis of the abstracts and texts, only one article met all inclusion criteria. This was published in 2009 in Portuguese, written by nurses and descriptive methodology. The article was analyzed using instrument for characterization of the study and classified as level 4 of evidence. It is concluded that there is a need to train nurses in basic health on the subject, as well as to carry out studies that may support clinical practice.

Descriptors: Nursing. Urinary Incontinence. Primary Health Care. Women's Health.

RESUMEN | El objetivo del estudio fue identificar las producciones científicas disponibles en la literatura sobre el conocimiento y las estrategias utilizadas por los (las) enfermeros (la) que trabajan en la atención básica de salud (ABS) en el enfoque y el tratamiento de las mujeres con incontinencia urinaria (IU). Se trata de una revisión integradora, que la recogida de datos se llevó a cabo en las bases de datos LILACS, MEDLINE y BDEF de 14 de marzo a la 5 de abril de 2016. La muestra inicial de la raíz incluye 1.445 artículos. Tras el análisis de los resúmenes y textos, sólo un artículo cumplió con todos los criterios de inclusión. Esto fue publicado en 2009, en portugués, escrito por enfermeras y metodología descriptiva. El artículo se analizó usando la herramienta para la caracterización del estudio y clasificado como nivel 4 de la prueba. Llegamos a la conclusión de que existe una necesidad de capacitar a las enfermeras (la) ABS sobre el tema, así como la realización de estudios para apoyar la práctica clínica.

Descriptores: Enfermería. Incontinencia urinaria. Atención primaria de salud. Salud de la Mujer.

Emanuela Cardoso da Silva

Professora Assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus - BA. Doutoranda em Enfermagem pela UNIFESP. Estomaterapeuta pela FAMERP. Enfermeira

Alessandra de Souza

Enfermeira RT do Lar São Vicente de Paula. Alfenas - MG. Especializada em Gerontologia; Estomaterapeuta pela FAMERP. Enfermeira.

Elaine da Silva Lima

Enfermeira administrativa unidade de internação no Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo. São Paulo - SP. Estomaterapeuta pela FAMERP. Enfermeira.

Eloá Galbiatti Saes

Enfermeira do Hospital de Câncer de Barretos, Unidade III - Jales. Estrela d'Oeste - SP. Estomaterapeuta pela FAMERP. Enfermeira.

Marcilene Rodrigues Matos

Consultora Técnica Nacional Comercial Hospitalar. Ribeirão Preto - SP. Estomaterapeuta pela FAMERP. Enfermeira.

João Júnior Gomes

Coordenador Pedagógico de Pós-graduação *latu sensu* Enfermagem em Estomaterapia FAMERP. Diretor da Educative. Doutorando em Ciências da Saúde pela FAMERP. Enfermeiro.

Recebido em: 20/01/2016

Aprovado em: 18/03/2017

Introdução

A Incontinência Urinária (IU) é um problema de saúde pública em nível mundial, que acomete uma parcela significativa da população, em especial idosos do sexo feminino^{1,2,3}. Embora a IU tenha sido considerada uma doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1988, ainda hoje é reconhecida como epidemia silenciosa, mesmo que, na prática, represente efeitos debilitantes relacionados à saúde e impacto negativo sobre a qualidade de vida de seus portadores^{1,2}.

A IU é considerada uma das mais relevantes alterações encontradas em idosos, mas pode acometer qualquer pessoa, em qualquer faixa etária. A prevalência da IU é maior na população do sexo feminino, principalmente em idosas^{2,3}. Pode-se atribuir uma relação de ocorrência de IU de 2 a 5 mulheres:1 homem⁴.

Cerca de 25 milhões de norte-americanos adultos são acometidos pela IU, sendo 50% mulheres; na Coreia a taxa é de 36% em mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos, ocorrendo incremento da prevalência com o aumento da faixa etária². Em Bergen, Noruega, a prevalência em mulheres avaliadas 6 meses após o parto foi 31% e em idosas a incidência foi de 14%⁴.

No Brasil, a prevalência geral é desconhecida. Na cidade de São Paulo foi encontrada uma taxa em torno de 26% no sexo feminino². Já em Pouso Alegre, MG, a prevalência foi de 20,1% na população total estudada, de 32,9% para o sexo feminino e de 6,2% do sexo masculino⁵. Em Petrolina, PE, a prevalência foi de 47,1% nas idosas estudadas⁵.

Segundo a International Continence Society (ICS), a IU é caracterizada pela perda de urina de forma involuntária^{6,7}. Pode ser classificada como: por esforço (estresse), urgência (urge-incontinência), postural, enurese noturna, mista, contínua, situacional e relacionada ao coito⁷. Os tipos mais comuns de IU entre mulheres são as de esforço e urgência⁸. Na IU de esforço ocorre perda de urina mediante realização de esforço físico (espirro ou tosse); na urge-incontinência a perda urinária é associada à urgência miccional⁹.

Os principais fatores de risco associados à IU em mulheres são idade; raça branca; gravidez; multiparidade; partos (vaginais ou traumáticos); alterações hormonais, seguidos de obesidade; procedimentos cirúrgicos geniturinários; constipação intestinal; doenças crônicas; hereditariedade; utilização certos tipos de drogas, incluindo a cafeína e o álcool, além de medicamentos (diuréticos, anticolinérgicos, antidepressivos, antipsicóticos, sedativos, entre outros), tabagismo e exer-

cícios físicos^{2,8,10}.

O diagnóstico da IU baseia-se em anamnese completa, investigando-se principalmente as características da perda urinária, ingestão hídrica, cirurgias anteriores, antecedentes pessoais patológicos, uso de medicações, entre outros; exame físico, priorizando as regiões abdominal, genital e retal, e exames complementares, em especial de urina¹⁰.

Os tratamentos para IU podem ser cirúrgicos, medicamentosos, fisioterápicos ou comportamentais, dependendo das condições de saúde da paciente. Também pode ocorrer a combinação de tratamentos em busca de um melhor resultado¹¹. É possível alcançar a cura, reduzir os sintomas ou ensinar a mulher a conviver de melhor forma com a doença.

Estudos têm demonstrado que as mulheres são a maioria da população atendida na Atenção Básica à Saúde (ABS)¹², considerada a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), com capacidade de resolução de boa parte das demandas dos usuários¹³. Apesar disso, poucas mulheres com queixas relacionadas especificamente a alterações da eliminação urinária procuram auxílio profissional. Este fato pode estar relacionado a ideias preconcebidas, tais como: a IU é um problema relacionado apenas à velhice^{5,14}; é uma ocorrência normal; há descrédito relacionado à eficácia do tratamento; há desconhecimento sobre aonde ir e de quem buscar atenção para resolver o problema⁹.

Outrossim, sabe-se que a IU tem um impacto negativo nas vidas das pessoas que apresentam a doença, pois favorece o isolamento social associado ao medo e ao constrangimento em perder urina em locais públicos, podendo ocasionar baixa autoestima, alterações nas atividades diárias, evitação da procura por ajuda profissional e consequente piora no estado de saúde^{3,9}.

Embora a rede básica seja responsável pelo atendimento de inúmeras mulheres de diversas faixas etárias, muitas vezes os profissionais não dão a devida importância à IU. A identificação de sintomas rela-

cionados à IU não faz parte do cotidiano dos profissionais da ABS, em especial o enfermeiro, a despeito da sua participação ativa no atendimento de mulheres em diversas ocasiões (pré-natal, puerpério, detecção precoce cânceres de colo uterino e mama, hipertensão e diabetes, imunização etc). Talvez isso possa ser explicado pelo desconhecimento dos enfermeiros da ABS sobre a IU^{3,14}.

Ainda que a identificação e o manejo da IU faça parte das atribuições do estomaterapeuta (especialista da enfermagem que atua na IU, incontinência anal, estomas e feridas)³, atualmente, é imperativo incluir os enfermeiros generalistas neste campo de atuação, devido à magnitude da doença. O (A) enfermeiro (a) que atua na ABS é essencial na identificação e no manejo da IU, tanto individualmente quanto em equipe, buscando prestar assistência integral à paciente, pautada por ações de promoção, prevenção e implantação de plano de cuidados individualizados¹⁵.

Outra questão a ser considerada é a escassez de estudos realizados sobre a eliminação urinária em geral e especialmente em IU^{1,2,8}. A realização desta pesquisa buscou contribuir com os enfermeiros, possibilitando o avanço do processo do cuidado a mulheres com IU. Para tanto, definiu-se como pergunta norteadora: qual a produção científica disponível na literatura relacionada ao conhecimento e estratégias utilizadas pelos(as) enfermeiros(as) que atuam na ABS para abordar e manejar IU em mulheres? Assim, objetivou-se identificar as produções científicas disponíveis sobre conhecimento e estratégias utilizadas pelos(as) enfermeiros(as) que atuam em ABS para abordar e manejar mulheres com IU.

Método

Estudo exploratório, descritivo, utilizando revisão integrativa. Para tanto, utilizou-se as seis fases do processo de revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados, e apresenta-

ção da revisão integrativa^{15,16}. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos publicados em português, inglês ou espanhol no período entre 2000 e 2015; resumos e artigos completos e disponíveis online que respondessem à pergunta norteadora.

A busca de dados foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Utilizou-se com os seguintes descritores (segundo o Descritores em Ciências da Saúde – DeCS) e suas combinações na língua portuguesa: “Enfermagem”, “Incontinência urinária”, “Atenção Primária à Saúde” e “Saúde da Mulher”.

As estratégias de busca utilizadas foram desenvolvidas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio da combinação dos descritores, a fim de encontrar maior número de artigos e adequar a cada base de dados incluída no estudo. Considerou-se o aparecimento dos descritores no título, resumo e assunto. As estratégias de busca foram: “Enfermagem” AND “Incontinência urinária” AND “Atenção Primária à Saúde”; “Incontinência urinária” AND “Saúde da Mulher”.

Os dados foram coletados entre 14 de março a 05 de abril de 2016. No total foram encontrados 2.254 artigos na busca eletrônica, sendo 59 artigos na LILACS, 1.886 na MEDLINE e 309 na BDENF. Desse total foram excluídos os estudos publicados antes do ano de 2000 (809). Após a busca dos artigos foi realizada a leitura dos resumos da amostra inicial (1.445), a fim de verificar quais atendiam aos critérios de inclusão. Assim, 06 estudos foram incluídos na etapa seguinte.

Em seguida foi realizada a busca dos 06 artigos completos, mas apenas 04 estavam disponíveis na íntegra. Os artigos disponíveis foram impressos, lidos e analisados considerando os critérios de inclusão estabelecidos. Estes foram publicados entre 2000-2011, sendo a maioria (03) publicados na língua inglesa. Quanto ao método 02 (50%) foram qualitativos,

01 (25%) editorial e 01 (25%) descritivo. Dois estudos (50%) foram realizados na Inglaterra, um na Suécia e um no Brasil. O critério de inclusão não atendido por 03 (75%) dos artigos foi não ter respondido à questão norteadora do estudo (se referiam à enfermeiras especialistas). No Quadro 1 pode-se observar o resumo dos artigos analisados.

Após a análise, apenas um artigo contemplou todos os critérios de inclusão. Este artigo foi publicado em 2009 na lín-

“Os principais resultados demonstraram que os ginecologistas são os profissionais que mais investigam perdas urinárias e a maioria dos profissionais sabe o conceito de IU, mas confunde os fatores predisponentes, sintomas e tipos de IU”

gua portuguesa, escrito por enfermeiras e um enfermeiro, na revista O mundo da Saúde. A metodologia utilizada foi quantitativa descritiva, sendo a coleta de dados efetuada por meio de questionários enviados aos profissionais enfermeiros, médicos de família, clínicos gerais e ginecologistas que atuavam na Atenção Básica do município de Campinas, SP.

Realizou-se a caracterização do artigo, a fim de possibilitar sua discussão, identificando avanços e lacunas relacionadas ao conhecimento produzido sobre a aborda-

gem e manejo da IU em mulheres por enfermeiros(as) da ABS. Para tanto, utilizouse instrumento adaptado do validado por Ursi¹⁷. Este instrumento permite a análise do artigo, destacando os seus pontos principais. O estudo foi aprovado pelo CEP/UNICAMP. A coleta de dados foi realizada através do encaminhamento de questionário para os profissionais da ABS pelo Correio. Os dados foram armazenados e analisados através do Epi Info 6.0.

Foram incluídos na amostra inicial 413 profissionais de saúde, entre enfermeiros, médicos da família, clínicos gerais e ginecologistas. A intervenção buscou identificar como os profissionais de saúde abordam e manejam os casos de IU; como a conceituam, e quais os tipos de IU na mulher são conhecidos por eles. A amostra final do estudo foi de 56 profissionais, sendo 19 (33,9%) enfermeiros. Os principais resultados demonstraram que os ginecologistas são os profissionais que mais investigam perdas urinárias e a maioria dos profissionais sabe o conceito de IU, mas confunde os fatores predisponentes, sintomas e tipos de IU. A síntese do estudo está demonstrada no Quadro 2.

A análise do artigo foi realizada adotando-se a Prática Baseada em Evidências, que utiliza como critério de melhor evidência o tipo de delineamento do estudo, considerando-se a seguinte classificação: Nível 1 (metanálise de estudos clínicos controlados e randomizados); Nível 2 (estudos com delineamento experimental); Nível 3 (estudos quase-experimentais); Nível 4 (estudos descritivos ou qualitativos); Nível 5 (relatos de caso ou de experiência), e Nível 6 (opiniões de especialistas)¹⁶.

Resultados

O artigo que atendeu a todos os critérios de inclusão utilizou como metodologia a abordagem quantitativa descritiva. Assim, considerando-se a Prática Baseada em Evidências foi classificado com Nível 4. A amostra inicial foi de 413 profissionais, não ficando claro quantos pertenciam a cada categoria profissional incluída no estudo. Porém, a amostra final foi cons-

QUADRO 1: Resumo da análise dos textos completos à luz dos critérios de inclusão estabelecidos no estudo.

Título	Autores (as)	Ano de publicação	País	Tipo de estudo	Critério (s) de inclusão não atendido (s)
Como profissionais da rede básica identificam e tratam a incontinência urinária feminina	Barbosa et al	2009	Brasil	Descritivo	Atendeu a todos os critérios
The role of nurse in urinary incontinence	Wells	2000	Inglaterra	Editorial	Não atendeu à questão do estudo (refere-se à enfermeiras especialistas)
Experience and attitudes of nurse specialists in primary care regarding their role in care of patients with urinary incontinence.	Albers Heitner et al	2011	Suécia	Qualitativo	Não atendeu à questão do estudo (refere-se à enfermeiras especialistas)
District continence nurses' experiences of their continence service in primary health care.	Hagglund	2010	Inglaterra	Qualitativo	Não atendeu à questão do estudo (refere-se à enfermeiras especialistas)

tituída de apenas 56 profissionais. Destes, 19 (33,9%) eram enfermeiros (as). Os principais resultados relacionados aos (as) enfermeiros (as) que participaram do estudo apontam que o tipo de atendimento mais utilizado para investigar sintomas de perda urinária é a coleta de citologia oncológica (23%).

O estudo constatou que a concordância entre o conceito de IU do profissional em relação ao preconizado pelo ICS foi de 68,4%. A maioria dos (as) enfermeiros (as) conseguiu identificar os tipos de IU mais comuns em mulheres (78,9%). A IU de esforço foi o tipo mais reconhecido, seguida da urge-incontinência. Com relação aos sinais e sintomas a investigar, 36,8% dos enfermeiros não os conheciam. A conduta adotada apontada pela maioria dos enfermeiros foi o encaminhamento para especialista (43,3%), seguida de manejo do problema (23,4%).

Discussão

Embora tenha sido encontrado grande número de artigos nas buscas, notou-se que, ao aplicar o primeiro critério de inclusão – artigos publicados a partir de 2000 – cerca de 35,9% dos dados foram excluídos. Dando prosseguimento à verificação dos demais critérios de inclusão, notou-se que nem sempre os descritores utilizados real-

mente caracterizavam a temática do estudo. Este foi um fator que dificultou a verificação dos critérios de inclusão, devido ao número de estudos incluídos na busca.

Tal fato indica a necessidade de atentar para a escolha dos descritores, visto que a enfermagem vem utilizando revisões integrativas para basear suas ações em evidências, ocorrendo um aumento significativo de publicações com essa metodologia, havendo necessidade de garantir qualidade das informações e rigor metodológico semelhante a outros tipos de metodologia já consagradas.

Outro aspecto a ser discutido é a escassez de estudos que relacionam a atuação dos enfermeiros da ABS e a IU em mulheres. Tal fato está em consonância com estudo realizado em 2011¹⁸, em que uma revisão integrativa sobre a produção científica relacionada às eliminações urinárias evidenciou que, embora a assistência a essa clientela seja cotidiana na prática assistencial do enfermeiro, as produções são restritas a alguns temas e não enfatizam a promoção, prevenção, detecção precoce e reabilitação.

Considerando os estudos previamente incluídos na amostra, pode-se verificar, que em outros países, tais como Inglaterra e Suécia, são os enfermeiros especializados que realizam o cuidado à clientela

com IU. Em nosso país seria como se os estomaterapeutas fossem os responsáveis por esse serviço.

Apesar de os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) serem realidade no país¹⁹, não está prevista a participação do estomaterapeuta como membro da equipe, o que poderia oferecer maior suporte aos enfermeiros da ABS no tocante à abordagem e manejo de mulheres com IU, visando a um trabalho em equipe centralizado na paciente.

Importante destacar, a equipe do NASF é composta por diversos profissionais ou especialistas, os quais dão apoio às equipes da ABS, com ações que podem envolver as equipes ou assistência direta aos usuários. Ela busca principalmente integrar-se às equipes da ABS, considerando suas necessidades a fim de ampliar sua capacidade de resolução, aumentando a oferta de cuidados e garantindo a integralidade das ações¹⁹.

Por essas afirmações, considera-se que a presença do estomaterapeuta na equipe do NASF traria importante contribuição aos profissionais da ABS, visto que esse profissional especializado pode auxiliar a equipe na ampliação da qualidade do atendimento das mulheres com IU, visando à prevenção, promoção e reabilitação.

Foi verificado no estudo que os enfer-

QUADRO 2: Caracterização dos artigos (instrumento adaptado de Ursi¹⁷).

Título do artigo	Autores	Tipo de pesquisa	Detalhamento metodológico
Como profissionais de saúde da rede básica identificam e tratam a incontinência urinária feminina	Barbosa SS Oliveira LDR Lima JLDA Carvalho GM Lopes MHBM	Abordagem quantitativa Descritiva	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento de questionário pelo Correio; • Tratamento estatístico: Epi Info 6.0; • Aprovação CEP FCM/UNICAMP (parecer nº 394/2002);
Detalhamento amostral	Intervenção estudada	Principais Resultados	Conclusões/ Recomendações
Incluiu enfermeiros, médicos da família, clínicos gerais e ginecologistas que atuavam na Rede Básica; Amostra inicial: 413 Amostra final: 56	Investigação sobre como enfermeiros, médicos da família, clínicos gerais e ginecologistas na rede básica de saúde abordam e manejam os casos de IU; como a conceituam, e quais os tipos de IU na mulher são conhecidos por eles.	<ul style="list-style-type: none"> • O total de enfermeiros participantes foi 19; o de médicos foi 37; • Os enfermeiros investigavam a presença de perda urinária na Coleta de Citologia Oncótica (23%); os médicos na consulta ginecológica (52,6%); • Concordância entre o conceito do profissional e o preconizado pelo ICS: enfermeiros – concordantes, 68,4%; médicos da família – 100%; ginecologistas – 94,1%; • Os principais sintomas investigados por todos os profissionais foram as situações que precipitam a perda urinária; • A conduta mais adotada pelos enfermeiros foi o encaminhamento para especialista (43,3%); 	<ul style="list-style-type: none"> • Os ginecologistas são os que mais investigam os sinais de perda urinária, enquanto 50% dos outros profissionais, incluindo os enfermeiros não o fazem ou fazem raramente; • Mesmo não investigando com frequência ideal, os enfermeiros, quando o faziam, aproveitavam diversos momentos, além da consulta de enfermagem; • A maioria dos sujeitos sabe o conceito de IU, mas confunde os fatores predisponentes, sintomas e tipos de IU; • Os enfermeiros tendem a incluir aspectos relacionados à qualidade de vida; • Os enfermeiros tendem a encaminhar a paciente para o especialista; • Recomenda-se a realização de programas de educação permanente aos profissionais;

meiros necessitam ampliar seus conhecimentos sobre a IU, incluindo tópicos essenciais, como epidemiologia, tipos, sinais e sintomas e tratamentos. A IU é considerada uma doença silenciosa, oculta, porque as mulheres minimizam os sinais e sintomas, considerando-os normais, ou não se sentem à vontade para expor qualquer alteração a familiares ou profissionais de saúde²⁰.

É fundamental que o enfermeiro da ABS tenha conhecimento sobre a IU de forma a poder atingir as mulheres, visando a detectar precocemente e/ou prevenir a sua ocorrência. Outro ponto importante, foi a inclusão de aspectos relacionados à qualidade de vida na sua abordagem. Isso é essencial, visto que a perda urinária in-

voluntária provoca impacto negativo nas pacientes, afetando diretamente seu cotidiano, relações sociais e familiares, e, conseqüentemente, sua qualidade de vida²⁰.

Por fim, o estudo recomenda a realização de atualizações e educação permanente dos profissionais, a fim de mantê-los ativos e participantes nas ações de detecção, manejo e acompanhamentos das mulheres com IU. Tal recomendação visa a não apenas preparar o enfermeiro para o enfrentamento dessa problemática, mas facilitar o acesso das mulheres a um profissional capaz de implementar ações pautadas em um cuidado integral, considerando a autonomia do indivíduo e sua qualidade de vida.

Conclusão

Após a análise do artigo observou-se que a IU em mulheres é uma doença silenciosa que ocasiona repercussões negativas, tais como isolamento social, medo, constrangimento, alterações nas atividades diárias, entre outros, mas que, na maioria das vezes, passa despercebida pelos profissionais de saúde da ABS. Assim, considera-se que o enfermeiro tem papel importante na abordagem e manejo da IU em mulheres, visto que, presta assistência de enfermagem relacionada às eliminações urinárias.

Desta forma, os principais resultados do estudo corroboram o fato de que é necessário capacitar os enfermeiros da ABS sobre a temática, a fim de possibilitar de-

teção precoce, manejo adequado e implementação de medidas de prevenção. Embora a escassez de estudos nesta área tenha limitado a análise, considera-se que cabe ao profissional enfermeiro (a) preparar-se adequadamente para responder às necessidades desta clientela, proporcionando uma assistência integral e de qualidade.

Outro aspecto relevante é a reflexão

sobre a necessidade de incluir o estomateira nas equipes do NASF, de forma a fomentar ações educativas aos profissionais, programas de prevenção e detecção precoce, além da assistência direcionada ao tratamento e à reabilitação das mulheres com IU. Recomenda-se a implantação de programas de educação permanente sobre IU em mulheres; elaboração de protocolos

de atendimento que incluam a investigação de sinais e sintomas nos diversos tipos de atendimento à mulher (pré-natal, coleta de citologia oncológica, gerontologia, hipertensão e diabetes, entre outros); e a realização de novos estudos que possam elucidar questões relativas às necessidades dos profissionais e da clientela, subsidiando, através de evidências, a prática clínica. 🐦

Referências

1. Santos, CRS; Santos, VLGC. Epidemiologia das incontinências urinária e anal combinadas. *Acta Paul Enferm* [Online] 2009;22(3):328-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300015
2. Delarmelindo RCA, Parada CMGL, Rodrigues RAP, Bocchi SCM. Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013; 47(2):296-303. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200004
3. Silva VA, D'Elboux MJ. Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [acesso em 05 abr 2016]; 46(5):1221-1226. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500026
4. Cavalcante KVM, Silva MIGC, Bernardo ASF, Souza DE, Lima TCGC, Magalhães AG. Prevalência e fatores associados à Incontinência urinária em mulheres idosas. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2014;27(2): 216-223. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40833375010>
5. Santos CRS, Santos VLGC. Prevalência da incontinência urinária em amostra randomizada da população urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010;18(5):{08 telas}. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_10.pdf
6. Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmesten, U. et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. *Urology* [Internet]. 2003; 61:37-49. Disponível em: http://www.ics.org/publications/ici_3/v2.pdf/abram.pdf
7. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berhmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurology and Urodynamics* [Internet]. 2010; 29:4-20. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.20798/abstract?sessionid=33DD5756F92A0F25C943A2D4AACCE51.f03t03>
8. Oliveira E, Zulini LMM, Ishiacava J, Silva SV, Albuquerque SSR, Souza AMB, Barbosa CP. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. *Rev Assoc Med Bras*. [Internet]. 2010;56(6):688-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302010000600019&script=sci_abstract&tlng=pt
9. Silva L, Lopes MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009; 43(1):72-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/09.pdf>
10. Arap MA, Gomes CM. Incontinência urinária. In: Brasil. Manual de condutas médicas. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 391-95.
11. Caldas CP, Conceição IRS, José RMC, Silva BMC. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis* [Internet]. 2010;19(4):783-8. Disponível em: http://www.bdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6628
12. Pimentel IRS, Coelho BC, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FPC, Pinheiro RP, Rocha Filho FS. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev bras med comunidade* [Internet]. 2011;6(20):175-81. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/viewFile/95/364>
13. Zapponi ALB. O enfermeiro na atenção primária a saúde da mulher-integralidade da assistência? [dissertação] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2012. Disponível em: <http://www2.unirio.br/unirio/cbcs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2012/o-enfermeiro-na-atencao-primaria-a-saude-da-mulher-2013-integralidade-da-assistencia>
14. Loureiro LSN, Medeiros ACT, Fernandes MGM, Nóbrega MML. Incontinência urinária em mulheres idosas: determinantes, consequências e diagnósticos de enfermagem. *Rev Rene* [Internet]; 2011;12(2):417-23. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/a25v12n2.pdf
15. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008;17(4):758-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07022008000400018
16. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* [Internet]. 2010; 8(1 Pt 1):102-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf
17. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php>
18. Fumincelli L, Mazzo A, Silva AAT, Pereira BJC, Mendes IAC. Produção científica sobre eliminações urinárias em periódicos de enfermagem brasileiros. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011;24(1):127-31. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3530/art_FUMINCELLI_Producao_cientifica_sobre_eliminacoes_urinarias_em_periodicos_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Brasil. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_sau-de_familia_cab39.pdf
20. Gomes AGP, Veríssimo JH, Santos KFO, Andrade CG, Costa ICP, Fernandes MGM. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *RBE* [Internet]. 2013; 27(2):181-192. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6922>

Resgate de pessoa com transtorno mental no SAMU Cuiabá-MT

RESUMO | O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem como finalidade atender às urgências e emergências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, pediátricas e psiquiátricas. O objetivo foi traçar o perfil dos atendimentos de natureza psiquiátrica atendidos pelo SAMU-Cuiabá, identificar os usuários quanto ao sexo e faixa etária; o diagnóstico; o exame neurológico; as principais queixas e sintomas e a terapêutica medicamentosa utilizada e descrever a dinâmica do atendimento: o tempo despendido, unidade acionada e destino do paciente. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Em 2010 foram 713 -3,7% do total. Predominou o sexo masculino (53,0%), a faixa etária de 18 a 41 anos (59,4%), "surto psicótico" como diagnósticos e 84,6% foram encaminhados ao hospital psiquiátrico. O tempo médio de atendimento foi 14 minutos, a polícia foi apoio em todos os casos. Há necessidade de capacitação das equipes, investimento em sistema padronizado de informação e protocolo de atendimento psiquiátrico.

Descritores: Serviços de Saúde de Emergência; Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT | The Service Mobile Emergency Care (MECS) aims to meet the urgent and emergency medical, surgical, gynecological, obstetric, pediatric and psychiatric. The objective was to outline the profile of psychiatric care attended by MECS-Cuiabá, identify by gender and age; diagnosis; neurological examination; the main complaints and symptoms and drug therapy used, and describe the dynamics of care: the time spent, unit requested and destination of the patient. This is a descriptive study with a quantitative approach. In 2010 were 713 -3.7% of total. Mainly males (53.0%), age range 18-41 years (59.4%), "psychotic" as diagnostics and 84.6% were referred to psychiatric hospital. The average attendance was 14 minutes, police supported in all cases. The average attendance was 14 minutes, police supported in all cases. There is need for team training, investment in standardized system of information and psychiatric care protocol.

Descriptors: Emergency Health Services, Mental Health, Psychiatric Nursing.

RESUMEN | El Servicio Móvil de Atención de Emergencias (MECS) tiene como objetivo satisfacer las clínicas de urgencias clínicas, quirúrgicas, ginecológicas y obstétricas, pediátricas y psiquiátricas. El objetivo era trazar el perfil de la naturaleza llama psiquiátricos atendidos por el SAMU-Cuiabá, identificar a los usuarios por sexo y edad; diagnóstico; el examen neurológico; las principales quejas y síntomas y la terapia de medicamento que se usa y describir la dinámica de la atención: tiempo dedicado, unidad llamada y el destino del paciente. Es un estudio descriptivo, con un enfoque cuantitativo. En 2010 fueron 713 -3,7% del total. El sexo masculino predominó (53,0%), edad de 18 a 41 años (59,4%), "psicótico" como diagnósticos y 84,6% fueron enviados al hospital psiquiátrico. El promedio de asistencia fue de 14 minutos, la policía apoyó en todos los casos. Hay necesidad de entrenamiento de los equipos, inversión en sistema único de información y protocolo de la atención psiquiátrica.

Descritores: Servicios de Emergencia de Salud; Salud Mental; Enfermería Psiquiátrica.

Adilson Gomes de Campos

Graduado em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Mato Grosso (1999) e Mestre em Saúde mental pela UFMT(2012). Atualmente é enfermeiro assistencial no SAMU-SES MT.

Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

Psicóloga e enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora associada aposentada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Líder do Grupo de Pesquisa NESM-MT - Núcleo de Estudos em Saúde Mental de Mato Grosso. Revisora de periódicos de Enfermagem e Psicologia.

José Roberto Temponi de Oliveira

Possui graduação em Estatística pela Universidade Federal de São Carlos (1989); mestrado em Ciências (Estatística) pela Universidade de São Paulo (1998) e Doutorado em Agronomia/Energia na Agricultura - FCA - UNESP - Botucatu (2009), professor adjunto da Universidade Federal de Mato Grosso.

Recebido em: 20/01/2016

Aprovado em: 18/03/2017

Introdução

O Brasil, influenciado pelos modelos assistenciais dos serviços pré-hospitalares de outros países, desde 2002 vem implantando o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em todas as capitais e em municípios de grande e médio porte^{1,2}.

Seguindo as definições políticas nacionais para o setor e de acordo com o Regulamento Técnico dos Sistemas Estatuais de Urgência e Emergência^{1,2}, em Mato Grosso o SAMU teve início em 2007 com a edição da Portaria GM/MS Nº 2300³. Nesse estado, até 2004, os atendimentos às urgências eram realizados exclusivamente pelo Corpo de

Bombeiros através do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) e, de 2004 a 2007 eram realizados em conjunto com o SAMU que se implantava⁴.

O SAMU é específico no atendimento pré-hospitalar na modalidade de atendimento móvel, tem como finalidade atender às urgências e emergências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, pediátricas e psiquiátricas. Possui dois tipos de unidades de resgate, em cada uma delas a equipe e os veículos são diferenciados para a prestação de assistência. As Unidades de Suporte Básico (USB) se compõem de condutor socorrista e dois técnicos de enfermagem; o veículo/ambulância dispõe de equipamentos e materiais para cuidados básicos como punção venosa, oxigênio-terapia, entre outros. As Unidades de Suporte Avançado (USA) são compostas por condutor socorrista, um médico e um enfermeiro; o veículo/ambulância dispõe de equipamentos para procedimentos de maior complexidade, inclusive pequenas cirurgias².

A assistência psiquiátrica no Brasil esteve, historicamente à margem dos serviços gerais de assistência à saúde (serviços de emergência, hospitais gerais) e remetida aos hospitais psiquiátricos que centralizavam ou mesmo detinham a exclusividade de atendimento aos pacientes psiquiátricos, independente da complexidade do quadro clínico apresentado ou da assistência requerida (atenção básica, secundária ou terciária)⁵.

Nas últimas décadas, a reforma psiquiátrica tem introduzido transformações na prática assistencial em todo o País, principalmente no que se refere à inclusão de atendimento psiquiátrico na rede geral de serviços do SUS (atenção básica, SAMU, internações psiquiátricas em hospital geral), além da disseminação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que têm função de articular a rede de atenção aos portadores de transtorno mental nos territórios⁶.

Por ser o SAMU um serviço pré-hospitalar recente no Brasil, ainda são escassas as discussões sobre o trabalho das equipes nos atendimentos às emergências psiquiátricas, como se observam em estudos de outros contextos^{7,8}. Em Mato Grosso não há estudo com essa temática até o presente, advindo desta lacuna o presente artigo cujo objeto foram os atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pela equipe do SAMU/Cuiabá em 2010.

“O SAMU é específico no atendimento pré-hospitalar na modalidade de atendimento móvel, tem como finalidade atender às urgências e emergências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, pediátricas e psiquiátricas”

O objetivo foi traçar o perfil dos atendimentos de natureza psiquiátrica, caracterizando os usuários atendidos quanto ao sexo, faixa etária, diagnóstico, principais queixas e sintomas e a terapêutica medicamentosa; e os atendimentos quanto aos dias e períodos que ocorreram as emergências e a dinâmica do atendimento (tempo dispendido, unidade acionada, serviços de apoio e o encaminhamento do paciente).

Método

Estudo descritivo, os dados foram coletados nos registros de atendimento mé-

dico e de enfermagem (ficha individual da ocorrência), armazenados no Escritório Central do SAMU/Cuiabá, de março a maio de 2011. O SAMU/Cuiabá possui uma área de abrangência composta por seis municípios: Cuiabá, Santo Antônio do Leverger, Jangada, Várzea Grande, Nossa Senhora do Livramento e Chapadas dos Guimarães, atendendo uma população de, aproximadamente, 850 mil habitantes.

Foi constituída como população de estudo, todos os atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pelo SAMU, no ano de 2010, totalizando 713 atendimentos.

Os dados foram submetidos ao teste t-Student para comparação de médias e as comparações múltiplas entre as regiões foram feitas pelo teste de Dunnett. Adotou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todas as análises.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, sob nº 989/CEP-HUJM/11.

Resultados

Durante o ano de 2010, foram observadas 713 ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo samu, nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande. Nos demais municípios componentes da rede SAMU/Cuiabá (Santo Antônio do Leverger, Jangada, Nossa Senhora do Livramento e Chapadas dos Guimarães) não houve registro. Esse número representou 3,7% do total de ocorrências (19.400) no período.

As Unidades de Suporte Básico (USB) foram acionadas em 86,2% das ocorrências e as de Suporte Avançado (USA) em 13,6%.

A maioria dos usuários era da faixa etária de 18 a 41 anos (59,4%). Houve predomínio do sexo masculino entre os usuários (53,0%), enquanto o sexo feminino apresentou o percentual de 43,5%. Entretanto, a partir da idade de 34 anos, observou-se uma inversão, sendo mais predominante o sexo feminino. Em 3,5% dos atendimentos não

foi informado o sexo.

A média mensal das ocorrências psiquiátricas foi 57 com distribuição uniforme entre os meses do ano e dias da semana, de acordo com o teste estatístico qui-quadrado.

Considerando o horário da ocorrência, 64,5% dos atendimentos deu-se no período diurno (6:00 às 18:59h) e 35,5% no noturno (19:00 às 5:59h).

Em 629 atendimentos (88,2%) não foi registrado o diagnóstico e os termos “surto psicótico” foi o diagnóstico presentes nas 84 fichas onde este dado foi informado 26,2%, em 19,0% foram usados o termo “surto psiquiátrico” mesmo não constando como categorias diagnósticas na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Entre as queixas e sintomas, predominaram as denominações “surto psiquiátrico” em 47,5%, “agressividade” em 10,0% e “agitação” em 8,9%; e 6,5% não se relacionavam a sintomas e/ou queixas psiquiátricas.

A média mensal das ocorrências psiquiátricas foi 57 com distribuição uniforme entre os meses do ano e dias da semana, de acordo com o teste estatístico qui-quadrado.

Considerando o horário da ocorrência, 64,5% dos atendimentos deu-se no período diurno (6:00 às 18:59h) e 35,5% no noturno (19:00 às 5:59h).

Entre as queixas e sintomas, predominaram as denominações “surto psiquiátrico” em 47,5%, “agressividade” em 10,0% e “agitação” em 8,9%; e 6,5% não se relacionavam a sintomas e/ou queixas psiquiátricas.

Os medicamentos utilizados no momento do atendimento foram ansiolíticos, antipsicóticos, anticonvulsivantes e anti-histamínicos. No entanto, 89,7% dos atendimentos não resultaram em conduta medicamentosa e somente 10,3% fizeram uso de medicações, sendo as USA as que mais se utilizaram dessa terapia.

A média de tempo gasto no atendimento às emergências psiquiátricas foi de 14 minutos. Consideramos esse

tempo muito reduzido em relação às necessidades de abordagem adequada aos pacientes em sofrimento mental. Observa-se que a média de tempo que se levou para chegar ao local do atendimento foi de 16 minutos.

Nas fichas de anotação do cadastro manual de pacientes verificamos que em 26,4% dos atendimentos foi registrada a solicitação do apoio da polícia militar.

Predominaram os encaminhamentos para o serviço de emergência psiquiátrica anexo ao hospital psiquiátrico (84,6%), seguido dos serviços

“Nos atendimentos de qualquer natureza do SAMU predominam as USB, por estarem implantadas em maior número e por serem acionadas mais vezes em casos e situações de menor gravidade”

de emergência geral (6,3%) e apenas 0,3% ao CAPS.

Discussão

Em 2009 os atendimentos de natureza psiquiátrica representaram 3,82% do total⁹ e, portanto, não houve alteração significativa entre o número de atendimentos de natureza psiquiátrica entre 2009 e 2010 no SAMU/Cuiabá.

No Brasil existem poucos estudos sobre atendimentos psiquiátricos no SAMU. Em Marília-SP, dados de 2006 apontam um percentual de 16% de atendimentos dessa natureza, muito acima do identificado em Cuiabá¹⁰.

Dados disponíveis no Departamento de Estatística do SAMU Metropolitano de Goiânia apontam que em 2008, 13,04% das ocorrências foram de natureza psiquiátrica¹¹.

Como se observa nos dados acima, de diferentes contextos, o número de atendimentos de natureza psiquiátrica varia muito no cômputo geral dos atendimentos do SAMU. Destaca-se que esses dados se originam de critérios não padronizados e que a ausência de um sistema nacional de informações incide nesses diferentes resultados e dificultam comparações entre eles.

Nos atendimentos de qualquer natureza do SAMU predominam as USB, por estarem implantadas em maior número e por serem acionadas mais vezes em casos e situações de menor gravidade^{12,13}. Observou-se que as ocorrências psiquiátricas também seguiram essa tendência.

O grande número de ausência de diagnóstico e o predomínio de termos pouco esclarecedores a respeito do quadro clínico atendido (como se observa na utilização dos termos “surto psiquiátrico” e “surto psicótico”) podem se relacionar com o tipo de atendimento feito pelo SAMU, muito rápido e por vezes restrito a serviço de transporte extra-hospitalar, além de dificuldades das equipes em identificar e descrever quadros clínicos psiquiátricos. Ressalta-se que o atendimento psiquiátrico é recente entre os atendimentos de urgência extra-hospitalar no Brasil que, nos seus primórdios eram restritos aos traumas e acidentes.

O termo “surto psiquiátrico”, de maior predomínio nas queixas e sintomas e no item diagnóstico, é inespecífico e não discrimina o quadro clínico evidenciado no atendimento. Não há discernimento sobre o diagnóstico, queixas e sintomas observados quando se registra esse termo. Tampouco permite selecionar e instituir terapêutica adequada.

As queixas de “agressividade” e “agitação” estão relacionadas com a mobilização familiar e social em relação ao so-

frimento mental. Ambas são comumente desencadeadoras da chamada da equipe do SAMU para o atendimento das ocorrências psiquiátricas. Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em Natal-RN, no período de janeiro a março de 2010, onde se verificou também o predomínio de “agitação psicomotora” e “agitação” entre as queixas dos atendimentos psiquiátricos no SAMU⁸.

O sofrimento mental, não é nunca somente de um sujeito, deve ser compreendida como o resultado de uma série de fatores que, além da pessoa que a vivencia, envolve outras pessoas, inclusive aquelas que se mobilizaram e acionaram o samu e dos trabalhadores do SAMU. O usuário foi considerado “agitado” e/ou “agressivo” em qual contexto? A equipe do SAMU identificou esses sinais ou foram informações secundárias? A equipe relaciona esses sinais a um possível diagnóstico psiquiátrico? Qual foi a abordagem possível frente à situação observada?

Sem esses questionamentos que sugerem um raciocínio clínico mínimo, a simples identificação por meios diretos ou indiretos de “agitação” ou “agressividade” como queixas e sintomas nos atendimentos do SAMU é pouco esclarecedora sobre a natureza do atendimento.

Estudos^{7,8,15} apontam que os profissionais dos serviços de emergências têm dificuldade de lidar com a subjetividade dos sujeitos em sofrimento mental e com isso centralizam suas práticas na contenção física e química e em proporcionar um transporte rápido para o hospital psiquiátrico, suprimindo os sintomas de agitação ou agressividade que desencadearam aquele chamado.

O predomínio de termos pouco esclarecedores a respeito do quadro clínico psiquiátrico atendido indica necessidade de capacitação das equipes para o atendimento de emergências psiquiátricas.

A abordagem técnica adequada de uma emergência psiquiátrica visa estabilizar o quadro de sinais e sintomas,

estabelecer uma hipótese diagnóstica, excluir possíveis causas orgânicas e o melhor encaminhamento possível do paciente de acordo com suas necessidades e recursos do contexto¹⁶.

Entendemos o sofrimento psíquico como um momento de intensa fragilidade subjetiva do sujeito¹⁴ e, diferentemente das emergências de outras naturezas, nas psiquiátricas é necessário dispêndio

“A abordagem técnica adequada de uma emergência psiquiátrica visa estabilizar o quadro de sinais e sintomas, estabelecer uma hipótese diagnóstica, excluir possíveis causas orgânicas e o melhor encaminhamento possível do paciente de acordo com suas necessidades e recursos do contexto”

de tempo para realizar uma abordagem adequada, pois a comunicação terapêutica, principal estratégia de abordagem, requer tempo de acolhimento, observação e intervenção (verbal e não verbal) construída paulatinamente no decorrer da interação^{8,15,17}.

Concordamos que a intervenção não pode basear-se ou limitar-se à contenção pois ela é, em última instância, o “fracasso da intervenção”¹⁴, na medida em que subjuga e/ou anula o sujeito que

vivencia a crise.

Entretanto, é necessário reconhecer que, nos protocolos gerais do SAMU, o menor dispêndio possível de tempo nos atendimentos é prática valorizada. A abordagem técnica e eticamente adequada da “pessoa em sofrimento psíquico” Nesse momento não se restringe ao atendimento de “sinais e sintomas psiquiátricos” abstraídos da vida da pessoa requer tempo diferente daquele do atendimento aos traumas e emergências clínicas gerais onde a manutenção da vida pode depender da agilidade do atendimento e transporte. Desse modo, consideramos necessário o investimento em protocolos específicos para atendimento a pessoa com transtorno mental no SAMU.

Em relação ao tempo média de 16 minutos para chegar ao local do atendimento foi de 16 minutos, superior ao preconizado pelo Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado¹⁸ de 8 minutos. Podemos atribuir a esse tempo, as ruas e avenidas estreitas e com sinalizações precárias, além da má conservação das malhas viárias urbanas e rurais das cidades em estudo (Cuiabá e Várzea Grande) e as localizações onde estão implantadas as bases do SAMU. Fica como sugestão aos gestores que base da USB seja em um local mais centralizado nas regiões, ou ainda a implantação de outras bases nas regiões mais distantes ou de difícil acesso.

Identificou-se uma subnotificação nas fichas de notificação da presença da polícia, pois é de praxe que a central de regulação acione a polícia em todos os atendimentos psiquiátricos antes da equipe chegar ao local e avaliar a situação. Isso se dá pelo fato de a Portaria 2.048/GM alertar a equipe sobre a importância de, no momento do atendimento, reconhecer a necessidade de acionar outros atores (polícia, bombeiros e outros) no atendimento às urgências, quando comprometer a segurança do paciente ou da equipe¹.

Quanto a presença da polícia militar como apoio nos atendimentos de todos

os casos psiquiátricos pelas equipes do SAMU/Cuiabá, identifica-se que o princípio da periculosidade do doente mental ainda é marcante nesse contexto.

Pode-se concluir que a rede de atenção à saúde mental dos municípios de Cuiabá e Várzea Grande se encontra fragilizada, notadamente no que se refere à função dos CAPS como articuladores da rede de atenção psicossocial, pois em 2010 somente dois pacientes (entre os 713 atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pelo SAMU-Cuiabá) foram acolhidos por um dos seis CAPS existentes nesses municípios.

Os CAPS não corresponderam a função substitutiva dos hospitais psiquiátricos e de articuladores da rede de assistência como evidenciam os dados deste estudo. O hospital psiquiátrico ainda é o local de referência prioritário para esses atendimentos.

Conclusão

No Brasil, a rede nacional dos serviços pré-hospitalares SAMU/192 vem se expandindo nos últimos anos. Esse modelo de assistência às urgências e emergências foi criado para atender as diferentes especialidades inclusive as psiquiátricas.

Nos diagnósticos e sinais e queixas registrados nos atendimentos foi predominante o uso de termos inespecíficos, de reduzida potência para esclarecer as características do atendimento e indicar o tratamento. O tempo gasto no atendimento foi reduzido considerando-se as especificidades do atendimento, e o tempo para chegar ao local do atendimento foi superior ao preconizado.

A mobilização da polícia militar como protocolo de apoio em todos os atendimentos psiquiátricos. Predominaram os encaminhamentos para o ser-

viço de emergência psiquiátrica anexa ao hospital psiquiátrico.

Os resultados evidenciam avanços na integração de atendimentos psiquiátricos na rede SAMU, mas, apontam também necessidades de ações como criação de um sistema nacional de informação das ocorrências, criação de protocolo de atendimentos nos quadros psiquiátricos e investimento em capacitação.

Algumas mudanças são necessárias para melhor atender aos indivíduos com transtornos mentais no SAMU/Cuiabá e na consolidação da reforma psiquiátrica na região. Há necessidade de capacitação das equipes, investimento em sistema padronizado de informação e protocolo de atendimento psiquiátrico, visando práticas de enfermagem mais qualificadas tecnicamente e menos repressivas. 🐦

Referências

- 1-Ministério da Saúde. Portaria no 2048, de 5 de novembro de 2002. Institui a Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências. Brasília: Diário Oficial da União; nov. 2002.
- 2-Ministério da Saúde. Portaria no 1863 de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Diário Oficial da União; set. 2003.
- 3-Ministério da Saúde. Portaria no 2300 de 18 de setembro de 2007. Habilita o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 do Estado de Mato Grosso, localizado no município de Cuiabá (MT). Brasília: Diário Oficial da União; set. 2007.
- 4-Figueiredo DLB, Costa ALRC. Serviço de Atendimento Móvel às Urgências Cuiabá: desafios e possibilidades para profissionais de enfermagem. Acta Paul de Enferm. 2009; 22(5): 707-10.
- 5-Oliveira AGB, Vieira MAM, Andrade SMR. Saúde Mental na Saúde da Família. Subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d'Água; 2006.
- 6-Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- 7-Jardim KFSB, Dimenstein M. A crise na rede: o SAMU no contexto da Reforma Psiquiátrica. Saúde em Debate. 2008; 32 (78/79/80):150-160.
- 8-Bonfada D. Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e a assistência às urgências psiquiátricas [dissertação de mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010.
- 9-Sousa WR. Levantamentos das ocorrências pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU no Município de Cuiabá/MT e Baixada Cuiabana no ano de 2009. Revista Emergência Clínica. 2010 São Paulo, 2010; 27(6): 183-188.
- 10-Laranjeira R. Casos psiquiátricos são 2ª maior demanda do Samu. Jornal o Estado de São Paulo, São Paulo, 25 out. 2006; Caderno Cidades. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,AA1324069-5598,00.html>>. Acesso em jan/2011.
- 11-Departamento de Estatística. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Goiânia: 2010. Disponível em:< <http://samu.goiania.com.br/>>. Acesso em: 10 ago, 2011.
- 12-Fernandes RJ. Caracterização da atenção pré-hospitalar Móvel da Secretaria da Saúde do município de Ribeirão-Preto [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.
- 13-Marques GQ, Lima MADS, Ciconet RM. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre – RS. Acta Paul de Enferm. 2011; 24(2): 185-191.
- 14-Jardim K, Dimenstein M. Risco e crise; pensando os pilares da urgência psiquiátrica. Psicologia em Revista. 2007; 13(1): 169-189.
- 15-Marcolan JF. A contenção física do paciente: uma abordagem terapêutica. São Paulo. Edição do Autor, 2004.
- 16-Quevedo J, Schmitt R, Kapczynski F. Emergências Psiquiátricas. Porto Alegre. Artmed, 2008.
- 17-Estelmhsts P, Brusamarello T, Borille D, Maftum MA. Emergências em saúde mental: prática da equipe de enfermagem durante o período de internação. Rev enferm UERJ. 2008; 16(3):399-403.
- 18-National Association of Emergency Medical Technicians. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.

O acolhimento na estratégia saúde da família: transformando o processo de trabalho

RESUMO | O presente estudo objetivou implementar ações de acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde da Família no município de Campina Grande-PB. Trata-se de uma pesquisa-ação, modalidade de pesquisa qualitativa usada para transformação da realidade. Para coleta de dados foi utilizada a técnica de oficina de trabalho. Foram realizados quatro encontros com 18 trabalhadores da saúde que desenvolvem atividades no cenário da pesquisa. A análise dos dados foi instituída segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin. Os resultados revelaram duas categorias temáticas: “refletindo sobre o acolhimento”, evidenciando as percepções, potencialidades, fragilidades e prioridades; e “operacionalizando o acolhimento”. O estudo proporcionou a reflexão, a reorganização do trabalho e a construção de novas práticas, visando a um cuidado em saúde resolutivo.

Descritores: Acolhimento; Atenção primária à saúde; Trabalho.

ABSTRACT | This study aimed to implement embracement actions of Family Health Strategy Unit in the city of Campina Grande-PB. This is an action research that used qualitative research method. For data collection, the workshop technique was used. Four meetings were held with 18 health workers who carry out their activities in the research setting. Data analysis was performed according to the content analysis proposed by Bardin. The results revealed two themes: “reflecting on the embracement”, reflecting the perceptions, potential, weaknesses and priorities and “operationalizing the embracement.” The study enabled the reflection, the reorganization of work and the construction of new practices, aiming at a more resolute health care.

Descriptors: User embracement; Primary health care; Work.

RESUMEN | El objetivo de este estudio fue implementar acciones de acogida en una Unidad Básica de Salud de la Familia en la ciudad de Campina Grande-PB. Se trata de una investigación-acción que utilizo el método de investigación cualitativa para acercarse de una realidad. La recolección de datos utilizo la técnica de taller. Se hicieron cuatro reuniones con 18 trabajadores de la salud. El análisis de datos se estableció de acuerdo con el análisis de contenido propuesta por Bardin. Los resultados revelaron dos temas: “reflexionando sobre el acogimiento”, destacando las percepciones, el potencial, la fragilidad y las prioridades y “implementando el acogimiento”. El estudio proporciono la reflexión, la reorganización del trabajo y la construcción de nuevas prácticas, con miras a una atención de salud decidida.

Descriptores: Acogimiento; Atención primaria de salud; Trabajo.

Adilson Gomes de Campos

Graduado em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Mato Grosso (1999) e Mestre em Saúde mental pela UFMT(2012). Atualmente é enfermeiro assistencial no SAMU-SES MT.

Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

Psicóloga e enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora associada aposentada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Líder do Grupo de Pesquisa NESM-MT - Núcleo de Estudos em Saúde Mental de Mato Grosso. Revisora de periódicos de Enfermagem e Psicologia.

José Roberto Temponi de Oliveira

Possui graduação em Estatística pela Universidade Federal de São Carlos (1989); mestrado em Ciências (Estatística) pela Universidade de São Paulo (1998) e Doutorado em Agronomia/Energia na Agricultura - FCA - UNESP - Botucatu (2009), professor adjunto da Universidade Federal de Mato Grosso.

Recebido em: 20/06/2016

Aprovado em: 18/03/2017

Introdução

Feridas cutâneas constituem um importante problema de saúde pública, principalmente no que se refere às feridas crônicas. Estas têm sido um desafio para a enfermagem e outros profissionais de saúde no que se refere à sua etiologia, evolução, tratamento e reabilitação, particularmente nas pessoas idosas, nas quais sua incidência e a prevalência costumam ser elevadas. O tratamento típico de feridas cutâneas tem empregado hidratantes, protetores, desbridantes e, em alguns casos, agentes antimicrobianos. Contudo, ainda que contribuam com o ambiente para a cicatrização, favorecendo-a, essencialmente não se propõem a estimular ativamente processos nela envolvidos¹.

A implantação do Sistema Único de

Saúde (SUS) no Brasil trouxe como um dos pontos centrais a necessidade da mudança no modelo de atenção, tendo como referência a Atenção Primária à Saúde (APS).¹

Nesta perspectiva, na primeira década da implantação do SUS, a principal iniciativa foi a proposição da Estratégia Saúde da Família (ESF), visando favorecer a reorientação do processo de trabalho, ampliar a resolutividade dos serviços e produzir impactos positivos na situação de saúde das pessoas, grupos sociais e coletividades.²

O processo de trabalho em saúde envolve o uso de tecnologias classificadas em duras, relacionadas às máquinas e instrumentos, leve-duras, que se referem ao conhecimento técnico; e leves, que dizem respeito às formas de agir individuais e coletivas dos sujeitos implicados na produção do cuidado, trabalhadores ou usuários, sendo esta última pouco considerada pelos profissionais, o que reflete nos modos de fazer saúde nos dias atuais.³

A ESF propõe a valorização das tecnologias leves nos serviços de saúde, por meio de ferramentas como o acolhimento, diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH). O acolhimento é definido como um processo constitutivo das práticas de produção e promoção da saúde que implica responsabilização do trabalhador e da equipe pelo usuário, de modo a garantir uma atenção à saúde integral, resolutiva e responsável, por meio da criação de vínculo e reorganização do serviço, sendo, portanto, um facilitador do trabalho em saúde.³⁻⁵

Aliada à proposta do acolhimento têm-se a Educação Permanente em Saúde (EPS), que contribui para a transformação da assistência à saúde e a formação dos profissionais. Busca incorporar a reflexão, a problematização, o trabalho em equipe e a integralidade às práticas de atenção e de ensino.⁶

A proposta de trabalhar esta temática surgiu através de experiência do estágio supervisionado em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) composta de duas equipes de ESF que tinham como ferramenta de trabalho o Acolhimento.

No entanto, os profissionais das equipes desconheciam a PNH e apresentavam divergências na prática do acolhimento, refletindo num processo de trabalho distinto.

Partindo deste pressuposto surgiu o seguinte questionamento: O acolhimento realizado pelos profissionais de saúde da ESF está sendo desenvolvido segundo os preceitos da PNH? Pretende-se aproximar os profissionais da PNH e, conseqüentemente, da temática Acolhimento, possibilitando uma transformação no processo de trabalho e um atendimento centrado nas necessidades de saúde da comunidade, aproximando-se do que é preconizado pelo SUS. Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi implementar ações de acolhimento no processo de trabalho das equipes da ESF de Campina Grande – PB.

Método

Este estudo integra uma pesquisa maior intitulada “Processo de trabalho das equipes de unidades de saúde da família de Campina Grande – PB”, com CAAE 11893112.0.0000.5182, submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande–UFCG.

Realizou-se uma pesquisa-ação, modalidade de investigação qualitativa que visa compreender e, simultaneamente, transformar uma realidade.⁷ Foi desenvolvida em uma UBSF de Campina Grande -PB, localizada no bairro do Pedregal, com 18 trabalhadores, praticamente a totalidade dos 20 existentes na unidade. Foram excluídos apenas uma das enfermeiras, por ser co-orientadora da pesquisa, e outro profissional que não aceitou participar.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2014 e foi utilizada a técnica de oficina de trabalho, que proporciona discussão de temas por meio da garantia de um espaço democrático instituído para a realização de debates, reflexão e construção de conhecimentos e propostas para transformação das práticas em saúde.⁸

Quatro encontros de até duas horas foram realizados na sala de reuniões da

UBSF, estiveram presentes os sujeitos da pesquisa, um moderador, um relator e um auxiliar. Na primeira oficina de trabalho houve a apresentação da proposta de pesquisa, o preenchimento de questionário de caracterização e de avaliação do entendimento sobre Acolhimento. Ao fim de cada oficina de trabalho foi realizado o planejamento do encontro subsequente, que nortearam-se em apresentação da PNH, discussões sobre prioridade no Acolhimento e a prática desta na UBSF, reflexão das ações em saúde através de questões norteadoras, textos e construção de novas práticas.

Os encontros foram gravados, os dados transcritos na íntegra para posterior análise de conteúdo, proposta por Bardin.

Com o intuito de preservar o anonimato, os sujeitos receberam nome de flores e cada equipe foi designada por uma cor, além da distribuição de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido–TCLE para serem assinados.

Resultados/Discussão

A análise do material empírico resultante da transcrição das oficinas resultou em duas categorias: refletindo sobre o acolhimento e operacionalizando o acolhimento. A primeira foi dividida em quatro subcategorias.

Refletindo sobre o acolhimento

A percepção dos trabalhadores acerca do conceito e da operacionalização do acolhimento

Para os sujeitos da pesquisa, o acolhimento refere-se fundamentalmente à relação estabelecida com os usuários. Para eles acolher é escutar as necessidades dos usuários, de modo a oferecer soluções para seus problemas de saúde, ressaltando que deve ser proporcionado um ambiente adequado para esta escuta.

“A forma de recepção onde o indivíduo é escutado, avaliado, e onde é vista a necessidade do mesmo para solucionar o problema em questão”. Tulipa

“Deve acontecer de forma que todos os funcionários da UBSF sejam capazes de proporcionar um ambiente no qual o usuário

possa ser ouvido e ter suas necessidades avaliadas...".Copo de leite

Além disso, observou-se que havia o conhecimento proposto na PNH de que todos os profissionais podem realizá-lo:

"Importante frisar que qualquer profissional pode acolher e ouvir o usuário e direcioná-lo para sua demanda".Orquídea

No entanto, a identificação do acolhimento como uma atitude meramente cordial e atenciosa foi frequente, como ilustram os seguintes trechos:

"O acolhimento deve se dar de forma atenciosa e com respeito a quem chega à unidade".Cravo

"De forma humanizada".Lírio

Neste estudo o acolhimento foi visto como uma ferramenta que propicia a escuta qualificada e a resolução das necessidades do usuário. Sabe-se que o acolhimento envolve interesse, postura ética e de cuidado, uma abertura humana empática ao usuário, mas, ao mesmo tempo, implica escutar a demanda do usuário, buscar sua avaliação, identificar riscos e vulnerabilidades e comprometer-se em dar uma resposta aos seus problemas e necessidades de saúde.⁹⁻¹⁰

Em pesquisa realizada em duas ESF de Campina Grande-PB, sendo uma delas a deste estudo, o entendimento sobre acolhimento estava voltado à triagem e à implantação do cronograma de atividades, excluindo-se a demanda espontânea.¹¹

As potencialidades

Os sujeitos afirmaram que o acolhimento modifica a forma tradicional de entrada por fila e por ordem de chegada, como evidenciam os excertos:

"Desfaz-se a cultura de chegar às madrugadas na unidade para conseguir atendimento".Copo de leite

"Evita longos períodos em fila de espera pelos usuários, que muitas vezes madrugam para conseguir marcar uma consulta".Orquídea

No município de Vitória-ES o agendamento de consultas por ordem de chegada estava presente em todas as unidades pesquisadas. Tal situação corresponde à

encontrada no Nordeste do País, onde o acesso à consulta ocorre por ordem de chegada, sem priorização de riscos.¹²⁻¹³

Outra potencialidade diz respeito aos objetivos propostos na PNH, de aperfeiçoar o trabalho em equipe com a integração e promover a complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional.

"A equipe passa a trabalhar de forma multidisciplinar e isso faz com que o ambiente de trabalho seja um local com mais harmonia, desmitificando a postura do médico detentor único do saber...".Copo de leite

Compreende-se que o trabalho interprofissional e em equipe é fundamental para aprimorar a atenção aos usuários, tendo como base o princípio da integralidade estabelecido pelo SUS, já que não há categoria profissional que contemple todas as necessidades dos seres humanos.¹⁴

Essa nova prática no processo de trabalho das ESF inclui o bom funcionamento da recepção, a atenção à demanda espontânea e à programada, assim como às urgências.

As fragilidades

Quanto às fragilidades do acolhimento, as respostas envolveram desde a falta de conhecimento dos profissionais e usuários, até a falta de resolutividade das necessidades e demandas dos usuários.

"O não entendimento dos profissionais e da população que procura o serviço".Trombetas

"Quando não conseguimos resolver o problema do paciente".Hortência

Nesta perspectiva, existe uma aliada nesta mudança de práticas nos serviços de saúde, a EPS, que tem como objetivo o de constituir uma rede de ensino-aprendizagem no exercício de trabalho no SUS, que propõe a integração dos processos educativos de trabalhadores às experiências cotidianas dos serviços, a concepção de trabalhadores da saúde como agentes críticos e reflexivos com capacidade de construir o conhecimento e propor ações alternativas para a solução de problemas.⁶

As prioridades

Observou-se a necessidade de priorização dos casos agudos, o que envolve a classificação de riscos, que na maioria das vezes não é realizada.

"Gestante, criança com cansaço né? Dispneica. Idoso, hipertenso...".Tulipa

Uma única fala destacou-se por considerar a vulnerabilidade do usuário na eleição das prioridades.

"...o paciente veio do trabalho ou deixou de ir para ser consultado é uma prioridade para mim, porque se ele nunca frequenta a unidade e veio naquele dia ele vai ser uma prioridade. Independente do que seja, do que vai ser o atendimento dele ou a consulta dele".Violeta

Compreende-se que a avaliação de risco possibilita identificar as diferentes gradações de risco. Entretanto, não basta olhar o risco em termos biológicos, sendo essencial lembrar que há condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas, como exemplo, um homem adulto que vai ao serviço de saúde pela primeira vez depois de muitos anos.⁵

Operacionalizando o acolhimento

Verificou-se que o processo de implementação acontecia de forma contínua, exigindo flexibilidade e comprometimento. O uso da EPS permitiu a reflexão sobre as práticas, ou seja, a autoavaliação das equipes sobre o processo de trabalho.

"Agora são entregues fichas vermelhas e os profissionais selecionados para aquele dia, segundo o cronograma, fazem a triagem de acordo com a necessidade de atendimento". Equipe Vermelha

"O acolhimento não está fluindo bem".Equipe Azul

As estratégias referidas pelos profissionais e trabalhadores desta pesquisa para a operacionalização do acolhimento são semelhantes às propostas do Ministério da Saúde, que apresenta diversas modalidades para o acolhimento, a depender da organização do serviço.⁵ Sugere, por exemplo, a formação da equipe de acolhimento do dia, que foi a proposta feita pelos trabalhadores da UBSF.

Além disso, a autoavaliação da equi-

pe permitiu identificar entraves existentes no processo de implementação do acolhimento, voltados para aspectos operacionais e às próprias práticas dos profissionais e trabalhadores:

“Alta demanda, falta de materiais e falta de paciência dos pacientes”. Equipe Vermelha

“O cronograma dos profissionais do Acolhimento não está sendo seguido”. Equipe Vermelha

“A triagem (avaliação) não está sendo bem feita”. Equipe Azul

Em investigação realizada em Uberaba-MG, os trabalhadores da saúde relataram como entraves na implantação do acolhimento a dificuldade de alguns trabalhadores em aderir ao processo; a falta de informação por parte dos profissionais e usuários, as limitações da estrutura física e a grande demanda que reduz o tempo disponível para a escuta.¹⁵

Dentre as estratégias a serem introduzidas na rotina do serviço, a fim de suprimir as dificuldades e consolidar o acolhimento, destacaram-se:

“Realizar sala de espera, além de reunião com a gestão e de diminuição nos

agendamentos”. Equipe Vermelha

“Investigar melhor os casos na triagem (avaliação) e fazer um cartaz determinando os eflúvios dos profissionais no Acolhimento”. Equipe Azul

A percepção de que deve haver momentos de cogerção entre usuários e trabalhadores mostra que já existe por parte desses últimos o conhecimento de que a efetivação do acolhimento requer a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos.

Agradecimentos

A pesquisa permitiu dar continuidade à implementação do acolhimento na UBSF do estudo. Para isso, o percurso metodológico adotado mostrou-se fundamental, pois proporcionou a construção de vínculo entre pesquisadoras e sujeitos da pesquisa. A EPS contribuiu para a operacionalização do acolhimento, favorecendo a interação da equipe, promovendo a autoavaliação e melhorando o processo de trabalho.

Como resultado deste estudo, houve mudanças no processo de trabalho das equipes estudadas, como: começaram a

trabalhar de modo uniforme, não há mais um horário restrito para acolher ao usuário, a escuta está acontecendo em um ambiente adequado, sem a formação de filas de espera, com ampliação do acesso ao serviço e aumento da resolubilidade.

As mudanças mostraram-se tão positivas que a UBSF tornou-se uma referência para a implementação do acolhimento no município e outras equipes da ESF têm buscado informações desta implementação, de modo a introduzir o acolhimento em seus serviços. Além disso, profissionais e pesquisadores vem sendo convidados a participar de eventos promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, com o intuito de compartilhar sua experiência.

É evidente que ainda existem desafios para concretizar a implementação do acolhimento tal como preconizado na PNH, entre eles o pouco comprometimento de alguns profissionais, mas se pode afirmar que o acolhimento é eficaz na construção de novas práticas e na reorganização do serviço, resultando em melhor atenção aos usuários. 🐦

Referências

- Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(8): 2071-85. [acedido em 13 jul 2014].
- Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de Atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(1): 221-32. [acedido em 13 jul 2014]
- Merhy EE, Franco TB. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Rev. Tempos-Actas de Saúde Coletiva*. 2012; 6(2): 151-63. [acedido em 15 jul 2014].
- Binotto CCS. Acolhimento: uma ferramenta para a gestão em saúde na Atenção Primária. *Nursing*. 2014. [cedido em 24 ago 2016]. Disponível em: .
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Silva JAM, Peduzzi M. Educação no trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde Soc*. 2011; 20(4): 1018-32.
- Pessoa VM, Rigotto RM, Arruda CAM, Machado MFAS, Machado MMT, Bezerra MG. Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(45): 301-14
- Chiesa AM, Westphal MF. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços de saúde. *Saúde em Debate*. 1995;46:19-22.
- Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(3): 3615-24. [acedido em 17 jul 2014].
- Barra SAR. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. *Rev. Serv. Soc*. 2011; 13(2): 119-42. [acedido em 13 jan 2015].
- Brandão GCG, Oliveira MAC. O acolhimento no processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família de Campina Grande-PB, Brasil. *Artigos de Ciências Sociais*. 2014; 3:225-9.
- Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1): 100-10.
- Leite L, Lobo B, Lima NS, Mengarda CF. Acolhimento multiprofissional em Estratégia de Saúde da Família: espaço de atuação para o profissional psicólogo. *Rev. Psicologia da IMED*. 2010; 2(1): 276-87
- Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann AL. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto contexto-Enferm*. 2013; 22(1): 132-40.
- Tintori JA, Helmo FR, Simões ACA, Rodrigues LR, Chaves LDP, Goulart BF. O significado e a prática do acolhimento para os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Enferm. UFPE*. 2014;8(5):1101-9.

Percepção da mulher sobre a assistência a ela prestada na atenção primária

RESUMO | Objetivo: descrever o itinerário de atendimento às mulheres no ambulatório de ginecologia de uma Unidade Básica de Saúde. Método: Pesquisa exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Participaram 30 mulheres em idade fértil entre 15 e 35 anos. O cenário foi o ambulatório de ginecologia de uma Unidade Básica de Saúde, localizada no município do Rio de Janeiro, onde são realizados exames específicos como mamografia, colposcopia e a coleta de Papanicolaou. Aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, protocolo nº 196 de 2014. Resultados: emergiram 3 categorias: O caminho percorrido: passo-a-passo do atendimento; a visão da mulher quanto ao acolhimento durante a consulta; os sentimentos aflorados durante a busca do atendimento. Considerações finais: evidenciaram-se as dificuldades que as mulheres encontram quando em busca de atendimento e como a qualidade dos cuidados de enfermagem à mulher pode evoluir, com uma efetiva implementação da política de Educação Permanente.

Descritores: enfermagem em saúde comunitária; saúde da mulher; atenção primária à saúde.

ABSTRACT | Objective: to describe the route of care for women in the gynecology clinic of a Basic Health Unit. Method: Exploratory-descriptive research with a qualitative approach. The study included 30 women of childbearing age between 15 and 35 years of age. The setting was the gynecology clinic of a Basic Health Unit, located in the city of Rio de Janeiro, where specific exams such as mammography, colposcopy and Pap smear are performed. Approval of the Ethics Committee of the Municipal Health Department of Rio de Janeiro, protocol no. 196 of 2014. Results: three categories emerged: The path covered: step-by-step care; The view of the woman regarding the reception during the consultation; The feelings surfaced during the search for care. Final considerations: the difficulties that women encountered when seeking care and how the quality of nursing care for women can evolve, with an effective implementation of the Permanent Education policy were evidenced.

Descriptors: Community Health Nursing, Women's Health. Primary Health Care.

RESUMEN | Objetivo: Describir el viaje de la atención a las mujeres en ginecología clínica de pacientes externos de un la unidad de salud básica. Método: Estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo. Con la asistencia de 30 mujeres en edad fértil entre 15 y 35 años. El escenario fue la consulta de ginecología ambulatoria de una Unidad Básica de Salud, ubicada en el municipio de Río de Janeiro, donde se llevan a cabo pruebas específicas como la mamografía, la recogida de frotis de Papanicolaou y la colposcopia. La aprobación del Comité de Ética Municipal de Salud de Río de Janeiro, Protocolo 196, 2014. Resultados: 3 categorías emergió: El camino recorrido: Servicio paso a paso; la visión de las mujeres como el anfitrión durante la consulta; sentimientos tratados durante la búsqueda de la atención. Consideraciones finales: mostraron las dificultades que enfrentan las mujeres cuando buscan atención y la calidad de los cuidados de enfermería mujer puede evolucionar con la aplicación efectiva de la política de educación permanente.

Descriptor: enfermería en salud comunitaria; salud de la mujer; atención primaria de salud.

Rodrigo Ayres de Souza

Enfermeiro, Residente de Enfermagem em Saúde da Família SMSRJ/UERJ. Graduação em Enfermagem pela Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro.

Claudia Maria Messias

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Docente da Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro.

Halene Cristina Dias de Armada e Silva

Enfermeira Obstétrica, Mestre em Enfermagem pela UERJ. Docente da Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro.

Marlene Vitorino Florencio

Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela UFF. Docente e Coordenador adjunto da Universidade Estácio de Sá

Claudia da Silva de Medeiros

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Docente da Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro.

Maria Regina Bernardo da Silva

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Docente da Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro

Recebido em: 07/12/2016

Aprovado em: 26/03/2017

Introdução

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹, mulheres somam uma porcentagem superior a 50,62% da população brasileira.

Levando em consideração a representatividade na população e sua função social como cuidadora, não só de sua saúde, mas de seus filhos, de outros membros da família, de pessoas da vizinhança e da comunidade em que vive, a mulher ocupou o lugar de principal usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, caracteriza-se a relevância do estudo, pois há a necessidade de manutenção da saúde das mulheres, uma vez que estas são economicamente ativas, mantenedoras de suas famílias, e cada vez mais presentes no mercado de trabalho².

Desde 2004, com a Criação de uma Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNASM), o governo levou, por meio de programas e ações, a aumentar o acesso aos recursos e serviços para a promoção integral da saúde.³

Entre as iniciativas estão as que visam reduzir as desigualdades no campo da saúde das mulheres.⁴ No que diz respeito à assistência saúde, a atenção primária costumava ser caracterizada por pouca força resolutiva, com descontinuidade no curso terapêutico e com regulamentação limitada da assistência e cuidados de saúde.

Atualmente, existem no Brasil diversas formas de organização e provisão de serviços de saúde. O SUS, concebido como um Sistema Nacional e Público de Saúde, convive com práticas centradas em médicos e hospitais, porém há grande expansão e incentivo às atividades na atenção primária à saúde, com a descentralização e universalização, presentes no SUS⁵.

Apesar de serem grandes as conquistas alcançadas há mais de vinte anos pelo movimento sanitário brasileiro, ainda hoje apresentam fragilidades na disponibilização de serviços e ações de saúde capazes de contemplar a integralidade da assistência à mulher em todas as fases do ciclo vital⁶.

De forma apropriada, as práticas na saúde da mulher foram estabelecidas e ampliadas, abrangendo o conceito da integralidade com o propósito de proporcionar-lhe uma assistência que atenda as necessidades biopsicossociais. Enquanto isso, o agravamento das doenças ginecológicas continua, em consequência da falta desse atendimento primário, gerando contornos mais sérios quando a assistência à saúde é inadequada⁷.

A PNAISM considera o gênero, a integralidade e a promoção da saúde como perspectivas privilegiadas, bem como os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, sob orientação das diferentes dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania⁸.

No âmbito da atenção básica tornaram-se necessárias ações de saúde que reduzissem a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, a partir da adoção de boas práticas profissionais, com enfoque não apenas para a mulher, mas também para a família e a comunidade. Aponta-se, ainda, para o fortalecimento das ações voltadas a mulheres historicamente excluídas das políticas públicas, como forma de garantir legitimidade às suas necessidades e especificidades. Nesse sentido, é necessário garantir acesso aos serviços, respeitando a diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa, contribuindo para a construção da autonomia de mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, índias, ciganas, do campo e da floresta, em situação de rua e privadas de liberdade, em todas as fases da vida⁹.

Nas unidades de saúde, apontamos para a recepção e o acolhimento como fundamentais para início de uma vinculação com o usuário, devendo ser feito por equipes multidisciplinares, com responsabilidade biopsicossocial, atendendo com atenção solidária e estabelecendo, quando necessária, a articulação interdisciplinar de forma resolutiva¹⁰.

Neste sentido, outra questão é o gênero, que tem influência na forma de agir de cada indivíduo, com isso, cria especificidades em áreas de atuação para cada sexo, dando suporte a elaborações de concepções e comportamentos e suas formas de aplicação¹¹.

A enfermagem cuja essência é o cuidado ao ser humano, individualmente, à família ou à comunidade, deve desenvolver atividades de promoção,

prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, junto à equipe multidisciplinar, na busca de resolutividade das demandas da população¹².

Assim, o presente estudo objetivou descrever o itinerário de atendimento de mulheres no ambulatório de ginecologia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS)

Método

Trata-se de estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, cuja importância está na utilização de métodos que explorem o máximo dos fenômenos captados da pesquisa. Seus resultados são baseados nas experiências da vida real de pessoas com conhecimento do fenômeno em primeira mão¹³.

Como cenário natural, o ambulatório de ginecologia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no município do Rio de Janeiro, onde são realizados exames específicos como mamografia, colposcopia, ultrasonografia transvaginal, biópsia, acompanhamento de pré-natal a gestantes que não apresentam riscos, consulta de enfermagem com direcionamento para coleta do Papanicolau. A unidade básica de Saúde hoje vem sendo a principal porta de entrada para atendimentos não emergenciais e a partir da consulta e resultados de exames realizados na UBS essas mulheres serão ou não encaminhadas para tratamento em âmbito hospitalar através do Sistema de Regulação de Vagas (SISREG). A maior necessidade dessas mulheres é a realização do preventivo e exames como ultrasonografia e mamografia, para conclusão diagnóstica e tratamento posterior.

A captação das falas ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada agendada previamente com as participantes no ambulatório de ginecologia, gravadas em MP3 e depois transcritas pela própria pesquisadora com duas questões: Qual o caminho percorri-

do até o ambulatório de ginecologia? Como você “caracteriza” o atendimento recebido? O caminho percorrido está relacionado as dificuldades que essas mulheres enfrentam a partir do deslocamento de suas residências até a chegada à unidade para conseguir o agendamento das consultas, dos exames, encaminhamentos para solucionar os problemas, a caracterização do atendimento recebido está relacionado ao feedback da UBS com o retorno a essas clientes utilizando o serviço de referência e contra referência como preconiza o SUS.

Para a análise das entrevistas, utilizou-se a Análise de Conteúdo do tipo Temática. Este tipo de análise é apropriado para pesquisas qualitativas, oriundas de entrevistas que tratam do modo como as pessoas vivem a sua relação com os objetos cotidianos. A análise transcorreu de acordo com as fases apresentadas: pré-análise; exploração do material; tratamento, inferência e interpretação dos resultados obtidos.¹⁴

As participantes da pesquisa foram 30 mulheres entre 15 e 35 anos, sendo identificadas com a letra E (entrevistada), no intuito de manter seu anonimato. Para tanto, foi recebido a aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob nº 196 de 2014, em conjunto com o consentimento formal de cada mulher participante da pesquisa, mediante a respectiva assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para a participantes menores de idade foi fornecido o termo aos responsáveis legais que assinaram o mesmo. Cujo conteúdo foi-lhes explicado detalhadamente e individualmente respeitando a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Apresentação dos resultados

Os resultados foram organizados em categorias temáticas: 1. O caminho percorrido - o passo a passo do atendi-

mento; 2. A visão da mulher quanto ao acolhimento durante a consulta; 3. Os sentimentos aflorados durante a busca do atendimento.

No sentido de contextualizar o atendimento, é importante descrever o perfil socioeconômico dessas mulheres. Assim, destacamos que no tocante à escolaridade: dez mulheres possuíam o ensino fundamental incompleto; uma, o ensino fundamental completo; sete, o ensino médio completo e doze, o ensino médio incompleto.

**“(...) o acesso
e o acolhimento
são elementos
essenciais na adesão
à promoção de saúde,
incidindo efetivamente
sobre o estado de
saúde do indivíduo
e da coletividade”**

Referente à idade, três entrevistadas possuíam 15 anos; duas: 20 anos; cinco: 22 anos; quatro: 25 anos; duas: 17 anos; quatro: 26 anos; sete: 30 anos e três: 35 anos.

Quanto à renda das mulheres, 12 ganhavam o salário mínimo vigente à época que era de 724,00 reais; sete recebiam aproximadamente dois salários; quatro tinham renda aproximada de três salários; cerca de cinco mulheres recebiam quatro salários; uma declarou renda de cem reais, e uma disse não possuir renda própria.

Discussão

Categoria 1 - O Caminho percorrido – o passo-a-passo do atendimento

A reflexão sobre a busca da mulher ao atendimento proporcionado nas UBS tornou-se relevante para entendermos o caminho percorrido na obtenção de atendimento visando prevenção de doenças e promoção de saúde, pois segundo o IBGE, 5,01 milhões de pessoas necessitam de atendimento nas Unidades de Saúde, mas não procuram esses serviços. Destes, 23,8% (1,19 milhões) não o fizeram por falta de dinheiro; 18,1% (905 mil), por julgarem o atendimento muito demorado; 12,7% (635 mil), pela distância ou dificuldade de acesso; e 12,7% (635 mil), por incompatibilidade de horário¹.

Portanto o acesso e o acolhimento são elementos essenciais na adesão à promoção de saúde, incidindo efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade¹.

Dessa forma, devem-se aplicar estratégias de captação precoce da mulher, proporcionando agilidade na marcação e garantia nas consultas, registro sistemático de inscrições e abertura de prontuários, agendamentos subsequentes e quando da necessidade, realização de busca ativa de faltosas e clientes com necessidades especiais.

Porém, o que se observa através da fala abaixo é que o acolhimento não tem sido um espaço favorável à clientela, a qual vivencia necessidades e problemas devido ao comprometimento na qualidade do serviço, com a pouca resolutividade:

“Eu chego aqui uma hora da manhã e fico esperando até às oito da manhã na porta de entrada. Mesmo passando por tudo isso, a gente não consegue atendimento. É difícil, não dão informações corretas, mandam você para cá, para lá.”(E1)

Visando o alcance da integralidade, a instituição deverá ter sua organização centrada no usuário, partin-

do dos seguintes princípios: atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, comprometendo-se a resolver os problemas de saúde; qualificar a relação entre profissionais e usuários orientados por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania³.

O cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento¹⁵.

Categoria 2 - A visão da mulher quanto ao acolhimento durante a consulta

Para as usuárias participantes, a visão sobre os serviços teve como foco o acesso dificultado pelas condições estruturais da rede, destacando a necessidade de encontrar uma solução para a barreira de acesso organizacional.

A prática de um bom atendimento, por vezes é interrompida pela não qualificação dos funcionários da recepção da unidade de saúde, não respondendo às necessidades da mulher, estabelecendo relações frias, desumanizadas ou desinteressadas¹⁶.

“Ninguém aqui informa nada. É a primeira vez que eu venho, e eu não estou satisfeita não, o atendimento está péssimo... a nota é 0.” (E2)

A visão das usuárias desenha o formato do atendimento prestado, enfatizando a necessidade de uma reestruturação da UBS em loco, incentivando a reflexão para a realização de um trabalho coletivo articulado, com planejamento e avaliação conjunta com tomada de decisões compartilhadas, discussões coletivas de situações de saúde e ações assistenciais¹⁷.

“A gente vem hoje e não consegue nada, aí marca para outra semana, também não consegue, vai para outra, e assim eu já estou há quatro meses. Vem hoje, vem amanhã, e não consigo...” (E3)

Algumas críticas ao “Setor de Re-

cepção” foram mencionadas, mas a usuária não deixou de utilizar o serviço por gostar da maior parte dos profissionais que prestam o atendimento e porque as demais alternativas envolveriam gastos como pagamento de consultas ou compra de medicamentos:

“Vim pra cá, fiz exames de sangue, urina, fiz tudo aqui. A ultrasonografia e a mamografia fiz fora

“O desamparo das mulheres que foram em busca de atendimento na UBS e a falta de profissionais para prestar-lhes informações sobre assuntos diversos, como marcação de consultas ou resultados de exames, fica evidente na fala descrita abaixo, confirmando uma desatenção dos profissionais em relação ao processo de socialização”

porque a demora aqui é grande, mas pelo menos estou vendo resultado. Demora, mas resolve. É muita gente para pouco médico.” (E4)

Destacam-se como ações de revitalização das práticas de saúde na atenção básica, proporcionar a educação permanente, direcionadas ao desenvolvimento potencial da equipe, incentivando maior inserção e qualificação do profissional no pro-

cesso de trabalho¹⁸.

Torna-se necessário o estímulo à implementação de mudanças de atitudes por parte da equipe multiprofissional no sentido mais amplo, através de um posicionamento político, não só como agente, mas também e, principalmente, como ativista em saúde¹⁹.

Categoria 3 - Os sentimentos aflorados durante a busca do atendimento.

Um aspecto importante a ser mencionado refere-se à expressão de sentimentos como uma descrição particular de um momento vivenciado pelo indivíduo, considerando que sentimento é o símbolo utilizado para descrever a consciência de uma condição de “estar”, como “eu me sinto²⁰. A entrevistada mencionou:

“O atendimento é legal, os médicos são legais, mas é muita gente para pouco médico”. (E5)

Essa questão pode ser problematizada pela identificação de diversos critérios referidos pelas clientes para definir um bom profissional, entre os quais, a ênfase dada às qualidades de relacionamento profissional-paciente¹⁹.

Embora a demanda por consultas especializadas seja maior que a disponibilidade de profissionais específicos, uma entrevistada expressou satisfação com o atendimento recebido:

“O atendimento foi bom, porque eu fui a vários médicos, e a única doutora que acertou o meu problema foi ela.” (E7)

O desamparo das mulheres que foram em busca de atendimento na UBS e a falta de profissionais para prestar-lhes informações sobre assuntos diversos, como marcação de consultas ou resultados de exames, fica evidente na fala descrita abaixo, confirmando uma desatenção dos profissionais em relação ao processo de socialização²¹.

“A gente fica perdida, por enquanto eu estou perdida aqui.” (E8)

O profissional, por sua vez, durante seu trabalho, não consegue atender a demanda da usuária por depender de uma rede de atendimen-

to secundária e terciária, como demonstrado na fala a seguir:

“Estou preocupada, estou com secreção no seio, precisando mesmo de uma mastologista.” (E10)

Diante disso, percebe-se a necessidade dos profissionais de saúde disporem de estratégias que minimizem esses sentimentos, como o uso de informação, educação em saúde, aproximação e atendimento humanizado.

Conclusão

Conclui-se que urge uma participação efetiva dos profissionais de saúde, gerentes e enfermeiros das UBS, na adoção e implementação de medidas à solução das necessidades individuais

de cada mulher, enfatizando a educação em saúde com o propósito de promoção do autocuidado. Considerando os objetivos do estudo, os dados revelaram que os serviços de saúde oferecem ações ainda não suficientemente articuladas entre os níveis de atenção, priorizando, na maioria das vezes a utilização de tecnologias em fase de consulta, não favorecendo a ligação entre usuários e profissionais e consequente a não adesão das mulheres aos programas de saúde.

Neste sentido, a falta de escuta, acolhimento e a autonomia para escolher e interagir com os serviços foram destacados pelas mulheres, salientando a necessidade de reorientação,

organização e expansão do itinerário, incluindo a consulta ginecológica.

Portanto, a pesquisa não esgota a temática, ao contrário, muito ainda precisa ser construído com e para a mulher. Destaca-se a necessidade de estudos que abordem escutas adequadas das mulheres que não têm acesso ao atendimento primário e preventivo nas Unidades Básicas de Saúde, uma vez que a repressão da demanda foi referida mesmo por aquelas que conseguiram acessar o serviço, bem como de uma efetiva implementação da política de Educação Permanente para os profissionais da saúde, no que tange ao atendimento das necessidades humanas da mulher. 🐦

Referências

1. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD. Síntese dos Indicadores. [acesso em 2015 Out 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 30 Dec. 2010; Seção 1.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes [Internet]. 2011 [acesso em 2015 June 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
5. Pereira QLC, Siqueira HCH, Cesar-Vaz MR. Inserção da mulher nas políticas públicas de Saúde. Resumo dos trabalhos apresentado no 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2006. [acesso em 2014 Jun 30]. Disponível em: <http://www.abenbahia.org.br/resumo58cben/index.html>
6. Vanzin AS, Nery ME. Enfermagem em Saúde Pública. 2ed. Porto Alegre. Sagra-Luzzato, 2008.
7. DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. As mulheres e o salário mínimo nos mercados de trabalho metropolitanos, 2010. [acesso em 2014 Mar 02]. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/>
8. Ministério da Saúde (BR). Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
9. Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília, 2016.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS – Doutrinas e princípios. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF); 2005.
12. Celento DC, Tavares CMM. Avaliação dos estudantes sobre o ensino da gestão do sistema de saúde. Online Brazilian Journal of Nursing. [periódico na internet] 2012. [acesso em 2015 Abr 28]; 10(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3263>
13. Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 23 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. 5ª ed. Lisboa: Edições 70; 2011
15. Zagonel IPS. O cuidado humano transacional na trajetória de enfermagem. Rev Latino-AmEnf [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2014 Mar 24]; 7(3): 25-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>
16. Marques GQ, Lima MADS. Acesso e utilização de serviços de saúde – doenças crônicas atingem quase que um terço da população brasileira. Pnad Saúde – 2003. [acesso em 2015 Abr 23]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>
17. Mandu ENT. Critérios e indicadores de qualidade da atenção à saúde da mulher. Rev. Gaúcha de Enferm. [periódico na internet] 2005. [acesso em 2014 Abr 23]; 26(1):11-9. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4536/2466>
18. Oliveira OS. Vidas compartilhadas – cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana. São Paulo. Hucitec, 2014.
19. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. O cuidado em Enfermagem Materna. 5ed. Porto Alegre. Artmed, 2012.
20. Mori ME, Coelho VLD, Estrela RCN. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. Cad. Saúde Pública [periódico na internet] 2006. [acesso em 2014 Abr 16]; 22 (9):1825-1833. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000900013&script=sci_arttext
21. Valente GSC, Assis MM, Sabóia VM. The nursing consultation focuses on the nurses role in prenatal low risk: a practice of health education. Rev. Enferm UFPE. [periódico na internet]. 2010 [acesso em 2014 Fev 12]; 4 (70-76). Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/login>

Vivências dos discentes de enfermagem durante o internato na área hospitalar

RESUMO | Objetivo: desvelar a opinião dos estudantes do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina a respeito das suas vivências durante o internato na área hospitalar. Método: estudo com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória oriundo das análises das avaliações realizadas pelos discentes de enfermagem, ao final do internato na área hospitalar. A coleta de dados ocorreu ao final de 2013 e 2014. O material coletado foi tratado por meio de análise temática de conteúdo. Resultados: emergiram três categorias de análise: Vivência do interno de enfermagem com a realidade da profissão; Desenvolvimento de competências e habilidades durante o internato hospitalar e, o Relacionamento interpessoal e enfrentamento de conflitos durante o internato. Conclusão: este estágio possibilitou aos estudantes vivenciar a prática real do profissional Enfermeiro, desenvolver habilidades e competências esperadas para a formação deste profissional, além de possibilitar o estabelecimento de relações interpessoais e interprofissionais no enfrentamento de conflitos.

Descritores: Estudantes de enfermagem; Internato não médico; Avaliação educacional.

ABSTRACT | Objective: to reveal the opinion of the students of the Nursing Course of the State University of Londrina regarding their experiences during the internship in the hospital area. Method: a qualitative, descriptive and exploratory study based on the analysis of the assessments made by nursing students, at the end of the hospital stay in the hospital area. Data collection took place at the end of 2013 and 2014. The collected material was treated through thematic content analysis. Results: three categories of analysis emerged: Nursing internship with the reality of the profession; Development of skills and abilities during hospital internship and, Interpersonal relationship and coping with conflicts during boarding school. Conclusion: This stage allowed the students to experience the real practice of the Nurse Practitioner, to develop skills and competences expected for the training of this professional, and to enable the establishment of interpersonal and interprofessional relations in the face of conflicts.

Descriptors: Students Nursing; No Medical Internship; Educational Evaluation.

RESUMEN | Objetivo: revelar la opinión de los estudiantes del curso de enfermería de la Universidad Estatal de Londrina sobre sus experiencias durante las prácticas en el hospital. Método: estudio con enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio derivada del análisis de las evaluaciones llevadas a cabo por estudiantes de enfermería al final de las prácticas en el hospital. La recolección de datos se produjo a finales de 2013 y 2014. El material recogido se trata a través de análisis de contenido temático. Resultados: surgieron tres categorías de análisis: la experiencia de la interna de amamantamiento con la realidad de la profesión; Desarrollo de habilidades y destrezas durante el médico interno y la relación interpersonal y hacer frente a los conflictos durante la visita. Conclusión: esta etapa hizo posible que los estudiantes experimenten la práctica real de la enfermera profesional, desarrollar habilidades y competencias esperadas para la formación de este profesional, además de permitir el establecimiento de relaciones interpersonales e interprofesionales para hacer frente a los conflictos.

Descriptores: Estudiantes de Enfermería; Internado no Médico; Evaluación Educacional.

Natalia de Godoi Barros

Acadêmica de Enfermagem -
Universidade Estadual de Londrina - PR

Dênis Ferreira Garcia de Matos Marqui

Acadêmico de Enfermagem -
Universidade Estadual de Londrina - PR

Francieli Midori Bueno de Freitas

Enfermeira. Mestre em enfermagem da
Universidade Estadual de Londrina - PR

Raquel Gvozdz

Enfermeira. Doutoranda em
enfermagem da Universidade Estadual

de Maringá – PR. Docente do
Departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual de Londrina – PR

Marli Terezinha Oliveira Vannuchi

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública
pela Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo. Docente
do Departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual de Londrina – PR

Recebido em: 19/11/2016
Aprovado em: 05/03/2017

Introdução

A criação do SUS na Constituição Federal de 1988 impulsionou as políticas sociais, e enquanto lei, determinou a saúde como um direito de toda a população e dever do Estado¹. A sua proposta impulsionou as instituições de ensino superior (IES) do Brasil a adequar seus currículos para atender as necessidades desse novo sistema de saúde e formar profissionais para atender as necessidades da população neste novo cenário.²

As IES da área da saúde tiveram dois marcos importantes que nortearam as suas mudanças curriculares: a Lei de Diretrizes e Bases criadas em

1996 e as Diretrizes Curriculares Nacionais.³ Nesse contexto encontra-se o curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), que completou 43 anos em 2015. Ele oferece 60 vagas anuais e possui duração de quatro anos em período integral.⁴

A última reforma curricular do curso ocorreu no ano 2000 com a implantação do currículo integrado, que tem como um dos seus principais objetivos desenvolver aprendizagem crítica e reflexiva por meio de metodologias ativas, utilizando como princípio pedagógico a problematização.⁵

O currículo integrado do referido curso objetiva formar enfermeiros generalistas por meio de 18 módulos interdisciplinares que contemplam momentos de teoria e prática. Possui 20% da carga horária total do curso destinados ao estágio supervisionado nos dois últimos semestres da graduação, denominado internato de enfermagem.

O internato de enfermagem precedeu e fomentou a estruturação do currículo integrado em substituição à tradicional disciplina de administração em enfermagem.⁶ Apesar de ter sido concedido em 1992, o seu formato englobava a maioria das orientações preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) publicadas em 2001.³

Na fase de criação do internato, foram intensas as discussões para quais áreas os estudantes deveriam estagiar. Houve uma tendência por estagiarem somente na área hospitalar, porém, decidiu-se que os estudantes estagiariam 50% da carga horária na área hospitalar e 50% na atenção básica, por considerarem estas as duas principais áreas de atuação do enfermeiro.⁷

O internato de enfermagem tem como finalidade preparar enfermeiros generalistas para atuarem no SUS. Para isso, o estudante deve vivenciar o cotidiano dos serviços de saúde por meio do convívio junto aos trabalhadores, usuários, equipes e gestores, o que possibilita aproximá-lo dos desafios que surgem no

processo de trabalho diário capacitando-o para enfrentar a sua vida profissional.⁶

Ainda durante o internato o estudante deve desenvolver habilidades essenciais para exercer a profissão, tais como: autonomia, liderança, confiança em si, coordenação de equipes, tomada de decisão, enfrentamento de conflitos, entre outras.⁸

Diante disso, esta pesquisa tem a seguinte pergunta norteadora: Qual a opinião dos estudantes do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina a respeito das suas vivências durante o internato na área hospitalar? Para responder a esta pergunta, elencou-se como objetivo desvelar a opinião dos estudantes do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina a respeito das suas vivências durante o internato na área hospitalar.

Método

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado no curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UEL, durante o Internato na área hospitalar.

O objeto deste estudo foram os instrumentos de avaliação dos 102 estágios do internato de Enfermagem da UEL, na área hospitalar, respondidos nos anos de 2013 e 2014. No final de cada rodízio, os estudantes realizam uma avaliação escrita sobre as atividades que contemplam a teoria e a prática do internato. Foram excluídos da população os alunos que reprovaram no internato nos respectivos anos da coleta de dados.

Este instrumento de avaliação continha sete questões e avaliava na perspectiva do aluno aspectos relativos ao enfermeiro de campo do estágio; ao docente supervisor do estágio e a presença de residentes na unidade; ofertas de oportunidades no campo de estágio, desenvolvimento de habilidades estipuladas pelo internato; integração com a equipe de saúde da unidade e aspectos positivos e negativos percebidos pelos internos.

Os dados coletados foram analisa-

dos utilizando-se a técnica de análise de conteúdo que compreende três fases: pré-análise, tratamento dos resultados e interpretação das informações obtidas.⁹ Para melhor aprofundamento teórico dos dados, utilizou-se como referencial teórico o Projeto Político Pedagógico do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina¹⁰ e as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Enfermagem.³

Esta pesquisa seguiu as normas e diretrizes da resolução 466/201211, do Conselho Nacional de Saúde, tendo obtido parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UEL, com CAAE 21113013.6.0000.5231. Para preservar o anonimato dos internos, as falas foram identificadas com a letra D de discentes seguido do número de identificação do instrumento de coleta de dados.

Resultados e discussão

A partir da análise das avaliações escritas dos internos na área hospitalar, os resultados deram origem a três categorias de análise, sendo que a última foi dividida em cinco subcategorias.

Vivência do interno de enfermagem com a realidade da profissão

O internato possibilita vivenciar o processo de trabalho das equipes de enfermagem aproximando os estudantes da realidade da profissão:

“Adquiri muito conhecimento e pude perceber que realmente é isso que eu quero”. (D02)

“Me proporcionou um grande crescimento acadêmico e profissional, o internato é como se fosse a primeira experiência de emprego, pois nos leva a realidade, permitindo a vivência de experiência que teremos que enfrentar no mercado de trabalho” (D13)

Até iniciar o internato, o estudante passa por várias unidades de prática para desenvolvimento de desempenhos específicos para cada módulo curricular, porém, priorizando conteúdos que são essenciais naquele módulo. Neste contexto, o internato é um momento muito

esperado pela expectativa de vivenciar experiências que permitem ao estudante visualizar o real papel do enfermeiro numa determinada unidade hospitalar.¹²

O internato é um momento do curso em que o estudante passa a desenvolver habilidades técnico-científicas, ético-políticas e socioeducativas a fim de atuar com visão holística dos usuários e das equipes de saúde. Isso permite ampliar sua visão perante a sociedade como futuro profissional na área de enfermagem.^{3,10}

A assistência de enfermagem prestada durante o internato possibilita ao interno relacionar o processo saúde-doença do usuário, da família e da comunidade, proporcionando o cuidado de enfermagem de modo integral em nível individual e coletivo trazendo benefício tanto para o estudante como para o usuário e comunidade.³

Deste modo, fica evidente que o campo de estágio do internato é o momento em que o estudante se aproxima da realidade das equipes de enfermagem, período que serve como norteador para as diversas áreas que a profissão oferece. É nesse instante que se assume a responsabilidade de produzir o próprio conhecimento, conduzidos pelos professores e enfermeiros de campo que o auxiliam para a sua tomada de decisão em relação ao seu futuro profissional.

Quando o estudante se defronta com situações reais do contexto de trabalho da enfermagem, amadurece e exerce o papel profissional exigido.¹³ Além disso, para a formação de um enfermeiro generalista crítico-reflexivo, o estudante deve trabalhar a construção de conhecimentos durante o internato, através de encontros teóricos, em salas de aula e exercício da profissão na prática, momento de vivências do ofício do enfermeiro diante da realidade da unidade de estágio.^{3,10}

Ressalta-se ainda que o internato possibilita ao aluno vivenciar o processo de trabalho da unidade em que se encontra, compreendendo a complexidade

que é a assistência de enfermagem juntamente com o docente e o enfermeiro de campo, permitindo o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e a humanização do cuidado.⁷

Desenvolvimento de competências e habilidades durante o internato hospitalar

O estudante de enfermagem percebe ao longo do internato que é possível o desenvolvimento de suas competências:

“Tudo, aprendemos a nos virar sozinhos, sem professores, ter autonomia, atitude, colocar em prática todos os conteúdos aprendidos, aprimorar algumas técnicas, levando ao grande crescimento pessoal”. (D05)

“Desenvolvimento de autonomia, raciocínio clínico crítico e um olhar mais amplo para a gerência e o cuidado”. (D09)

Revelaram também o quanto a estruturação do internato permite que se tenha liberdade para agir dentro do campo de estágio:

“A prática do internato faz com que o aluno desenvolva mais habilidades em quatro meses do que no decorrer de todo o curso”. (D06)

“Liberdade para executar funções, colaboração da equipe, clima de trabalho agradável”. (D13).

As respostas ressaltaram a importância do internato para a sedimentação de conhecimentos durante a prática no campo, enfatizando que a experiência vivenciada próxima à realidade profissional acrescenta conhecimentos muito significativos em curto espaço de tempo, tornando esse período extremamente importante para o desenvolvimento do futuro profissional.

As DCNs estabelecem que durante a graduação o estudante de enfermagem deve adquirir várias competências para o desenvolvimento da profissão.¹³ Dentre elas, os internos destacaram a liderança e a tomada de decisão por serem necessárias à condução de equipes:

“Aprendizado enorme, trabalhar a questão da liderança e tomada de decisões”. (D01)

“O campo de estágio proporcionou

ganho de conhecimento, oportunidade de praticar diversas habilidades que antes nunca realizadas, a fez sentir mais segura. [...] Autonomia e assumir responsabilidades maiores adicionam segurança e autoconfiança”. (D04)

“O campo de estágio deu oportunidade de realizar procedimentos técnicos e gerencia além de tomadas de decisões”. (D09)

Indispensável na enfermagem, a liderança é uma competência primordial para o enfermeiro na organização de equipes de trabalho, mantendo-as em sincronia e equilíbrio transmitindo segurança para o desenvolvimento da gestão do cuidado com qualidade. A tomada de decisão é uma competência que permeia o cotidiano do enfermeiro dada a complexidade dos processos de trabalho que ocorrem nas diferentes unidades hospitalares.⁸

O internato permite que a partir de vivências reais, o estudante transpasse os conhecimentos adquiridos em salas de aula, e perceba o quanto a sua permanência num campo de estágio exige a necessidade de adquirir competências para seu crescimento profissional.⁷

Sendo assim, o desenvolvimento de competências proporciona ao interno autonomia para liderar e tomar decisões no ambiente em que está estagiando, não havendo a necessidade do acompanhamento permanente do docente ou enfermeiro de campo.

Estabelecendo o relacionamento interpessoal e enfrentamento de conflitos durante o internato

Esta categoria engloba as relações e conflitos encontrados durante o internato. O relacionamento com demais profissionais das equipes de enfermagem e os conflitos que emergem no campo de estágio foram referidos nas respostas dos internos:

“Conflitos, saber lidar com pessoas e situações desagradáveis”. (D17)

“Com o enfermeiro de campo a integração com alguns foi apenas de interna/ estudante/escrava, apenas como alguém que fizesse o trabalho pra eles.

Integração com a equipe de saúde da unidade foram um pouco controversos por ser aluno” (D01)

A enfermagem é uma profissão que se caracteriza pelo trabalho em grupo. Assim, a forma como as relações sociais são estabelecidas no ambiente organizacional pode influenciar a dinâmica das interações e contribuir tanto para o prazer como para sofrimento dos membros do grupo.¹⁴

Em determinadas situações, o interno pode se deparar com pessoas de difícil relacionamento, tratando-o com indiferença, dificultando o desenvolvimento do interno. Há momentos em que o interno sugere novas ideias e modificações derivadas do seu conhecimento teórico, estas podem não serem aceitas pelo enfermeiro ou outro profissional, podendo gerar conflitos na equipe. Cabe ao interno extrair dessa situação pontos positivos, desenvolvendo habilidades para lidar com situações conflituosas, que exijam de si auto-conhecimento, conhecimento profissional e coragem.

Os conflitos presentes no cotidiano do internato, apesar de estressantes para o estudante servem para ajudá-lo a compre-

ender como lidar com pessoas de difíceis opiniões e como proceder para não desestabilizar o trabalho em equipe. Os pequenos conflitos não devem interferir no relacionamento com os demais profissionais.⁷

Conclusão

Evidenciou-se que o internato hospitalar realizado no último ano da graduação em enfermagem proporciona vivências de extrema importância para o crescimento pessoal e profissional do aluno. Ele proporciona ao graduando de enfermagem uma prévia de como será o processo de trabalho que ele vivenciará no mundo de trabalho.

A aprendizagem e a construção do conhecimento ao longo de toda a graduação serão o cerne do desenvolvimento do profissional atuante durante todo seu processo de trabalho. Assim, as análises e reflexões aqui realizadas constituem subsídios importantes para ampliar a discussão e compreensão da relação entre estudantes, enfermeiros, docentes, residentes, com a equipe de saúde atuante no ensino superior.

O trabalho em equipe é uma forte

ferramenta para o alcance de objetivos. Durante a graduação o curso busca proporcionar tais momentos nos quais os alunos precisam desenvolver habilidades tanto de comunicação, como de trabalho em equipe. No internato é o momento que isso se torna cada vez mais evidente, pois estar em um ambiente hospitalar, onde há uma gama de profissionais é preciso que o futuro profissional de enfermagem porte tais quesitos essenciais para que sua carreira seja promissora.

Dar oportunidades para o estudante exercitar tudo aquilo que aprendeu em sala de aula ou que de forma breve participou da prática ao longo da graduação faz com que ele veja o real, tornando-os mais seguros para desempenhar seu papel, e a presença do docente neste momento coopera para o bem deste, ajudando na construção mais crítica e reflexiva, exortando no momento certo de informações essenciais.

Sugere-se que outras pesquisas sobre o tema sejam realizadas e que possam contribuir para a melhoria do ensino principalmente considerando a última etapa da graduação. 🐦

Referências

1. Maciel, Marjorie Ester Dias. "Educação em saúde: conceitos e propósitos." *Cogitare enferm* 14.4 (2009): 773-6.
2. Maio, M C, Lima N T. "Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução." (2009).
3. BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n.3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais no Curso de Graduação em Enfermagem.
4. Kikuchi, E; Guariente, M H D M (Org.). Currículo Integrado: a experiência do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina: 2012, 280p.
5. Dessunti, E M, Guariente, M E M, Kikuchi, E M, Tacla, M T G M, Carvalho, W O, Nóbrega, G M A. Contextualização do currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. In: Kikuchi, E M, Guariente, M H D M, Organizadores. Currículo integrado: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina: UEL; 2012 cap. 1. p. 19-32.
6. Vannuchi, M T O, Lima, J V C, Silva, L G C, Cardoso, M G P, Dellaroza, M S G, Haddad, M.C.F.L et al. O internato de enfermagem no currículo integrado. In: Kikuchi, E M, Guariente, M H D M, organizadores. Currículo Integrado: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina: UEL; 2012 cap 9. p. 179-92.
7. Garcia, S D, Vannuchi, M T O. O Internato de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: Conquistas e Desafios. 1. Ed. Londrina: INESCO, 2014.
8. Ramos, V M, Freitas, C A S L, Silva, M J. Aprendizagem da liderança: contribuições do internato em enfermagem para a formação do estudante. *Esc. Anna Nery*, v.12, n.1, p. 157-61, jan.-mar., 2011.
9. Bardin, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
10. Universidade Estadual de Londrina. Projeto Político Pedagógico do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. 2012
11. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Publicada resolução 466 do CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Diário oficial da união. Brasília, DF, 12 dez. 2012.
12. Ignotti, B S, Vannuchi, M T O, Garcia, S D, Simões, T.R. Estruturação do Internato de Enfermagem na Percepção dos Internos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n4/05.pdf>>. Acesso em: 31/03/2015.
13. Benito, G A V, Tristão, K M, Paula, A C S F, Santos, M A, Ataíde, L J, Lima, R C D. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/25.pdf>>. Acesso em: 20/07/2015.
14. Kalish, B J, Rochman, M. Nursing Staff Teamwork and job satisfaction. *US National Library of Medicine*, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2994317/>>. Acesso em: 15/04/2015.

NAS FERIDAS, um produto desenvolvido para atuar nas 3 fases da cicatrização¹: age na **fase inflamatória**, acelerando o processo cicatricial; atua na **fase proliferativa**, estimulando a formação de tecido de granulação e diferenciação de fibroblastos em miofibroblastos; age na **fase remodeladora** prevenindo a formação de quelóide, acelerando o processo de reparação tecidual em feridas complexas.

Não é antimicrobiano.

Não é desbridante.

Não é AGE.



Acelerando a cicatrização

HYALUDERMIN® - ácido hialurônico - *Creme*. **INDICAÇÕES:** Hyaludermin® é um creme cicatrizante. É indicado para situações em que é necessário acelerar o processo de recuperação da pele, como acontece em casos de feridas de várias causas, como cortes, arranhões, queimaduras, esfolamentos e outros tipos de ferimentos. Nesse caso, também é útil no tratamento de feridas de solução mais complexa, tais como: úlceras de decúbito (escaras), úlceras de origem vascular (associada a varizes ou insuficiência arterial) e úlceras crônicas em pacientes diabéticos. **CONTRAINDICAÇÕES:** o produto é contraindicado em pacientes com história de hipersensibilidade a qualquer um dos seus componentes. **POSOLOGIA:** realizar 1 a 3 aplicações tópicas ao dia, até que se obtenha a resolução total da lesão. **REAÇÕES ADVERSAS:** é possível a ocorrência de fenômenos de sensibilização. Todavia sua frequência ainda não está bem estabelecida. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** aconselha-se assepsia rigorosa antes de cada aplicação tópica. O uso do produto, quando prolongado, pode dar origem a fenômenos de sensibilização. Na ocorrência de qualquer reação desagradável, é necessário interromper o tratamento e procurar orientação médica. Categoria de risco "B" na gravidez; ou seja, os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas não há estudos controlados em mulheres grávidas. **APRESENTAÇÕES:** creme contendo 2 mg de ácido hialurônico (sal sódico) por grama. Embalagens contendo: bisnaga com 10 g ou bisnaga com 30 g. **Reg. MS nº 1.0341.0053 - VENDA SEMPRESCRIÇÃO MÉDICA**

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

HYALUDERMIN® É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.



trb pharma
Ciência e Saúde como Princípio

Referência Bibliográfica: 1. Frenkel JS. The role of hyaluronan in wound healing. *Int Wound J*, 11(2): 159-163, 2012.

TRB PHARMA INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA LTDA.

Av. Giuseppina Vianelli Di Napoli, 1100 - Barão Geraldo - Polo II de Alta Tecnologia - Campinas - SP - CEP 13086-903
Tel: (19) 3787.3000 - Fax: (19) 3249.0102 - trb@trbpharma.com.br - www.trbpharma.com.br - CNPJ: 61.455.192/0001-15

SAC SERVIÇO DE
ATENDIMENTO
AO CONSUMIDOR
0800-105588
SAC@TRBPHARMA.COM.BR



SÃO CAMILO
FORMANDO PESSOAS QUE
CUIDAM DE PESSOAS

PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LATO SENSU

- Auditoria em Enfermagem
- Enfermagem do Trabalho
- Enfermagem em Ambientes Disbáricos
- Enfermagem em Centro Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização e Recuperação Anestésica
- Enfermagem em Emergência Adulto e Pediátrica

- Enfermagem em Estomaterapia
- Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto
- Enfermagem Obstétrica
- Enfermagem Pediátrica em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro Cirúrgico (CC)
- Gerenciamento e Liderança em Enfermagem

STRICTO SENSU

- Mestrado Profissional em Enfermagem

saocamilo-sp.br | 0300 017 8585



Ipiranga + Pompeia



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO