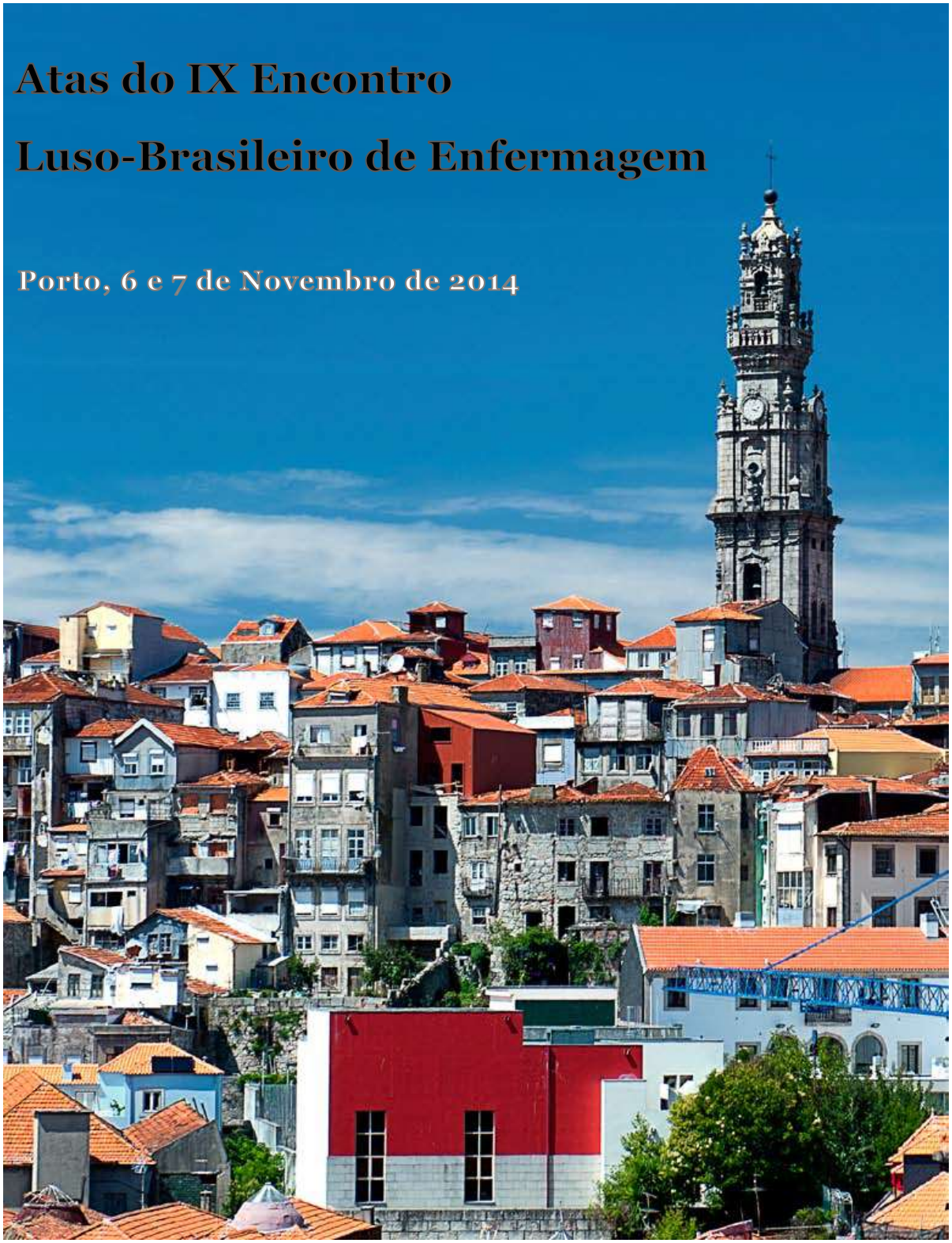
Atas do IX Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem

Porto, 6 e 7 de Novembro de 2014



Organização

CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Colaboração

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

fcs

FICHA TÉCNICA:

Título: Atas do IX Encontro Luso Brasileiro de Enfermagem

Coordenadores de Edição: Margarida Vieira, Beatriz Araújo, Aida Fernandes, Constança Festas

Arranjo de textos: Armando Almeida, Sara Laranjeira

© Instituto de Ciências da Saúde – Porto | Universidade Católica Portuguesa

Rua Arquiteto Lobão Vital

4202-401 Porto, Portugal

+351 22 5580073 | saude@porto.ucp.pt

Data: 6 e 7 de Novembro de 2014

ISBN: 978-989-97041-2-1

Todos os resumos são da inteira responsabilidade dos seus autores.

É permitida a reprodução com adequada identificação da fonte.

Atas do IX Encontro
Luso-Brasileiro de Enfermagem

ÍNDICE

NOTA PRÉVIA 09

COMISSÕES DO EVENTO 13

CONFERÊNCIA 22

A DIMENSÃO SOCIAL DA ENFERMAGEM: ÉTICA NA CONSOLIDAÇÃO DO COMPROMISSO SOCIAL 23

MESAS REDONDAS 33

A HISTÓRIA PARTILHADA DA ENFERMAGEM PORTUGUESA E BRASILEIRA 34

A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO DOS SINAIS NÃO-VERBAIS PARA UMA ASSISTÊNCIA SEGURA AO PACIENTE 35

O CONFORTO EM ENFERMAGEM. 37

ACOLHER O SOFRIMENTO, CRIAR VÍNCULOS PROFUNDOS: ASPECTOS DOS CUIDADOS ESPIRITUAIS EM SAÚDE. 41

A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DAS DOENÇAS CRÓNICAS: NOVAS PERSPECTIVAS E ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A ADESÃO TERAPÊUTICA. 43

MODELO DE PARCERIA NA DOENÇA CRÓNICA DE CRIANÇAS. 45

COMUNICAÇÕES 47

01| DELIBERAÇÃO ÉTICA EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA PARA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS ÉTICOS. 48

02| ELEMENTOS DA TOMADA DE DECISÃO ÉTICA EM ENFERMAGEM. 50

03| COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM COMO AMPLIAÇÃO DAS RELAÇÕES DE RECONHECIMENTO: A PERSPECTIVA DE AXEL HONNETH. 52

04| A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA E O TRABALHO DO ENFERMEIRO: TRAJETÓRIAS DE RUPTURAS E CONTINUIDADES. 54

05| VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GRAVIDEZ: COMUNICAR MELHOR PARA DESOCULTAR O PROBLEMA. 56

06| PNEUMONIA ASSOCIADA AO VENTILADOR: REVISÃO 58

07| O IMPACTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VIH/SIDA: PORTUGAL, BRASIL E MOÇAMBIQUE. 60

08| ADAPTAÇÃO DA ESCALA TOULOUSIANA DE COPING A UMA POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES. 62

09| CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS. 64

10| ESTRATÉGIAS DE COPING NA ADOLESCÊNCIA. 66

11| OS ENFERMEIROS E OS CUIDADOS DEIXADOS POR FAZER. 68

12| VALIDAÇÃO DA ESCALA DO IMPACTO DA DOENÇA DA ONCOLÓGICA NA FAMÍLIA (EIDF). 70

13| QUANDO QUEM MORRE É A CRIANÇA. 72

14| A COMPLEXIDADE DO REGIME TERAPÊUTICO DOS IDOSOS RESIDENTES EM LARES: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE O INTERIOR E O LITORAL NORTE DE PORTUGAL. 74

15| DOENÇAS CRÓNICAS EM PORTUGAL: QUAL O CONTRIBUTO DAS CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM PARA O SEU CONHECIMENTO? 76

16| PRÁTICAS HUMANIZADORAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. 78

17| REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL EM ANGOLA. PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO ACÇÃO. 80

18| REVISÃO METODOLÓGICA CRÍTICA DE UMA AMOSTRA DE ESTUDOS SOBRE SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM. 83

19| ANÁLISE DO CONCEITO DE SOFRIMENTO MORAL. 85

20| SEXUALIDADE, ENVELHECIMENTO E AS NECESSIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM. 87

21| AMBIENTES DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM: DO CONCEITO À APLICABILIDADE PRÁTICA EM PORTUGAL. 89

22| CAPACITAR PARA VIVER": O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS UTILIZADORES DO BALNEÁRIO PÚBLICO DE ALCÂNTARA. 91

23| O BALNEÁRIO PÚBLICO DE ALCÂNTARA: UM RECURSO COMUNITÁRIO NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL 93

24| IDENTIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA SOFRIMENTO MORAL EM ENFERMEIROS. 95

25| A SOCIOPOÉTICA: UM MÉTODO ESPIRITUAL DE PESQUISA. 97

26| QUALIDADE DE VIDA E GÉNERO. 99

27| A IDADE E A QUALIDADE DE VIDA. 102

28| INTERVENÇÃO ESPIRITUAL NO CUIDADO AO PACIENTE. 104

29| A HUMANIZAÇÃO DA MORTE NO HOSPITAL E O ESPAÇO PARA O LUTO. 106

30| COMUNICAÇÃO SOBRE TERAPIAS COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE 108

31| ACESSO, INTEGRAÇÃO E OFERTA DE TERAPIAS COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. 110

32| UM GUIA DE ATRIBUTOS DA RELAÇÃO EMPÁTICA: PROPOSIÇÃO PARA O ENSINO DE GRADUAÇÃO. 112

33| OS PROBLEMAS ÉTICOS EM ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: REVISÃO DA DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA EM PORTUGAL ENTRE 1994 E 2014. 114

34| ESTUDO DE CASO: CONTRIBUIÇÃO DOS CONCEITOS E PRÁTICAS DA POSTUROLOGIA, OSTEOPATIA E TERAPIAS MANUAIS NAS PRÁTICAS DA ENFERMAGEM. 117

PÓSTERES 119

01| SMILE-KIDS: ESTUDO DE INTERVENÇÃO SOBRE A TRANSIÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO DIVERSIFICADA 120

02| ESTADO FUNCIONAL PATERNO 6-8 SEMANAS PÓS-PARTO 122

03| PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL PARA USO DE COBERTURA PRIMÁRIA DE PLASMA RICO EM PLAQUETAS EM ÚLCERAS CRÓNICAS DIABÉTICAS DE MEMBROS INFERIORES 124

04| CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS PARA EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL E USO DOS ALIMENTOS REGIONAIS 126

05| INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA NO BRASIL 128

06| LITERACIA EM SAÚDE: QUE INSTRUMENTOS DE APRECIAÇÃO? 130

07| HIPERMÍDIA COMO FERRAMENTA PARA PRÁTICA DE ENSINO EM ENFERMAGEM CENTRADA NO ALUNO 132

08| ENSINANDO A PUÉRPERA A CUIDAR DO RECÉM-NASCIDO: RELATO DE EXPERIÊNCIA 134

09| ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO NUMA AMOSTRA DE IDOSOS DE CENTROS DE DIA 136

10| *STATUS* NUTRICIONAL E PRESSÃO ARTERIAL NUMA AMOSTRA DE IDOSOS DE CENTROS DE DIA 138

11| SONO E STATUS COGNITIVO NUMA AMOSTRA DE IDOSOS QUE FREQUENTAM CENTROS DE DIA. 140

12| DADOS ANTROPOMÉTRICOS E CAPACIDADE FUNCIONAL NUMA AMOSTRA DE IDOSOS QUE FREQUENTAM CENTROS DE DIA 142

13| ABORDAGEM DO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM CRIANÇAS DO 3 ANO DO ENSINO BÁSICO. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA 144

14| CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS: UMA REALIDADE EM CONTEXTO ESCOLAR. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA 147

15| QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS: UM ESTUDO COMPARADO 150

16| O EMPOWERMENT E A DOENÇA CRÓNICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA 152

17| ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRAUMA CRÂNIOENCEFÁLICO EM CRIANÇA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA 155

18| A INTERSUBJETIVIDADE E A HUMANIZAÇÃO NAS AÇÕES DE ENFERMAGEM COMO VALORAÇÃO DA MULHER COM ÚLCERA POR PRESSÃO 157

19| FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS DETERMINANTES PARA DESCONTINUIDADE NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO UTERINO 159

20| A ESPIRITUALIDADE COMO DIMENSÃO DE CUIDADOS HOLÍSTICOS, EM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIÁRIOS. 161

21| DIA MUNDIAL DE LAVAGEM DAS MÃOS: UMA ABORDAGEM LÚDICA COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS 163

22| OUTUBRO ROSA: UMA ABORDAGEM DE CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O CANCER DE MAMA 165

23| CONSTRUÇÃO DE OBJETO DE APRENDIZAGEM INTERATIVO PARA PACIENTES HIPERTENSOS 167

24| RISCO DE PÉ DIABÉTICO NUMA AMOSTRA DE UTENTES DE CENTRO DE DIA ..169

25| QUEDAS E MEDO DE CAIR NUMA AMOSTRA DE IDOSOS QUE FREQUENTAM CENTROS DE DIA 171

26| EQUILÍBRIO E MEDO DE CAIR NUMA AMOSTRA DE IDOSOS DE CENTROS DE DIA 173

27| A MOBILIDADE E A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO NUMA AMOSTRA DE IDOSOS DE CENTROS DE DIA 175

28| CAPACIDADE FUNCIONAL E UTILIZAÇÃO DE RECURSOS DE SAÚDE NUMA AMOSTRA DE IDOSOS QUE FREQUENTAM CENTROS DE DIA 177

29| ATIVIDADE FÍSICA E *STATUS* COGNITIVO NUMA AMOSTRA DE IDOSOS DE CENTROS DE DIA. 179

LISTA DE AUTORES 181

AFILIAÇÕES 186

NOTA PRÉVIA

Os Encontros Luso-Brasileiros de Enfermagem, centrados na Humanização e Cuidados de Enfermagem, tiveram o seu início em 2005, no âmbito do protocolo entre o Centro Universitário de São Camilo e a Escola Superior de Enfermagem, posteriormente integrada na Universidade Católica Portuguesa. Estes encontros mantêm-se com o objetivo de partilhar e divulgar investigações concluídas e em curso, proporcionar oportunidades para discussão e reflexão sobre questões atuais e promover a translação do conhecimento. Desafios e Tendências da Enfermagem para o 3º Milénio

Destinado prioritariamente a docentes e estudantes de Portugal e do Brasil, os Encontros Luso-Brasileiros de Enfermagem estão abertos à participação de investigadores provenientes de instituições de ensino e instituições de saúde que queiram dar o seu contributo para os objetivos mencionados. Realizados alternadamente entre Portugal (Porto) e Brasil (São Paulo), o IX decorreu nas instalações do Centro Regional do Porto, da Universidade Católica Portuguesa, acolhido pelo Instituto de Ciências da Saúde.

A Humanização dos serviços de saúde e dos cuidados de enfermagem tem sido o tema transversal nestes encontros. Analisado e discutido de forma profunda e abrangente, o tema tem-se metamorfoseado, mostrando ser a atenção à Espiritualidade o elemento humanizador mais poderoso dos cuidados em saúde. No IX Encontro a Humanização foi refletida face aos "Desafios e tendências da Enfermagem para o 3º milénio", organizando-se em torno de cinco eixos temáticos: comunicação em saúde, doença crónica, ambiente e sustentabilidade, humanização e espiritualidade e terapias complementares.

Esperamos que as discussões e reflexões resultantes dos trabalhos apresentados em painéis, mesas redondas e pósteres contribuam para cuidados humanizados e de qualidade ao doente e família.

A coordenação

COMISSÕES DO EVENTO

Comissão Científica

Ana Cristina Sá, PhD - Centro Universitário S. Camilo, São Paulo, Brasil

Ana Cláudia Pugina PhD - Universidade de Guarulhos, São Paulo, Brasil

Christian de Paul de Barchifontaine, PhD - Centro Universitário S. Camilo, São Paulo, Brasil

Grazia Maria Guerra, PhD – Centro Universitário S. Camilo - São Paulo, Brasil

Irene Oliveira, PhD - Universidade Católica Portuguesa, Porto

Luciane Lucio Pereira, PhD - Universidade de Guarulhos, São Paulo, Brasil

Luís Sá, PhD - Universidade Católica Portuguesa, Porto

Margarida Lourenço, PhD - Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

Margarida Vieira, PhD - Universidade Católica Portuguesa, Porto

Michell Ângelo Araújo, PhD - Universidade Federal do Ceará, Brasil

Patrícia Pontífice de Sousa, PhD - Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

Regina Ermel, PhD - Universidade de Marília, Brasil

Sérgio Deodato, PhD - Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

Zaida Charepe, PhD - Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

Comissão Organizadora

Aida Fernandes, PhD - Universidade Católica Portuguesa, Porto

Beatriz Araújo, PhD - Universidade Católica Portuguesa, Porto

Constança Festas, MSc - Universidade Católica Portuguesa, Porto

Armando Almeida, MSc – Universidade Católica Portuguesa, Porto

Rosa Silva, MSc – Universidade Católica Portuguesa, Porto

Sara Laranjeira, RN - Universidade Católica Portuguesa, Porto

Sílvia Patrícia Coelho, MSc – Universidade Católica Portuguesa, Porto

PROGRAMA DO IX ELBE

Horário	Dia 6 de Novembro |Quinta-feira
09:00h	Abertura do Secretariado
	Auditório Carvalho Guerra (ACG)
09:30h	Sessão de Abertura
	Auditório Carvalho Guerra (ACG)
09:45h	**Mesa Redonda:** **A história partilhada da Enfermagem portuguesa e brasileira.** Margarida Vieira – Universidade Católica Portuguesa e Regina Ermel – Universidade de Marília, Brasil. Moderador: Constança Festas
10:15h	**PAINEL I:** Comunicação em Saúde.
11:15h	**Intervalo (Coffe Break)**
11:45h	**PAINEL II:** Saúde e qualidade de vida no doente e família com doença crónica.
13:00h	**Intervalo: Almoço livre**
	Auditório Carvalho Guerra (ACG)
14:15h	**Conferência:** **A dimensão social da Enfermagem: ética na consolidação do compromisso social.** Prof. Pe. Christian de Paul de Barchifontaine – Centro Universitário São Camilo, Brasil. Moderador: Sérgio Deodato
14:45h	**PAINEL III:** Doença Crónica e fim de vida.
	Auditório Carvalho Guerra (ACG)
15:45h	**Mesa Redonda:** **A importância do reconhecimento dos sinais não-verbais para uma assistência segura ao paciente.** Ana Cláudia Puggina – Universidade de Guarulhos, Brasil. **O conforto em Enfermagem.** Patrícia Pontífice de Sousa – Universidade Católica Portuguesa. Moderador: Margarida Lourenço
16:15h	**Intervalo (Coffe Break)**
16:45h	**Apresentação dos pósteres**
18:00h	**Encerramento do dia**

Horário	Dia 7 de Novembro |Sexta-feira
09:00h	**PAINEL IV:** Humanização e Ambiente.
	Auditório Carvalho Guerra (ACG)
10:00h	**Mesa Redonda:** **Acolher o sofrimento e criar vínculos profundos: aspectos do cuidar espiritual em saúde.** Michell Ângelo Araújo - Universidade Federal do Ceará, Brasil. **A vivência Afetiva em Enfermagem.** Dulce Santiago - Escola Superior de Saúde de Beja, Portugal. Moderador: Beatriz Araújo
10:30h	**Intervalo (Coffe Break)**
11:00h	**PAINEL V:** Humanização e Espiritualidade.
12:00h	**Apresentação dos pósteres**
13:00h	**Intervalo: Almoço livre**
14:15h	**Mesa Redonda:** **A humanização no atendimento das doenças crónicas: novas perspectivas e estratégias para promover a adesão terapêutica.** Grazia Guerra - Centro Universitário São Camilo, Brasil. **Modelo de Parceria na Doença Crónica de Crianças.** Zaida Charepe - Universidade Católica Portuguesa. Moderador: Irene Oliveira
14:45h	**PAINEL VI:** Terapias complementares: o desafio à integração nos cuidados de saúde.
15:45h	**Intervalo (Coffe Break)**
16:15h	**Conferência Aberta:** **Os novos desafios para os cuidados de saúde.** Moderadores: Luís Sá & Grazia Guerra
17:00h	Entrega de prémios à melhor comunicação e melhor póster.
17:15h	Sessão de Encerramento

IX ELBE Comunicações Orais e Pósteres

Dia 6 de Novembro | Quinta-feira

PAINEL I | 10:15h – 11:15h | Local: ACG | Moderador: Aida Fernandes

» C004 | Deliberação ética em saúde: uma ferramenta para resolução de problemas éticos
Carlise Rigon Dalla Nora (4) (19); Rafaela Schaefer (4) (19); Margarida Vieira (37) (4); Elma Zoboli (11);

» C005 | Elementos da tomada de decisão ética em enfermagem
Carlise Rigon Dalla Nora (4) (19); Rafaela Schaefer (4) (19); Margarida Vieira (37) (4); Elma Zoboli (11);

» C006 | A comunicação em enfermagem como ampliação das relações de reconhecimento: a perspectiva de axel honneth
Amanda Guedes dos Reis (10) (36); Marta Sauthier (10); André Marcelo Machado Soares (10);

» C025 | A Política Nacional de Atenção Básica brasileira e o trabalho do enfermeiro: trajetórias de rupturas e continuidades
Carlise Rigon Dalla Nora (4) (19) (41); Rosangela Barbiani (41); José Roque Junges (41);

» C027 | Violência por parceiro íntimo na gravidez: É urgente desocultar o problema
Rosa Maria dos Santos Moreira (19) (14); Margarida Maria Silva Vieira (37) (4);

PAINEL II | 11:45h-13:00h | Local: ACG | Moderador: Amélia Simões Figueiredo

» C012 | Pneumonia Associada ao Ventilador: uma revisão
Ana Sabrina Sousa (4) (19) (5);

» C018 | O impacto das políticas de saúde para a prevenção da Transmissão vertical do VIH/SIDA: Portugal, Brasil e Moçambique
Maria João Guerra (37) (4) (19); Gloria Zegarra (37) (35); Patricia Carvalho (11) (4);

» C023 | Adaptação da Escala Toulousiana de Coping a uma População de Adolescentes
Manuela Amaral-Bastos (4) (19) (6); Beatriz Araújo (37) (4); Alexandre Castro Caldas (37) (4);

» C024 | Consumo de álcool e tabaco em estudantes universitários
Filipe Rodrigues-Pires (19);

» C028 | Estratégias de Coping na Adolescência
Manuela Amaral-Bastos (4) (19) (6); Beatriz Araújo (37) (4);

» C032 | Os enfermeiros e os cuidados deixados por fazer
Maria Clara Braga (37) (4) (19); Beatriz Araújo (37) (4); Élvio Jesus (37) (4) (34);

PAINEL III | 14:45h-15:45h | Local: ACG | Moderador: Michell Ângelo Araújo

» C007 | Validação da Escala do Impacto da Doença Oncológica na Família (EIDF)
Goreti Marques (19) (31); Beatriz Rodrigues Araújo (37) (4); Luís Octávio Sá (37) (4);

» C010 | Quando quem morre é a criança
Andréa Rodrigues Brunelli Donnard (20);

» C014 | A complexidade do regime terapêutico dos idosos residentes em lares: estudo comparativo entre o interior e o litoral norte de Portugal
Maria Manuela Pereira Machado (19) (13); Margarida Vieira (37) (4);

» C021 | Doenças crónicas em Portugal: qual o contributo das Ciências de Enfermagem para o seu conhecimento?
Sónia Novais (4) (19) (1); Liliana Mota (5) (27);

» C022 | Práticas humanizadoras na Atenção Primária na perspectiva dos profissionais de saúde: uma revisão sistemática.
Mariana Cabral Schveitzer (11) (4) (19); Elma Zoboli (11); Margarida Vieira (37) (4);

» C031 | Redução da Mortalidade Materna e Infantil em Angola (Benguela) - um projecto de Investigação Acção.
João Paulo Batalim Nunes (19);

APRESENTAÇÃO DOS PÓSTERES | 16:45h-17:45h | Local: Atrium |Júri de avaliação: Luís Sá; Maria João Guerra; Amélia Ferreira; João Neves Amado

» P017 | SMILE-Kids: Estudo de Intervenção Sobre a Transição para a Alimentação Diversificada
Analisa Candeias (4) (19) (13); Goreti Mendes (13); Cristina Martins (13); Fátima Martins (13); Rafaela Rosário (13);

» P003 | Estado funcional paterno 6-8 semanas pós-parto
Sónia Margarida Santos Coelho (4) (19) (2); Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes (14); Ana Catarina Fernandes Barata (7);

» P006 | Protocolo clínico assistencial para uso de cobertura primária de plasma rico em plaquetas em úlceras crónicas diabéticas de membros inferiores
Alexandre Formighieri de Mello (41) (32); Karin Viegas (41) (38); Cintia Zencker Pasinato (41);

» P007| Capacitação de enfermeiros para educação alimentar e nutricional e uso dos alimentos regionais
Joelna Eline Gomes Lacerda de Freitas Veras (43) (25); Ádria Marcela Vieira Ferreira (43); Olinda Costa Mota Teixeira (43); Julliana dos Santos Aires (43) (12); Lorena Barbosa Ximenes (43);

» P008 | Instrumentos utilizados na avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa no Brasil
Ana Cristina Lima Mimoso Caramelo (4) (19) (8); Regina Célia Ermel (40); Margarida Maria da Silva Vieira (37) (4);

» P009 | Literacia em saúde: que instrumentos de apreciação?
Francisca Pinto (19) (17);

» P011 | Hipermídia como ferramenta para prática de ensino em enfermagem centrada no aluno
Angélica Mota Marinho (43) (3); Izaildo Tavares Luna (43); Michel Platinir Ferreira da Silva (23); Fábio de Oliveira Teixeira (42); Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (43);

» P015 | Ensinando a puérpera a cuidar do recém-nascido: relato de experiência
Maria Cristina de Mello (9); Lais de Souza Costa (9); Luziana G. Cintra Rossi (9); Grazia Maria Guerra (9) (29);

» P019 | Adesão ao regime medicamentoso numa amostra de idosos de Centros de Dia
Ana Martingo (18); Tânia Esteves (18); Armando Almeida (37) (4) (19); Clara Braga (37) (4) (19); Tânia Costa (37) (4) (19);

» P020 | Status nutricional e pressão arterial numa amostra de idosos de Centros de Dia
Tânia Matos (18); Carla Gomes (18); Armando Almeida (37) (4) (19); Clara Braga (37) (4) (19); Tânia Costa (37) (4) (19);

» P021 | Sono e status cognitivo numa amostra de idosos que frequentam Centros de Dia.
Regina Silva (18); Aurelie Amorim (18); Armando Almeida (37) (4) (19); Clara Braga (37) (4) (19); Tânia Costa (37) (4) (19);

» P024 | Dados Antropométricos e Capacidade Funcional numa amostra de idosos que frequentam Centros de Dia
Vera Miranda (18); Anaximandro Cardoso (18); Armando Almeida (37) (4) (19); Clara Braga (37) (4) (19); Tânia Costa (37) (4) (19);

» P028 | Abordagem do processo de tomada de decisão em crianças do 3 ano do Ensino Básico. Revisão integrativa da literatura
Angela Machado (18); Bruno Briote (18); Elsa Silva (18); Elsa Margarida Maciel (18); Marco Coentrão (18); Patrícia Lopes (18); Sara Pereira (18); Susana Matos (18); Pedro Melo (37) (4) (19);

» P029 | Consumo de Substâncias: uma realidade em contexto escolar. Revisão integrativa da literatura
Rita Amorim (18); Andreia Araújo (18); Alexandra Chino (18); Barbara Fernandes (18); Catarina Santos (18); Isabel Quelhas (37) (4) (19); Constança Festas (37) (4).

Dia 7 de Novembro | Sexta-feira

PAINEL IV | 09:00h-10:00h | Local: ACG | Moderador: Regina Ermel

» C008 | Revisão metodológica crítica de uma amostra de estudos sobre sofrimento moral na enfermagem.
Rafaela Schaefer (4) (19); Carlise Rigon Dalla Nora (4) (19); Margarida Vieira (37) (4)
» C015 | Análise do conceito de sofrimento moral.
Rafaela Schaefer (4) (19); Carlise Rigon Dalla Nora (4) (19); Margarida Vieira (37) (4)

» C026 | Sexualidade, Envelhecimento e as Necessidades de Cuidados de Enfermagem
Rosa Silva (37) (4) (19); Analisa Candeias (4) (19) (3); Luís Sá (37) (4); Beatriz Araújo (37) (4);

» C034 | Ambientes de prática de enfermagem: do conceito à aplicabilidade prática em Portugal
Sofia Maria Borba Roque (19) (30); Élvio Henriques de Jesus (37) (4) (34);

» C035 | "Capacitar para viver": O Diagnóstico da situação de saúde dos utilizadores do Balneário Público de Alcântara.
Amélia Simões Figueiredo (37) (4); Ana Resende (37) (19); Cândida Ferrito (16); Isabel Rabiais (37) (4); Sílvia Caldeira (37) (4);

» C036 | "O Balneário Público de Alcântara": Um recurso comunitário no âmbito da Saúde Mental
Paulo Seabra (37) (4); Margarida Lourenço (37) (4); Lurdes Medeiros Garcia (37) (4); Teresa Rasquillho Vidal (37) (4); Alexandra Sarreira Santos (37) (34);

PAINEL V | 11:00h-12:00h | Local: ACG | Moderador: Paulo Jorge Ferreira

» C013| Identificação e categorização de fatores de risco para sofrimento moral em enfermeiros
Rafaela Schaefer (4) (19); Carlise Rigon Dalla Nora (4) (19); Margarida Vieira (37) (4)

» C017 | A sociopoética: um método espiritual de pesquisa
Michell Ângelo Marques Araújo (43); Aurilene Lima da Silva (43) (26); Débora Rodrigues Guerra (26) (39); Luana Géssica Freire Martins (43); Ângela Maria Alves e Souza (43);

» C019 | Qualidade de Vida e Género
Ana Cristina Lima Mimoso Caramelo (4) (19) (8); Margarida Maria da Silva Vieira (37) (4); Regina Célia Ermel (40);

» C020 | A Idade e a Qualidade de Vida
Ana Cristina Lima Mimoso Caramelo (4) (19) (8); Margarida Maria da Silva Vieira (37) (4); Regina Célia Ermel (40);

» C029 | Intervenção espiritual no cuidado ao paciente
Regina Célia Ermel (40); Ana Cristina Caramelo (4) (19) (8); Tereza Laís Zutin (40);

» C033 | A Humanização da Morte no Hospital e o espaço para o Luto
Andréa Rodrigues Brunelli Donnard (20);

APRESENTAÇÃO DOS PÓSTERES | 12:00h-13:00h | Local: Atrium |Júri de avaliação: Beatriz Araújo; Armando Almeida; Aida Fernandes; Rosa Silva;

» P001 | Qualidade de vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados: um estudo comparado
Regina Célia Ermel (40); Ana Cristina Caramelo (4) (19) (8); Tereza Laís Zutin (40); Laíza Buffoni da Silva (40); Maycon Miguel (40);

» P002 | O Empowerment e a Doença Crónica: Uma Revisão Integrativa da Literatura.
Elisabete Lamy da Luz (4) (19); Fernanda Santos Bastos (15); Margarida Maria Silva Vieira (37) (4);

» P004 | Assistência de enfermagem no trauma crânioencefálico em criança: revisão integrativa da literatura
Joelna Eline Gomes Lacerda de Freitas Veras (43) (25); Anna Isabel Fechine Lima (24); Lorena Barbosa Ximenes (43); Walma Laena Teixeira Costa Juca (43);

» P005 | A intersubjetividade e a humanização nas ações de enfermagem como valoração da mulher com úlcera por pressão
Michell Ângelo Marques Araújo (43) ; Aurilene Lima da Silva(43) (26);Débora Rodrigues Guerra (39) (26); Lúcia de Fátima da Silva (43) (26);

» P010 | Fatores sociodemográficos determinantes para descontinuidade na detecção precoce do câncer de colo uterino
Denise de Fátima Fernandes Cunha (43); Hellen Lívia Oliveira Catunda (43); Lorenna Galdino de Farias (43); Priscila de Souza Aquino (43); Ana Karina Bezerra Pinheiro (43);

» P012 | A espiritualidade como dimensão de cuidados holísticos, em cuidados paliativos domiciliários.
Carla Pinho (20); Cíntia Pinho-Reis (20); Patrícia Coelho (37) (4) (19);

» P013 | Dia mundial de lavagem das mãos: uma abordagem lúdica com crianças hospitalizadas
Maria Cristina de Mello (9); Poliane Jordano de Carvalho (9); Priscila Araújo Prado (9); Paloma Bezerra da Silva (9); Grazia Maria Guerra (9) (29);

» P014 | Outubro rosa: uma abordagem de conscientização sobre o cancer de mama
Maria Cristina de Mello (9); Júlia Drummond de Camargo (9); Pamela Carolina Lima Santos (9); Gabriela do Amaral Anastasi (9); Grazia Maria Guerra (9) (29);

» P016 | Construção de objeto de aprendizagem interativo para pacientes hipertensos
Raquel Acciarito Motta (9); Grazia Maria Guerra (9) (29); Isabela Ribeiro Braga Fistarol (9) (28); Chao Lung Wen (22); Luiz Aparecido Bortolotto (29);

» P018 | Risco de pé diabético numa amostra de utentes de Centro de Dia
Rita Poças (18); João Laverco (18); Clara Braga (37) (4) (19); Tânia Costa (37) (4) (19); Armando Almeida (37) (4) (19);

» P022 | Quedas e medo de cair numa amostra de idosos que frequentam Centros de Dia
Daniela Vieira (18); Sofia Pedro (18); Armando Almeida (37) (4) (19); Clara Braga (37) (4) (19); Tânia Costa (37) (4) (19);

» P023 | Equilíbrio e medo de cair numa amostra de idosos de Centros de Dia
Juliana Ferreira (18); Diogo Pires (18); Armando Almeida (37) (4) (19); Clara Braga (37) (4) (19); Tânia Costa (37) (4) (19);

» P025 | A mobilidade e a prática de exercício físico numa amostra de idosos de Centros de Dia
Barbara Pinho (18); Cláudia Santos (18); Armando Almeida (37) (4) (19); Clara Braga (37) (4) (19); Tânia Costa (37) (4) (19);

» P026 | Capacidade Funcional e utilização de recursos de saúde numa amostra de idosos que frequentam Centros de Dia
Ana Oliveira (18); Tânia Helena (18); Armando Almeida (37) (4) (19); Clara Braga (37) (4) (19); Tânia Costa (37) (4) (19);

» P027 | Atividade física e status cognitivo numa amostra de idosos de Centros de Dia.
Cristiana Nascimento (18); Ana Freitas (18); Armando Almeida (37) (4) (19); Clara Braga (37) (4) (19); Tânia Costa (37) (4) (19);

PAINEL VI | 14:45h-15:45h | Local: ACG | Moderador: Paulo Alves

» C001 | Comunicação sobre terapias complementares na Atenção Básica: uma revisão sistemática sob a perspectiva dos profissionais de saúde
Mariana Cabral Schveitzer (11) (4) (19); Elma Zoboli (11); Margarida Vieira (37) (4);

» C003 | Acesso, integração e oferta de terapias complementares na Atenção Básica: uma revisão sistemática sob a perspectiva dos profissionais de saúde
Mariana Cabral Schveitzer (11) (4) (19); Elma Zoboli (11); Margarida Vieira (37) (4);

» C016 | Um guia de atributos da relação empática: proposição para o ensino de graduação
Michell Ângelo Marques Araújo (43); Géssica Alves da Silva (21); Paulo Jorge de Oliveira Ferreira (21); Luana Géssica Freire Martins (43); Ângela Maria Alves e Souza (43);

» C030 | Problemas Éticos em Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários: revisão da divulgação científica em Portugal entre 1994 e 2014
Maria Lúcia Rocha (37) (4) (19);

» C037 | Estudo de Caso Contribuição dos conceitos e práticas da Posturologia, Osteopatia e terapias manuais nas práticas da Enfermagem
Bruno Soares (19);

CONFERÊNCIA

A DIMENSÃO SOCIAL DA ENFERMAGEM: ÉTICA NA CONSOLIDAÇÃO DO COMPROMISSO SOCIAL

Christian de Paul de Barchifontaine

cpb@saocamilo-sp.br

Enfermeiro, Mestre em Administração Hospitalar e da Saúde, Doutor em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa (UCP). Docente no Mestrado e no Doutorado em Bioética do Centro Universitário São Camilo. Autor e co-autor de vários livros e publicações na área da saúde, bioética e cidadania. Relações Públicas das Organizações Camilianas. – São Paulo, Brasil

"A Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos ci-entíficos e técni¬cos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e cir¬cunstância de vida. O aprimoramento do comportamento ético do profissio¬nal passa pelo processo de construção de uma consciência individual e cole¬tiva, pelo compromisso social e profissional, configurado pela responsabili¬dade do plano das rela¬ções de trabalho com reflexos no campo científico e político." (Preâmbulo do Código brasileiro de Ética dos Profissionais de Enfermagem - 2007)

INTRODUÇÃO

As questões que angustiam o ser humano são o sentido da vida, a busca da verdade e a busca da felicidade. Enfrentar estes questionamentos, pensá-los criticamente, postular alternativas requer um entrelaçamento entre as diferentes áreas de conhecimento e exige um diálogo entre o social, o econômico e o político.

O que chama mais atenção em relação às sociedades modernas e contemporâneas, sobretudo nas ocidentais, é o enfraquecimento de sentido de unidade do corpo social.

Nas sociedades modernas, cada vez mais, verifica-se uma cisão entre a pessoa e a comunidade social, de tal modo que as desgraças e as calamidades que atingem determinadas camadas sociais ou grupos de pessoas limitam-se a esses segmentos, enquanto os demais procuram ignorar não só as desgraças mas até mesmo as próprias pessoas que foram atingidas.

De outro lado, a finitude física é uma certeza intragável e impossível de se compartilhar. Adiar ao máximo o encontro com a morte foi e continua sendo o maior desafio da ciência. Se pouco a pouco o homem dominou a natureza, por que não alcançaria a imortalidade e se faria à imagem e semelhança de Deus? Os alquimistas, que na Idade Média perseguiram o elixir da longevidade, ficariam excitados se pudessem ver o cenário que inaugura o século XXI. Ao mesmo tempo fascinante e amedrontador.

Uma auscultação prospectiva inquietante se apresenta a respeito do legado que estamos deixando para as gerações vindouras. Começa-se a falar em justiça transgeracional! Como será o mundo neste século XXI? Que desafios enfrentaremos? Que condições de vida, educação e saúde? Estas são apenas algumas das interrogações emergentes!

Os grandes problemas da humanidade de hoje, mesmo sem rejeitar a grande contribuição que a ciência e a tecnologia podem dar para superar as condições de miséria e de deficiências dos diferentes gêneros, só podem ser resolvidos através da reconstrução da comunhão humana em todos os níveis através da solidariedade que deve ser entendida como a determinação firme e perseverante de empenhar-se para o bem comum, isto é, para o bem de todos e cada um, para que todos sejam verdadeiramente responsáveis de todos: a primazia da pessoa sobre o econômico. Eis um grande desafio para o exercício da cidadania e da enfermagem.

O intuito da nossa reflexão é mostrar que a bioética pode ser uma ferramenta para o exercício da cidadania e da enfermagem.

I. MORAL – ÉTICA - BIOÉTICA

Lembramos que o advento da bioética muito contribuiu para estabelecer a distinção entre moral e ética.

MORAL diz respeito a valores consagrados pelos usos e costumes de uma determinada sociedade. Valores morais são, pois, valores eleitos pela sociedade e que cada membro a ela pertencente recebe (digamos passivamente) e os respeita.

ÉTICA é um juízo de valores, é um processo ativo que vem de "dentro de cada um de nós para fora", ao contrário de valores morais que vêm de " fora para dentro" de cada um. A ética exige um juízo, um julgamento, em suma, uma opção diante dos dilemas. Nesse processo de reflexão crítica, cada um de nós vai por em jogo seu patrimônio genético, sua racionalidade, suas emoções e, também, os valores morais.

BIOÉTICA é ética, ética da vida, da saúde e do meio ambiente; não se pode dela esperar uma padronização de valores – ela exige uma reflexão sobre os mesmos, e como dito, implica opção. Ora, opção implica liberdade. Não há bioética sem liberdade, liberdade para se fazer opção, por mais "angustiante" que possa ser. O exercício da bioética exige pois liberdade e opção. E esse exercício deve ser realizado sem coação, sem coerção e sem preconceito. A bioética exige também humildade para se respeitar a divergência, e a grandeza para reformulação, quando ocorre a demonstração de ter equivocada a opção. Condição sine qua non exigida pela bioética, enquanto tal, diz respeito à visão pluralista e interdisciplinar dos dilemas éticos nas ciências da vida, da saúde e do meio ambiente. Ninguém é dono da verdade.

Hoje, a bioética pode ser definida como um instrumental de reflexão e ação, a partir de três princípios: autonomia, beneficência e justiça. Busca estabelecer um novo contrato social entre sociedade, cientistas, profissionais da saúde e governos. Além de ser uma disciplina na área da saúde, é também um crescente e plural movimento social preocupado com a biossegurança e o exercício da cidadania, diante do desenvolvimento das biociências. Procura resgatar a dignidade da pessoa humana e qualidade de vida.

Bioética, ética da vida, da saúde e do meio ambiente é um espaço de diálogo transprofissional, transdisciplinar e transcultural na área da saúde e da vida, um grito pelo resgate da dignidade da pessoa humana, dando ênfase na qualidade de vida: proteção à vida humana e seu ambiente. Não é ética "pré-fabricada" mas um processo.

Somos humanos chamados a altos vôos. Foi com esta preocupação que a bioética foi proposta: questionar o progresso e para onde o avanço materialista da ciência e tecnologia estava levando a cultura ocidental, que tipo de futuro estamos construindo e se temos algumas opções.

Desde o início, Potter usa a palavra "ponte" – bioética ponte – ponte entre ciência biológica e ética, mas como um meio para um fim, ponte para o futuro – disciplina que guiaria a humanidade como uma ponte para o futuro.

Assim, o objetivo da bioética é ajudar a humanidade em direção a uma participação racional, mas cautelosa, no processo da evolução biológica e cultural. A tarefa cotidiana do cultivo da tolerância inclui uma atitude proativa de procura do ponto ideal de encontro com o outro nos momentos de discordâncias e enfrentamentos. A tolerância é uma conquista no caminho em direção à solidariedade, este laço recíproco que une pessoas como co-responsáveis pelo bem umas das outras.

II. ESTADO DA QUESTÃO

Entendendo a importância do exercício da cidadania na formação do enfermeiro, espera-se que o enfermeiro seja mais compromissado com a saúde da população, o que não se restringe apenas ao cuidado nas instituições, mas abrange também todas as condições sócio-político-econômicas para que as pessoas possam ter saúde. Daí a importância de se investigar quais estratégias vitais e necessárias à formação do profissional enfermeiro devem ser incorporadas pelos docentes da área. Pergunta-se: qual o preparo dos docentes para lidar com a cidadania? Como formar enfermeiros comprometidos com a saúde no sentido amplo, incorporando a face política?

O foco da reflexão é o enfermeiro, enquanto profissional de saúde, e o seu preparo cidadão para trabalhar holisticamente na sociedade.

As profissões são aquelas atividades ocupacionais nas quais, de forma institucionalizada, se presta um serviço específico à sociedade, por parte de um conjunto de pessoas (os profissionais) que se dedicam a elas de forma estável, obtendo delas o seu meio de vida, formando com outros profissionais (colegas) um grupo que obtém ou procura obter o controle monopolista sobre o exercício da profissão, e têm acesso a ela depois de um longo processo de capacitação teórica e prática, da qual depende a autorização ou licença para exercer tal profissão. Assim, podemos deduzir que o enfermeiro é um profissional, mais especificamente, é um profissional de saúde e cabe perguntar: o que entendemos por saúde? No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) definiu a SAÚDE como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Precisamos abrir os horizontes dos enfermeiros no sentido que o exercício profissional não pode se restringir no cuidado à cabeceira da cama e gerenciar um serviço de enfermagem numa instituição.

O profissional da saúde deveria se perguntar: por que a maioria das pessoas não tem saúde? Numa sociedade que tem como valores a produção, o lucro, a concorrência desleal, a concentração e a dependência, há pouco lugar para uma prática social fraterna e solidária; hegemonicamente existe a

exploração como forma de acumulação. Essa sociedade oferece pouca possibilidade e oportunidade de escolha para decidir onde viver, que alimento comer, onde trabalhar, que notícias ver e ouvir, onde se tratar, que tratamento escolher etc. Todo esse contexto favorece uma injustiça social alarmante, tendo como conseqüência a deterioração da saúde, principalmente em relação aos pobres.

Sendo a enfermagem uma profissão comprometida com a vida, necessariamente tem de ser comprometida também com a saúde como um todo.

Assim, precisamos nos conscientizar de que a saúde está diretamente relacionada, não ao grau de medicalização a que as pessoas estão sujeitas, mas à sua qualidade de vida. Dessa idéia deriva a afirmativa de que o enfoque biomédico não é capaz de dar conta da complexidade dos problemas de saúde das populações, tampouco propor novas formas de organização da sociedade para enfrentá-los. Está bastante claro que o aumento do fluxo de recursos aos serviços de saúde para satisfazer a voraz incorporação e expansão de tecnologias independentemente dos argumentos epidemiológicos e avaliativos, causam pouco impacto sobre o estado atual de saúde da população. Daí, a importância da formação cidadã do enfermeiro.

III. REALIDADE

3.1. PÓS-MODERNIDADE

A Pós-modernidade foi gerada na Modernidade, assim como a Revolução Francesa o foi no Absolutismo e no Protestantismo; e a Revolução Russa, por sua vez, na Francesa. Desta forma, a Pós-modernidade representa, por um lado, uma ruptura com a modernidade; mas, por outro, uma simples continuação de um processo transformador que começou antes mesmo dessa Modernidade.

A Pós-modernidade é o nome aplicado às mudanças ocorridas nas ciências, nas artes e nas sociedades avançadas desde 1950, quando, por convenção, se encerra o modernismo (1900-1950).

A Pós-modernidade ameaça encarnar hoje estilos de vida e de filosofia nos quais se constrói uma idéia tida como arqui-sinistra: o niilismo, o nada, o vazio, a ausência de valores e de sentido para a vida. Mortos Deus e os grandes ideais do passado, a pessoa moderna valorizou a arte, a história, o desenvolvimento, a consciência social para se salvar! Dando adeus a essas ilusões, a pessoa pós-moderna já sabe que não existe céu nem sentido para a história, e assim se entrega ao presente e ao prazer, ao consumo e ao individualismo.

A Pós-modernidade: as novas tecnologias, como a informática, a cibernética, a telemática, o descartável, transformam a organização social. Em nível psicológico, a sociedade aprisiona as pessoas através de regras morais, valores sociais e religiosos. A pessoa pós-moderna deve dar mais importância à sua sensibilidade do que à sua inteligência, deve viver procurando sensações e emoções sem limites com o mínimo de dor. A pessoa pós-moderna cultiva uma mentalidade imediatista em que tudo é relativo e ilusório, sem ideologia e ideais verdadeiros, onde o que se deve fazer é libertar os instintos reprimidos e deixar-se levar pela sensibilidade, a pessoa aproveita ao máximo do presente e não se preocupa com o que vem depois, que pode ser até a morte. A pessoa pós-moderna vive um pacifismo consensual: "Paz e Amor" (1968), a paz num nivelamento onde ninguém diz o que é certo, onde não existam normas de conduta nem valores a serem seguidos, muito menos uma moral transcendente. O amor situa-se dentro de uma liberalização sem limites, sem fidelidade, sem compromisso. Poderíamos falar também da apatia política e da civilização da imagem. A grande justificativa para a pós-modernidade seria que o

mundo moderno não conseguiu cumprir suas promessas com o paradigma do crescimento econômico infinito, da erradicação das doenças, prolongamento da vida e até a extinção da morte.

3.2. GLOBALIZAÇÃO

Muitos pensadores têm dedicado suas pesquisas à tentativa de interpretar esse momento em que vivemos. Sabemos que a sociedade cresceu bastante nesses últimos 50 anos. No Brasil, por exemplo, registrava-se em 1940 cerca de 42 milhões de habitantes. Esse número subiu para 90 milhões em 1970 e para 202 milhões em 2014.

O mundo precisou adaptar-se a esse movimento populacional. Crescer tornou-se, então, sua única alternativa. O propósito do progresso deveria estar em proporcionar a essa população melhores condições de vida. Enfim, dignidade, igualdade e liberdade para todos.

O capitalismo, teoria que se fortaleceu no século XIX, pode ser o grande responsável por esse progresso desenfreado, o que, na geração de 80, era normalmente apelidado de "capitalismo selvagem". O apelido "selvagem" parece refletir com propriedade o sentimento hobbesbiano de que "o homem é lobo para o próprio homem".

Nesse contexto de luta pela sobrevivência e adaptação necessária ao sistema, perderam-se de vista os ideais nobres como respeito e dignidade pela vida e pelo outro, uma vez que somos, por esse princípio, adversários comuns uns dos outros.

A crise do paradigma ético encontra-se igualmente atrelada a todo esse movimento desenfreado de busca "por um lugar ao sol". O individualismo ocupa um lugar de destaque em todo esse cenário social. A questão passa a ser então encontrar uma resposta para explicar os caminhos que ainda temos pela frente.

Poderíamos iniciar tentando explicar o fenômeno do sistema que se instaurou no final do século XX: a globalização.

Os estudos sobre esse tema têm em comum a definição de que uma economia planificada gera um maior controle sobre as forças produtivas e, com isso, fica o Estado centrado somente nas questões sociais e no exercício pleno da tutela da democracia.

Observe que o discurso básico mantém a sobrevida da democracia. Afinal, não se pode admitir um outro sistema político que não se fundamente os valores da participação popular na escolha livre de seus representantes.

O complexo mundo democrático preconiza sua ação na validade eleitoral. Os debates em torno das grandes questões nacionais passam por este tacanho crivo: o voto.

No entanto, a decisão de aceitarmos ou não a interferência da globalização em nossa economia esteve alheia à vontade popular. Ela ocorreu, ocorre e ocorrerá independente de nossas convicções ideológicas, afinal o mundo cibernético alcançou nossas casas, nossas vidas e, portanto, nossos hábitos e costumes.

A questão que se coloca é outra: como podemos construir, a partir desses avanços tecnológicos, dessa aproximação com a "aldeia global", um mundo mais justo, com menos desigualdade social?

Vivemos num mundo globalizado, no qual se torna importante organizar a responsabilidade coletiva para as conseqüências de ações que afetam a dignidade humana e as condições gerais e ambientais do planeta. O controle coletivo de ações que colocam em risco a dignidade humana e a qualidade da vida no planeta exige uma série de procedimentos nos planos socioeconômico e político.

Partindo desse pressuposto, podemos afirmar que todos esses elementos estão interligados e prontos para serem pesquisados e debatidos pela sociedade.

Precisamos pensar que a economia deve estar a serviço de um bem-estar social. Para isso não podemos deixar que "os filhos das trevas sejam mais espertos que os filhos da luz".

Nem tampouco se deve permitir que a dignidade da pessoa seja ultrajada e violentada pela ganância de uns poucos. O bem-estar de poucos não deve ser custeado pela maioria excluída.

Uma maioria que não desejou ser excluída, mas que muitas vezes se acostumou com o assistencialismo social que a colocou à margem de qualquer tentativa de inclusão.

A resposta para todas essas questões perpassa até mesmo a visão de democracia que muitas vezes é entendida somente pela ditadura da vontade de uma minoria, que não permite sequer ser ouvida pela maioria.

Se a voz da maioria configura o sistema democrático, elege seus governantes, constitui o Estado de Direito, por que não ouvir essa mesma maioria que vive à margem da sociedade?

É hora de consumirmos esse artigo de luxo que é o pensar, pois afinal não somos máquinas, homens é que somos!

A cidadania expressa um conjunto de direitos e deveres que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo. Quem não exerce sua cidadania fica marginalizado ou excluído da vida social e da tomada das decisões.

Somos acostumados a apanhar calados, a dar um jeitinho para tudo, e não levar a sério a coisa pública. Achamos que direitos são privilégios de uma minoria. E se as coisas estão como estão é por vontade de Deus.

A cidadania não nos é dada, mas construída e conquistada a partir da capacidade de organização, participação e intervenção social.

3.3. CENTRALIDADE, PRIMAZIA DO ECONÔMICO EM DETRIMENTO DO SOCIAL

Para entender o alcance da força do neoliberalismo e do capitalismo, é necessário enfatizar a teoria econômica, a racionalidade econômica que está na base: reparamos que a teoria econômica é abstrata, seca, despersonalizada, sem envolvimento com o social. A racionalidade econômica reside basicamente nos indivíduos. O interesse próprio é a melhor forma econômica de amor ao próximo, já que "o interesse governa o mundo". Interesse próprio, liberdade individual: não precisa de outros critérios. Todo o pensamento econômico afirma que seria prejudicial à eficiência econômica a intromissão da moral, de valores sociais. Assim, torna-se estranho falar de eficiência social como condição significativa à eficiência econômica. Hoje, são os economistas que mais falam dos sacrifícios necessários para a salvação. Os economistas afirmam que fora do mercado não há salvação. Eles insistem sobre o fato de que só o mercado pode produzir eficazmente quantidades ilimitadas de bens de consumo que poderão satisfazer os desejos ilimitados de todos

e assim instalar o paraíso na terra. No sistema de mercado, toda produção é voltada para atender os desejos dos consumidores, daqueles que não são excluídos porque podem e têm condições de consumir. O desejo é muito mais poderoso que a realidade. Desejar estar no mercado substitui o estar efetivamente nele. O desejo é internalizado, não há necessidade de maiores pressões: o desejo aderiu ao projeto. E para tanto, são necessários os sacrifícios humanos para a satisfação dos desejos dos mais aptos, dos eleitos, daqueles que conseguem trilhar o estreito caminho da competição e da eficácia. Hoje, o mercado está dando origem a uma forma moderna de religião, "a religião da mercadoria", "a espiritualidade do mercado", gerando uma imensa idolatria. O dogma central dessa religião é este: " O dinheiro tudo pode, move o céu e a terra". A espiritualidade apresenta a tese de que a humanização se dá no e pelo consumo. Existem os templos dessa religião que são os bancos, com seus sacerdotes que são os banqueiros e os financistas que prestam o maior culto ao dinheiro; inclusive, os bancos têm os seus sacrários: os cofres-fortes. Existe também a romaria aos espaços mais carregados de significação que são os grandes shopping e cidades de consumo como Miami, Paris.... Então, exige-se uma fé irrestrita e uma confiança ilimitada no caráter benéfico da lógica econômica. Assim, conquistar é uma forma de servir.

O sistema econômico não propõe mais a inclusão de todos ao mercado, e sim reciclagem e diversificação da produção para provocar o consumo dos que estão no mercado. Os outros, os que sobram, são mantidos à distância, contornados, eventualmente assistidos até que desapareçam.

O mercado não tem compromisso com os povos, com as pessoas.

Assim, precisamos resgatar o mercado como realidade humana. As relações de mercado são relações sociais que regem a produção, distribuição e consumo de bens e serviços. Tratando-se de relações sociais, o social, e não o individual, deveria ocupar a centralidade do mercado. Portanto, o mercado tem por finalidade atender as metas sociais, as necessidades básicas. Infelizmente, pela lei da oferta e demanda, o mercado produz o que se vai comprar (bens supérfluos) e se preocupa somente com as pessoas que têm dinheiro para fazê-lo, isto em função da ideologia vigente.

IV. CIDADANIA

Frente a essa realidade, pós-modernidade, globalização centralidade do econômico, as raízes da injustiça, precisamos lembrar a importância do exercício da cidadania e o papel do Estado, da Sociedade civil e do Mercado.

4.1. O Estado é a resultante da correlação de forças políticas, econômicas, sociais e culturais; é o conjunto de organizações e leis que regulamentam e permitem a vida de um país através de três poderes: legislativo, executivo, e judiciário. O Estado tem por finalidade promover o bem comum, respeitando os direitos e deveres de cada cidadão, e a sociedade civil. O bem comum é o conjunto de condições materiais, institucionais, culturais e morais necessárias para garantir a todos as possibilidades concretas de atingir níveis de vida compatíveis com a dignidade da pessoa humana.

4.2. A sociedade civil ou sociedade dos cidadãos, é a organização de pessoas humanas, de cidadãos, para defender interesses, direitos como religião, sexo, cor, idade e classes econômicas. A sociedade civil deve vigiar o Estado para que cumpra seu dever de atender as necessidades básicas da população.

4.3. O mercado é anterior à sociedade moderna; ele está associado à formação das cidades, cujos suprimentos dependiam de relações comerciais com produtores externos, notadamente camponeses. A sociedade de mercado surge no Ocidente a partir do século XVI. Agora, a produção não é mais regida pelas necessidades humanas, mas pelas necessidades do mercado.

Todo compromisso social, na nossa realidade, é desafiado a favorecer o processo de conquista da cidadania do povo. É importante compreender o que se entende por Cidadania. Esta é compreendida como o exercício da plenitude dos direitos, como garantia da existência física e cultural e reconhecimento como ator social. A realização pessoal e comunitária de cada indivíduo é sempre considerada um valor acima do Estado e do Mercado. A inversão desta lógica implica encontrar um mercado ou um estado com caráter autoritário, coercitivo e absoluto. No centro de todo processo político tem de estar o cidadão. Mas, quem é o CIDADÃO? O cidadão é um indivíduo revestido de plenos direitos civis, políticos e sociais, e o indivíduo tem a obrigação de trabalhar pela proteção vigilante do Estado no usufruto dos direitos.

V. CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM - 2007

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.

O Profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais.

O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões.

O Profissional de Enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção da saúde do ser humano na sua integridade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

VI. O SENTIDO DA NOSSA PROFISSÃO

Pode-se dizer de cada profissão o que se afirma da propriedade particular: deve estar a serviço da comunidade, da sociedade. Toda profissão se esvazia de seu conteúdo humanístico quando se coloca a serviço de interesses exclusivamente individuais, principalmente do lucro. A salvaguarda da hipoteca social torna-se ainda mais relevante pelo fato de que toda profissão é um investimento social. Na preparação de cada profissional, a sociedade investe uma importância considerável. Penso que a consciência dessa hipoteca social, que pesa sobre toda profissão, deveria levar cada categoria profissional a examinar, a partir da nossa realidade, o problema do atendimento às maiorias pobres e oprimidas, a questão da distribuição dos profissionais pelas diversas regiões, o preço de determinadas prestações de serviço, a evasão dos profissionais para outras profissões e, sobre tudo, o papel que cada categoria tem desempenhado

na transformação das estruturas injustas e contribuído para que toda a população se torne cidadã de verdade.

O trabalho é uma atividade humana, pois, no produto do trabalho está cristalizada uma atividade pessoal. Quando, através do seu trabalho, a pessoa não ganha o necessário para viver uma vida digna, quando é explorado, então o seu trabalho torna-se uma alienação.

CONCLUINDO

Através do exercício da cidadania, encontraremos um caminho para a nossa qualidade de vida que passa pelo reconhecimento da nossa cidadania e pela atuação das nossas organizações profissionais como sociedade civil, e portanto como agentes de transformação da sociedade, para que todas as pessoas tenham assegurada a sua condição de cidadão(ã).

No limiar do século XXI, reparamos que nossa sociedade tem no conhecimento a nova forma de materialização do capital. É ele que dita o poder e a supremacia de certos povos ou grupos. Se nos aprofundarmos nas causas desse processo, encontraremos duas forças fundamentais: a velocidade na comunicação, responsável pela globalização, e a velocidade no processamento das informações, responsável pelo alto nível de competição. E a nova sociedade do conhecimento exige qualidade e seriedade. O novo profissional é um estudioso (aprender a aprender é Ciência, e não técnica, e o local da Ciência é a Escola, a Universidade), e profissionalismo é uma palavra chave para nossos dias. Como está sendo processada pela Enfermagem, essa nova sociedade?

Mas, como cidadãos, não podemos esquecer que a nossa qualidade profissional passa pela valorização e respeito da enfermagem: melhoria da carga horária com remuneração mais digna; reestruturação da organização dos serviços de enfermagem nas instituições de saúde, dando-lhe maior autonomia, visto sermos profissionais competentes e comprometidos com a população.

E mais, somos pessoas humanas, trabalhamos em ambientes de sofrimento. Pergunto: QUEM **CUIDA DE QUEM CUIDA?** De fato, nós carregamos estresse, angústias, sentimentos de todo tipo em relação aos doentes, aos colegas de trabalho. Onde extravasamos esses sentimentos? Sobre os doentes, os colegas, o marido, a esposa, os filhos? É também uma questão bioética a ser resolvida urgentemente.

O século XXI reforçará a convicção de que a nossa profissão é um **SERVIÇO** que exige uma competência específica, técnica e científica, e uma competência humanística e humana (razão e paixão) tendo como valor a ser cultivado, a justiça. Hoje, o difícil é viver a razão e a paixão pelo que fazemos e produ¬zimos, por causa dos imperativos da sociedade na qual vivemos. Mas, como membros dessa sociedade, podemos interferir para mudar, para que ela permita que a paixão não seja so¬mente um sonho, um mito, mas sim uma realidade vivida junto à razão. Para isso, é impor¬tante a nossa participação nas entidades de classe, bem como a nossa conscientização política como por exemplo, nas eleições, e a nossa participação efetiva nos rumos da saúde através do nosso compromisso nas nossas cidades.

Finalizando, podemos afirmar que as profissões são exercidas em função de um conjunto de conhecimentos com predomínio técnico e com condições sócio-econômicas para desenvolvê-los. Os conhecimentos são postos a ser¬viço das pessoas como indivíduos ou comunidade, tendo por finalidade o **BEM**.

Façamos da profissão, esse espaço de diálogo e relacionamento humano, procurando cada vez mais, aprimorar a nossa excelência tecno-científica e a nossa cidadania, e assim, melhorar a qualidade de vida

da enfermagem bem como de toda a sociedade. Somente assim, encontraremos um certo prazer na profissão de Enfermagem.

O livre arbítrio, a liberdade, nunca consistiram em aceitar os casos infelizes do nosso destino biológico. A dignidade da condição humana exige entre outras coisas, tudo tentar para erradicar as doenças, lutar contra as fatalidades naturais, a infelicidade, o sofrimento, a miséria, as injustiças.

E lembremo-nos que o que determinará nosso futuro não é a solução de problemas técnicos, mas os problemas éticos, já que nossa sociedade coisifica a pessoa humana e sacraliza as coisas.

BIBLIOGRAFIA

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Saúde e cidadania. Aparecida (SP):Editora Santuário, 2003.
BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Bioética e início da vida: alguns desafios. Aparecida, SP: Idéias e Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2004.
BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Saúde pública, bioética e bíblia: sejamos profetas! São Paulo: Paulus e Centro Universitário São Camilo, 2006.
COHEN, Daniel. Les gênes de I'espoir. Paris: Robert Laffont, 1993, p. 200.
OLIVEIRA, Fátima. Bioética, uma face da cidadania. Coleção polêmica. São Paulo: Moderna, 1997.
PESSINI, Léo e BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Problemas atuais de bioética.11ª ed. São Paulo: Loyola e Centro Universitário São Camilo, 2014.
SIQUEIRA, José Eduardo; ZOBOLI, Elma; KIPPER, Délio José (Orgs). Bioética clínica. São Paulo: Gaia, 2008.
SOUSA SANTOS, Boaventura. "Ciência". In M.M. CARRILHO (ed.). Dicionário do pensamento contemporâneo, D. Quixote, 1991, p.23-43.
ZOBOLI, E.L.C.P. O CEP, o pesquisador e cultivo da tolerância. Cadernos da ética em pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, ano 2, n°3, julho de 1999.
Almanaque de Nossa Senhora Aparecida – Ecos Marianos 2007, Editora Santuário, página 47, 72, 74, 121.
Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Código de ética dos profissionais de enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN-SP. Principais legislações para o exercício da enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2007. p.22-23.

MESAS REDONDAS

A HISTÓRIA PARTILHADA DA ENFERMAGEM PORTUGUESA E BRASILEIRA

Margarida Vieira (1)

Regina Ermel (2)

(1) *Enfermeira. Doutora em Filosofia. Diretora Adjunta do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.*
(2) *Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora dos Cursos de Enfermagem e Medicina da Universidade de Marília, São Paulo, Brasil.*

Portugal e Brasil têm mais de 500 anos de história em comum, seja caminhando juntos, seja caminhando lado a lado, como aconteceu depois da independência do Brasil. Com o objetivo partilhar alguma reflexão sobre a Enfermagem portuguesa e brasileira, abrimos uma "janela" no tempo e "pinçamos" alguns fatos históricos no período compreendido entre os séculos XVI e XX.

Foi possível identificar o que de comum houve no desenvolvimento da Enfermagem desde a criação das Misericórdias; a influência da publicação das primeiras obras de Enfermagem; a criação dos primeiros cursos de Enfermagem; a participação de enfermeiros durante a Grande Guerra; a implantação da Enfermagem moderna e o papel da Fundação Rockfeller em ambos os países; as primeiras escolas de Enfermagem "modernas"; os primeiros manuais de técnicas de enfermagem escritos por enfermeiras; a reorganização do ensino da Enfermagem atual, no ensino superior; e o destaque da contribuição de duas enfermeiras para a Enfermagem moderna, Emília Maria da Costa Macedo (em Portugal), e Wanda de Aguiar Horta (no Brasil).

Concluiu-se que após um longo caminho resta uma enorme esperança, alicerçada em laços e nós que sustentam e ajudam a crescer mutuamente, pela colaboração e pelo estímulo recíprocos.

Descritores: Enfermagem; História da enfermagem; Enfermagem em Portugal; Enfermagem no Brasil.

A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO DOS SINAIS NÃO-VERBAIS PARA UMA ASSISTÊNCIA SEGURA AO PACIENTE

Ana Cláudia Puggina

apuggina@prof.ung.br

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo Docente do Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos - Brasil.

O tema "Segurança do Paciente" tem sido muito discutido atualmente, entretanto foi o relatório norte-americano "*To Err is Human: building a safer health system*" publicado em 2002 que despertou a atenção das instituições de saúde para este tema. O estudo destaca que entre 44 e 98 mil pacientes morriam a cada ano em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados à saúde nos Estados Unidos[1].

Ações internacionais da Organização Mundial da Saúde (2002) e da *Joint Commission Accreditation of Healtcare Organization* (2003), bem como a criação da *World Alliance for Patient Safety* (2004), das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (2005) e do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil (2013) ajudaram a destacar a importância da segurança do paciente nas instituições hospitalares.

O Programa Nacional estabelece que um conjunto de nove protocolos básicos definidos pela Organização Mundial da Saúde deve ser elaborados e implantados nos hospitais; um destes protocolos é "Comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde"[2].

Uma comunicação adequada nos hospitais pode minimizar os riscos de iatrogenias nos pacientes, aumentar a segurança do paciente e a qualidade dos serviços prestados. A capacidade de se comunicar eficazmente com outros profissionais, pacientes e familiares é uma habilidade importante na assistência à saúde. Por meio da comunicação, as pessoas chegam a certa compreensão do outro, aprendem a gostarem-se, influenciam-se, constroem confiança, aprendem mais sobre si mesmos e sobre como as pessoas os percebem. Os profissionais que se comunicam efetivamente sabem como interagir com os outros de forma flexível, com habilidade e responsabilidade, mas sem sacrificar suas próprias necessidades e sua integridade[3]. Isso é um grande desafio, pois não é uma tarefa fácil.

Comunicação é um processo dinâmico e complexo que ocorre de modo verbal e não verbal e envolve um intercâmbio de mensagens enviadas e recebidas. A dimensão verbal é aquela associada às palavras expressas, por meio da linguagem escrita ou falada. A dimensão não verbal envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras e está vinculada ao contexto em que ocorrem, podem ser utilizadas para complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal, além de exteriorizar sentimentos[4].

Na comunicação verbal tem-se um processo de exteriorização do ser social, ao passo que, na comunicação não verbal, observa-se um processo de exteriorização do ser psicológico. Em geral, as pessoas controlam mais facilmente o verbal do que o não verbal, assim sendo, apenas 7% dos pensamentos e sentimentos são expressos em palavras[5]. Além disso, outro conceito de comunicação deve ser considerado quando se quer melhorar a segurança do paciente: a comunicação interpessoal sempre será um processo subjetivo e individual pelo simples fato das pessoas perceberem e se expressarem no mundo de maneiras diferentes[5].

Portanto, uma comunicação segura se estabelece quando esta subjetividade é minimizada e o indivíduo acessa o outro na sua integridade, uma maneira de alcançar este objetivo é por meio da decodificação adequada dos sinais não verbais dos pacientes e dos outros colegas de trabalho, bem como validação da compreensão das mensagens emitidas. Assim, uma comunicação efetiva, verdadeira e segura deve se estabelecer para além das palavras; para isso é preciso treino, consciência, disponibilidade e concentração.

Referências

KOHN, Linda; CORRIGAN, Janet; DONALDSON Molla. Committee on Quality of Health Care - Institute of Medicine. *The Error is Human: building a safer health system.* Washington (DC): National Academy Press, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 529, de 1º de Abril de 2013. *Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)* [acesso em 2014 Abr 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

MANTHA, Sharma. *Handbook on communication skills.* Andhra Pradesh (India): Center for Good Governance, 2006.

ARAÚJO, Mônica Martins Trovo; Silva, Maria Júlia Paes da; Puggina, Ana Cláudia Giesbrecht. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2007, vol. 41, no. 3, p. 419-425.

SILVA, Maria Júlia Paes da. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.* São Paulo: Loyola, 2002.

O CONFORTO EM ENFERMAGEM.

Patrícia Pontífice de Sousa

patriciaps@ics.lisboa.ucp.pt

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa / Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Introdução

Considerado, historicamente, como um conceito subjetivo e multidimensional a literatura evidencia que o conforto é, na atualidade, identificado como um dos elementos do cuidado de enfermagem, universalmente desejável e indispensável no cuidado humano assumido ao longo da história diferentes significados, que se relacionam com a evolução histórica, política, social e religiosa da humanidade e com a evolução técnico-científica das diferentes disciplinas do conhecimento, sobretudo das Ciências da Saúde e da Enfermagem em particular (Tutton & Seers, 2003; Kolcaba, 2009; Ribeiro, 2012).

Muitas definições de conforto aparecem na literatura, estando de acordo com a perspectiva de cada autor, tornando-se fundamental enquadrá-lo no contexto cultural para que se possam prestar cuidados confortadores culturalmente congruentes. Olhado como uma experiência humana de saúde facilmente percebemos que o procuramos a todo o momento nos sinais mais subtis do quotidiano qualquer que seja o ciclo da vida em que nos encontremos. Como variável resultante do cuidado é traduzido como um estado de bem-estar ou estar bem, antagónico ao desconforto, embora o seu verdadeiro sentido ultrapasse largamente este âmbito. Os enfermeiros no exercício da sua missão, pela natureza dos cuidados de enfermagem, pelas competências que detêm na abordagem da pessoa/sua família, bem como, pelo seu trabalho de proximidade, assumem um papel preponderante e privilegiado no cuidar a pessoa em necessidade de cuidados, no qual o sofrimento e o desconforto são sempre possíveis apelos e o conforto uma necessidade humana (Vieira, 2007). Expresso pela subjetividade, faz sentido olhar a complexidade deste fenómeno, entendido como positivo e como um estado imediato, à luz das interações vivenciadas entre os profissionais de saúde e os beneficiários de cuidados, sendo por isso caraterizado pela exigência perante a unicidade e singularidade de cada pessoa num determinado contexto que não pode ser ignorado.

Procura-se refletir o conceito de Conforto e a sua integração na prática de enfermagem concretamente na ligação à Pessoa Idosa por acreditar ser importante compreender as necessidades de cuidados dos idosos e aprender como melhor cuidar deles. Compreender a natureza do fenómeno, enquanto conforto experimentado pela Pessoa e, enquanto cuidado que procura responder às necessidades das mesmas constituiu objetivo central em prol de um padrão norteador conducente de boas práticas adequado às necessidades de conforto e melhor qualidade de saúde.

Partindo de um contexto onde se movem os atores de cuidados profissionais, idosos crónicos hospitalizados e familiares, a realidade alerta para a importância de conhecer para particularizar o cuidado confortador, dado que o cuidado que conforta só ganhará o verdadeiro sentido, quando for revestido de um carácter refletido, intencional e guiado pelo conhecimento das necessidades, desejos e vontades de conforto da pessoa. Recorrendo à observação participante a fim de compreender as vivências situacionais, à entrevista semi-estruturada e análise documental na recolha de dados (Spradley, 1980), as necessidades do idoso decorrem num certo momento e circunstância e situam-se em diferentes contextos da experiência humana. O cuidado que conforta é co-construído pela individualização da intervenção, lida com múltiplas variáveis dinâmicas e assume uma lógica de compromisso e intencionalidade assente num modelo integral de acompanhamento do doente idoso a partir da totalidade do ator que cuida com a totalidade da pessoa cuidada. Os modos/formas de confortar contextualizam-se em estratégias/acções realizadas com a finalidade de obter resultados terapêuticos e/ou benéficos como o facilitar/aumentar o conforto, aliviar o desconforto e/ou investir no conforto potencial, levando à satisfação, harmonia pessoal e esperança e a um aumento da percepção de controlo sobre a vida, reafirmando a atitude de compromisso do enfermeiro. Os cuidados promotores de conforto estão no caminho da qualidade dos cuidados, devendo os profissionais de saúde introduzir mudanças devidamente fundamentadas que permitam responder à unicidade de cada pessoa/família ou grupo.

O conforto faz sentido na enfermagem se o entendermos como parte integrante dos cuidados de saúde, um conceito central da disciplina de enfermagem e uma finalidade desejada do cuidado que se deseja ser humanizado, permitindo abordagens dirigidas pelos princípios éticos da beneficência e da dignidade humana, procurando a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional. A falta de uma clara compreensão dos aspectos inerentes ao fenómeno do conforto justifica a sua exploração numa visão multicontextual do mesmo, constituindo um mundo de curiosidades, estímulos e desafios e talvez uma preocupação central do cuidar em enfermagem pela importância de prestarmos cuidados que respondam às reais necessidades, ao nível do conforto, para as quais é necessário encontrar uma resposta ajustada.

Palavras-chave: Conforto, Enfermagem.

Bibliografia

KOLCABA, K. (2009). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), Middle range theories. Application to nursing research (2nd ed., pp. 254-272). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

RIBEIRO, P. (2012). A Natureza do Processo de Conforto do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar. Construção de uma Teoria Explicativa. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

SPRADLEY, J.P. (1980).The participant observation. New York: Holt Rinehart and Winston

TUTTON, E. & SEERS, K. (2004). Comfort on a ward for older people. Journal of Advanced Nursing. 46 (4), 380-389. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03005.x

VIEIRA, MARGARIDA (2007). Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência. Lisboa: Universidade Católica Editora.

ACOLHER O SOFRIMENTO, CRIAR VÍNCULOS PROFUNDOS: ASPECTOS DOS CUIDADOS ESPIRITUAIS EM SAÚDE.

Michell Ângelo Marques Araújo

Universidade Federal do Ceará – Brasil
Faculdade Católica Rainha do Sertão - Brasil

O cuidado em saúde não é tarefa fácil pois exige envolvimento, criatividade, flexibilidade, conhecimento científico e popular para responder de maneira eficiente a todas as demandas dos pacientes. O cotidiano apresenta situações difíceis e complexas, onde atender simplesmente com base nos programas e protocolos clínicos seria insuficiente, por não envolverem somente a saúde física das pessoas, mas também as outras dimensões, a saber: mental, social e espiritual (1). Dentre as situações comuns enfrentadas e que correspondem a essas outras dimensões estão: depressão e tentativas de suicídio, comunicação de má notícia, violência física, sexual e psicológica, abandono e rejeição, dependência química, gravidez na adolescência, conflitos familiares, problemas financeiros, perda e luto, ansiedade, doenças crônicas e terminais, fome e miséria. Algumas perguntas surgiram nesse percurso: Frente a essas circunstâncias, como cuidar dessas pessoas? Que instrumentos facilitariam esse cuidado? O objetivo desse trabalho é refletir sobre o sofrimento humano e as demandas de cuidados espirituais de Enfermagem. Inicialmente podemos compreender o sofrimento humano como algo pessoal, subjetivo e que atinge todas as dimensões do ser. Pode ser evitável quando se trata de situações difíceis mas que podem ser resolvidas e deixam de gerar sofrimento. Pode ser um sofrimento inevitável, nessa circunstancia, não é possível acabar com o sofrimento, é preciso descobrir como extrair dele uma lição e crescer como pessoa (2). Alguns modelos exemplares ajudam a entender como nos posicionamos frente ao nosso sofrimento. Um exemplo é o mito africano do Omolú, que abandonado pela mãe, foi quase devorado vivo por animais e que foi tomado e cuidado por Iemanjá, nunca ficou curado das feridas causadas pelo abandono e pelo ataque, mas que a partir de suas feridas, passa agora a curar e acolher sofredores como ele. Nesse ínterim temos muitos paralelos cristãos, o próprio Cristo, São João de Deus, São Camilo de Lelis e muitos outros, que fizeram das feridas e do sofrimento, uma oportunidade propiciadora de salvação, cura e cuidado. No entanto há também outro mito: o da feiticeira Karabá, que se contrapõe a esse, no sentido de que toda a maldade da feiticeira é causada por um espinho, fincado em sua coluna. Diferente do Omolú que cura, ela maltrata e menospreza a todos (3). Poderíamos nos perguntar: O meu sofrimento me torna uma pessoa melhor ou pior? O enfermeiro pode tomar três posições frente ao sofrimento de seus pacientes: a primeira, ser muito sensível ao ponto de impedir o cuidado e de não ter condições de acolher o sofrimento do outro; a segunda, ser insensível e demonstrar extremo pragmatismo com as situações de sofrimento; e a terceira, ser empático e usar as situações para melhor cuidar e favorecer a resiliência. Esta situação exige uma decisão do enfermeiro, frente a seus próprios sofrimentos. Cuidar do outro traz repercussões sérias para quem cuida, é imperativo que se decida conscientemente por acolher o sofrimento e por criar um vínculo profundo. O modelo

biomédico não contempla essa complexidade do cuidado em saúde, é necessário um modelo integral, que encare a dor, o sofrimento e a morte, não como inimigos, mas como possibilidades de crescimento pessoal, que dependendo das circunstancias, pode ser aliviado, mitigado e evitado (1). A espiritualidade deve ser explorada no cuidado e mostra ser um caminho possível. Nela se demonstra o poder do homem de, pela transcendência, criar, transformar e decidir mesmo em situações extremas. Faz emergir criatividade, crescimento e superação nas situações mais adversas e proporcionam abertura e disponibilidade para relações afetivas intensas e reorganização de prioridades na vida, além de possibilitar também o perdão, a solidariedade, o amor e o respeito à vida (4). Para que tudo isso aconteça, primeiramente o enfermeiro precisa estabelecer uma relação profunda com seu paciente, um verdadeiro encontro co-existencial (5). É necessário deixar a superficialidade mecânica de somente realizar técnicas e procedimentos, como se somente isso fosse suficiente para realizar o cuidado de Enfermagem. Diante de tudo isso, é importante reafirmar que sofrimento não se medica, mesmo os sofrimentos evitáveis e mais ainda os inevitáveis precisam ser acolhidos. Também devemos ter consciência que o enfermeiro somente conseguirá esse contento, se estabelecer uma relação terapêutica profunda. E por que se ressalta "profunda"? Porque lidar com o sofrimento é lidar muitas vezes com sentimentos e emoções tão íntimos e profundos, quanto se possa imaginar.

Referências:

1.VASCONCELOS, E. M. *A espiritualidade no trabalho em saúde.* São Paulo: Hucitec, 2006.

2.FRANKL, V. E. *A presença ignorada de Deus.* (Der unberwusste Gott: psychotherapie und religion). Trad. de Walter O. Schlupp e Helga H. Reinhold. 11. ed. São Leopoldo; Petrópolis: Sinodal; Vozes, 2007.

3.ALVES, P. C. e RABELO, M. C. *Antropologia da saúde*: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Editora Relume Dumará, 1998.

4.BOFF, L. *Ecologia- mundialização- espiritualidade: a emergência de um novo paradigma.* 2. ed. São Paulo: Ática, 1996.

5.LUKAS, E. *Logoterapia a força desafiadora do espírito: métodos de logoterapia.* Trad. José de Sá Porto. São Paulo: Loyola, 1989.

A VIVÊNCIA AFETIVA EM ENFERMAGEM.

Maria Dulce dos Santos Santiago

dulce.soares@ipbeja.pt

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

Introdução: Na complexidade que caracteriza a afetividade humana, entende-se que é na totalidade da experiência de existir, na relação com o mundo e sobretudo com os outros homens, que a vivência afetiva se impõe de modo determinante no ser e agir pessoal. Destacada a relevância da intersubjetividade em enfermagem, demarca-se a inevitabilidade da implicação da afetividade no próprio processo de cuidar que especifica a intervenção do enfermeiro. Contudo, a temática da afetividade em enfermagem afigura-se como um fenómeno complexo, ainda pouco clarificado, marcado por alguma imprecisão conceptual e insuficientemente explorado.

Método: Face a esta problemática, desenvolveu-se um estudo no domínio da ética filosófica aplicada à área dos cuidados de enfermagem. Entre as diferentes opções metodológicas, contámos com a aproximação ao mundo da experiência afetiva vivida pelos enfermeiros, construindo-se um processo de análise através da identificação e articulação dos temas emergentes nas narrativas.

Resultados: Através do processo interpretativo desenvolvido, destacaram-se três áreas temáticas configurativas do fenómeno da afetividade em enfermagem, nomeadamente: os fundamentos da experiência afetiva; a expressão da afetividade no contexto da prestação de cuidados que entrelaça a presença da realidade que afeta, o modo como o enfermeiro é afetado, bem como o dinamismo inerente, emergindo o cuidado como verdadeira ajuda pela participação dos afetos bem conduzidos; por fim o governo dos afetos vividos, que por diferentes vias os situa num caminho de sentido, implicando a consciência e aceitação da sua existência, para usar a sua força de modo construtivo.

Conclusões: Ao concluir, acresce conhecimento e compreensão sobre o papel da afetividade no ser e agir do enfermeiro, ressalvando que quer a negação, quer a expressão descontrolada dos afetos, são atitudes limitadoras da sua pessoa e do cuidado autêntico que configura a boa prática profissional. A conquista do desejável equilíbrio afetivo é uma exigência e supõe formação. Situada no terreno do envolvimento pessoal, afigura-se como tarefa contínua da vontade, determinante de uma manifesta sabedoria prática, que orienta o caminho da conciliação harmoniosa entre experiência afetiva e compromisso profissional de prestar cuidados, ditando ainda a possibilidade de ampliar o horizonte do cuidado além do dever profissional, ao integrar todos os gestos que expressam verdadeira solicitude, afirmativa do bem do outro e simultaneamente reveladora da riqueza afetiva e ética do enfermeiro.

Bibliografia:

RENAUD, Isabel - A educação da afectividade. Acta Médica. nº s 3 e 4 (2007), p.21-33.

RENAUD, Isabel - O cuidado em enfermagem. Pensar Enfermagem. Vol.13, nº2 (2009), p.2-8.

RENAUD, Michel - Solicitude e vulnerabilidade. Cadernos de Bioética. Coimbra: CEB. nº 13 (1997), p.5-13.

RICOEUR, Paul - Si-même comme un autre. Paris: Éditions du Seuil. 1990.

VAN MANNEN - Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy. London, Ontario: Althouse Press, 1990.

VIEIRA, Margarida - Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2007.

VIEIRA, Margarida - A vulnerabilidade e o respeito no cuidado ao outro. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2002. Tese de Doutoramento.

WATSON, Jean - Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem. Trad João M. M. Enes. Loures: Lusociência, 2002.

A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DAS DOENÇAS CRÓNICAS: NOVAS PERSPECTIVAS E ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A ADESÃO TERAPÊUTICA.

Grazia Guerra

grazia.guerra@hotmail.com

Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde, do Centro Universitário São Camilo. Pesquisadora do Laboratório de Investigação Clínica da Unidade de Hipertensão do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina USP. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa no Processo de Cuidar na Ótica da Enfermagem - GESPPECEn cadastrado no CNP-q.

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e um fator de alto risco para as doenças cardiovasculares e tem se tornado um problema comum de saúde publica no mundo decorrente da longevidade. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apresentam uma prevalência de HAS acima de 30% (1). O grande desafio para as próximas décadas será melhorar a adesão terapêutica para os portadores de doenças crónicas não transmissíveis. A prevenção dos agravos a saúde torna-se prioridade. A definição atual de "adesão" e a extensão a qual o comportamento do paciente coincide com recomendação medica ou aconselhamento de outros profissionais da saúde, seja seguindo prescrição medicamentosa ou recomendações quanto cuidado (2). Na atualidade ferramentas tecnológicas facilitam processo educativo e colaboram para tratamento eficaz - Tecnologia Educacional (TE) - Conjunto sistemático de conhecimentos científicos que possibilitam o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento de todo processo educacional formal e informal (3). A informática esta presente no cotidiano do enfermeiro e quando utilizada de maneira adequada e inteligente, tende a promover beneficio no cuidado ao ser humano em múltiplas esferas. Desta forma, e importante que o enfermeiro estejam atentos as inovações pertinentes a sua pratica, que visem ao beneficio da profissão e ao cuidado ao cliente, visto que são inúmeras as formas de utilização e aproveitamento destes recursos.

O avanço tecnológico e sem dúvida imprescindível para os profissionais da saúde, entretanto, seu desenvolvimento, utilização e evolução devem ter como foco a convergência entre o desenvolvimento humano e o tecnológico, focando sempre a relação pessoa-pessoa. A tecnologia adotada não poderá substituir a relação e a compreensão subjetiva entre os seres humanos (4).

Objetivos: Este trabalho tem o objetivo de descrever a construção do AVA (Ambiente Virtual de Aprendizado) "E-Care da Hipertensão" desenvolvidos pelo Centro Universitário Sao Camilo em Conjunto com Unidade de Hipertensão do Instituto do Coração Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina Sao Paulo e Disciplina da Telemedicina da Faculdade de Medicina da Universidade Sao Paulo, para pacientes de uma instituição pública estadual com estrutura multidisciplinar.

Método: Para elaboração do material ser inserido no AVA, foi necessário levantamento sobre necessidades dos temas a serem abordados com pacientes hipertensos e desenvolvimento da temática. O AVA conta com entrevistas com profissionais da área da saúde comm destaque aos pontos mais importantes inerentes a cada especialidade (Cardiologista, Neurologista, Nefrologista, Enfermeiro, Educador Físico, Nutricionista e Psicólogo), Demonstração de pecas anatómicas impressas em Impressora 3D do Coração, Rim e Cérebro, através de narração realística que demonstra sua anatomia e os efeitos da hipertensão em cada órgão, Quiz onde o paciente testa seus conhecimentos divididos em bloco e a cada pergunta errada há a possibilidade de aprendizado com informações referentes ao tema abordado, distribuídos em 6 módulos e descritos em "Storyboard".

Conclusões: O entendimento é que se busque no uso desta tecnologia para a obter mudança de comportamentos e que se possa medir os resultados enquanto conhecimento adquirido pelo paciente, bem como dar ao usurário a possibilidade de adquirir confiança suficiente para lidar com sua saúde e resolver problemas.

Palavras-chave: Ensino em saúde, Objeto de Aprendizagem Interativo.

Bibliografia

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Arq Bras Cardiol. Rio de Janeiro. 95 (1 supl 1): 1-51, 2010 medication adherence (Cochrane review). The Cochrane Library, Issue 4, 2007

HAYNES, Brian R. Interventions for enhancing.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina; et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. Ribeirão Preto, v.13, n. 3, p. 344-353, mai/jun 2005.

BAGGIO, Maria Aparecida; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v.19, n2, p 378-385, abr/jun 2010.

MODELO DE PARCERIA NA DOENÇA CRÓNICA DE CRIANÇAS.

Zaida Borges Charepe

zaidacharepe@ics.lisboa.ucp.pt

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa / Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Introdução: Na atualidade emergem estudos de investigação que têm consolidado a relação da adaptação psicossocial dos pais/família de crianças portadoras de doença crónica com a esperança percecionada pela díade (1). Numa perspetiva sistémica, esta adaptação assume uma dinâmica com estreita ligação à trajetória da doença das crianças, limitações e/ou exigências impostas pelo menor ou maior grau de dependência da criança aos cuidados de saúde. O envolvimento da família nestes contextos vivenciais em particular, assim como o estabelecimento de uma parceria efetiva entre os pais e a equipa de saúde, tem tido uma crescente visibilidade nos contextos assistenciais, e em particular na prática de cuidados hospitalares. Porventura e mediante o exposto, o exercício do papel parental é percecionado pelos pais como um desafio, o que requer dos profissionais de saúde a transferência de conceções teóricas associadas aos processos de cuidados e enquadradas na investigação que a este nível assume uma preponderância crescente e fundamental (2).

Objetivos: Refletir sobre o impacto que a intervenção dos grupos de ajuda mútua (GAM) tem na esperança dos pais de crianças com doença crónica; apresentar um modelo de intervenção colaborativa em ajuda mútua que visa o desenvolvimento da esperança.

Material e Métodos: A reflexão realizada em torno das práticas de parceria na sua estreita relação com o conceito de esperança emergiu de uma investigação de natureza qualitativa (3), dirigida aos pais de crianças com doença crónica e aos técnicos em intervenção nos GAM, na área de influência da ARS de Lisboa e Vale do Tejo. A partir de uma abordagem metodológica assente nos pressupostos e princípios do Inquérito Apreciativo, a recolha de dados contemplou para além da caraterização sócio-demográfica a utilização de instrumentos de avaliação familiar e de avaliação da esperança, dos quais, o ecomapa e o genograma de esperança; a entrevista apreciativa e a observação participada nos GAM.

Resultados: Tendo em conta as práticas colaborativas que ocorrem nos grupos de ajuda mútua entre os profissionais de saúde e os pais de crianças com doença crónica, depreendeu-se que as experiências de união com os outros (3,4) contribuíram para a consolidação da relação terapêutica. Destas experiências, foi prevalente a partilha estabelecida entre os pais e entre os pais e os profissionais de saúde no tempo de encontro promovido pelos GAM, assim como a perceção de que os pais são modelos de esperança entre si; o fortalecimento da amizade; a transmissão de esperança; a perceção de utilidade e sentido de «missão» ao pertencerem a um grupo de pessoas com objetivos e vivências comuns e valorização do apoio emocional recebido aquando do internamento da criança (3).

A partir da análise destes resultados foi possível identificar oportunidades de parceria no cuidar da criança (1,5) e equacionar a operacionalidade de um modelo de intervenção que permita a sistematização das práticas assistenciais em experiências cuidativas de mutualidade, com a finalidade de promover a esperança a partir dos pilares da relação de parceria (5). Asserção evidente, na estrutura operativa do Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança (MIAMPE). Este modelo de intervenção está organizado em torno de três fatores, fatores promotores de esperança, esperança enquanto fator de resiliência e fatores de ameaça à esperança; instruções, dinâmicas de trabalho e narrativas construídas para conduzir a partilha; material de apoio às propostas de intervenção; instrumentos de registo / facilitação dos encontros e enquadramento em matriz conceptual própria.

Conclusão: Os GAM enquanto estruturas de suporte ajustadas às necessidades de suporte social dos pais de crianças com doença crónica disponibilizam, o contexto ideal para aumentar o conhecimento e a proximidade dos profissionais de saúde à efetiva realidade familiar, social e/ou educacional que norteia estas crianças; a informação e/ou a formação ministrada no âmbito da aquisição de competências para os cuidados parentais assim como a operacionalização de propostas de intervenção promotoras de esperança com vista ao suporte emocional dos pais, sendo este suporte determinante para o seu envolvimento/participação, negociação partilhada e tomada de decisão conjunta (1). Apesar de podermos sugerir que a conceção grupal limita-se ao suporte conferido, a partilha foi considerada a força motriz na perceção do suporte referido assim como a relação de parceria. Em síntese, os GAM são entendidos como uma estratégia de parceria, uma vez que, permitem um maior empreendedorismo social a partir de uma facilitação profissional e terapêutica, o que propiciará aos profissionais de saúde enquanto facilitadores o acesso a uma avaliação periódica da esperança parental e o reconhecimento das práticas colaborativas assentes na parceria de cuidados. Na perspetiva dos pais, a capacidade dos mesmos em valorizar as conquistas e habilidades das crianças; aumentar a sua auto-estima / auto – eficácia e maior acesso à rede de suporte social.

Referências Bibliográficas:

1 – SAMSON, A. et al – The lived experience of hope among parents of a child with Duchenne muscular dystrophy: perceiving the human being beyond the illness. *Chronic Illness* (2009), 5, p.103- 114.

2 – ALVES, J.. *Oportunidades de parceria no cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde - A Perspetiva dos Pais*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2015. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

3 – CHAREPE, Z.. *O impacto dos grupos de ajuda mútua no desenvolvimento da esperança dos pais de crianças com doença crónica: Construção de um modelo de intervenção colaborativa*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2011. Tese de Doutoramento em Enfermagem.

4 – KAUSAR, S.; JEVNE, R.; SOBSEY, D. – Hope in Families of Children with Developmental Disabilities. *Journal on Developmental Disabilities* (2003), 10(1), p. 35-46.

5 – KUHLTHAU, K. et al – Evidence for Family-Centered Care for Children with Special Health Care Needs: A Systematic Review. *Academic Pediatrics* (2011), 11, p. 136-143.

COMUNICAÇÕES

01| DELIBERAÇÃO ÉTICA EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA PARA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS ÉTICOS.

Carlise Rigon Dalla Nora (4) (19)
Rafaela Schaefer (4) (19)
Margarida Vieira (4) (37)
Elma Zoboli (11)

carliserdn@yahoo.com.br

(4) *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde | Portugal*
(11) *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo | Brasil*
(19) *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal*
(37) *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal*

Introdução: Problemas éticos são compreendidos como desafios com vários cursos de ação para sua solução ou manejo, exigindo deliberação e ponderação para encontrar o melhor caminho, e este necessita ser continuamente reavaliado[1]. A deliberação pretende encontrar o melhor curso de solução para cada caso ético, analisando o problema em toda a sua complexidade. Isso pressupõe que se realize a ponderação da situação e se compreendam os valores em conflito e as consequências envolvidas, permitindo que os possíveis cursos de solução sejam analisados[2].

Objetivo: Analisar o uso da deliberação ética na resolução dos problemas éticos vivenciados pela equipe de saúde.

Material e Métodos: Realizou-se uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados: CINAHL- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, SciELO- Scientific Eletronic Library Online, Web of Science, LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e MEDLINE- Medical Literature Analysis and Retrieval System Online. A colheita e análise dos estudos ocorreram entre janeiro e fevereiro de 2014, por dois investigadores separadamente. Comparou-se os resultados e resolveu-se as discordâncias por consenso. Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa original, estudos teóricos, relato de experiências e editoriais, em inglês, espanhol e português, com equipa de saúde que incluíssem enfermeiros. Não se estabeleceram limite temporal.

Resultados: Foram incluídos 28 estudos, publicados entre 1999 e 2013. Sendo, dez artigos originais, doze artigos teóricos, três estudos de caso, dois relatos de experiência e um editorial. Da análise resultaram 3 categorias: 1-conceito de deliberação; 2-estratégias de deliberação com 4 subcategorias (método de Diego Gracia, deliberação de caso moral, método Nijmegen, modelo CARE, casuística e principialismo); 3- facilitadores da implementação do processo de deliberação com 2 subcategorias: profissionais e instituições.

Conclusão: Conclui-se que a deliberação é estratégia útil e relevante para as equipes de saúde analisarem, avaliarem e indicarem o melhor curso de ação para a solução dos problemas éticos que vivenciam. Também é via de educação permanente para os profissionais pela troca mútua de experiências e diálogos sobre valores, crenças e princípios em clima de solidariedade ética e pertença.

Referências:

Gracia D. Ethical case deliberation and decision making. Med Health Care Philos. 2003; 6(3):227-33.
Gracia D. La deliberación moral el método de la ética clínica. Med Clin (Barc). 2001; 117: 18-23.

02| ELEMENTOS DA TOMADA DE DECISÃO ÉTICA EM ENFERMAGEM.

Carlise Rigon Dalla Nora (4) (19)
Rafaela Schaefer (4) (19)
Margarida Vieira (4) (37)
Elma Zoboli (11)

carliserdn@yahoo.com.br

(4) Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal
11Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo | Brasil.
(19) Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.
(37) Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal

Introdução: Os enfermeiros são constantemente confrontados com a tomada de decisão ética. Desenvolver habilidade para a tomada de decisão é essencial para a excelência da prática profissional e para a qualidade dos serviços de saúde1. Para tomar decisões éticas os profissionais dispõem de uma ampla gama de elementos que influenciam e determinam suas ações. São elementos de natureza multidimensional como elementos éticos, científicos, profissionais, deontológicos, culturais, sociais e jurídico, que conferem uma grande complexidade para a tomada de decisão ética[2].

Objetivo: Analisar os elementos decisivos para a tomada de decisão ética dos enfermeiros frente aos problemas éticos.

Material e Métodos: Realizou-se uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados: SciELO- Scientific Electronic Library Online, CINAHL- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, MEDLINE- Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, essas bases foram verificadas através da ferramenta de busca BVS- Biblioteca Virtual da Saúde e EBSCO HOST database. A colheita e análise dos estudos ocorreram entre abril e maio de 2014, por dois pesquisadores separadamente. Comparou-se os resultados e resolveu-se as discordâncias por consenso. Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa original, estudos teóricos e estudo de caso, em inglês, espanhol e português, com equipe de saúde que incluíssem enfermeiros. Não se estabeleceu limite temporal.

Resultados: Foram incluídos 19 estudos: 9 eram artigos empíricos, 8 teóricos e 2 estudos de caso. Da análise resultaram 3 categorias: 1- fatores ambientais (com características organizacionais, contextual, cultural, social, orçamental e as relações de trabalho entre a equipe). 2- fatores individuais (com características profissionais, conhecimento e capacidade de comunicação). 3-

estratégias facilitadoras para a tomada de decisão ética (com discussões entre a equipe, supervisão clínica, apoio de experts, capacitações e espaços interdisciplinares e deliberação).

Conclusão: O enfermeiro na tomada de decisão utiliza diversos elementos para agir, os elementos que mais se destacam nesta revisão são os valores pessoais, profissionais e as características organizacionais. As estratégias facilitadoras da tomada de decisão ética são um caminho para a construção, análise, reflexão e discussão da decisão ética, o que permite diminuir as áreas de incerteza e ambiguidade na tomada de decisão.

Referências:

ZOBOLI E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. Rev. bioét. (Impr.). 2013; v.21 n.3. p.389-96.
DEODATO S. Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir. Coimbra: Almedina; 2014.

03| COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM COMO AMPLIAÇÃO DAS RELAÇÕES DE RECONHECIMENTO: A PERSPECTIVA DE AXEL HONNETH.

Amanda Guedes dos Reis (10) (36)
André Marcelo Machado Soares (10)
Marta Sauthier (10)

amanda.gdreis@gmail.com

(10)Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro | Brasil.
(36) Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Bioética | Portugal.

Introdução: Considerando-se as responsabilidades éticas e legais inerentes ao processo de comunicação dos enfermeiros com os usuários, seis princípios éticos fundamentais devem ser respeitados: autonomia, verdade, sigilo, não maleficência, beneficência e justiça1. A verdade, neste contexto, está diretamente ligada à tomada de decisões e ao consentimento esclarecido. Para o estudo, construiu-se a seguinte questão norteadora: Em que nível as questões morais e éticas, presentes na comunicação, resultam do reconhecimento ou não dos usuários, como sujeitos autônomos, pelos enfermeiros do setor de nefrologia?

Objetivo: Com o objeto, a comunicação acerca da terapia renal substitutiva como indicador do reconhecimento da autonomia dos usuários portadores de insuficiência renal crônica, elaboraram-se os objetivos: descrever a comunicação dos enfermeiros e usuários e compreender os vieses éticos e morais da escolha da terapia renal substitutiva, sobre seu reconhecimento como autônomos, à luz de Axel Honneth. O filósofo alemão apresenta, em sua teoria do reconhecimento, uma sistematização das perspectivas sociológica, política, jurídica e filosófica. Oferece um modelo abrangente e original de compreensão da realidade social2. Um texto necessário à Enfermagem, no momento em que se torna claro que os conflitos éticos colocam em pauta a luta pela dignidade humana, pela integridade física e pelo reconhecimento do valor das diversas culturas e modos de vida dos usuários dos serviços de saúde.

Material e Métodos: Pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa, em que foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada em conjunto com a observação não participante. Os dados submetidos à análise do conteúdo de Bardin3 foram coletados no setor de nefrologia de um Hospital Universitário do Município do Rio de Janeiro, com usuários portadores de insuficiência renal crônica e os enfermeiros atuantes neste setor, garantindo-se determinações da Resolução 466/12, protocolo 27810014.0.0000.5238.

Resultados: Há falhas na comunicação devido ao formalismo profissional e heteronomia dos usuários. A valorização da comunicação pelos enfermeiros é essencial para um cuidado

humanizado, além de possibilitar a integralidade da atenção à saúde. Contudo, conforme observado, a comunicação como instrumento básico da enfermagem não está sendo efetiva.

Conclusão: Dentre as falhas de conduta evidenciadas, destaca-se principalmente a falta de comunicação adequada, clara e honesta entre os profissionais de enfermagem e o usuário, família e profissionais de outras áreas. O conhecido princípio bioético do respeito pela autonomia exige, neste contexto, que enfermeiros aceitem as decisões tomadas pelos usuários, reconhecendo a capacidade de se autogovernarem, que compreende escolhas e a responsabilidade inerente a elas. A comunicação é um elemento fundamental e deve ser compreendida como orientação para a emancipação: capacidade de reconhecer, através da racionalidade, as condições que possibilitarão uma escolha livre. Considerando a abordagem de Honneth sobre a liberdade, o usuário deve ter, por parte do enfermeiro, a garantia de reconhecimento da sua liberdade. Com essa perspectiva sobre o cenário pesquisado, verifica-se que a Enfermagem atual requer maior aprofundamento teórico acerca das questões éticas no que tange à relação enfermeiro-usuário no cotidiano hospitalar, considerando a bioética, seus princípios e a problematização da prática cotidiana como uma necessidade ética. A importância da reflexão dos enfermeiros sobre os dilemas éticos deve ser assumida para um maior compromisso com a transformação da realidade. Tomando como exemplo os enfermeiros atuantes no setor de nefrologia, responsáveis diretamente pelo cuidado dos portadores de insuficiência renal crônica, é possível que surjam conflitos gerados pelas decisões tomadas pelos usuários após a informação recebida sobre as terapias renais substitutivas. Contudo, é mais comum que os usuários vislumbrem nas escolhas da equipe de saúde a melhor solução para sua patologia. Emerge um novo elemento, moral, para análise junto à integralidade da assistência, que é o reconhecimento a partir dos valores dos usuários.

Referências:

RIOS IC. Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora, 2009. 10 p.

JAPIASSÚ H, MARCONDES D. Dicionário básico de filosofia. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, 2001. p. 69, 182.

VÁSQUEZ AS. Ética. 18. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998. 304 p.

SOARES AMM. Bioética e secularização: sobre a identidade conceitual dos paradigmas bioéticos contemporâneos. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Real Engenho, 2011. p. 34-96.

OLIVEIRA MAD. Ética e sociabilidade. São Paulo: Loyola, 1993. 28 p.

04| A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA E O TRABALHO DO ENFERMEIRO: TRAJETÓRIAS DE RUPTURAS E CONTINUIDADES.

Carlise Rigon Dalla Nora (4) (19) (41)
Rosangela Barbiani (41)
José Roque Junges (41)

carliserdn@yahoo.com.br

(4) Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde | Portugal
(19)Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.
(41) Universidade do Vale do Rio dos Sinos | Brasil

Introdução: O Brasil é único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que mantém um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito. Essas características, aliadas às dimensões continentais do país e as suas desigualdades regionais, trazem inúmeros obstáculos à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), implantado em 1990. Como estratégia central de sua sustentação, a atenção básica (AB) vem adquirindo reconhecimento e responsabilidades crescentes, sendo considerada a porta de entrada do sistema e a "estação" articuladora e coordenadora das redes de atenção à saúde (Allegrante e Barry, 2009). Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída em 2006, foi recentemente atualizada (2011), a fim de ampliar a cobertura de serviços, programas, territórios e públicos frente às necessidades de saúde e às demandas sanitárias emergentes (Camelo, 2009). Essa política se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, norteadores do novo modelo de atenção à saúde implantado pelo SUS (Brasil, 2012).

Objetivo: Considerando a complexidade de requisições advindas desse modelo e demandadas aos profissionais e gestores, no nível da atenção básica, o estudo buscou mapear as contribuições do trabalho dos enfermeiros junto às Unidades Básicas e às Equipes de Saúde da Família, à luz das atribuições previstas pela política nacional vigente.

Material e Métodos: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados: BDENF - Enfermagem (Brasil) e LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, abrangendo o período de implantação da nova PNAB (2012-2013). Os descritores utilizados foram: atenção primária; atenção básica; enfermagem; enfermeiros, resultando em um universo inicial de 440 obras. Para a definição do corpus de pesquisa definiu-se como critérios de inclusão: textos completos disponíveis, estudos qualitativos e quantitativos realizados no Brasil e publicados em português e espanhol. Artigos sob forma de projetos, ensaios teóricos e históricos foram excluídos. A coleta e análise dos estudos ocorreram entre agosto e setembro de 2014.

Resultados: Foram incluídos 24 estudos (teses e artigos), de abordagens quali e quantitativas, publicados em nove periódicos nacionais, tendo como principais interlocutores os enfermeiros. Da análise de conteúdo temática originaram-se três categorias: o que os enfermeiros fazem na AB, o que eles pensam (representações) sobre o modelo assistencial preconizado pela AB e o que conhecem a respeito.

Conclusão: As pautas interventivas do enfermeiro estão em processo de transformação, na dialética de rupturas e continuidades, ora atualizando antigas polarizações (assistência e gestão; atendimentos eventuais e programáticos) ora requerendo e protagonizando inovações desde o âmbito da clínica do cuidado, estendendo-se as ações de qualificação do acesso, promoção da saúde, educação em saúde e educação permanente, conforme as diretrizes da PNAB. Os desafios apontam para a contribuição da enfermagem na consolidação do modelo assistencial do SUS, o que pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos e em profissionais para um processo centrado no usuário, onde a clínica ampliada seja o imperativo ético-político da organização dos serviços e da intervenção profissional.

Referências:

ALLEGRANTE, J. P.; BARRY, M. M. Toward Domains of Core Competency for Building Global Capacity in Health Promotion: The Galway Consensus Conference Statement. Health Educ. Behav., v. 36 n. 3, jun. 2009. Disponível em: <http://ped.sagepub.com/content/16/2/05.short>. Acesso em: 01out. 2014.

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

CAMELO, S. H. H. Políticas de recursos humanos: sistema único de saúde, bases legais e implicações para a enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009; 17(4): 589-94.

05| VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GRAVIDEZ: COMUNICAR MELHOR PARA DESOCULTAR O PROBLEMA.

Rosa Maria dos Santos Moreira (14) (19)
Margarida Maria Silva Vieira (4) (37)

rosa@esenfc.pt

(4) Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal.
(14) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Portugal.
(19) Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.
(37) Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal.

Introdução: A violência por parceiro íntimo (VPI) é definida como qualquer comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, psíquico ou sexual aos membros da relação (OMS, 2002). A exposição à VPI durante a gravidez conduz a uma série de fatores de risco, com impacto significativo no bem-estar físico, psíquico e social da mulher, assim como nos resultados perinatais. As prevalências existentes em todo o mundo têm vindo a demonstrar a relevância de se adequar cada vez mais a atenção que é dada à mulher/casal/família desde a assistência pré-natal até ao momento do pós-parto e regresso a casa. O desafio da OMS (2010) para a monitorização do fenómeno e para que se compare indicadores, a nível nacional e internacional, para que se adeqúe e qualifique intervenções, apelam à sensibilização dos profissionais para a identificação precoce, usando de estratégias comunicacionais adequadas e dispondo de contextos facilitadores das mesmas.

Objetivo: Descrever a prevalência da VPI durante a gravidez na Região Centro de Portugal. Refletir sobre a necessidade de melhorar a eficácia da comunicação entre enfermeiro e utente, capaz de facilitar a identificação de exposição à violência durante a gravidez.

Material e Métodos: Estudo Epidemiológico que abrangeu uma amostra de 1219 mulheres puérperas, internadas em Hospitais de Apoio Perinatal e Apoio Perinatal Diferenciado da Região Centro de Portugal. A recolha de dados foi feita por questionário completado com dados no processo clínico, entre Setembro de 2012 e Setembro de 2013. Para obter a prevalência da violência por parceiro íntimo foi usado a Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) na versão CTS15 Questionário Sobre Comportamentos da Relação, Portuguese Tanslation for IDVS (Figueredo, B.). Resultados: Os dados mostram ter havido exposição das mulheres participantes no estudo à VPI durante a gravidez, tendo-se verificado que 41,6% (n=507) das mulheres foram expostas a agressão psicológica, 13,7% (n=167) das mulheres foram expostas a coerção sexual, e 8,4% (n=102) das mulheres foram expostas a agressão física. Dos resultados sabemos que a dimensão do problema poderá ser mais grave, atendendo aos falsos negativos que acreditamos ter nas respostas recolhidas, pela dificuldade que se considera que algumas mulheres tiveram em

responder com a verdade e também pelas recusas que tivemos na participação no estudo. Nas instituições onde foram recolhidos dados, verificou-se não existir à data monitorização sistemática da VPI às mulheres grávidas seguidas nas consultas de vigilância pré-natal.

Conclusão: As prevalências de VPI encontradas no estudo vieram mostrar a dimensão do fenómeno na Região Centro de Portugal e mostrar a relevância de aumentar a atenção dos profissionais de saúde sobre o fenómeno. A implementação de monitorização sistemática de VPI nas consultas pré-natais irá exigir aos profissionais de saúde mais formação sobre o fenómeno, desenvolvimento de habilidades na avaliação do risco e identificação de sinais nãoverbais dos diferentes tipos de violência, assim como repensar a organização das consultas oferecendo espaços que garantam a privacidade, facilitadores da expressão de emoções e da relação de confiança com a grávida. A dificuldade que é sentida existir por parte das mulheres em assumir a violência sofrida, permite algum questionamento sobre quais as melhores estratégias, que os profissionais de saúde devem adotar, para ajudar a mulher a desocultar esse problema. Trabalhar as estratégias comunicacionais que podem ser facilitadoras do trabalho com a vítima de violência, é uma área já identificada (Manita, Ribeiro, Peixoto, 2009) possível de ser desenvolvida e melhorada.

Referências:

FIGUEIREDO, B. – CTS2 Portuguese Translation for IDVS. Disponível em: <http://pubpages.unh.edu/~mas2/CTS-Translations/CTS2/CTS2-Portugese-IDVS-Figueiredo.pdf>

MANITA, C. (Coord.); RIBEIRO, C.; PEIXOTO, C. – Violência Doméstica: Compreender para Intervir, Guia de Boas Práticas para Profissionais de Instituições de Apoio a Vítimas. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, 2009. ISBN 978-972-597-317-2

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002) - Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Violence Prevention: The evidence. (Series of briefings on violence prevention: the evidence), 2010. Disponível em: <http://www.who.int/violenceprevention/publications/en/index.html>

Palavras-chave: Violência Doméstica; Comunicação em Saúde; Enfermagem.

06| PNEUMONIA ASSOCIADA AO VENTILADOR: REVISÃO

Ana Sabrina Sousa (4) (5) (19)

rodrigues.abd@gmail.com

(4) Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal.
(5) Centro Hospitalar de São João (CHSJ) | Portugal.
(19) Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.

Introdução: A Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV) é uma problemática no âmbito das infeções associadas aos cuidados de saúde que adquire elevado destaque nas unidades de cuidados intensivos. È considerada a infeção com maior taxa de mortalidade nestas unidades e com um acréscimo em dias de internamento, bem como em custos hospitalares.

Objetivo: Através deste estudo procuramos caracterizar esta problemática no que concerne às causas, fatores de risco, consequências e incidência na Europa e em Portugal.

Material e Métodos: Como metodologia foi utilizada a revisão integrativa da literatura, tendo a pesquisa decorrido entre Maio e Julho de 2014, com recurso à base de dados Pubmed e de organizações governamentais e europeias dedicadas à área. Como descritores foram utilizados os termos aspiration, pneumonia e ventilator. Também foram consultados documentos da OMS e da DGS. Para aumentar a precisão e exatidão dos resultados, foi utilizado o operador boleano "and". Como critérios de inclusão definimos: artigos originais; últimos 10 anos; línguas portuguesa, inglesa, espanhola, francesa; estudos em humanos e adultos.

Resultados: Através da pesquisa da base de dados Pubmed encontramos 151 artigos. Após leitura do resumo dos mesmos, ou do artigo na íntegra caso o resumo não fornecesse informação necessária para avaliar o enquadramento nos critérios de inclusão, obtivemos 20 artigos. Estes foram então submetidos a avaliação da qualidade através do instrumento Critical Appraisal Skills Programme, pelo que por fim compilamos um total de 15 estudos. Através da pesquisa nos sites da internet da OMS e DGS, encontramos 5 documentos, sendo um deles uma revisão sistemática da epidemiologia das IACS no mundo, dois deles recomendações clinicas e dois relatórios. Percebemos que a PAV tem uma etiologia multifactorial, sendo uma das principais causas a microaspiração de conteúdo gástrico e da orogaringe. Os seus fatores de risco podem ser internos, inerentes á condição da pessoa, como por exemplo a idade, ou externos, como a presença de sonda nasogástrica. Os critérios diagnósticos de PAV assentam em dados clínicos, radiológicos e microbiológicos, definidos criteriosamente por várias entidades, nomeadamente a European Centers for Disease Control and Prevention. Nestes últimos anos, podemos observar uma

tendência decrescente na densidade da incidência de PAV em Portugal, aproximando-se da média europeia. Ainda assim, é um valor bastante elevado, que acarreta implicações económicas, de saúde e de vidas humanas. Portugal, a par dos restantes países Europeus tem-se empenhado em debelar este fenómeno através de programas de controlo de infeção e de resistência microbiana, contudo um longo caminho terá de percorrer para minimizar os seus efeitos.

Conclusão: A PAV na atualidade afirma-se como uma fatalidade acessível a cerca de 51% dos indivíduos admitidos numa UCI, de acordo com alguns autores. Admitindo que exista heterogeneidade na amostra, ainda assim, é uma realidade preocupante, que não deixa nenhum profissional de saúde indiferente. Aliás, no mais recente relatório do PPCIRA encontra-se patente a preocupação com a necessidade de participação das instituições de saúde na implementação de mediadas de prevenção de infeção hospitalar e vigilância epidemiológica. Em consonância com esta tomada de posição, também o Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção, em 2009 revelou a "necessidade de intensificar a vigilância e implementar medidas de prevenção e controlo de infecção mais eficazes. É necessário sobretudo aumentar a adesão dos hospitais aos programas nacionais de vigilância das infecções, dirigidos aos serviços de maior risco, tais como as Unidades de Cuidados Intensivos (HELICS-UCI)"

Referências:

AGBAHT K, DÍAZ E, MUÑOZ E, LISBOA T, GÓMEZ F, DEPUYDT PO, ET AL. Bacteremia in patients with ventilator-associated pneumonia is associated with increased mortality: a study comparing bacteremic vs. nonbacteremic ventilator-associated pneumonia. Crit Care Med. 2007;35:2064-70.

ALLEGRANZI, BENEDETTA, ET AL. 2011. Report on the burden of endemic health care-associated infection. s.l. : World Health Organization, 2011. ISBN 978 92 4 150150 7. American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. Am J Respir Crit Care Med. 2005;171:388- 416.

BERRA L, SAMPSON J, FUMAGALLI J, PANIGADA M, KOLOBOW T: Alternative approaches to ventilator-associated pneumonia prevention. Minerva Anestesiol 2011, 77(3):323-333.

CALVO M, DELPIANO L, CHACON E, JEMENAO I, PENA A, ZAMBRANO A: [Update. Consensus on ventilator associated pneumonia. Second Part: Prophylaxis]. Rev Chilena Infectol 2011, 28(4):316-332.

07| O IMPACTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VIH/SIDA: PORTUGAL, BRASIL E MOÇAMBIQUE.

Maria João Guerra (4) (19) (37)
Glória Zegarra (35) (37)
Patricia Carvalho (4) (11)

mguerra@porto.ucp.pt

(4) Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal.

(11) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo | Brasil.
(19) Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.
(35) Universidade Católica de Moçambique | Moçambique.
(37) Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal

Introdução: A transmissão vertical mãe-filho é a principal responsável pelos casos de AIDS na população infantil e neonatal.Globalmente estima-se que cerca de 23% de AIDS na população neonatal é adquirida por transmissão intra-uterina. Desde a confirmação oficial do primeiro caso de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em 1981 pelo Center for Disease Control (CDC) que o crescimento epidémico tornou necessário ser considerado como um problema de saúde à escala mundial. Nos países desenvolvidos as intervenções para a prevenção da transmissão mãe-filho permitiu a redução das taxas para valores inferiores a 2%. Em 1985, o Center for Diseases Control (CDC) emitiu guidelines para a prevenção da transmissão da infeção perinatal do HIV. Em 2010 a UNAIDS/ONUSIDA elaborou uma agenda global para 2011-2015 com a finalidade de romper a trajetória das infeções pelo HIV/VIH através de 10 metas para alcançar o objetivo zero para novas infeções. Estas metas estabelecidas apresentam também, como meta, eliminar a transmissão vertical do HIV/VIH, e reduzir para metade a mortalidade materna relacionada à AIDS/SIDA.

Objetivo: Identificar as políticas de saúde implementadas nos três países e o seu impacto nos indicadores para a transmissão vertical do vírus e analisar o impacto destas políticas de saúde na Transmissão vertical do VIH/SIDA.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo retrospetivo com base na análise documental dos documentos produzidos nos três países.

Resultados: No Brasil, estima-se uma prevalência de 0,41% das grávidas em todo o território, e que cerca de 12.500 recém-nascidos são expostos ao vírus por ano. A resposta das entidades

brasileiras à epidemia tem permitido uma diminuição das taxas de mortalidade nos últimos dez anos. Moçambique continua situado entre os dez países do mundo mais afetados. Desde 2005, o tema do VIH e da SIDA tem sido integrado em muitos documentos de planificação da política nacional como, por exemplo, no atual Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009. Até Setembro de 2010, cerca de 32.676 mulheres grávidas receberam antiretrovirais para a prevenção da transmissão vertical, correspondendo a 40.8% do total de mulheres grávidas com HIV positivo. Entre 2006-2007 estima-se que mais de 85% das mulheres infetadas com VIH estavam a realizar terapia anti-retroviral e que mais de 96% das grávidas terão realizado pelo menos um teste de VIH durante a gravidez ou no parto. Até Setembro de 2010, cerca de 32.676 mulheres grávidas receberam antiretrovirais para a prevenção da transmissão vertical, correspondendo a 40.8% do total de mulheres grávidas HIV positivo estimadas no país. Em Portugal, os primeiros casos documentados e reportados de infeção com VIH do sexo feminino ocorreram em 1983. Entre 2006-2007 estima-se que mais de 85% das mulheres infetadas com VIH estavam a realizar terapia antiretroviral e mais de 96% das grávidas terão realizado pelo menos um teste de VIH durante a gravidez ou no parto. Desde 2005 que a taxa de transmissão vertical em Portugal tem sido inferior a 2%. A comparação das políticas para a prevenção da transmissão vertical do VIH/SIDA no Brasil, Moçambique e Portugal mostra importantes diferenças.

Conclusão: Este estudo permite destacar os avanços rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento, atenção e apoio que a resposta à epidemia que o Brasil, Moçambique e Portugal vem alcançando.

08| ADAPTAÇÃO DA ESCALA TOULOUSIANA DE COPING A UMA POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES.

Manuela Amaral - Bastos [4] [6] [19]
Beatriz Araújo [4] [37]
Alexandre Castro Caldas [4] [37]

mariamanuelaamaral@gmail.com

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde | Portugal.* [6] Centro Hospitalar do Porto-Hospital de Santo António | Portugal.
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal.*

Introdução: As estratégias de coping utilizadas face a acontecimentos adversos são multidimensionais e articulam os campos comportamental, cognitivo e afetivo. Conhecer as estratégias utilizadas pelos adolescentes fornece dados aos técnicos de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, para uma atuação mais personalisada.

Objetivo: Os objetivos deste estudo são apresentar a validação da Escala Toulousiana de Coping (ETC) para a população adolescente portuguesa e disponibilizar um instrumento de medida fiável para a avaliação das estratégias de coping utilizadas pelos adolescentes.

Material e Métodos: A ETC é um questionário de autorrelato constituído por 51 itens com 5 opções de resposta (tipo likert) previamente traduzida para português e validada com um grupo de jovens adultos. Recorremos a uma amostra não probabilística de conveniência constituída por adolescentes a frequentar o 3º Ciclo do Ensino Básico e o Ensino Secundário em Agrupamentos de Escolas da zona norte de Portugal. Foi solicitada autorização das respetivas Direções e dos pais/encarregados de educação dos participantes no estudo. Foi também solicitada autorização ao Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação para Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar do Ministério da Educação. Relativamente aos adolescentes, recorremos ao consentimento presumido.

Resultados: Previamente à aplicação da ETC foi efetuado um preteste com 7 adolescentes de 14 anos a fim de aferir a compreensão do conteúdo dos itens, tendo sido propostas alterações em 7 itens. A ETC foi aplicada entre dezembro de 2013 e abril de 2014 a 291 adolescentes, com idades

entre os 12 e os 18 anos (M=13,7; Dp=1,13), maioritariamente do sexo feminino (67,4%), a viver com família (97,6%). O agregado familiar é na maioria constituído pelos pais e irmãos (80,1%).

O estudo da dimensionalidade da ETC foi efetuado através duma análise fatorial de componentes principais com rotação ortogonal pelo método varimax dos 51 itens da escala. Dessa análise, retiveram-se os itens com valor-próprio igual ou superior à unidade e as saturações fatoriais dos itens iguais ou superiores a .30. Exceptua-se um dos itens com uma carga fatorial de .29 que foi mantido pelo seu significado concetual e contributo para o fator. Foram identificadas cinco subescalas: Controlo (16 itens), Suporte Social (9 itens); Retraimento, Conversão e Aditividade (12 itens); Distração Social (7 itens) e Recusa (7 itens). Estes cinco fatores explicam no seu conjunto 38.2% da variância total da escala. Para avaliar a fidelidade ou consistência interna do instrumento calculamos o coeficiente Alpha de Cronbach quer para cada iten, quer para a globalidade dos itens. Da análise dos resultados verificamos que os valores da correlação de cada iten com o total da escala, oscilam entre .29 e .54. Tomando os valores por itens, verificamos que a média varia entre 1.4 e 4.2 e o desvio-padrão em torno da unidade (.74 e 1.44). Constatamos, ainda, que os coeficientes Alpha de Cronbach relativos a cada iten, com o total da escala (Alpha global=.85), oscilam entre .84 e .85, localizando-se na categoria de consistência interna "Boa". Estes valores indicam uma boa correlação entre todos os itens e uma boa homogeneidade dos itens e revelam que os itens em conjunto contribuem para as estratégias de coping.

O Coping Global é em média ligeiramente mais elevado nos rapazes (M=159.4). As estratégias de controlo, suporte social e distração social são utilizadas de forma idêntica por rapazes e raparigas. Relativamente às estratégias de retraimento, conversão e aditividade são tendencialmente mais utilizadas pelas raparigas (t=-2.351; gl=266; p=.019) e a recusa pelos rapazes (t=4.325; gl=279; p=.000).

Conclusão: Concluímos que a ETC é um instrumento de medida fiável e pode ser utilizado pelos técnicos de saúde, entre os quais os enfermeiros, de forma a implementarem cuidados preferencialmente proativos, personalizados e direcionados para os problemas detetados.

Referências:

ANTONIAZZI AS, DELL'AGLIO DD, BANDEIRA DR. (1998). O Conceito de Coping: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia 3(2), 273-94.

ESPARBÈS S, SORDES-ADES F, TAP P. (1993). Presentación de l'Echelle de Coping. Actes de las Journées du Laboratoire Personnalisation et Changements Sociaux: Saint Criq: Université de Toulouse-Le Mirail, 89-107.

TAP P, COSTA ES, ALVES MN. (2005). Escala Toutousiana de Coping (ETC): estudo de adaptação à população portuguesa. Psicologia Saúde e Doenças, 6(1):47-56.

PAIS-RIBEIRO JL. (2010). Metodologias de Investigação em Psicologia da Saúde. 3ª ed. Oliveira de Azeméis, Portugal: Livpsic.

ALMEIDA, L. & FREIRE, T. (2008). Metodologia da investigação em psicologia e educação. 5ª ed. Braga: Psiquilíbrios.

Palavras-chave: Coping; Adolescente; Validação; Adaptação Psicológica

09| CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS.

Filipe Rodrigues-Pires [19]

filipepires88@gmail.com

[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*

Introdução: Com a revolução epidemiológica que as sociedades foram vivendo ao longo do século XX, a promoção de estilos de vida saudáveis constitui uma questão fundamental na génese da saúde individual e colectiva. Neste âmbito vários autores são congruentes em afirmar que a não adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente através da ingestão de álcool e consumo de tabaco constitui um atual problema de saúde pública nos estudantes universitários (Jaffe e Archer, 1987; Finley, 2009; Zakletskaia, Wilson e Fleming, 2010).

Objetivo: O presente estudo visou identificar a ingestão de álcool e consumo de tabaco dos estudantes de duas universidades do Porto e duas do Funchal. Pretendeu-se ainda comparar o consumo destes dois comportamentos aditivos entre alunos de enfermagem e alunos de engenharia.

Material e Métodos: Utilizou-se um questionário sociodemográfico, a versão portuguesa do Health Promotion Lifestyle ProfileII (Rodrigues-Pires, Araújo & Martins, 2012) e o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (Ribeiro, 2004). O estudo assumiu um carácter transversal e comparativo, usando uma amostra de conveniência de 749 estudantes de enfermagem e de engenharia, de instituições de ensino superior público Português.

Resultados: Mais de metade dos participantes, 57,3% (429) refere ingerir bebidas alcoólicas e 14,7% (110) menciona ser fumador. Comparando estes dois comportamentos aditivos entre os dois cursos verificou-se que a ingestão de álcool é estatisticamente próxima entre os alunos de enfermagem, 56,2% (335) e os alunos de engenharia, 61,4% (94), contudo no que concerne ao consumo de tabaco, os alunos de engenharia referiram apresentar consumos ligeiramente mais elevados, 20,3% (31) comparativamente com os alunos de enfermagem, 13,3% (79).

A adesão a comportamentos não saudáveis em estudantes universitários poderá estar relacionada com aspectos culturais académicos, à liberdade que existe nas instituições de ensino superior e ainda ao factor de inclusão em novos grupos de amigos. O facto dos estudantes de enfermagem apresentarem menor adesão a estes dois tipos de comportamentos poderá estar associado ao maior acesso à informação que estes têm sobre os malefícios e consequências do uso destas drogas que foram difundidas durante o percurso universitário.

Conclusão: Falar de estilos de vida saudáveis em estudantes universitários constitui uma chave fundamental para obter sociedades cada vez mais saudáveis. Este público assume características

específicas, nomeadamente relacionadas com o facto de serem jovens-adultos em processo de transição. Se esta transição não for devidamente acompanhada, pode comprometer a saúde dos mesmos, pelo que considera-se importante que os jovens-adultos tal como têm projetos de trabalho, familiares, entre outros, também precisam ter projetos de saúde definidos para as suas vidas.

Referências:

FINLEY, B. A. Effect of College Health Course Enrollment on Interest, Knowledge and Behavior. ProQuest LLC, Ed. D. Dissertation, University of Arkansas at Little Rock. 2009.
JAFFE, L. T. & ARCHER, R. P. The Prediction of Drug Use Among College Students From MMPI, MCMI, and Sensation Seeking Scales. Journal of Personality Assessment. 1987, vol. 51, p. 243.
RIBEIRO, J. L. Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. Análise Psicológica. 2004, vol. 22, p. 383–397.
RODRIGUES-PIRES, ARAÚJO & MARTINS. Adaptação do "health promotion lifestyle profile ii" para a população portuguesa. Dissertação de Mestrado, ICBAS, 2012.
ZAKLETSKAIA, L., WILSON, E. & FLEMING, M. F. Alcohol Use in Students Seeking Primary Care Treatment at University Health Services. Journal of American College Health. 2010, vol. 59, p. 217-223.

Palavras-chave: Estilos de vida saudáveis; Álcool; Tabaco; Estudantes Universitários; Enfermagem.

10| ESTRATÉGIAS DE COPING NA ADOLESCÊNCIA.

Manuela Amaral-Bastos [4] [6] [19]
Beatriz Araújo [4] [37]

mariamanuelaamaral@gmail.com

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal.*
[6] *Centro Hospitalar do Porto-Hospital de Santo António | Portugal*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal.*

Introdução: O termo coping é de origem anglosaxónica, e pode ser entendido como o modo de enfrentar as adversidades. Multiplos autores se têm debruçado sobre esta temática, olhando-a de diversas perspetivas e enriquecendo o conceito com os aportes que a investigação tem produzido. Partindo de uma análise dos instrumentos de medida existentes Esparbès, Sordes-Ader e Tap,(1993), propuseram uma escala multidimensional que articula os campos comportamental, cognitivo e afetivo. Foi adaptada e validada para a cultura portuguesa, numa população de adultos jovens, com a designação de Escala Toulousiana de Coping (ETC). Posteriormente, foi validada por nós para uma amostra de adolescentes

Objetivo: Os objetivos deste estudo visam identificar as estratégias de coping utilizadas por adolescentes que frequentam o 3º ciclo do ensino básico e o ensino secundário; relacioná-las com o género, idade, aproveitamento escolar e família do adolescente.

Material e Métodos: Desenvolvemos um estudo transversal, de abordagem quantitativa, com uma amostra de 291 adolescentes, dos 12 aos 18 anos, sendo utilizada a ETC. Trata-se de uma escala de autopreenchimento constituída por 5 dimensões: Controlo; Retraimento, Conversão e Aditividade (RCA); Suporte Social; Distração Social e Recusa, com 51 itens, com formato de resposta tipo likert de 5 pontos. A recolha de dados decorreu de dezembro/2013 a abril/2014, após autorização da Direção dos Agrupamentos Escolares, encarregados de educação dos participantes e Ministério da Educação e Ciência. Relativamente aos adolescentes, fizemos uso de consentimento presumido. Os dados foram analisados a partir do SPSS (versão 22.0 para Windows).

Resultados: A amostra não probabilística de conveniência é constituída por 291 adolescentes maioritariamente do sexo feminino (67.4%) com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, com uma média de idades de 13.7 anos e um desvio padrão de 1.13 anos. Frequentavam o 8º ano

37.8% dos participantes e 24.5% já reprovaram pelo menos um ano. Vivem institucionalizados 1.4% dos participantes e 80.1% vivem com os dois progenitores.

Os participantes obtiveram um Coping Global médio de 158.6 (Min=92; Max=227; Dp=20.3), sendo o Controlo a estratégia mais utilizada e a Recusa a menos utilizada. Ao relacionar as estratégias de Coping com o género, verificamos diferenças estatisticamente significativas na utilização de estratégias de recusa. As raparigas utilizam mais estratégias de RCA mas sem significado estatístico. Para estudar a relação entre as estratégias de Coping e a variável idade definimos 2 grupos etários: 12-14 anos e mais de 15 anos. Constatamos não haver diferenças estatisticamente significativas. Relativamente ao aproveitamento escolar, apuramos a existência de diferenças com significado estatístico nas estratégias de recusa. O Coping Global dos participantes com reprovações é, em média, ligeiramente superior (159.8/158.2) conseguido essencialmente à custa das estratégias de RCA e Recusa. Quanto ao controlo, verificamos que é menos utilizada pelos participantes que reprovaram. Na análise da variável família estudamos os participantes que vivem com família e em instituições, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Contudo, o Coping Global dos que vivem numa instituição é, em média, mais baixo (155.3/158,7). Destacam-se pela menor utilização as estratégias de Controlo e Distração Social e por maior utilização as de RCA. Ao relacionar os participantes que vivem com os dois progenitores com os que vivem com outras pessoas verificamos não existirem diferenças com significado estatístico. O Coping Global é superior nos que vivem com outras pessoas conseguido essencialmente à custa das estratégias de RCA. Destaca-se uma menor utilização das estratégias de controlo.

Conclusão: A amostra de conveniência deste estudo foi constituída por 291 adolescentes, dos 12 aos 18 anos, maioritariamente do sexo feminino. O grupo maior vive com os pais. Apresentam uma percentagem de reprovações importante. O Coping Global médio foi de 158,6 sendo o Controlo e a Recusa as estratégias respetivamente mais e menos utilizadas. A relação das estratégias de Coping com as diferentes variáveis mostrou diferenças com significado estatístico apenas para o género masculino ao utilizarem mais estratégias de Recusa. Nas situações de adversidade verificamos uma maior utilização de estratégias negativas

Referências:

ANTONIAZZI A.S., DELL'AGLIO D.D., BANDEIRA D.R. O Conceito de Coping: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia, 1998, vol.3, nº2, p.273-294.

TAP P., COSTA E.S., ALVES M.N. Escala Toutousiana de Coping (ETC): estudo de adaptação à população portuguesa. Psicologia Saúde e Doenças, 2005, vol.6, nº1, p.47-56.

FARO A., PEREIRA M.E. Estresse: revisão narrativa da evolução conceitual, perspetivas teóricas e metodológicas. Psicologia, Saúde & Doenças, 2013, vol.14, nº1 p.78-100.

FOLKMAN S. Stress, Coping and Hope. Psycho-Oncology, 2010, vol. 19, nº9,p.901-908.

Palavras-chave: Estratégias de coping, adaptação psicológica, adolescentes

11| OS ENFERMEIROS E OS CUIDADOS DEIXADOS POR FAZER.

Maria Clara Braga [4] [19] [37]
Beatriz Araújo [4] [37]
Élvio Jesus [4] [34] [37]

mbraga@porto.ucp.pt

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal.*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[34] *Serviço de Saúde da RAM, E.P.E. | Portugal*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal.*

Introdução: A qualidade dos cuidados prestados tem vindo a ser uma preocupação dos enfermeiros, e sabemos que o planeamento adequado dos cuidados e a sua implementação deverão ser sustentados na prática segura, provendo todos os cuidados necessários aos clientes, contudo a reflexão sobre a prática tem vindo a demostrar que muitos cuidados necessários de enfermagem não são realizados.

Objetivo: Identificar as razões que levam aos enfermeiros a deixar cuidados por fazer em unidades hospitalares de adultos.

Material e Métodos: Revisão da literatura com recurso às bases de dados MEDLINE e CINAHL. Utilizadas as palavras-chave "Missing care", "Care left undone", "Care undone" e "Missed Care" e o período de 2004 a 2014. Com texto integral obtivemos 28 artigos. Depois da leitura dos mesmos foram excluídos: 7 artigos por se tratarem de editoriais de revistas; 2 por serem estudos fora do contexto hospitalar; e 1 realizado em contexto pediátrico. Os restantes 18 artigos reportavam-se a estudos transversais (13), estudos qualitativos e descritivos (3) e análise de conceito (1).

Resultados: A documentação dos cuidados e os cuidados psicossociais(1), e o cuidado holístico(2) são das atividades mais vezes deixadas por fazer pelos enfermeiros. Dentro destes são equacionados o confortar e educar o paciente; já as atividades refletindo os cuidados físicos e a monitorização são os menos frequentemente omitidos (1). Ocorrem mais frequentemente omissões nos turnos em que há sobrecarga de trabalho. Estudos sugerem que o aumento dos eventos adversos no hospital estará relacionado com os cuidados omissos (3). A comunicação foi salientada como um factor que não só compromete a delegação de funções mas também o sucesso das equipas, sendo que as práticas que melhoram o desempenho destas como liderança, orientação, confiança, entre outras, devem ser fomentadas. É valorizado como factor

influenciador da prática o facto dos enfermeiros passarem pouco tempo junto dos clientes (3) (4). Há uma forte correlação com as medidas de gestão já que num ambiente favorável à prática, com uma equipa de enfermagem profissionalmente mais desenvolvida, diminui a omissão de cuidados de enfermagem (3). Vários estudos demonstram que o nível de desenvolvimento de uma equipa de enfermagem é um factor preditivo para os cuidados omissos (5) e que os enfermeiros com maior desenvolvimento académico identificam mais cuidados em falta do que os restantes. Muitos enfermeiros percecionam uma barreira organizacional que impedem a melhor prática de cuidados (2). Para minimizar os cuidados omissos ou deixados por fazer, as organizações devem ser capazes de melhorar a satisfação dos enfermeiros e reduzir a vontade de mudar de local de trabalho. Os enfermeiros estão muitas vezes descentrados da prática, em situações em que falta material, ou a distribuição dos utentes é orientada pelo número e não pela necessidade de cuidados, ou ainda pelo fraco trabalho em equipa, pelo que deve ser criada uma cultura de qualidade e segurança que assegure uma atenção detalhada e documentação dos cuidados que reporte honestamente as omissões em enfermagem.

Conclusão: Nos últimos anos tem-se vindo a verificar uma preocupação crescente com a qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo por base a análise dos indicadores de estrutura, processo e resultado da assistência de enfermagem. Se por um lado parece óbvio que a sobrecarga de trabalho poderá levar à omissão na prática de enfermagem, outros factores como o desenvolvimento profissional, o envolvimento do pessoal, o trabalho em equipa, o burnout ou a representação social da profissão deverão ser mais estudados.

Referências:

Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. Ausserhofer, D, et al., et al. 2014, BMJ Quality and Safety, Vol. 23, pp. 126-135.

The work left undone. Understanding the challenge of providing holistic lung cancer nursing care in the UK. Leary, A, White, J e Yarnell, L. 2014, European Journal of Oncology Nursing, Vol. 18, pp. 23-28.

Nursing care quality and adverse events in US hospitals. Lucero, R. J, Lake, E. T. e Aiken, L. H. . 2010, Journal of Clinical Nursing, pp. 2185-2195.

Variations in nursing care quality across hospitals. Lucero, R J, Lake, E T e Aiken, L. H. 2009, Journal of Advance Nursing, Vols. 65, 11, pp. 2299-2310.

Hospital Variation in Missed Nursing Care. Kalisch, B J, et al., et al. 2011, American Journal Medical Quality, Vols. 26, 4, pp. 291-299."

Palavras-chave: Cuidados omitidos, Cuidados em falta, Qualidade, Enfermagem.

12| VALIDAÇÃO DA ESCALA DO IMPACTO DA DOENÇA DA ONCOLÓGICA NA FAMÍLIA (EIDF).

Goreti Filipa Santos Marques [19] [31]
Beatriz Rodrigues Araújo [4] [37]
Luís Octávio Sá [4] [37]

goreti_marques@hotmail.com

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde | Portugal*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[31] *Instituto Português de Oncologia, Porto – Portugal*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal.*

Introdução: A doença crónica da criança pode ser enquadrada como um fator responsável por alterações na organização e dinâmica familiar podendo causar uma rutura nos projetos de futuro da mesma (Mota, 2002; Riper, 2007). A familia da criança com doença oncológica vai ter de encontrar novas dinâmicas, mobilizar recursos e desenvolver novas competências, de forma a ser capaz de providenciar os cuidados necessários à criança. A criança e a familia passam por uma sucessão de acontecimentos que exigem processos adaptativos num curto espaço de tempo (Silva et al., 2002). A adaptação parental à doença é um aspeto importante e tem influência nos demais membros da família, principalmente ao nível do seu bem-estar. O diagnóstico de uma doença oncológica pediátrica altera o funcionamento familiar, levando a que a atenção dos pais se concentre no filho doente (Steffen et al., 2006).

Objetivo: Analisar as qualidades psicométricas de fiabilidade e a validade de constructo da EIDF e a sua adequação aos pais de crianças com doença oncológica.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritivo, descritivo, transversal e correlacional. Numa amostra de 128 pais de crianças com doença oncológica. Construímos e validados um questionário, cujas questões delimitadas foram sobre o impacto da doença oncológica da criança na família. Os 16 itens selecionados refletem o impacto da doença na vida familiar, nomeadamente, ao nível conjugal, social, económico e tipos de apoio.

Resultados: A escala foi aplicada a 128 pais com idades entre os 30-40, predominantemente casados e cujo cuidador principal da criança era a mãe. A análise de componentes principais revelou que a escala apresentava quatro dimensões (EIDF1- Impacto conjugal; EIDF2- Impacto social; EIDF3- Impacto económico; EIDF4 – Impacto nos apoios à família). A EIDF mostrou uma boa fidelidade em todos os seus domínios. Sendo o alfa de Cronbach total de 0,78. Porém as

dimensões que melhor se correlacionam com a escala são a EIDF2 (dimensão do impacto social) e a EIDF3 (dimensão do impacto económico).

Conclusão: Os resultados obtidos refletem valores amplamente aceitáveis de fidelidade (consistência interna) e validade (validade de conteúdo) quer para a escala total (EIDF) quer para as várias dimensões (EIDF1; EIDF2; EIDF3; EIDF4). Os obtidos com o índice de fidelidade do alpha de Cronbach traduzem a consistência interna associada aos itens que constituem a escala, ou seja, verifica-se um elevado grau de uniformidade e coerência nas respostas dos participantes a cada um dos itens que compõem a escala total e respetivas dimensões (Almeida e Freire, 2007). Neste sentido trata-se de uma escala que contribui para uma análise consistente dos processos que interferem na vida da familia, ao nível da vida conjugal, social, financeira e de impacto de apoios à familia. O impacto da doença para a criança e os seus familiares deve ser compreendido, ou seja, devem ser consideradas as condições socioeconómicas e culturais da criança e da sua familia, uma vez que é nesse contexto que emerge a doença, e é com essa estrutura sociofamiliar que vão responder à situação de doença (Carvalho, 2007). O autor salienta ainda da importância dos profissionais de saúde conhecerem as necessidade e centrarem a sua atenção na família. Peixoto & Santos (2009) referem que o conhecimento por parte dos enfermeiros dos fatores de stress e os seus efeitos na família é indispensável para o planeamento dos cuidados, quer há pessoas doente, quer à família, minimizado os fatores negativos e promovendo aspetos positivos que decorrem da experiência de cuidar. Sendo para isso necessário compreender as mudanças que doença provoca na dinâmica familiar.

Referências:

ALMEIDA L, FREIRE T, Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação. 4ª ed. Braga: Psiquilíbrios; 2007.

BECK, A.; LOPES, M. (2007). Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. Revista Brasileira de Enfermagem. Novembro-dezembro; 60(6): pp670-675.

BELTRÃO, M. R., VASCONCELOS, M. G., & PONTES, C. M. (2007). Câncer infantil: Percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico. Jornal de Pediatria, 83(6), pp. 562-566.

BIELEMANN, V. (2002) – Uma experiência de adoecer e morrer em família. In Elsen, I; Marcon, S.; Silva, M. – O viver em família e a interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá: Eduem.pp.221-246.

BROWN-HELLSTEN, M. (2006) – Doença Crónica, Incapacidade ou Tratamento Terminal para a Criança e Família In Hockenberry, M. & Winkelstein W., Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª Ed., São Paulo: Elsevier, pp.540-770

Palavras-chave: Impacto; Família; Doença Oncológica; Criança.

13| QUANDO QUEM MORRE É A CRIANÇA.

Andréa Rodrigues Brunelli Donnard [20]

rodrigues.abd@gmail.com

[20] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos do | Portugal.*

Introdução: Lidar com crianças em cuidados paliativos oncológicos,nos leva de encontro ao pensar sobre a vida e a morte, o início e o fim. ""Sabemos que é uma das maiores angústias,senão a maior,do ser humano..."(TORRES, 2008; P:13).Ainda na atualidade,em tempos de tecnologias avançadas a morte ainda amedronta e confunde doentes,familiares e profissionais de saúde. A comunicação de diagnósticos e prognósticos reservados suscitam sentimentos em todos os envolvidos,e quando se trata de uma criança as perguntas e comunicações pairam veladas no ar.""Porque tão cedo? Num momento de muita tristeza e revolta,Marcelo desabafou comigo. Eu é que tinha que morrer ... sou mais velho...ouvir isso foi angustiante,eu não tinha palavras,não tinha respostas,não tinha nada..(GILIOLI, 2006; P:128).Assistir a criança terminal irá confrontar com seu estágio de desenvolvimento afetivo e cognitivo, este pequenino ser que aos poucos se percebe e se confronta com sua mortalidade.

Objetivo: Objetiva -se conhecer através do desenvolvimento cognitivo como ela recebe a comunicação do seu estado e da sua terminalidade. Objetiva-se também conhecer as condições dos profissionais de saúde para lidar com a comunicação e acompanhamento em cuidados paliativos.

Material e Métodos: O Método usado é a revisão bibliográfica técnica que dará condições a abrir palco e visualizar os conhecimentos dos profissionais de saúde e como comunicam,acompanham e interagem com as crianças em seus diferentes estágios cognitivos,afetivos e culturais.

Resultados: Observa-se um aumento de tensão,angústia e desconhecimento dos profissionais de saúde aumentando uma comunicação confusa,dificuldade no acompanhamento nos Cuidados Paliativos, desconhecimento do luto antecipatório das crianças e familiares.

Referências:

TORRES, WILMA DA COSTA; A Criança diante da Morte: desafios; São Paulo:Casa do Psicólogo, 2008

GILIOLI, GRAZIELA; O Pequeno Médico:quando a palavra saudade é usada,mas o que sentimos é muito maior do que isso.

DEBORA, DINIZ, Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. Caderno de Saúde Pública;Rio de Janeiro,22(8):1741-1748;agosto,2006

NUNES, DEISE CARDOSO; CARRARO LUCIANE; INCHAUSTE, JOIS GRACIELA; SPERB, TANIA MARA; As Crianças e o Conceito de Morte; Instituto de Psicologia-UFRGS; 2007

LANZA, LARA DE FARIA. SER-CRIANÇA-COM-CÂNCER EM ETAPA FINAL DE TRATAMENTO: sua visão do futuro. Universidade de São Paulo; Escola de Enfermagem Ribeirão Preto. Dissertação de Mestrado

Palavras-chave: Crianças; morte; Cuidados paliativos; comunicação; Cognição.

14| A COMPLEXIDADE DO REGIME TERAPÊUTICO DOS IDOSOS RESIDENTES EM LARES: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE O INTERIOR E O LITORAL NORTE DE PORTUGAL.

Maria Manuela Pereira Machado [13] [19]
Margarida Vieira [4] [37]

mmachado@ese.uminho.pt

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal*
[13] *Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho | Portugal*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal*

Introdução: Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), o envelhecimento da população portuguesa tem vindo a agravar-se na última década, prevendo-se que em 2050 seja o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos, 31,9%. De acordo com a carta social, relatório de 2012, os lares de idosos foram a resposta social com maior taxa de utilização, 93,4%, revelando os elevados níveis de procura. Em Portugal continental, mais de 78.000 pessoas idosas residem em Lares. Só na região norte existem 562 lares, com 18300 residentes. Aproximadamente 70% dos residentes em Lares têm mais de 80 anos, 46% têm 85 ou mais anos e cerca de 78% apresentam alguma dependência. A prevalência de doenças crónicas entre a população idosa é elevada o que vem colocar problemas acrescidos de gestão de recursos e de sustentabilidade das instituições.

Objetivo: 1) identificar as doenças crónicas mais frequentes entre os idosos residentes no interior (lar1) e no litoral (lar2); 2) Caraterizar o regime terapêutico (RT) dos idosos; 3) Analisar a adesão ao RT, a capacidade para gerir o RT e o grau de satisfação com a vigilância/acompanhamento de saúde.

Material e Métodos: Estudo de perfil quantitativo, transversal, descritivo realizado em dois lares, do interior e do litoral norte de Portugal, com 90 e 150 residentes, respetivamente, no período compreendido entre Dezembro de 2013 e Abril de 2014. Participaram no estudo 223 idosos. Foi realizada análise estatística, descritiva e inferencial dos dados, com recurso ao SPSS/PC para Windows, versão 22.

Resultados: A idade dos idosos do lar 1 varia entre 53 e os 100 anos, tendo uma média de 83,5 e um desvio padrão de 9,1.São na sua maioria do sexo feminino (63%), viúva(o)s (53,1%) com um nível de escolaridade baixo (39,5% com o 1º ciclo e 29,6% analfabetos).

No lar 2 a idade dos residentes varia entre 51 e 100 anos, tendo uma média de 84,0 e um desvio padrão de 7,0. Na sua maioria são do sexo feminino (76%) e viúva(o)s (52,1%). Relativamente à escolaridade, 35,2% com o 1º ciclo e 19% analfabetos.

Relativamente à saúde, no lar 1, 77,8% dos participantes não tem consultas de vigilância fora do lar. A maioria (53,1%), aderem às recomendações terapêuticas e 42% não têm capacidade para gerir o RT, necessitando de ajuda de pessoas. 77,8% Têm antecedentes clínicos relevantes. 97,5% Apresentam uma ou várias doenças crónicas e consomem medicamentos diariamente. As doenças reumáticas são as mais frequentes (50,6%), seguidas da Hipertensão (43%), das demências (32,9%), dislipidemias (30,4%), doenças cardíacas (26,6%) e diabetes (24%). O nº de fármacos varia entre 0 e 15, com uma média de 5,9 e um desvio padrão de 2,9. O nº de tomas/dia varia entre 0 e 6, com uma média de 3,4 e um desvio padrão de 1,2. O nº máximo de fármacos/toma, varia entre 0 e 6, com uma média de 3,0 e um desvio padrão de 1,5. Relativamente ao grau de satisfação com o acompanhamento/vigilância de saúde, a maioria estão satisfeitos ou muito satisfeitos (56,8%) e 7,4% pouco satisfeitos.

No lar 2, a maioria (78,9%) não tem consultas de vigilância fora do lar. 48,6% Aderem às recomendações terapêuticas e 42,3% não têm capacidade para gerir o RT, necessitando de ajuda de pessoas. A maioria (53,5%), têm antecedentes clínicos relevantes como cirurgia ortopédica (39,5%) e AVC (27,6%). 90,8% Dos participantes apresentam doenças crónicas e 98,6%, consomem medicamentos diariamente. As doenças crónicas mais frequentes são a hipertensão (55,4%), dislipidemias (49,2%), doenças reumáticas (33,1%), doenças cardíacas (26,2%) e diabetes (22,3%). O consumo de medicamentos varia entre 0 e 13 fármacos com uma média de 6,0 e um desvio padrão de 2,9. O nº de tomas/dia varia entre 0 e 6, com uma média de 2,9 e um desvio padrão de 1,0. O nº máximo de fármacos/toma varia entre 0 e 9, com uma média de 3,5 e um desvio padrão de 1,6. Em relação ao acompanhamento/vigilância de saúde a maioria dos participantes estão satisfeitos ou muito satisfeitos (47,9%) e 4,9% pouco ou nada satisfeitos.

Conclusão: Não se verificam diferenças significativas entre os idosos residentes no interior e no litoral, exceto no que se refere aos antecedentes clínicos, mais frequentes nos idosos residentes no interior (77,8% e 53,5%) e às doenças crónicas - as demências (32,9% e 15,4%) e as doenças reumáticas (50,6% e 33,1%), são mais frequentes entre os idosos residentes no lar do interior, do que no litoral.
O nº de doenças crónicas é elevado e está associado a regimes terapêuticos complexos. A maioria dos residentes necessita de ajuda de pessoas para gerir o RT e está satisfeita com a vigilância/acompanhamento de saúde que é na sua maioria assegurada pelo lar.

Referências:

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2005). Elementos Estatísticos: informação geral – saúde 2003. Lisboa.
PORTUGAL. Ministério da Solidariedade, emprego e segurança social. Carta Social. Rede de equipamentos e serviços: Relatório de 2012.Coordenação do GEP/MSESS. Lisboa"

Palavras-chave: Idosos Lares; Doenças crónicas; Regime terapêutico; Complexidade do RT.

15| DOENÇAS CRÓNICAS EM PORTUGAL: QUAL O CONTRIBUTO DAS CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM PARA O SEU CONHECIMENTO?

Ana Cristina Caramelo [4] [8] [19]
Margarida Vieira [4] [37]
Regina Célia Ermel [40]

caramelo.ana@gmail.com

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal.*
[8] *Centro Social Paroquial S.António | Portugal.*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal.*
[40] *Universidade de Marília | Brasil.*

Introdução: Vivemos mais tempo, mas nos países desenvolvidos são as doenças crónicas e as suas consequências que conduzem a uma morte prematura (WHO, 2014). Estima-se que em Portugal, em 2008, por dados da OMS cerca de 90000 pessoas morreram vítimas de doença crónica (WHO, 2014). Considerando que muitas destas consequências podem ser prevenidas e são a maior causa de aumento com a despesa em saúde é importante que os profissionais de saúde intervenham de forma a minimizar o impacto destas doenças.

Objetivo: Neste sentido, com este trabalho pretendemos saber qual o contributo das ciências de Enfermagem em Portugal para aumentar o conhecimento sobre os fenómenos associados à doença crónica.

Material e Métodos: Foi realizada uma pesquisa electrónica no Repositório Cientifico de Acesso Aberto de Portugal, utilizando as palavras: Doença crónica e Enfermagem.

Foram definidos como critérios de inclusão:

- Estudos realizados no âmbito do doutoramento em Ciências de Enfermagem ou de Enfermagem;
- Publicados desde 2000;
- Com texto integral disponível no repositório;
- Estudos que apenas incluíssem pessoas adultas com doenças crónicas.

Face aos resultados encontrados foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Inicialmente foram encontrados 30 estudos, sendo que 11 foram excluídos por terem sido realizados noutras áreas científicas que não Enfermagem, 7 foram realizados no âmbito de cursos doutoramento em Enfermagem, mas não incluíam na sua população pessoas com doenças crónicas, 3 foram excluídos por terem sido realizados com crianças portadoras de doenças crónicas, e um foi excluído por se tratar de uma tese de mestrado. Assim, foram incluídos nesta revisão 8 teses de doutoramento em Enfermagem relacionadas com doenças crónicas.

Resultados: Os estudos foram publicados entre 2010 e 2013. Das 8 teses, 2 visam pessoas com DPOC e outras 2 visam pessoas com doença crónica no geral. As restantes 4 teses centram-se na dor crónica oncológica, na esclerose múltipla, na hipertensão e na diabetes tipo II.

Quatro estudos publicados utilizaram a metodologia de investigação-acção, 2 têm uma natureza fenomenológica, outro utiliza a teoria fundamentada e um procurou elaborar uma norma de orientação clinica.

O principal foco destes estudos relaciona-se com o autocuidado, nomeadamente com a gestão de processos de doença crónica e do regime terapêutico. A dor e o sofrimento espiritual relacionados com a doença crónica foram os outros focos encontrados. A maioria destes estudos foi realizada em contexto comunitário, sendo que 3 foram desenvolvidos em contexto hospitalar.

Conclusão: Existe um crescente interesse dos enfermeiros pela investigação na área da doença crónica, reflectindo a tendência de aumento de prevalência destas doenças na sociedade actual. Este facto também é concordante com o contexto maioritário onde foram desenvolvidos os estudos. Denota-se que o principal foco de atenção dos enfermeiros se prende com o autocuidado, nomeadamente pela gestão do processo de doença crónica e do regime terapêutico, uma vez que esta é uma área prioritária dos cuidados. E assim, através de uma metodologia de investigação-acção ou de desenvolvimento de normas de orientação clínica existe a produção de novo conhecimento e a avaliação de modelos de intervenção no âmbito do autocuidado das pessoas com doença crónica. Nota-se que apenas dois estudos se centraram na pessoa com doença crónica no geral, sendo que a maioria dos estudos são direccionados para patologias específicas e para pessoas com necessidades especiais dentro dessa patologia, por exemplo pessoas idosas.

Este trabalho apresenta a limitação de apenas se centrar na investigação produzida em Portugal e que encontramos disponível no Repositório Científico Aberto de Portugal, sendo que o conhecimento sobre a doença crónica não se resume apenas ao desenvolvido no nosso país.

Referências:

BASTOS, F. 2012. A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2012. Tese de doutoramento em Enfermagem.

MÁRTIRES, M. 2013. Processos de Cuidar em Enfermagem: Idosos com Hipertensão Arterial. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2013. Tese de Doutoramento em Enfermagem.

PADILHA, M. 2013. Promoção da Gestão do Regime Terapêutico em Clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2013. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor.

SOARES, M. 2012. A Pessoa com Oxigenoterapia de Longa Duração: Estudo sobre o modelo de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário. Porto : Universidade Católica Portuguesa, 2012. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

WHO. 2014. World Health Statistics 2014. Geneva: World Health Organization Press, 2014. ISBN 978 92 4 156471 7.

16| PRÁTICAS HUMANIZADORAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.

Mariana Cabral Schveitzer [4] [19] [42]
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli [11]
Margarida Maria da Silva Vieira [4] [37]

marycabral101@gmail.com

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde | Portugal.*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal.*
(42) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo | Brasil

Introdução: Desde o final do século XX diferentes propostas têm buscado superar impasses técnicos, políticos e éticos na atenção à saúde, tais como integralidade, ações programáticas, promoção da saúde e humanização, entre outras (AYRES, 2007). Uma equipe de saúde necessita de competência técnica, assistencial e gerencial; demanda além da formação básica, outras capacitações, especialmente quando estas competências envolvem trabalhar a escuta, a fala e a relação em grupo (RIMOLI, 2003).

Objetivo: Neste trabalho buscou-se identificar o papel das práticas humanizadoras para os profissionais de saúde na Atenção Básica.

Material e Métodos: Revisão Sistemática e Metassíntese. Esta revisão considerou estudos sobre experiências de profissionais sobre práticas humanizadoras na Atenção Básica. Fontes de informação: artigos científicos publicados nas seguintes bases de dados: PubMed, Web of Science, PysicoInfo, CINAHL, Scopus, BVS e DEDALUS. Coleta de dados: o descritor Atenção Básica foi associado, separadamente, aos seguintes descritores: Acolhimento, Autonomia pessoal, Humanização da Assistência e Saúde Holística. Os estudos selecionados foram avaliados por dois revisores independentes e organizou-se a análise dos resultados por meio de uma versão modificada do Guia de Extração de Dados de Estudos Quantitativos e Qualitativos. As sínteses quantitativa e qualitativa foram feitas por agrupamento em categorias; os achados quantitativos foram tratados de maneira temática para compor as categorias empíricas, chegando-se à metassíntese por um desenho integrado.

Resultados: Selecionaram-se 30 estudos realizados entre 1999-2011 nos Estados Unidos e Brasil. A partir da análise de dados qualitativos e quantitativos obteve-se as seguintes categorias de

análise: atitudes dos profissionais quanto às práticas humanizadoras, oferta de práticas humanizadoras, interface do trabalho em equipe, relação com usuários e práticas humanizadoras.

Conclusão: Ao considerar as diferenças das práticas de saúde, é fundamental fazê-lo no bojo do cuidado humanizado, baseado no acolhimento que desenvolve a escuta qualificada, no vínculo que desvela projetos de vida, e no agir em saúde que valoriza a autonomia e a criatividade da equipe de saúde e dos usuários.

Referências:

AYRES JRCM. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007, p. 127-144.

RIMOLI J. Análise de uma intervenção pedagógica em Centros e Saúde e seu impacto na Assitência e na gestão. In MERHY EE, JUNIOR HMM, RIMOLI J, FRANCO TB, BUENO WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003, p.199-296.

17| REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL EM ANGOLA. PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO ACÇÃO.

João Paulo Batalim Nunes [19]

jpnunes@esesfm.pt

[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*

Introdução: No dia a dia dos cuidados de enfermagem, a mortalidade materna é uma tragédia, pois apresenta impacto substancial em todo o bem-estar do grupo familiar.(1)

O rácio de mortalidade materna (RMM), a nível mundial, é de 210 mortes por cada 100.000 nados vivos. Nos países desenvolvidos, esse valor é de 16 por 100.000, e nos países em desenvolvimento, de 230 por 100.000. Em Angola, o valor estimado é de 460 por 100.000.(2)

A Taxa de mortalidade infantil até aos 5 anos, é um indicador do bem estar das crianças, no que respeita ao estado de saúde e nutrição. Entre 1990 e 2013, assistiu-se a uma redução global de 49% neste indicador.

A África subsaariana, continua a revelar valores elevados; média de 92 mortes por 1.000 nados vivos. Angola é o país, a nível mundial, com valores mais elevados, nesta taxa: 153 por 1.000 nados vivos.(3,4)

O período compreendido entre as 28 semanas de gestação e o primeiro mês de vida é especialmente importante, para o desenvolvimento. Aí serão estabelecidas raízes para a evolução das competências cognitivas e psicossociais. (5). De todas as mortes até à idade de 5 anos, cerca de 50%, ocorrem nos primeiros 28 dias de vida. Os cerca de 50%, restantes, ocorrem num período de cerca de 1800 dias, o que traduz uma probabilidade cerca de 30 vezes superior, de morte no período neonatal (MN).

As intervenções necessárias para abordar as principais causas de morte neonatal, geralmente diferem das necessárias para abordar as causas de morte até aos 5 anos e estão intimamente ligadas às intervenções necessárias para proteger a saúde das mães. As mortes nos primeiros 28 dias de vida, estão, muitas vezes, associadas à qualidade dos cuidados no tempo em torno do parto e podem ser preveníveis ou tratáveis com uma boa relação custo-eficácia.(4)

Objetivo: Melhorar os indicadores RMM e MN, relativamente aos valores publicados pela OMS, em 2013. Actualizar os procedimentos de assistência de enfermagem do CMINSG, face ao preconizado pela OMS, no combate às causas de morte materna e neonatal.

Adaptar os procedimentos follow-up das mulheres e crianças assistidas no CMINSG.

Envolver todos os profissionais do Centro num dinamismo de mudança permanente, em função das respostas à comunidade, em matéria de saúde materno-infantil.

Material e Métodos: Far-se-á um trabalho baseado em metodologia de investigação acção, com (i)análise da realidade, com os profissionais do Centro, relativamente aos indicadores em estudo; (ii)implementação de procedimentos preconizados pela OMS, nesta matéria; (iii)recolha de dados relativos à mortalidade materna e neonatal, de todos os utilizadores do CMINSG. Os dados serão obtidos através dos registos individuais de cada mulher / puérpera. Será também implementado um sistema de follow-up telefónico bidirecional. Serão calculados, o rácio de mortalidade materna e o índice de mortalidade neonatal, relativamente a todos os partos, (cerca de 1500) durante um ano. O sucesso da colheita de dados depende dos enfermeiros do CMINSG e poderá ser condicionado pelo grande afluxo de mulheres, face ao reduzido número de enfermeiros. Após um ano, serão avaliados os indicadores e revistas as alterações implementadas. Serão propostas novas adaptações, resultantes da apreciação de todos os envolvidos no projecto.

Resultados: Foram levantados os problemas éticos abordados nos 10 trabalhos selecionados e realizada interpretação e organização de categorias, segundo a classificação de Lucília Nunes. (1). Constatamos que, na circunstância dos problemas éticos identificados pelos diferentes autores, estes se apresentavam numa tripla dimensão, isto é, nas relações com os utentes e família, nas relações da equipa, e com a organização e o sistema de saúde (1) (2) (3) (4).

Verifica-se que a totalidade da amostra considera a dimensão dos "problemas éticos relacionados com os utentes e família", uma matriz comum dos problemas éticos em enfermagem de Cuidados de Saúde Primários, distanciando-se um pouco dos resultados obtidos nas restantes dimensões.

Na dimensão dos problemas éticos relacionados com as relações com a equipa multidisciplinar, aqueles que dizem respeito à responsabilidade profissional, representam 70% da amostra. Entre outros, foram referidos os problemas com a comunicação dentro da equipa. (1) (2) (3) (4) (5). Os problemas éticos relacionados com o sigilo profissional, constituem o segundo grupo de problemas dentro desta dimensão, logo seguido dos relativos à reflexão profissional, com especial relevo para aqueles que se relacionam com a identidade profissional.

A dimensão dos problemas éticos relacionados com a organização e sistema de saúde, envolve três categorias: as questões relacionadas com a responsabilidade institucional, com a distribuição dos recursos e com a proteção da saúde. As três categorias tiveram expressão muito semelhante.

Procedimentos: Serão construídos guiões de procedimentos, validados pelas autoridades sanitárias de Angola, para a assistência nos 5 âmbitos de acção no CMINSG; Gravidez; Parto; Pós-Parto; Acompanhamento da Criança e do Jovem; Promoção da Saúde Materno-Infantil. Será efectuada formação em serviço, para os enfermeiros do CMINSG. Será construído um guião para os estudantes de enfermagem que estagiam no Centro. Será implementada a prática de telefonema de follow-up, para todas as mulheres e respectivos recém-nascidos, com 3

telefonemas durante a primeira semana do pós parto. Serão registados no processo de cada mulher, todas as intervenções efectuadas.

Referências:

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data - Maternal death surveillance and response, technical guidance information for action to prevent maternal death, World Health Organization, 2013. ISBN 978 92 4 150608 3

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data -Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division, World Health Organization, 2014. ISBN 978 92 4 150722 6.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data - Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival, World Health Organization, 2010. ISBN 978 92 4 159957 3

UNICEF - Levels & Trends in Child Mortality, Report 2014: Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, UNICEF, 2014.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data - Every Newborn: an action plan to end preventable deaths, World Health Organization, 2014. ISBN 978 92 4 150744 8.

18| REVISÃO METODOLÓGICA CRÍTICA DE UMA AMOSTRA DE ESTUDOS SOBRE SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM.

Rafaela Schaefer [4] [19]
Carlise Rigon Dalla Nora[4] [19]
Margarida Vieira [4] [37]

rafaelaschaefer@hotmail.com

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal*

Introdução: As tensões específicas da prática profissional do enfermeiro podem ser determinantes para uma maior probabilidade de vivência de sofrimento moral. Associados à ocorrência do fenômeno estão sintomas de raiva, frustração, ansiedade, impotência, culpa, perda de sono e perda de apetite(1). Com o intuito de construir estratégias de enfrentamento eficazes, é importante perceber se o trabalho que vem sendo desenvolvido possui bons níveis de qualidade metodológica.

Objetivo: Este estudo tem como objetivo realizar uma análise crítica e comparativa dos métodos utilizados em artigos originais sobre sofrimento moral na enfermagem.

Material e Métodos: A revisão integrativa da literatura é um método muito utilizado para localizar, selecionar e avaliar criticamente os trabalhos científicos disponíveis nas principais bases de dados e estabelecer uma síntese do estado do conhecimento acerca do tema de interesse(2). Buscou-se responder às perguntas: qual o tipo de estudo? quais foram os objetivos do estudo? qual é a metodologia proposta e que instrumentos de coleta e de análise de dados foram utilizados? há coerência entre objetivos, método e resultados? As bases de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO foram pesquisadas utilizando a plataforma de busca BVS. Também foram feitas buscas em CINAHL e PUBMED. Os termos moral distress e nurs*, associados às palavras chave ethical problem, quality of health care, ethical competence e coping foram utilizados nas buscas. A pesquisa inicial resultou em 393 estudos. Após o processo de seleção levando em conta critérios de inclusão e exclusão, títulos repetidos e relação com o tema proposto, a amostra final contou com 10 artigos.

Resultados: Metade dos estudos analisados utilizou métodos quantitativos e a outra metade, métodos qualitativos. Os estudos que utilizaram a abordagem quantitativa tiveram um objetivo em comum: examinar o nível e a frequência de sofrimento moral vivenciado pelos enfermeiros em seus serviços, através da Escala de Sofrimento Moral (Moral Distress Scale – MDS)(3). Entretanto, cada um destes estudos buscou ainda associar este objetivo com outros, como características específicas do serviço ou da população. Nos estudos qualitativos os objetivos

demonstraram maior profundidade, buscando explorar ou discutir o sofrimento moral. Para alcançar os objetivos propostos a maioria dos trabalhos quantitativos utilizou uma abordagem transversal. A análise estatística, descritiva e inferencial, dos estudos foi realizada com o apoio de softwares de análise estatística. Nos estudos qualitativos, a abordagem utilizada por cada autor diferiu de acordo com o objetivo pretendido e, também assim, as ferramentas utilizadas para coleta de análise dos dados. O método mais prevalente foi a pesquisa qualitativa descritiva. Todos os estudos demonstraram atenção às exigências éticas para pesquisas envolvendo seres humanos. Dois estudos qualitativos apontaram critérios de qualidade utilizados no processo de coleta e análise de dados, como conversa com pesquisadores experientes, notas de campo detalhadas, envolvimento prolongado e coleta simultânea à análise, ou a seleção e análise aleatória de entrevistas para serem analisadas por outro pesquisador, buscando a consistência dos temas. Uma importante limitação partilhada pela maioria dos estudos quantitativos analisados foi a baixa taxa de participação e/ou retorno dos questionários aplicados, dificultando ou mesmo impedindo a generalização dos dados para outras populações. Todos os estudos quantitativos relataram a presença de sofrimento moral nos locais pesquisados, desde níveis baixos até mais moderados, e as correlações pretendidas foram estabelecidas. A vivência de sofrimento moral nos estudos qualitativos foi unânime e associada à diferentes características, como a incapacidade de responder às necessidades dos pacientes por falta de recursos, autonomia reduzida, situações de fim de vida e conflito de valores.

Conclusão: Mais do que produzir pesquisa é preciso garantir qualidade metodológica, para que os dados encontrados possam ser utilizados para construir ferramentas eficazes de apoio à prática. Todos os estudos analisados seguiram protocolos de pesquisa, quantitativa ou qualitativamente, com o rigor necessário para obter resultados fidedignos.

Referências:

BURSTON AS, TUCKETT AG. Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. Nurs Ethics. 2012;20(3):312-324.

POLIT DF, BECK CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidência para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011.

CORLEY MC, ELSWICK RK, GORMAN M, ET AL. Development and evaluation of a moral distress scale. Journal of Advanced Nursing. 2001; 33(2):250-256.

Palavras-chave: Sofrimento moral; Enfermagem; Ética da enfermagem; Metodologia; Avaliação metodológica.

19| ANÁLISE DO CONCEITO DE SOFRIMENTO MORAL.

Rafaela Schaefer [4] [19]
Carlise Rigon Dalla Nora [4] [19]
Margarida Vieira [4] [37]

rafaelaschaefer@hotmail.com

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal*

Introdução: O sofrimento moral é um fenômeno bastante estudado desde que surgiu na literatura científica da enfermagem pela primeira vez, em uma publicação do filósofo Andrew Jameton de 1984, referindo-se a uma emoção dolorosa experimentada quando o profissional sabe qual ação seria moralmente adequada para determinada situação, mas é impedido de colocá-la em prática por barreiras institucionalizadas (1). O número de estudos abordando o tema só vem a aumentar, demonstrando a crescente prevalência e importância do fenômeno para a enfermagem. Através da análise da literatura é possível identificar críticas ao conceito elaborado por Jamenton, como no que diz respeito à restrição da ação apenas por fatores institucionais, que não leva em consideração outros elementos da prática profissional (2). Desde que o termo foi utilizado pela primeira vez, houve uma grande evolução da enfermagem e das próprias características do trabalho, salientando a necessidade de atualização da linguagem.

Objetivo: Descrever a análise conceitual do termo sofrimento moral.

Material e Métodos: O método de análise de conceito proposto por Walker e Avant(3) busca examinar a estrutura e a função de um conceito, determinando os seus atributos definidores. Auxilia na clarificação de conceitos prevalentes da prática, resultando em uma definição precisa e operacional. Este processo é realizado seguindo alguns passos. Primeiro é preciso selecionar um conceito e determinar os objetivos da análise: o conceito analisado foi o sofrimento moral, com o objetivo de identificar e agrupar seus atributos definidores segundo a literatura atual. A seguir, uma ampla revisão da literatura para facilitar a exploração do conceito: a pesquisa foi feita nas bases de dados Pubmed, Medline, Lilacs, Scielo e Cinahl, através das palavras-chave moral distress, ethics e nurs*, com publicações entre 1980 e 2014. A primeira busca resultou em 1.227 artigos, dois quais foram selecionados 31 para compor a amostra final. Por fim, uma cuidadosa leitura e análise de conteúdo para identificar atributos definidores, antecedentes e consequências.

Resultados: Resultados preliminares demonstram que para a ocorrência do sofrimento moral é necessário, além da existência de uma situação moral desafiadora, que o enfermeiro se sinta moralmente implicado, ou seja, moralmente responsável pelo desfecho da ação. Que as barreiras

podem ser várias além das questões institucionais e envolver questões individuais e características próprias do trabalho. Também, que não é apenas quando é impedido de realizar a ação pretendida que o sofrimento moral pode aparecer, mas também quando a ação pensada não é resolutiva ou ainda de forma retroativa, quando uma ação moral julgada como certa em determinado momento é posteriormente percebida como imoral. O conflito interno pode ser consciente ou inconsciente, uma vez que muitos profissionais não relacionam sua vivência com o sofrimento moral. Por último, que as consequências do fenômeno não são somente negativas, sendo que a ocorrência do sofrimento moral pode sugerir que o profissional tem uma maior sensibilidade moral ou ainda proporcionar uma oportunidade para desenvolver uma reflexão moral acerca da prática.

Conclusão: Este exercício de análise conceitual buscou expandir e atualizar o conceito de sofrimento moral, abordando novos atributos que possam estar relacionados com o fenômeno. Ainda é preciso avançar na análise para chegar à conclusão de elaboração do conceito. Para já, é possível perceber que existem outros fatores relacionados com o fenômeno que precisam ser levados em consideração para que pesquisas e instrumentos futuros possam abordar o conceito de uma forma completa e chegar às conclusões mais precisas, contribuindo cada vez mais para a melhoria da prática de enfermagem.

Referências:

JAMETON A. Nursing Practice: The Ethical Issues. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ. 1984.
PAULY B, ET AL. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. Nurs Ethics. 2009; 16(5):561-573.
WALKER LO & AVANT KC. Strategies for Theory Construction in Nursing, 4th ed. Appleton and Lange, Pearson Prentice Hall, NJ, USA. 2005.

Palavras-chave: Sofrimento moral; Enfermagem; Ética da enfermagem; Análise conceitual; Análise de conceito.

20| SEXUALIDADE, ENVELHECIMENTO E AS NECESSIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Rosa Silva [4] [19] [37]
Analisa Candeias [3] [4] [19]
Luís Sá [4] [37]
Beatriz Araújo [4] [37]

rcgsilva@porto.ucp.pt

[3] *Centro de Hematologia do Ceará | Brasil.*
[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal.*
[19]*Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal.*

Introdução: As alterações demográficas dos países desenvolvidos, implicam uma estruturação e um planeamento dos cuidados de saúde a oferecer a uma população cada vez mais envelhecida (1). Neste contexto, acreditamos que a vivência da sexualidade, componente presente em todos os seres humanos desde o nascimento e com interferência ao nível do bem-estar, satisfação pessoal e social, é um fenómeno que não deixa de existir face ao processo de envelhecimento e, deste modo, merece a total atenção dos profissionais de saúde. Alguns autores afirmam que grande parte da sociedade tenta negar a sexualidade da pessoa idosa (2). Porém, a investigação nesta área e o interesse da comunidade científica têm vindo a aumentar, no sentido de se promover, cada vez mais, a qualidade de vida num envelhecimento que se quer ativo com o máximo de saúde mental (3).

Objetivo: 1)Identificar em que medida a sexualidade durante o envelhecimento pode ser uma área de atenção dos enfermeiros; 2) Explorar a relação existente entre as vivências da sexualidade da pessoa idoso e a saúde mental; 3) Encontrar linhas orientadoras para a valorização da sexualidade do idoso.

Material e Métodos: Estudo qualitativo, que utilizou como estratégia de recolha de dados a consulta a um painel de enfermeiros peritos nas temáticas em estudo: Sexualidade e/ou Saúde Mental e/ou Envelhecimento. Este painel divide-se em dois grupos: enfermeiros no exercício académico (professores) e enfermeiros em exercício clínico, de acordo com um conjunto de critérios que foram previamente definidos – respetivamente, com produção científica na área do envelhecimento e/ou sexualidade e/ou saúde mental, doutoramento na área ou em estudos doutorais, e apresentarem mais de dois anos de prática clínica em meio hospitalar ou comunitário. O contacto foi estabelecido por via eletrónica a total de 26 Enfermeiros - Enfermeiros Peritos Professores (EPP) e Enfermeiros Peritos Clínicos (EPC). As respostas às questões

colocadas foram posteriormente agregadas constituído o corpus de análise deste trabalho. Este corpus foi explorado com base num conjunto de temas e categorias, que foram definidas a posteriori. A análise dos dados foi orientada pelo método análise de conteúdo temática, segundo Bardin (4).

Resultados: Dos 26 enfermeiros contactados por via eletrónica, obtivemos resposta de aproximadamente 46%. A amostra ficou assim composta por 6 EPP e 6EPC. Das respostas às questões colocadas aos EPC e EPP surgiram três temas: Sexualidade, Saúde Mental e Processo de Enfermagem. Do tema Sexualidade, emergiram as categorias: Foco de Atenção, Dimensão, Atividade Sexual; Do tema Saúde Mental: Individualidade, Equilíbrio, Bem-estar; do tema Processo de Enfermagem emergiram as categorias: Intervenções de Enfermagem e Ganhos em Saúde. De realçar que todos os enfermeiros consultados consideraram que, através da Intervenção de Enfermagem centralizada na sexualidade e na saúde mental durante o envelhecimento é possível alcançar Ganhos em Saúde, sendo estas (Intervenção e Ganhos) categorias emergentes e transversais face aos dois temas – Sexualidade e Saúde Mental.

Conclusão: De entre os resultados obtidos, através da abordagem a enfermeiros que consideramos peritos no contexto do envelhecimento e/ou sexualidade, a temática da sexualidade encontra-se como pertinente e com urgência de novos desenvolvimentos, tanto a nível de investigação como a nível de intervenção direta junto dos idosos e das próprias comunidades. Desta forma, concluímos que os objetivos foram satisfeitos, visto que todos os enfermeiros que participaram neste estudo concordaram com o fato da sexualidade ser uma área de atenção urgente para a Enfermagem e que, o equilíbrio vivido de uma sexualidade saudável contribui para o bom estímulo da saúde mental. Igualmente conseguimos encontrar linhas orientadoras para a valorização da sexualidade do idoso, decorrentes das sugestões dos enfermeiros consultados. Referimos que este processo de compreensão não se encontra ainda terminado, pois verifica-se que ainda existe muito a estudar e a investigar neste contexto, que é o da sexualidade no envelhecimento, remetendo-nos para a possibilidade de futuros procedimentos de base científica.

Referências:

EUROSTAT. Demography Report 2010 - Older, more numerous and diverse Europeans. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2011. ISBN: 1831-9440.

MARTIN HERNANDEZ M, RENTERIA DIAZ P, SARDINAS LLERENAS E. Estado clínico y autopercepción de la sexualidad en ancianos con enfoque de género. Rev Cubana de Enfermer. 2009; 25 (1-2):1-9.

WOOD A, RUNCIMAN R, WYLLE K. Trends in Sexual Health: an Indication for Health Ageing? Entre Nous - The european Magazine for Sexual and Reproductive Health: Ageing and Sexual Health. World Health Organization. 2013; (77):8-9.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2004; ISBN: 972-44-1214-8."

Palavras-chave: Sexualidade; Saúde Mental; Saúde Sexual; Envelhecimento; Idoso.

21| AMBIENTES DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM: DO CONCEITO À APLICABILIDADE PRÁTICA EM PORTUGAL.

Sofia Maria Borba Roque [19] [30]
Élvio Henriques Jesus [4] [34] [37]

sofia.m.b.roque@gmail.com

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal.*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[30] *Instituto Politécnico de Portalegre | Portugal.*
[34] *Serviço de Saúde da RAM, E.P.E. | Portugal.*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal*

Introdução: A Enfermagem assume um papel preponderante nos sistemas de saúde, representando o maior grupo de prestadores de cuidados. Segundo o Baumann (2007), a OMS identificou em 2006 uma crise na força de trabalho causada por ambientes de prática (AP) pouco saudáveis. Um AP favorável maximiza a saúde e o bem estar dos enfermeiros, bem como resultados em termos de qualidade e segurança dos doentes e desempenho organizacional.

Objetivo: Descrever a evolução do conceito de Ambientes de Prática de Enfermagem (APE); identificar instrumentos e descrever o mais utilizado na avaliação dos APE; sintetizar resultados de estudos de âmbito alargado, nacionais e internacionais, que avaliem os APE e a segurança do doente; perspetivar estudos que determinem em que medida as características dos APE tem impacto na segurança dos doentes em Portugal.

Material e Métodos: Reflexão teórica fundamentada no estudo crítico de bibliografia relacionada com a temática, percorrendo as etapas: problematização e análise do objecto de estudo; leitura interpretativa de estudos afins; construção reflexiva fundamentada nos conceitos e sua aplicabilidade prática.

Resultados: O conceito mais específico para a Enfermagem acerca dos APE surge associado ao de Magnet Hospital (MH) (Baumann, 2007), nascido da preocupação com a elevada rotatividade de profissionais nos hospitais, em 1980 nos EUA e, consequentemente, pela necessidade de os atrair, reter e motivar. A sua evolução foi demarcada ao longo do tempo pela ação de diferentes agências e programas. Os 5 componentes atuais do conceito MH abarcam o modelo de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde de Donabedian, sendo o respectivo programa reconhecido como o que conduz a melhores APE, com impacto positivo nos cuidados ao cliente (Dariel e Regnaux, 2013; JBI, 2010). A maioria das escalas para medir APE é derivada do Nursing Work

Index. A escala do ambiente de prática do índice de trabalho da Enfermagem (PES- NWI) de Lake (2002) é um dos instrumentos mais referenciados internacionalmente para a avaliação dos APE, estando aprovado pelo National Quality Fórum e Joint Commission e, desde 2012, traduzido para Português (Amaral et al., 2012). Os 31 itens da PES-NWI estão organizados em 5 sub-escalas avaliadas através de uma escala do tipo Likert de concordância com 4 opções de resposta. As sub-escalas poderão ser combinadas permitindo a avaliação do AP: favorável, misto ou desfavorável. O maior estudo desenvolvido internacionalmente, que permite avaliar os APE e a segurança do doente foi o RN4CAST, sendo mais amplo, uma vez que o objetivo principal era estudar o efeito dos modelos de planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem. Sumariamente, pode-se concluir, que nos diferentes países o comportamento organizacional e a presença de enfermeiros qualificados contribuem para a qualidade, eficiência e segurança dos cuidados. No contexto global da segurança dos doentes em Portugal, a DGS e a APDH em 2011, desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar a cultura de segurança, apresentando as dimensões negativas e positivas. Associando os APE e a segurança do doente, desenvolveu-se uma réplica do RN4CAST em Portugal, num projeto liderado pela UCP: RN4CAST@pt. Este também permitiu resultados mais amplos: caracterização do contexto organizacional da prestação de cuidados de enfermagem; análise do seu impacto na saúde ocupacional dos enfermeiros e na qualidade e segurança dos cuidados. Com os dados obtidos, na referida investigação, pretende-se aprofundar a sua análise no que concerne a Portugal de forma que se consiga identificar fatores multinível, dos hospitais Portugueses, que agregados aos APE tenham impacto na segurança dos doentes, segundo a perceção dos enfermeiros.

Conclusão: O conceito de APE é longínquo tendo evoluído ao longo dos tempos. Diferentes instrumentos foram criados na tentativa de avaliar os APE sendo o PES-NWI o mais utilizado face ao reconhecimento por agências de acreditação e a sua integração no estudo RN4CAST. A aplicabilidade alargada em Portugal iniciou-se em 2013, pretendendo-se face ao contexto de crise económica e social demonstrar a evidência da relação entre os recursos e a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem no país.

Referências:

AMARAL ET AL. (2012). Validation of the practice Environment Sacle of the Nursing Work Index (PES- NWI) for the Portuguese nurse population. International Journal of Caring Sciences, Sep/Dec; 5(3): 280-8;

BAUMANN (2007) Ambientes Favoráveis à prática: Condições no trabalho=Cuidados de Qualidade, Conselho Internacional do Enfermeiro. Acedido em 01/10/2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf;

DARIEL, O; REGNAUX, J (2013) Do Magnet®-accredited hospitals show improvements in nurse and patient outcomes compared to non-Magnet hospitals: a systematic review protocol, BI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 11(11) 125-140; JBI (2010) Evidence on determining the impact of Magnet designation on nursing and patient outcomes. Best Practice 14(11), 1-4 Acedido em 05/10/2014 em http://connect.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=5383

LAKE, E. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. Research in Nursing & Health, 25(3), 176-188.

Palavras-chave: Ambientes de prática; Segurança do Doente; PES-NWI; RN4CAST; Serviços Medico cirúrgicos; Enfermagem.

22| CAPACITAR PARA VIVER": O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS UTILIZADORES DO BALNEÁRIO PÚBLICO DE ALCÂNTARA.

Amélia Simões Figueiredo [4] [37]
Ana Resende [19] [37]
Cândida Ferrito [16]
Isabel Rabiais [4] [37]
Sílvia Caldeira [4] [37]

simoesfigueiredo@ics.lisboa.ucp.pt

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde | Portugal.*
[16] *Escola Superior de Saúde de Setúbal - IPS | Portugal.*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal*

Introdução: Um dos eixos estratégicos para o Sistema de Saúde do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 centra-se na promoção da "Cidadania para uma cultura de saúde e bem-estar, de realização dos projetos de vida pessoais, familiares e das comunidades" (1). O conceito de cidadania assenta na responsabilidade de desenvolver a sociedade, através de ações como a participação pública e política para promover o bem-estar e saúde em todas as idades, locais e ocasiões. Também o relatório "Um Futuro para a Saúde" releva o dever das autarquias e das comunidades científicas em promover o bem-estar das populações (2). À Universidade Católica Portuguesa (UCP), no âmbito da sua missão, compete a "inserção na realidade portuguesa mediante o estudo dos seus problemas e a promoção dos valores culturais da comunidade nacional" com recurso à investigação. O protocolo estabelecido com a Junta de Freguesia permitiu a intervenção no Balneário Público de Alcântara (BPA), com a finalidade de contribuir para a capacitação dos utilizadores do BPA para a gestão dos seus processos de saúde/doença, para a tomada de decisão em saúde e dinamizar o trabalho em rede entre recursos sociais e de saúde na comunidade.

Objetivo: Caracterizar o BPA (BP) enquanto recurso comunitário; Caracterizar os utilizadores; Identificar os recursos sociais e de saúde dos utilizadores; Realizar o diagnóstico da situação de saúde dos utilizadores.

Material e Métodos: Estudo descritivo que decorreu entre 15 e 28 de Julho de 2014, através da aplicação de um formulário, constituído por questões de caraterização demográfica e dados de saúde. A amostragem foi convencional. O estudo recebeu parecer positivo da Comissão de Ética da ARSLVT. Os dados forma tratados em SPSS versão 17,0.

Resultados: Estudo descritivo que decorreu entre 15 e 28 de Julho de 2014, através da aplicação de um formulário, constituído por questões de caraterização demográfica e dados de saúde. A amostragem foi convencional. O estudo recebeu parecer positivo da Comissão de Ética da ARSLVT. Os dados forma tratados em SPSS versão 17,0.

Conclusão: As más condições sanitárias e económicas, a solidão, bem como o facto de viver sem abrigo parecem ser os motivos que justificam, na atualidade, a utilização do balneário Público. Os dados de saúde sublinham que este espaço municipal carece da implementação de estratégias de intervenção comunitária, nomeadamente Enfermeiros generalistas e especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Mental com vista à promoção e à gestão dos processos de saúde/doença dos seus utilizadores.

Referências:

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011/2016. Portugal, DGS. Consultado em Janeiro de 2013 e disponível em: http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016

FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN (2014),

Palavras-chave: Capacitar, Diagnóstico, Situação, Saúde, Comunidade.

23| O BALNEÁRIO PÚBLICO DE ALCÂNTARA: UM RECURSO COMUNITÁRIO NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL

Paulo Seabra [19] [37]
Margarida Lourenço [4] [37]
Lurdes Medeiros Garcia [19] [37]
Teresa Rasquillho Vidal [4] [37]
Alexandra Sarreira Santos [19] [37]

pauloseabra@ics.lisboa.ucp.pt

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde | Portugal.*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal*

Introdução: A Saúde Mental é uma prioridade de Saúde Pública, tal como consta do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

Objetivo: Promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida (1).

Sobre os determinantes em saúde, o plano refere que a autoperceção do estado de saúde constitui um indicador de mortalidade e morbilidade. Alerta também para a desigualdade em saúde, relacionada com condições sociais, educacionais e acesso aos cuidados, mais emergentes em populações mais vulneráveis. O protocolo entre a Universidade Católica Portuguesa (UCP) e a Junta de Freguesia de Alcântara constitui uma oportunidade para capacitar os utilizadores do Balneário Público de Alcântara (BPA) para melhor gerirem os seus processos de saúde/doença, para a tomada de decisão em relação à sua saúde, bem como dinamizar o trabalho em rede entre recursos comunitários de saúde mental, enquanto suportes sociais e de saúde. Objetivos: Fazer o diagnóstico da situação de saúde mental dos utilizadores.

Método: Estudo descritivo que decorreu entre 15 e 28 de Julho de 2014, através da aplicação de um formulário, constituído por questões de caraterização demográfica e dados de saúde, incluindo saúde mental. A amostragem foi convencional. O estudo recebeu parecer positivo da Comissão de Ética da ARSLVT. Os dados forma tratados em SPSS versão 17,0.

Resultados: Amostra constituída por 145 participantes. A maioria (60%) vive só; 24,8% refere ter uma doença mental, embora se verifique que apenas 6,9% tenham ido ao Psiquiatra / unidade de saúde de toxicodependência no último ano. Dos 36 participantes com doença mental, verificamos que: a maioria 69,4% é do género masculino; a percentagem é superior nos participantes divorciados (30%) e nos separados (28,6%); superior na faixa etária dos 42-49 anos (33,3%) e

sublinha-se a doença mental nas pessoas com idade superior a 65 anos; a maioria (72,2%) tem crença religiosa, sendo essencialmente católicos (76,9%) e cristãos não católicos (19,2%); a maioria doa utilizadores com doença mental não tem rendimento (55,6%). Também a percentagem dos que vivem sem rendimento é superior nos que não tem doença mental (57,14%) comparando com aqueles com doença mental (55,5%). Nos que têm o mais baixo rendimento verificamos que é superior a percentagem nos que têm doença mental (41,7%). No que se refere a tipologia de habitação, verificamos que é superior a percentagem dos que não têm casa, nem parte de casa, nos participantes com doença mental (41,6%). Quanto ao motivo de utilização do balneário, verificamos é superior a percentagem nos que o fazem por motivos económicos (50%) e nos que tem doença (38,5%). A percentagem de participantes sem abrigo também é superior nos que têm doença (33,3%) face aos que não têm (27,5%).

Conclusão: Os utilizadores do BPA encontram-se numa situação de vulnerabilidade, acrescida pela prevalência de doença mental, que, pelos dados, também é mais frequente nos utilizadores que estão mais sós e com condições menos abonatórias de vida e se acompanhamento na saúde. A continuidade da investigação e da intervenção de profissionais com competências específicas de saúde mental, em articulação com profissionais de saúde comunitária poderão favorecer a melhoria da saúde destes utilizadores.

Referências:

(1) Plano Nacional de Saúde 2011/2016. Portugal, DGS. Consultado em Janeiro de 2013 e disponível em: http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016 Fundação Calouste Gulbenkian (2014), "Um Futuro para a Saúde" – Todos temos um papel a desempenhar.

Palavras-chave: doença mental; sem abrigo; diagnóstico; situação; saúde.

24| IDENTIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA SOFRIMENTO MORAL EM ENFERMEIROS.

Rafaela Schaefer [4] [19]
Carlise Rigon Dalla Nora [4] [19]
Margarida Vieira [4] [37]

rafaelaschaefer@hotmail.com

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde | Portugal*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal*

Introdução: A representação social que hoje temos e fazemos da enfermagem mostra relação com sua vertente histórica atrelada ao cristianismo e à caridade, fazendo perpetuar uma percepção de enfermeiros como seres vocacionados, fadados ao sacrifício pessoal pelo bem dos outros e predispondo à uma naturalização do sofrimento(1). O sofrimento moral aparece na literatura científica da enfermagem em 1984, com a definição de Andrew Jamenton, como o sentimento resultante do impedimento à ação profissional considerada moralmente adequada(2). Um enfermeiro em sofrimento pode experimentar dor, frustração, impotência, angústia e desconforto, além de sintomas como falta de sono, falta de apetite, tristeza, irritação e raiva(3). A ferramenta mais utilizada para avaliar o sofrimento moral foi construída e vem sendo utilizada em âmbito hospitalar, principalmente em ambientes de cuidados críticos(4). Sendo o sofrimento moral um fenômeno não exclusivo do hospital, a necessidade de pesquisa, desenvolvimento e/ou adequação de ferramentas de avaliação para outros contextos de prática torna-se clara.

Objetivo: O objetivo geral do projeto é construir e validar um instrumento para avaliar o risco de sofrimento moral em enfermeiros trabalhadores de instituições de saúde. Para tanto, o primeiro passo é identificar os principais fatores de risco para a ocorrência do fenômeno.

Material e Métodos: Para responder a esse objetivo específico, realizou-se uma revisão da literatura baseado no método da scoping review (5). Este tipo de método difere de uma revisão sistemática porque os autores não costumam avaliar a qualidade dos estudos incluídos e também de uma revisão integrativa porque requer reinterpretação analítica da literatura. Uma scoping review busca mapear rapidamente conceitos fundamentais de determinadas áreas, principais fontes e tipos de evidência disponíveis. Entre as razões para sua utilização, está a possibilidade de resumir e divulgar com mais detalhes os resultados de uma ampla gama de pesquisas na área específica em estudo. Para garantir o rigor deste método de revisão, existe uma estrutura para

sua realização, que inclui cinco fases principais: identificação da questão de pesquisa; identificação de estudos relevantes; seleção dos estudos; mapeamento de dados; e a recolha, compilação e comunicação dos resultados. A questão de pesquisa definida buscou responder ao que é possível identificar na literatura existente sobre os fatores de risco para a ocorrência de sofrimento moral em enfermeiros trabalhadores de instituições de saúde? Os estudos foram selecionados através de bases de dados online da plataforma BVS, Google Scholar e da base PubMed, em buscas realizadas com os termos risk factors/related factors e os conceitos-chave moral distress e nurs*. Foram selecionados 34 estudos para compor a amostra deste trabalho.

Resultados: Os resultados preliminares demonstram uma visão geral da literatura existente e identificam fatores de risco para o sofrimento moral de enfermeiros trabalhadores de instituições de saúde. Os achados foram categorizados em quatro diferentes conjuntos: fatores de risco individuais, com elementos referentes à características ou condições do próprio profissional, como o medo de não terminar o trabalho a tempo, a insegurança ou a realização pessoal reduzida; fatores de risco relacionais, que têm lugar nas diversas relações estabelecidas com outros atores no processo de cuidar, como ser obrigado a realizar um cuidado com o qual não concordo, sentir-se subordinado ao trabalho médico ou a falta de diálogo entre a equipe; fatores de risco institucionais, mais relacionados com fatores como a falta de apoio da instituição, a falta de financiamento e estrutura, ou ainda problemas com normas e políticas institucionais; e fatores de risco sociais, com as questões de gênero, a desvalorização e o desrespeito pela profissão.

Conclusão: A *scoping review* forneceu um preliminar, porém amplo mapa da literatura existente, sem avaliação ou extensa síntese de dados, representando um recurso válido para orientar pesquisas futuras. Com os resultados da *scoping review*, será possível iniciar o processo de construção de um instrumento para identificar o nível de risco de sofrimento moral em enfermeiros trabalhadores de instituições de saúde.

Referências:

BARLEM ELD, LUNARDI VL, LUNARDI GL, ET.AL. Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21(1):293-299.

JAMETON A. Nursing practice: the ethical issues. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. 1984.

FRY ST, HARVEY RM, HURLEY AC, ET AL. Development of a model of moral distress in military nursing. Nursing Ethics. 2002; 9(4):373-387.

CORLEY MC, ELSWICK RK, GORMAN M, ET AL. Development and evaluation of a moral distress scale. Journal of Advanced Nursing. 2001; 33(2):250-256.

ARKSEY H, O'MALLEY L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol 2005;8(1):19–32.

25| A SOCIOPOÉTICA: UM MÉTODO ESPIRITUAL DE PESQUISA.

Michell Ângelo Marques Araújo [43]
Aurilene Lima da Silva [26] [43]
Débora Rodrigues Guerra [26] [39]
Ângela Maria Alves e Souza [43]
Luana Géssica Freire Martins [43]

micenf@yahoo.com.br

[26] *Hospital Dr. Carlos Alberto Stuart Gomes | Brasil*
[39] *Universidade de Fortaleza | Brasil*
[43] *Universidade Federal do Ceará | Brasil.*

Introdução: A pesquisa sociopoética é um novo método desconstrutivista do conhecimento que tem como princípio o protagonismo dos sujeitos da pesquisa como co-responsáveis pelos saberes produzidos, além do reconhecimento da importância do corpo, da criatividade da artística, considerando a dimensão ético-estética-espiritual e política da produção do conhecimento. A sociopoética se apresenta como possibilidade de valorizar os processos subjetivos e comprometer-se com uma maior autonomia dos envolvidos.

Objetivo: Nosso trabalho é uma reflexão teórica, com o objetivo de descrever o método da sociopoética delineando suas bases epistemológicas e seus princípios teóricos, enfatizando seus aspectos espirituais.

Material e Métodos: O método sociopoético foi criado pelo filósofo e pedagogo Jacques Gauthier a partir de suas vivências compartilhadas no movimento de luta dos Kanak, povo indígena da Nova Caledônia, por sua independência contra o colonialismo francês. Foi gerado por meio de uma combinação de conhecimentos trazidos da pedagogia do oprimido, da análise institucional e da esquizoanálise.

Resultados: De Paulo Freire e da pedagogia do oprimido, foi herdado o método do grupo-pesquisador, o qual acredita que os grupos, objetos da pesquisa, podem e devem se tornar autores da pesquisa e da sua aprendizagem, participando também do processo de criação de conhecimento, tornando-se "co-pesquisadores". Trata-se de uma postura de respeito mútuo e de troca entre saberes intelectuais e populares. Da análise institucional - teorizada, entre outros, por René Lourau e George Lapassade -, a sociopoética toma a idéia de dispositivo, entendido como qualquer estrutura que permita tornar visível o que era escondido na vida ordinária, idéia que está no centro da própria possibilidade de analisar, criticar e autocriticar.

Conclusão: Entendemos que divulgar a sociopoética como método espiritual de pesquisa, pode contribuir com a abordagem da dimensão subjetiva, ou em outras práticas de produção de conhecimento comprometidas com a valorização das minorias e esquecidos socialmente.

Referências:

BARROS, R.D.B. Dispositivo em ação: o grupo. Cad. Subj., v.1, n.1. p.97-106, 1996.

GAUTHIER, J.H.M. et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SILVEIRA, L.C. Abrindo coisas e rachando palavras: a utilização dos dispositivos na Sociopoética. In: SANTOS, I. et al. (Orgs.). Prática da pesquisa nas ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 224-41. (Série Atualização em Enfermagem, v.3).

Palavras-chave: Sociopoética; Pesquisa Qualitativa; Metodologia; Enfermagem Espiritualidade.

26| QUALIDADE DE VIDA E GÉNERO.

Ana Cristina Caramelo [4] [8] [19]
Margarida Vieira [4] [37]
Regina Célia Ermel [40]

caramelo.ana@gmail.com

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal.*
[8] *Centro Social Paroquial S.António | Portugal*
[19]*Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal.*
[40] *Universidade de Marília | Brasil.*

Introdução: Desde há alguns anos, o envelhecimento da população tornou-se uma das principais preocupações dos intervenientes do domínio da saúde e começa a influenciar profundamente, a prática dos cuidados de enfermagem1,2,3.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi identificar algumas variáveis associadas à Qualidade de Vida (QdV), como o género das Pessoas Idosas residentes em Lares, e das Pessoas Idosas a frequentarem Centros de Dia (CD´s), no Distrito de Vila Real, Portugal

Material e Métodos: Estudo quantitativo, exploratório, descritivo e com delineamento transversal. Para a colheita de dados utilizou-se o instrumento - World Health Organization Quality of Life – Old Module (WHOQOL-OLD) – é um instrumento de avaliação de QdV, desenvolvido pelo Grupo WHOQOL-OLD da Organização Mundial de Saúde, e validado em Portugal4. Para este estudo, no Distrito de Vila Real, este instrumento foi validado, e contém seis facetas: "Participação Social e Atividades Presentes e Futuras", "Família/Vida Familiar e Atividades Passadas", "Funcionamento Sensorial", "Intimidade", "Morte e Morrer" e "Autonomia".

Selecionou-se todas as Pessoas Idosas, na faixa etária igual ou superior a 65 anos, de ambos os géneros, que aceitaram participar no estudo, apenas empregando como critério de exclusão encontrar-se em estado de deterioração neurológica ou cognitiva impeditiva de responder à escala.

Utilizaram-se as seguintes hipóteses:

A) O índice de QdV das Pessoas Idosas residentes em Lares não difere consoante o género.
B) O índice de QdV das Pessoas Idosas que frequentam CD´s não difere consoante o género.

Resultados: A população ficou constituída por 508 Pessoas Idosas, correspondente a 45,7% desta população, das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS´s) selecionadas.

A) Resultado da análise do índice de QdV das Pessoas Idosas residentes em Lares em função do Género - Não se rejeita a hipótese que nos diz que o índice de Qualidade de Vida da Pessoa Idosa institucionalizada em Lares não difere consoante o género.

B) Resultado da análise do índice de QdV das Pessoas Idosas a frequentar CD´s em função do Género - Não se rejeita a hipótese que nos diz que o índice de QdV da Pessoa Idosa a frequentar CD´s não difere consoante o género.

Quando comparado o índice de QdV em função do género, verificamos que o valor médio do score das Pessoas Idosas residentes em Lares do género masculino é superior ao valor médio do score das Pessoas Idosas, residentes em Lares, do género feminino; o que está em consonância com Ramos (2009), Almeida (2008), Almeida e Rodrigues (2008), Martins (2004), citando estudos realizados em outras regiões de Portugal, mas com outros instrumentos de avaliação de QdV, e com o estudo de Paschoal (2006) que apontam o facto de as mulheres terem tendência a possuir pior QdV, por serem mais velhas, mais doentes, mais pobres e isoladas.

Apesar dos resultados obtidos no nosso trabalho, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o QdV e o género. Assim, não se rejeita a hipótese que nos diz que o índice de QdV das Pessoas Idosas residentes em Lares não difere consoante o Género. Similarmente, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as Pessoas Idosas a frequentar CD´s do género masculino e os do género feminino relativamente à totalidade da escala WHOQOL-OLD; apesar do valor médio do score das Pessoas Idosas a frequentar CD´s do género masculino ser igualmente superior ao valor médio do score das Pessoas Idosas do género feminino.

Conclui-se que essa diferença não é estatisticamente significativa. Assim, não se rejeita a hipótese que nos diz que o índice de QdV da Pessoa Idosa a frequentar CD`s não difere consoante o género.

Conclusão: Face à praticamente inexistência de trabalhos de investigação sobre a QdV de Pessoas Idosas no Distrito de Vila Real, pareceu-nos pertinente a realização deste estudo de avaliação da QdV desta população residente em Lares e a frequentarem CD´s, na população portuguesa. No entanto, o tamanho da amostra não permite a generalização dos resultados à escala nacional. Esperamos ter contribuído para o conhecimento da QdV nas Pessoas Idosas e ter sensibilizado para a importância de se estudar a sua perceção, do ponto de vista deles próprios, e inseridos no contexto das IPSS´s, com o propósito de que os conhecimentos obtidos possam transformar-se em intervenções e estratégias de ações para a saúde, melhorar adequação das IPSS´s à saúde destes idosos, possibilitando-lhes um envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Referências:

RAMOS, M.A.M.B (2009). Perceção da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa. Tese de Mestrado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

ALMEIDA, A., RODRIGUES, V. (2008). A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em Lares. Latino-Americana de Enfermagem, 16 (6).

ALMEIDA, A. J. P. S. (2008). A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares, Aspetos e contextos da Qualidade de Vida. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

MARTINS, R. M. L. (2004). Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu. Tese de Doutoramento não-publicada. Universidade de Extremadura. Badajoz.

PASCHOAL, S. M. P. (2006). Qualidade de vida na velhice. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, Tratado de geriatria e gerontologia (2ª ed., pp. 147-153). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

27| A IDADE E A QUALIDADE DE VIDA.

Ana Cristina Caramelo [4] [8] [19]
Margarida Vieira [4] [37]
Regina Célia Ermel [40]

caramelo.ana@gmail.com

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal.*
[8]*Centro Social Paroquial S.António | Portugal*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal.*
[40] *Universidade de Marília | Brasil.*

Introdução: A mudança demográfica na população mundial que traduz o aumento da população idosa face à diminuição da taxa de natalidade levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a manifestar-se quanto à importância da Qualidade de Vida (QdV) na velhice1,2. A obtenção de dados de caracterização da QdV das Pessoas Idosas pode ser fundamental para dinamizar medidas adequadas a esta população.

Objetivo: O objetivo deste estudo é identificar algumas variáveis associadas à QdV, como o grupo etário das Pessoas Idosas residentes em Lares, e das Pessoas Idosas a frequentarem Centros de Dia (CD´s), no Distrito de Vila Real, Portugal.

Material e Métodos: Estudo quantitativo, exploratório, descritivo e com delineamento transversal. Para a colheita de dados utilizou-se o instrumento - World Health Organization Quality of Life – Old Module (WHOQOL-OLD) – é um instrumento de avaliação de QdV, desenvolvido pelo Grupo WHOQOL-OLD da Organização Mundial de Saúde, e validado em Portuga l4. Selecionou-se todas as Pessoas Idosas, na faixa etária igual ou superior a 65 anos, de ambos os géneros, que aceitaram participar no estudo, apenas empregando como critério de exclusão encontrar-se em estado de deterioração neurológica ou cognitiva impeditiva de responder à escala.Testaram-se as seguintes hipóteses: A): O índice de QdV das Pessoas Idosas residentes em Lares não difere consoante o grupo etário. B): O índice de QdV das Pessoas Idosas que frequentam CD´s não difere consoante o grupo etário.

Resultados: A população ficou constituída por 508 Pessoas Idosas, correspondente a 45,7% desta população, das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS´s) selecionadas.

A) Resultado da análise do índice de QdV das Pessoas Idosas residentes em Lares em função do grupo etário - Não se rejeita a hipótese que nos diz que o índice de Qualidade de Vida da Pessoa Idosa institucionalizada em Lares não difere consoante o grupo etário.

B) Resultado da análise do índice de QdV das Pessoas Idosas a frequentarem CD´s em função do grupo etário - Não se rejeita a hipótese que nos diz que o índice de QdV da Pessoa Idosa a frequentar CD´s não difere consoante o grupo etário.

No que respeita à totalidade da escala, o valor médio do score da QdV das Pessoas Idosas, residentes em Lares, com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos é inferior ao valor médio do score das Pessoas Idosas com idade superior. Não sendo, no entanto, tais diferenças estatisticamente significativas. Assim, não se rejeita a hipótese que nos diz que o índice de QdV da Pessoa Idosa residente em Lares não difere em função do grupo etário.Contrariamente, nos estudos de Almeida (2008), Almeida e Rodrigues (2008) e Martins (2004) verificou-se que à medida que a idade avança, o índice de QdV diminui (existindo diferenças estatisticamente significativas para a amostra total). Se reflectirmos que, com o avançar da idade, existe uma maior probabilidade de surgirem mais problemas de saúde, maior dependência na realização das AVD, mais isolamento e solidão, facilmente se entenderá a existência desta relação. Também no que diz respeito à totalidade da escala, apesar do valor médio do score das Pessoas Idosas a frequentar CD´s com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos ter sido inferior ao valor médio do score das Pessoas Idosas com idade superior, essas diferenças, não são estatisticamente significativas. Assim, não se rejeita a hipótese que nos diz que o índice de QdV da Pessoa Idosa a frequentarem CD´s não difere em função do grupo etário.

Conclusão: Os resultados desta pesquisa permitiram aprofundar o conhecimento sobre a QdV das Pessoas Idosas, residentes em Lares e a frequentarem CD´s, do Distrito de Vila Real, e, igualmente, reforçar que a QdV constitui um construto multidimensional, que as suas próprias perceções têm significados específicos para este grupo etário. No que diz respeito à emergência de um perfil contextual, só é possível nesta população e no seu contexto específico, o que lhe imprime características únicas e irrepetíveis.

Referências:

CARRILHO, M. J., & PATRÍCIO, L. (2013). A situação demográfica recente em Portugal. Revista de Estudos Demográficos, 50, 45-90.

EUROPEAN COMMISSION. (2012). The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060). European Economy, No 2/2012 [Online]. Disponível: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf

ALMEIDA, A., RODRIGUES, V. (2008). A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em Lares. Latino-Americana de Enfermagem, 16 (6).

ALMEIDA, A. J. P. S. (2008). A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares, Aspetos e contextos da Qualidade de Vida. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

MARTINS, R. M. L. (2004). Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu. Tese de Doutoramento não-publicada. Universidade de Extremadura. Badajoz.

28| INTERVENÇÃO ESPIRITUAL NO CUIDADO AO PACIENTE.

Regina Célia Ermel [40]
Ana Cristina Caramelo [4] [8] [19]
Tereza Lais M. Zutin [40]

regisermel@gmail.com

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal.*
[8] *Centro Social Paroquial S.António | Portugal.*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[40] *Universidade de Marília | Brasil.*

Introdução: Falar sobre assuntos espirituais como parte do tratamento, acessando as necessidades espirituais, apoiando as crenças dos pacientes, validando as preocupações religiosas, fazendo as intervenções apropriadas para encontrar as necessidades espirituais, pode ter um número potencial de benefícios e melhorar a capacidade do paciente em lidar com a doença, assim como pode beneficiar a relação profissional de saúde-paciente, estimular a confiança e a crença no tratamento e motivar o apoio e o monitoramento da comunidade. Todos esses fatores aumentam a satisfação com o tratamento médico e de enfermagem e a velocidade da recuperação 1. Nesse sentido, justificamos este estudo, pois fica evidente a importância de que sejam estudadas as necessidades espirituais dos pacientes para que sejam propostas práticas de intervenções adequadas.

Objetivo: Esta pesquisa teve como objetivos conhecer as necessidades espirituais dos pacientes e propor intervenções espirituais.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal. A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Marília – UNIMAR/ABHU e aprovada. A coleta das informações teve início no primeiro semestre do ano de 2014. Foi aplicado um formulário para a obtenção dos dados dos pacientes, contendo, iniciais do nome, idade, sexo, diagnóstico médico (dado coletado no prontuário do paciente), escolaridade e profissão e foi utilizado o instrumento denominado "História Espiritual ACP" (Abordagem Centrada na Pessoa) 2, elaborado pela Faculdade Americana de Médicos e Sociedade Americana de Medicina Interna, possui quatro perguntas: A fé (religião, espiritualidade) é importante para você nesta doença? A fé tem sido importante para você em outras épocas da sua vida? Você tem alguém para falar sobre assuntos religiosos? Você gostaria de explorar assuntos religiosos com alguém? Após a aplicação do questionário e dependendo da

resposta, foi perguntado ao paciente se ele gostaria de receber alguma intervenção espiritual. Trata-se de uma intervenção elaborada pelos pesquisadores da presente investigação que consta de três perguntas: Você gostaria que fizéssemos a leitura de um texto bíblico? Você gostaria que fizéssemos a leitura de um texto religioso? Você gostaria que fizéssemos uma prece juntos? Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (média, desvio padrão, mediana e porcentagens) e serão apresentados em tabelas e gráficos.

Resultados: Participaram desta pesquisa 5 professores e quinze estudantes dos cursos de Medicina e Enfermagem da UNIMAR. Foram entrevistados 64 pacientes de ambos os sexos. Constatamos que 62,5% dos pacientes entrevistados são do sexo feminino, com porcentagem maior na faixa etária variando entre 41 a 60 anos (34,4%); 100% dos entrevistados disseram ter religião e a religião predominante foi a católica (73%). 100% dos pacientes disseram que a fé é importante nessa doença, 98,4% disseram que a fé tem sido importante em outros momentos da sua vida, 75,0% disseram que não têm com quem falar sobre assuntos religiosos no Hospital e 81,3% aceitaram explorar assuntos religiosos no momento da entrevista. Dentre as intervenções propostas, 38,4% dos pacientes quiseram que fizéssemos uma prece juntos, 32,7% quiseram a leitura de um texto bíblico e 28,9% a leitura de um texto religioso (leitura da "Oração ao Anjo da Guarda", por exemplo).

Neste estudo, a prece, foi a intervenção espiritual mais escolhida pelos pacientes, e segundo Caldeira (2011) 3 dentre as intervenções que poderão ser adotadas na prática do cuidado espiritual, rezar com o paciente ou facilitar condições para a oração são intervenções que vão ao encontro das necessidades do ser humano enquanto paciente.

Conclusão: Com esta pesquisa pode-se observar que ao se conhecerem as necessidades espirituais dos pacientes, foi possível propor intervenções espirituais que foram ao encontro de suas necessidades reais, na medida em que foram escolhidas por eles. Foi ainda possível constatar a relevância do tema pesquisado e a necessidade de se ampliarem os conhecimentos em relação à espiritualidade por meio de pesquisas científicas, para que a equipe multiprofissional de saúde possa se apropriar dela como constructo do cuidado para aplicá-la na atenção aos pacientes.

Referências:

KOENIG, H. G. Espiritualidade no cuidado com o paciente: por que, como, quando e o que. São Paulo, Ed. Jornalística, 2005.

LO, B; QUILL, T; TULSKY, J. Discussing palliative care with patients. Annals of Internal Medicine, 130, 744-749, 1999.

CALDEIRA, S. A espiritualidade no cuidar: um imperativo ético. Lisboa, Coisas de Ler, 2011.

Palavras-chave: Espiritualidade, Intervenção Espiritual, Cuidado ao paciente.

29| A HUMANIZAÇÃO DA MORTE NO HOSPITAL E O ESPAÇO PARA O LUTO.

Andréa Rodrigues Brunelli Donnard [20]

rodrigues.abd@gmail.com

[20] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos do | Portugal.*

Introdução: Passamos os últimos anos presenciando grandes mudanças que vem ocorrendo em várias áreas que sustentam a humanidade. Na `área da saúde muito se fez e ainda se tem feito e contribuído em pesquisas, medicamentos,vacinas,transplantes,novas drogas que ajudaram o ser humano na luta de diversas doenças, deixando cada vez mais a saúde mas a morte também hospitalizada e asséptica.Coincidentemente o cotidiano fora do hospital segue o mesmo ritmo. Uma sociedade líquida,sem tempo,consumiste,que não se humaniza nem no morrer.Onde ficou o tempo para a solidariedade entreis homens, criaram-se velórios virtuais, a morte cada vez mais afastada,afinal estamos curando.""A nossa sociedade também está fascinada pela ciência, pela técnica e pelos seus progressos, a ponto de coisificar as pessoas e endeusar a técnica. PESSINI,2004;P:15.Mas começou-se um movimento, talvez um incómodo que provocasse uma busca onde a dignidade, a liberdade da pessoa deveriam ser ponderados na relação médico paciente.Principalmente quando lidamos com uma relação emocional complexa como a criança,os pais e os profissionais de cuidados paliativos.

Objetivo: Este artigo tem como objetivo refletir acerca das mudanças que ocorreram na atualidade e confrontar com a importância da humanização hospitalar, criando espaço para aqueles que escolhem ou o hospital será o único lugar possível fisicamente para morrer,seja possível a vivência de lutos, despedidas de entes queridos, respeito `a dignidade e compreensão de momento tão marcante ao ser humano quanto o nascimento."" Ele chorava baixinho para eu não ouvir, embaixo dos lençóis que puxava todos para ele."" SILVA,2010;P:32.

Material e Métodos: Relato de caso Clínico de uma Criança acometida por Leucemia Linfocítica Aguda (LLA), durante 3 anos até sua morte aos 5 anos no hospital em cuidados paliativos. Através de anotações de atendimentos e observações, recolha de material (dados de desenho).

O procedimento de apresentação do caso e comparação com desenhos feitos por adultos próximos a morte foram autorizados pela mãe do paciente e pelo termo livre e esclarecido aos pacientes adultos.

Conclusão: Constatamos através do acompanhamento da criança em atendimentos de corrida de leito e em sessões programadas criando um setting terapêutico, evolução na colaboração e aderência ao tratamento, diminuição de angústia e possibilidade de expressão de sentimentos de raiva, medo, desconfiança entre outros. Movimento este que só poderia existir com a compreensão de um ser humano com sentimentos e necessidades de se expressar. Foi possível trabalhar o luto, a morte e suas fases dos pais avos e padrinhos em especial,ajudando-os a falar e responder as perguntas sobre o assunto que este fazia. Desta maneira foi criando também um círculo de afeto e espiritualidade já que ele se encontrava na enfermaria. Vivência diferente da criança do quarto particular e da UTIPE. Mobilizou-se toda a ala e criamos uma reunião semanal dirigida pela autora dando enfase a estudo das crianças internadas, ""grupo terapêutico e prevenção de burn-out.

Referências:

PESSINI,LEO,BERTACHINI, LUCIANA (ORG.) Humanização e Cuidados Paliativos;Ipiranga,SP;2004 Edições Loyola

HENNEZEL, MARIE DE, N'os não nos despedimos: uma reflexão sobre o fim da vida; Editorial Noticias; Portugal: 2001

Morte e Luto através das Culturas; PARKES, COLIN MURRAY, LAUNGANI PITTU, YUONG, BILL (ORG) Morte e Luto através da Cultura; Lisboa,Portuga:2003

BALETTA, JANAÍNA BIANCA; O Psicólogo e questões éticas no contexto Hospitalar; Psicópia; Revista √irtual de Psicologia Hospitalar e Saúde. Belo Horizonte. Fev -Jul; 2008, Ano 4.

LISBOA, ALINE VILHENA, FERES-CARNEIRO, TEREZINHA; Quando a Doença assombra e une o grupo familiar. Pulsional; Revista de Psicanálise, P40-48, n185; Dez /2005"

Palavras-chave: Humanização, hospital, luto, morte, criança.

30| COMUNICAÇÃO SOBRE TERAPIAS COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Mariana Cabral Schveitzer [4] [11] [19]
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli [11]
Margarida Maria da Silva Vieira [4] [37]

marycabral101@gmail.com

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde | Portugal*
[11] *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo | Brasil*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal*

Introdução: Melhorar a troca de informações entre a equipe de saúde, desenvolver a escuta e o diálogo com os usuários auxilia na boa comunicação na Atenção Básica. Entre as estratégias comunicacionais utilizadas com pacientes, vale citar: escuta ativa, reafirmações verbais de solicitude, uso de perguntas abertas e toque afetivo (ARAÚJO, 2012). Essas estratégias podem também ser aplicadas na comunicação entre profissionais, de modo a ir além da simples troca de informações. A comunicação faz parte do exercício cotidiano de trabalho e permite articular as inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção (PEDUZZI, 2011).

Objetivo: Neste trabalho buscou-se identificar como ocorre a comunicação sobre terapias complementares na Atenção Básica sob a perspectiva dos profissionais de saúde.

Material e Métodos: Revisão Sistemática e Metassíntese. Esta revisão considerou estudos sobre experiências de profissionais sobre terapias complementares na Atenção Básica. Fontes de informação: artigos científicos publicados nas seguintes bases de dados: Embase, Perienf, PubMed, Web of Science, PysicoInfo, PscicoDoc, CINAHL, Scopus, BVS e DEDALUS. Coleta de dados: o descritor Atenção Básica foi associado, separadamente, aos seguintes descritores: Plantas Medicinais, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Antroposófica. Os estudos selecionados foram avaliados por dois revisores independentes e organizou-se a análise dos resultados por meio de uma versão modificada do Guia de Extração de Dados de Estudos Quantitativos e Qualitativos. As sínteses quantitativa e qualitativa foram feitas por agrupamento

em categorias; os achados quantitativos foram tratados de maneira temática para compor as categorias empíricas, chegando-se à metassíntese por um desenho integrado.

Resultados: Selecionaram-se 44 estudos realizados entre 1986-2011 em Inglês, Português e Espanhol. A partir da análise de dados qualitativos e quantitativos obteve-se as seguintes categorias de análise: comunicação com usuário e com os profissionais sobre terapias complementares.

Conclusão: Fomentar uma melhor comunicação entre profissionais e praticantes de terapias complementares é também promover trabalho em equipe na Atenção Básica. Profissionais que se reconheçam e conheçam as diferentes práticas de trabalho e funções na equipe ajudam a melhorar o processo de trabalho em saúde. Sobre as dificuldades de comunicação entre profissionais e praticantes de terapias complementares foi citada a falta de compreensão de termos específicos das racionalidades: terapias complementares ou medicina ocidental. A atitude geral dos profissionais quanto à dificuldade de convivência de diferentes racionalidades na Atenção Básica incluiu a valorização da formação em medicina convencional e a sugestão de fóruns para apresentar as terapias complementares.

Referências:

ARAUJO MMT, SILVA MJP. Silva. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 121-9.

PEDUZZI M, CARVALHO BG, MANDÚ ENT, SOUZA GC, SILVA JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumento para a construção da prática interprofissional. Physis Revista de Saúde Coletiva 2011, 21 (2):629-646.

31| ACESSO, INTEGRAÇÃO E OFERTA DE TERAPIAS COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Mariana Cabral Schveitzer [4] [11] [19]
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli [11]
Margarida Maria da Silva Vieira [4] [37]

marycabral101@gmail.com

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde | Portugal*
[11] *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo | Brasil*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal*

Introdução: Neste trabalho buscou-se identificar como ocorre o acesso, a integração e a oferta de terapias complementares na Atenção Básica sob a perspectiva dos profissionais de saúde.

Material e Métodos: Revisão Sistemática e Metassíntese. Esta revisão considerou estudos sobre experiências de profissionais sobre terapias complementares na Atenção Básica. Fontes de informação: artigos científicos publicados nas seguintes bases de dados: Embase, Perienf, PubMed, Web of Science, PysicoInfo, PscicoDoc, CINAHL, Scopus, BVS e DEDALUS. Coleta de dados: o descritor Atenção Básica foi associado, separadamente, aos seguintes descritores: Plantas Medicinais, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Antroposófica. Os estudos selecionados foram avaliados por dois revisores independentes e organizou-se a análise dos resultados por meio de uma versão modificada do Guia de Extração de Dados de Estudos Quantitativos e Qualitativos. As sínteses quantitativa e qualitativa foram feitas por agrupamento em categorias; os achados quantitativos foram tratados de maneira temática para compor as categorias empíricas, chegando-se à metassíntese por um desenho integrado.

Resultados: Selecionaram-se 44 estudos realizados entre 1986-2011 em Inglês, Português e Espanhol. A partir da análise de dados qualitativos e quantitativos obteve-se as seguintes categorias de análise: acesso, custo, integração e oferta de terapias complementares. Os resultados indicaram uma posição dos profissionais em favor do acesso de todas as PIC para todos, de modo

a garantir o tratamento adequado de acordo com as concepções de saúde e cuidado de cada racionalidade. Os profissionais relataram que a dificuldade de acesso e a falta de cobertura de seguro são consideradas barreiras para o uso de PIC pelos pacientes. Os resultados indicaram que a cobrança de PIC, presente em países como Austrália, Estados Unidos, Canadá e Alemanha, preocupa os profissionais uma vez que colocam essas práticas como um serviço "deluxe", ou seja, acessível somente para aqueles que podem pagar. Os resultados indicaram que oferecer diferentes racionalidades, que promovem empoderamento dos pacientes e melhor atendimento com maior tempo de consulta, pode resultar em qualidade de vida tanto para pacientes quanto para profissionais e consequente economia de recursos. Os resultados indicaram que profissionais de enfermagem, em relação aos médicos, observaram maior possibilidade de economia ao utilizar PIC na APS. Maior número de profissionais apoiou a integração de PIC na APS, ainda que os resultados tenham se dividido entre qual profissional deve oferecer essas práticas: profissionais de PIC, médicos ou profissionais com registro, como enfermeiros e fisioterapeutas. Também não houve consenso sobre o melhor modelo de integração: nível secundário ou primário. Os resultados indicaram que uma barreira a ser superada para a integração de PIC na APS foi a falta de conhecimento sobre PIC e sobre os profissionais de referencia. A oferta de PIC na APS foi realizada por um membro da equipe ou por um profissional de PIC.

Conclusão: Tecnologias leves, como tempo e bom atendimento, são muitas vezes menosprezadas em relação ao uso de tecnologias duras, uso de aparelhagem ou tecnologia de última geração. Todavia, os resultados indicaram que oferecer diferentes racionalidades, que promovem empoderamento dos pacientes e melhor atendimento com maior tempo de consulta, pode resultar em qualidade de vida tanto para pacientes quanto para profissionais e consequente economia de recursos. A diminuição de custos da APS a partir da oferta de PIC pelos sistemas de saúde não deve ser compreendido pelos profissionais de saúde como objetivo, mas como resultado. É necessário dividir a responsabilidade de cuidado entre profissionais de saúde e usuário, tirar a exclusividade da referência para terapias complementares do profissional médico, e ampliar a oferta de práticas de cuidado na Atenção Básica. Os serviços precisam estar preparados para receber as práticas de saúde das diferentes racionalidades, mas para que o sistema possa atender essas novas demandas, pode ser que legislação específica tenha que ser desenvolvida de modo a assegurar o funcionamento e a continuidade das terapias complementares.

Referências:

CUNHA GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.

DONNELLY D. Integrating complementary medicine within the NHS: a therapist's view of the Liverpool Centre. Complementary Therapies in Medicine (1995) 3, 84-87.

SEALE C, ANDERSON E, KINNERSLEY P. Treatment advice in primary care: a comparative study of nurse practitioners and general practitioners. Journal of Advanced Nursing 2006, 54(5):534–541.

32| UM GUIA DE ATRIBUTOS DA RELAÇÃO EMPÁTICA: PROPOSIÇÃO PARA O ENSINO DE GRADUAÇÃO.

Michell Ângelo Marques Araújo [43]
Géssica Alves da Silva [21]
Paulo Jorge de Oliveira Ferreira [21]
Ângela Maria Alves e Souza [43]
Luana Géssica Freire Martins [43]

micenf@yahoo.com.br

[21] *Faculdade Católica Rainha do Sertão | Brasil.*
[43] *Universidade Federal do Ceará | Brasil.*

Introdução: A habilidade de compreender o outro como tarefa profissional é uma das tarefas mais difíceis a que o homem poderia se propor, pois para executá-la é necessário identificar e interpretar a comunicação de outrem. No relacionamento interpessoal, a empatia consiste, igualmente, em um elemento primordial, pois se refere a capacidade do individuo compreender, sem julgar as experiências positivas e negativas do outro. Cuidar com empatia é entender a situação do outro, ver-se no lugar dele e sentir-se proximidade e igualdade; envolve também atenção as necessidades físicas e psíquicas do ser cuidado.

Objetivo: O estudo teve como objetivos propor um guia de atributos da relação empática e refletir sobre aspectos relevantes na construção de identidade profissional, sustentada na perspectiva do cuidado.

Material e Métodos: Trata-se de uma pesquisa descritiva- exploratória, de cunho qualitativo. A partir de uma revisão de literatura foi construído um instrumento, que depois de validado, foi aplicado aos discentes de 5º e 9º semestres do curso de enfermagem de uma instituição privada de ensino superior.

Resultados: Foi utilizada a análise de conteúdo, a partir de uma leitura minuciosa do material coletado, surgiram três categorias analíticas: 1. A representação conceitual das relações empáticas; 2. Potenciais transformados da "relação empática"; 3. Vivencias da "relação empática".

Conclusão: A partir de nossas reflexões percebemos a relação empática como um componente essencial para o cuidado de enfermagem singular e de qualidade. Enfatizamos ainda, que a construção da mesma depende de inúmeros fatores e disponibilidade do enfermeiro em aplicá-la em suas praticas profissionais, pois trata de algo que só pode ser entendido se for vivenciado pela pessoa.

Referências:

FORMOZO. G. A.; OLIVEIRA, D. C.; COSTA, T. L.; GOMES, A. M. T. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. Rev. Enferm., Rio de Janeiro, UERJ, jan/mar; v. 20, n.1, p.124-7, 2012.

FRITZEN, S. J. Relações humanas interpessoais: Nas convivências grupais e comunitárias.19. ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

SÁ, A. C. O Cuidado Emocional em Saúde. 2. ed. São Paulo: ROBE Editorial, 2003.

WALDOW, V. R. O cuidado na saúde: as relações do eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

Palavras-chave: Empatia; Saúde Mental; Relacionamento Terapêutico; Cuidado Enfermagem.

33| OS PROBLEMAS ÉTICOS EM ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: REVISÃO DA DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA EM PORTUGAL ENTRE 1994 E 2014.

Maria Lúcia Rocha [4] [19] [37]

mlrocha@porto.ucp.pt

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde | Portugal.*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal.*

Introdução: Na atualidade, a saúde entende-se como área de intervenção transdisciplinar (1), num percurso de desenvolvimento nas respostas às necessidades das pessoas. Assiste-se, pois, ao redesenhar da saúde, cada vez menos associada à normalidade do corpo e cada vez mais ligada à normalidade da pessoa, à capacidade de cada um para levar a cabo um projeto de saúde, um compromisso com a existência. Ao contrário do que se verificara até há alguns anos atrás, os cuidados de saúde deixam de se centrar na doença e na técnica para evoluir no sentido da sua prevenção, do bemestar e da relação com a família e o meio ambiente; e esta alteração de paradigma, confere aos Cuidados de Saúde Primários, por inerência, o estatuto de polo dinamizador da mudança.

No seio desta relação bidirecional entre quem cuida e quem recebe cuidados, é importante perceber que estamos, porventura, perante uma realidade diferente que nos coloca, provavelmente, problemas éticos também diferentes.

Pensamos que os problemas éticos que emergem nos Cuidados de Saúde Primários são preocupações diárias similares às situações críticas, dilemáticas, vividas nos cuidados hospitalares (2). Mas, a subtileza envolvida pode fazê-los passar despercebidos, com possíveis consequências desastrosas para os utentes, famílias e comunidades.

Objetivo: Identificar e analisar a divulgação da produção científica acerca dos problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, em Portugal, no período de 1994 a 2014.

Material e Métodos: Trata-se de uma Revisão sistemática da literatura, a partir dos trabalhos realizados e divulgados em Portugal entre 1994 e 2014. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica online, na base de dados "SciELO Portugal" (Scientific Electronic Library Online); e no "RCAAP" (Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal), e também noutras fontes como nas bibliotecas da OE e do ICS - Porto onde consultamos, revistas em versão impressa (ex. Revista Portuguesa de Bioética; Cadernos de Saúde; Revista da Ordem dos Enfermeiros), as dissertações e as teses (não disponíveis em formato digital no RCAAP), assim como livros. No nosso estudo, utilizamos as palavras-chave apenas em português: problema ou dilema ético, enfermeiros e cuidados de saúde primários. Foram selecionados, numa primeira fase, 198 resultados que analisamos em função dos critérios de inclusão e de exclusão que definimos e que sistematicamente aplicamos. Dessa análise foram excluídos 138 e 32 estavam repetidos. E assim, ficamos com 28 documentos; os quais, fomos ler e analisar na íntegra; pelo que, no final, foram eleitos para a nossa amostra apenas 10 trabalhos que satisfaziam os critérios, por nós previamente definidos. Sendo que, dois são artigos, um de investigação e outro de revisão sistemática da literatura; oito estudos de investigação, dos quais seis realizados no âmbito de dissertações de mestrado e dois realizados no âmbito de teses de doutoramento.

Resultados: Foram levantados os problemas éticos abordados nos 10 trabalhos selecionados e realizada interpretação e organização de categorias, segundo a classificação de Lucília Nunes. (1). Constatamos que, na circunstância dos problemas éticos identificados pelos diferentes autores, estes se apresentavam numa tripla dimensão, isto é, nas relações com os utentes e família, nas relações da equipa, e com a organização e o sistema de saúde (1) (2) (3) (4). Verifica-se que a totalidade da amostra considera a dimensão dos "problemas éticos relacionados com os utentes e família", uma matriz comum dos problemas éticos em enfermagem de Cuidados de Saúde Primários, distanciando-se um pouco dos resultados obtidos nas restantes dimensões.

Na dimensão dos problemas éticos relacionados com as relações com a equipa multidisciplinar, aqueles que dizem respeito à responsabilidade profissional, representam 70% da amostra. Entre outros, foram referidos os problemas com a comunicação dentro da equipa. (1) (2) (3) (4) (5). Os problemas éticos relacionados com o sigilo profissional, constituem o segundo grupo de problemas dentro desta dimensão, logo seguido dos relativos à reflexão profissional, com especial relevo para aqueles que se relacionam com a identidade profissional.

A dimensão dos problemas éticos relacionados com a organização e sistema de saúde, envolve três categorias: as questões relacionadas com a responsabilidade institucional, com a distribuição dos recursos e com a proteção da saúde. As três categorias tiveram expressão muito semelhante.

Conclusão: Na revisão realizada encontramos muito pouca produção científica, divulgada em Portugal, que se debruça sobre os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários; facto que nos coloca alguns constrangimentos nos aspetos conclusivos do estudo.

Assim, este trabalho indicia a necessidade de realizar, no futuro, novos estudos mais abrangentes, à escala nacional; que pensamos poder apontar para uma re-humanização da própria profissão de enfermagem.

Referências:

NUNES, LUCILIA. Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Cientificas, Lda, 2006. ISNB:972-8930-17-8.

AMADO, JOÃO DANIEL NEVES. Avaliação da ocorrencia de problemas éticos em Cuidados de Saude Primários. Porto: Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Porto, 2010. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Especialidade de Enfermagem Avançada.

VIEIRA, MARGARIDA MARIA DA SILVA. A importância ética da decisão no cuidar em enfermagem. Lisboa: UCP- Faculdade de Ciência Humanas - Departamento de Ciências da Vida e da Saúde, 1994. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

FERNANDES, SERGIO JOAQUIM DEODATO. Decisão Ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciencias da Saude - Lisboa, 2010. Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

RIBEIRO, CLARA ELISA DIAS DE CARVALHO PEREIRA. Aplicabilidade do Conceiro de Dignidade Humana ao Universo dos Cuidados de Saúde Primários: a óptica do enfermeiro. Porto: s.n., 2010. Trabalho de Projeto a apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Bioética.

Palavras-chave: Espiritualidade, Intervenção Espiritual, Cuidado ao paciente.

34| ESTUDO DE CASO: CONTRIBUIÇÃO DOS CONCEITOS E PRÁTICAS DA POSTUROLOGIA, OSTEOPATIA E TERAPIAS MANUAIS NAS PRÁTICAS DA ENFERMAGEM.

Bruno Soares [19] [37]

brunomgsoares@gmail.com

[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal.*

[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*

[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal*

Introdução: A dor a nível da coluna vertebral é um dos maiores motivos na procura dos cuidados de saúde. A sua importância está latente na frequência com que ocorre, pois estima-se que grande parte da população, senão toda ela, terá ao longo do seu percurso de vida queixas de dor da coluna vertebral. A prevalência destas enfermidades varia com o sexo e com a idade. Há estudos que apontam para uma incidência de 60-80% da população mundial que têm sintomatologia dolorosa a nível da coluna vertebral. A probabilidade de incidência de dores ao longo da coluna em indivíduos de 60 anos atinge os 80%. Sendo que os restantes 20% experimentaram ao longo da vida qualquer tipo de sintomatologia ao longo da coluna vertebral, ou se não a referiram, tomaram-na como uma consequência natural e passageira. Na idade dos 40 anos a maior prevalência recai sobre o sexo feminino e na idade dos 50 prevalece sobre o sexo masculino (Haldman, Scott, 2002).

Objetivos: Os presentes estudos de caso, pretendem como objetivo observar, entender, analisar e descrever testes e intervenções específicas na área da enfermagem, com a influência da Posturologia, Osteopatia e outras terapias manuais, na abordagem às patologias neuro-músculo-esqueléticas (NME) e seu impacto bio-psico-social.

Materiais e Métodos: Apresentou-se aos pacientes, tratados em clínica, que os seus dados seriam utilizados para instrumentos de estudo e apresentação de dados, facto esse que foi do seu consentimento e autorização. Foram a avaliados duas pacientes com patologias NME, com sintomatologias clínicas e queixas a níveis corporais diferentes, ambas do sexo feminino. As pacientes foram selecionadas, apresentando os seguintes critérios de inclusão: • Dor • Alterações da mobilidade da Coluna vertebral • Alterações do tónus muscular • Perturbações sensitivas • Alterações do padrão de sono • Absentismo • Alterações da independência nas atividades de vida (AVD) relacionadas com as suas incapacidades funcionais • Alterações das interações familiares e sociais relacionadas com as incapacidades funcionais • Aceitação da utilização dos seus dados clínicos, sob a forma de assinatura de um consentimento informado. Para avaliação

da situação clínica do paciente e dos resultados obtidos pelas intervenções foi utilizado: • Anamnese • Escala Numérica da Dor • Teste de Convergência Ocular • Teste Olho Mão • Teste de Extensão da Cabeça • Teste de Pressão do músculo Pterigoideo • Teste de Mordida de Krogh-Poulsen • Palpação.

Resultados e discussão: CASO 1 Anamnese: lombo-ciatalgia pós cirurgia de remoção de hérnia discal diagnosticada (dor grau8), alterações sensitivas do membro inferior esquerdo, obstipação crónica, alteração do padrão de, bruxismo nocturno, síndrome vertiginoso, tendinites de repetição a nível dos ombros, parestesias e perda de sensibilidade nos dedos das mãos, perda da autonomia nas AVD. Foi realizado tratamento utilizando técnicas osteopáticas, tenomiofibrólise, alongamentos, ensinos da técnica de marcha e ensinos posturais para dormir. Obteve-se a correcção de todos os testes que acusavam alterações, dor grau 0, mais mobilidade da coluna vertebral, mais flexibilidade muscular, recuperou a sensibilidade a nível do membro inferior esquerdo e dos dedos da mão esquerda. Refere sonos mais tranquilos e mais restabelecedores, apesar de ainda apresentar algum bruxismo (menos intenso), sem perdas de equilíbrio. Realizados cinco tratamentos. CASO 2 Anamnese: dorsalgia à direita (grau 7), após acidente de trabalho, alterações sensitivas no membro superior direito alteração do padrão do sono e perda da autonomia nas AVD várias interrupções laborais. Foi realizado tratamento utilizando técnicas osteopáticas, tenomiofibrólise, alongamentos, ensinos da técnica de marcha e ensinos posturais para dormir. Obteve-se a correcção de todos os testes que acusavam alterações, ausência de dor, retorno á actividade laboral, desempenho de todas as suas tarefas laborais, das suas tarefas e casa, sem necessidade de cuidados dos familiares e normalização do padrão de sono. Realizados três tratamentos.

Conclusão: Obtiveram-se ganhos em saúde significativos em ambos os casos, demonstrando o benefício da metodologia utilizada, sendo uma mais-valia nas patologias do foro NME. Verificou-se uma necessidade de poucos períodos de intervenção para reverter o quadro clínico. A adesão dos pacientes ao tratamento foi positiva permitindo a maximização dos resultados.

Bibliografia: Bricot, Bernard. Posturologia. São Paulo: ícone.

Gagey. Pierre-Marie; Weber, Bernard. Posturologia: Regulação e distúrbios da posição ortostática. São Paulo: Manole, 2000.

Vaz Freixo, Manuel João. Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas. Lisboa: Instituto Piaget, 2009.

Palavras-chave: Enfermagem; Dor; Neuro-músculo-esqueléticas; Posturologia; Osteopatia.

PÓSTERES

01| SMILE-KIDS: ESTUDO DE INTERVENÇÃO SOBRE A TRANSIÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO DIVERSIFICADA

Analisa Candeias [1] [2]
Goreti Mendes [2]
Cristina Martins [2]
Fátima Martins [2]
Rafaela Rosário [2]

acandeias@ese.uminho.pt

[1] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*
[2] *Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho | Portugal*

Introdução: A importância da família na área da saúde está bem documentada, pois a mesma é o primeiro espaço de aprendizagem das crianças, local de aquisição dos estilos de vida saudáveis. As creches são, reconhecidamente, cenários atrativos e populares para a investigação com crianças na medida em que é neste espaço que elas passam um período considerável do dia. Aqui, as crianças podem usufruir de "programas" de promoção e educação para a saúde porque vivem num contexto social interessante pela relação com os educadores. A investigação sugere que na primeira infância as crianças são capazes de controlar a ingestão energética tendo por base as suas necessidades fisiológicas, contudo práticas alimentares que não são sensíveis às necessidades das crianças podem reduzir a sua capacidade regulatória. Para contrariar este cenário, tem sido desenvolvido um número crescente de investigações que implementam programas de intervenção em idades precoces e em creches. Contudo, a definição de melhores práticas está longe do desejável, e é fundamental continuar a desenvolver e implementar programas de intervenção inovadores e criativos, envolvendo os educadores na educação de estilos de vida saudáveis na primeira infância, como é traduzido na presente investigação.

Objetivo: Avaliar o impacto de um programa de intervenção, baseado em competências de pais e educadores de infância relacionadas com a alimentação, no crescimento, desenvolvimento e adesão a novos alimentos na primeira infância.

Material e Métodos: Partimos das hipóteses de que o programa de intervenção está associado: i) ao aumento das competências dos educadores de infância no âmbito da diversificação alimentar no grupo de intervenção; ii) ao crescimento saudável, apropriado para a idade, nomeadamente o comprimento e peso em crianças de cinco e mais meses e, iii) à adaptação saudável por parte das crianças à introdução de novos alimentos. O presente estudo é um ensaio randomizado por *clusters* dirigido a crianças que entram nas creches a partir dos 4 meses de idade. Como pretendemos que a intervenção englobe todas as crianças presentes nas diferentes salas (classes)

da creche, com o intuito de minimizar a contaminação, a unidade de randomização foi a sala. Houve dois períodos de avaliações: antes e após a intervenção. As salas (clusters) foram distribuídas aleatoriamente pelo grupo de intervenção ou controlo, sem conhecimento dos grupos. O programa de intervenção compreendeu simultaneamente a educação e formação de educadores de infância e, consequentemente, a sua mediação junto das crianças. Os dois períodos de avaliações contemplaram a massa corporal e o comprimento das crianças, assim como a utilização de um pacote de instrumentos (de autopreenchimento) dirigidos aos pais das mesmas. O estudo obteve o parecer positivo da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e Saúde com o número de identificação SECVS-004/2013.

Resultados: Os educadores de infância participaram num programa de educação e formação dinamizado pelos investigadores. O programa de intervenção Simple Measures and Interventions Lead to hEalthier-Kids (Smile-Kids) compreendeu sessões centradas na definição de conceitos relacionados com a alimentação, saúde e desenvolvimento infantil (sessão 1); transição para novos alimentos: quando? como? (sessão 2); encorajamento para aceitar novos alimentos (sessão 3) e, a higiene e segurança alimentar (sessão 4). Os educadores foram incentivados a desenvolver estratégias no âmbito dos estilos de vida saudáveis. As crianças do grupo controlo receberam a intervenção convencional das diferentes creches. A informação, obtida pelas duas avaliações referidas anteriormente, encontra-se em processo de análise.

Conclusão: A análise dos hábitos e comportamentos nos primeiros meses de vida, utilizando modelos estatísticos complexos, vai contribuir com conhecimento essencial para responder a questões científicas que permanecem por esclarecer. Os resultados obtidos vão criar as bases para o desenvolvimento de material educativo a ser implementado em creches e com impacto na saúde das populações.

Referências:

BIRCH, L. e FISHER, J. Development of eating behaviors among children and adolescents. Pediatrics, 1998. 101: p. 539-549.

FILDES, A. et al. Parent-administered exposure to increase children's vegetable acceptance: a randomized controlled trial. J Acad Nutr Diet, 2014. 114(6): p. 881-8.

FISHER, J. Effects of age on children's intake of large and self-selected food portions. Obesity (Silver Spring), 2007. 15(2): p. 403-12.

NICKLAUS, S. Development of food variety in children. Appetite, 2009. 52(1): p. 253-5.

WATT, R. et al. Methodological development of an exploratory randomised controlled trial of an early years' nutrition intervention: the CHERRY programme (Choosing Healthy Eating when Really Young). Matern Child Nutr, 2014. 10(2): p. 280-94.

Palavras-chave: Alimentação; Criança; Programa de Intervenção; Educadores; Comportamento Alimentar.

02| ESTADO FUNCIONAL PATERNO 6-8 SEMANAS PÓS-PARTO

Sónia Margarida Santos Coelho [1] [2]
Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes [3]
Ana Catarina Fernandes Barata [4]

smargaridacoelho@gmail.com

[1] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*
[2] *Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego | Portugal*
[3] *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Portugal*
[4] *Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra | Portugal*

Introdução: O papel do pai na sociedade foi mudando ao longo do tempo, decorrente das alterações que a própria sociedade foi sofrendo. Se no passado o pai assumia um papel distante em relação aos filhos, o homem atual envolve-se, demonstra interesse e está presente física e emocionalmente no decorrer da gravidez, parto e puerpério. A parentalidade marca um momento de crise, que à luz do modelo de adaptação de Roy exige uma adaptação e responsabilização dos pais aos novos papéis apresentados. Considerando-se estado funcional o modo adaptativo do desempenho desses papéis.

Objetivo: Os objectivos desta investigação são: avaliar e descrever o estado funcional dos pais 6 a 8 semanas após o parto, analisar a associação entre fatores de natureza sociodemográfica e obstétrica no estado funcional paterno.

Material e Métodos: Para a realização deste estudo descritivo-correlacional e transversal foi aplicado como instrumento de recolha de dados um questionário (constituído por caracterização sociodemográfica e Inventário do Estado Funcional-Pais - IEF-P), após autorização das comissões de ética e aprovação da comissão nacional de proteção de dados (CNPD). Recolha de dados foi na região norte e centro do país. A amostra deste estudo é constituída por 67 pais (amostra não probabilística do tipo acidental).

Resultados: Os idosos institucionalizados, em sua maioria, são do sexo masculino, encontram-se em uma faixa etária 70 e 79 anos, são viúvos e estudaram até o primeiro grau. Os idosos não institucionalizados são, em sua maioria, do sexo feminino, encontram-se em uma faixa etária 60 e 69 anos, são casados e também estudaram até o primeiro grau. O escore médio das facetas avaliadas pelos idosos institucionalizados, em ordem crescente foi: Morte e morrer: (10,62); Funcionamento dos sentidos: (12,48); Autonomia: (12,90); Participação social: (15,00); Atividades

passadas, presente e futuras: (15,71) e Intimidade: (15,71). Entre os idosos não institucionalizados o escore médio também em ordem crescente foi: Morte e morrer: (13,38); Autonomia: (14,24); Funcionamento dos sentidos: (14,33); Participação social: (14,86); Atividades passadas, presente e futuras: (15,38) e Intimidade: (15,86). Os idosos de Marília, institucionalizados ou não, percepcionaram positivamente a sua qualidade de vida e apresentaram bons escores em todas as facetas analisadas por meio do WHOQOL-OLD, sendo que as facetas mais bem avaliadas foram Atividades passadas presentes e futuras e Intimidade, para ambos os grupos.

Discussão: No global os pais possuem um estado funcional paterno razoável. A evidência gerada com o estudo revela que o estado funcional paterno não é influenciado pela idade, habilitações literárias, local de residência, estado civil e paridade. Sendo parcialmente influenciado pela situação profissional e local de vigilância da pré-natal.

Conclusão: A estabilidade profissional parece transmitir estabilidade emocional. Acreditando-se que o homem ao sentir que assegura o sustento da família, se sente também mais disponível para participar nas novas tarefas e responsabilidades. Atualmente, os pais procuram saber tudo sobre o seu filho optando cada vez mais por serviços especializados, cabendo aos profissionais de saúde e nomeadamente aos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, desenvolver competências e demonstrar a qualidade nos cuidados prestados nos cuidados de saúde primários, contribuindo para uma transição e adaptação à parentalidade mais favoráveis.

Referências:

FAWCETT, J; TULMAN, L. – Building a programme of research from the Roy Adaptation Model of Nursing. Journal of Advanced Nursing. ISSN 1363-2648. Vol. 15, nº 6 (1990), p.720-723.

MENDES, I. – Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto. Coimbra: Mar da Palavra, 2009. 305 p. ISBN 978-972-8910-41-9.

MENDES, I; COELHO, S; RODRIGUES, R. – Validation study of the Portuguese version of the inventory of functional status-fathers (IFS-P). In Libro de Ponencias/ Book of Abstracts, 14Th International Nursing Research Conference. Burgos: Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermeria (investén-isciii), 2010. p.110-111. ISBN 84-978-84-693-6791-9

SEVIL, U; ÖZKAN, S. – Fathers´ functional status during pregnancy and the early postnatal period. Midwifery. ISSN 0266-6138. Nº 8 (2009). p. 1-8.

TULMAN, L; FAWCETT, J; WEISS, M. – The Inventory of Functional Status-Fathers: development and psychometric testing. Journal of Nurse Midwifery. ISSN 0091-2182. Vol. 38, nº 5 (Sep. - Oct., 1993). p. 276-282.

03| PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL PARA USO DE COBERTURA PRIMÁRIA DE PLASMA RICO EM PLAQUETAS EM ÚLCERAS CRÓNICAS DIABÉTICAS DE MEMBROS INFERIORES

Alexandre Formighieri de Mello [(1) (2)]
Karin Viegas [(2) (3)]
Cintia Zencker Pasinato [(2)]

alexandre.mello@santacasa.tche.br

[(1)] *Santa Casa de Misericórdia de Portalegre | Brasil*
[(2)] *Universidade do Vale do Rio dos Sinos | Brasil*
[(3)] *Universidade de Ciências da Saúde de Portalegre | Brasil*

Introdução: O tratamento das feridas crônicas, historicamente, é bastante complexo, em especial o de úlceras de membros inferiores de pacientes diabéticos, pois nem sempre resultam em cicatrização e muitas vezes perpetuam-se por meses, podendo acometer os indivíduos por anos. A aplicação de fatores de crescimento na fase de granulação destas feridas tem sido uma alternativa para o estímulo e a efetivação deste processo.

Objetivo: Elaborar um protocolo clínico-assistencial para a cobertura primária de plasma rico em plaquetas em úlceras crônicas diabéticas de membros inferiores.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo exploratório. Os elementos para a elaboração do protocolo foram operacionalizados em quatro etapas: a) observação dos pacientes para a construção da questão de pesquisa; b) busca das evidências, elaboração e execução de revisão sistemática. Para a análise dos resultados foi utilizado à estratégia de hierarquização dos níveis de evidência do sistema de classificação do Oxford Center for Evidence Based Medicine e a Classificação do Grading of Recommendations Assesment, Development and Evaluation; c) avaliação crítica da literatura; d) construção do protocolo e aplicabilidade.

Resultados: A busca bibliográfica nas bases de dados resultou em 1784 artigos, que após a leitura do título e resumos, e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, resultou em 371 artigos. Destes, 47 da LILACS, 89 da COCHRANE e 235 do PUBMED. Os artigos repetidos nas bases e aqueles não encontrados na íntegra foram excluídos, totalizando, no final, 18 artigos. A aplicabilidade do protocolo contou com critérios de inclusão e exclusão dos pacientes, assinatura de termos de consentimento informado, avaliação metabólica dos pacientes, diagnóstico e

avaliação do pé diabético, avaliação e preparo da ferida para aplicação do PRP, preparo e aplicação do PRP, cobertura e monitorização da ferida, critérios de alta

Conclusão: A construção deste protocolo assistencial baseou-se na seleção das melhores práticas e evidências científicas e na experiência profissional dos enfermeiros que contribuíram para este trabalho. Estas recomendações asseguram a qualidade assistencial, um tratamento inovador, padronizado, seguindo todos os preceitos éticos necessários à realização dos procedimentos.

Referências:

ATKINS, D. et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. British Medical Journal. 2004, 328(7454), 1490.

BAKKER; ALPERQVIST; SCHAPER. Practical Guidelines on the Management and Prevention of the Diabetic Foot 2011. Diabetes Metabolism Research and Reviews, 2012, 28(Suppl 1), 225-231.

CAIAFA, J. et al. Atenção integral ao portador de pé diabético. Jornal Vascular Brasileiro, 2011, 10(4 Suppl 2), 1-32.

SLESACZECK, T. et al. Autologous derived, platelet-rich plasma gel in the treatment of nonhealing diabetic foot ulcer: a case report. Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism, 2012, 3(2), 75-78.

04| CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS PARA EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL E USO DOS ALIMENTOS REGIONAIS

Joelna Eline Gomes Lacerda de Freitas Veras [1] [2]
Ádria Marcela Vieira Ferreira [2]
Olinda Costa Mota Teixeira [2]
Julliana dos Santos Aires [2] [3]
Lorena Barbosa Ximenes [2]

joelnaveras@yahoo.com.br

[1] *Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura | Brasil*
[2] *Universidade Federal do Ceará | Brasil*
[3] *Escola de Saúde Pública do Ceará | Brasil*

Introdução: Para minimizar a situação de insegurança alimentar de uma região, uma das alternativas que o profissional de saúde pode implementar em suas ações é a Educação Alimentar e Nutricional (EAN), sendo associada aos hábitos alimentares saudáveis e baseada na cultura regional; tendo em vista os alimentos regionais. A EAN evidencia que a integração entre a teoria e prática será favorecida quando forem utilizadas as abordagens educativas e pedagógicas, e os processos problematizadores, que incorporem as práticas populares, contextualizados na realidade dos indivíduos, possibilitando o diálogo entre profissionais de saúde e a população[1]. Para tanto, é oportuno que o enfermeiro, como promotor em saúde e educador, tenha uma capacitação adequada e preparo que garantam a efetividade das práticas educativas[2].

Objetivo: Descrever uma capacitação realizada com enfermeiros para educação alimentar e nutricional e uso dos alimentos regionais.

Material e Métodos: Estudo descritivo, realizado na Secretaria de saúde da zona rural de Maranguape - Ceará, em Setembro de 2014.Usou-se uma amostra de 9 enfermeiras que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) deste município.Utilizou-se como tecnologia educativa um álbum seriado: "Alimentos regionais - promovendo a segurança alimentar" utilizado durante a oficina de capacitação.

Aspectos Éticos: O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o Protocolo nº 353/11, sendo considerados os aspectos éticos de acordo com o preconizado pela Resolução 466/2012.

Resultados: A oficina de capacitação ocorreu em 7 partes descritas abaixo: 1ªparte: Entrega de material, realização de dinâmica de acolhimento com as enfermeiras; 2ª parte: aplicação do pré-teste de conhecimento teórico; 3ª parte: apresentação do álbum seriado sobre alimentos regionais. Este álbum contém 7 figuras e 6 fichas-roteiro que servem como um roteiro norteador para o profissional facilitador; 4ª parte: intervalo da oficina, onde as enfermeiras fizeram a degustação das receitas regionais referidas no álbum; 5ª parte: aplicação do álbum pela pesquisadora com as enfermeiras, de forma que elas puderam vivenciar a prática educativa e a metodologia dialógica; 6ª parte: atividade prática, onde cada participante aplicou uma figura do álbum; 7ª parte: avaliação da oficina de capacitação pelas enfermeiras. Por fim, uma semana após o término da oficina, as enfermeiras responderam ao pós-teste de conhecimento teórico, para que futuramente se possa analisar se houve aumento no conhecimento teórico delas após a capacitação.

Conclusão: A capacitação torna-se necessária à medida que permite a atualização dos profissionais e a melhoria da atuação da prática profissional[3]. Além disso, ao se apropriar de uma tecnologia inovadora no processo educativo, a sua utilização requer um preparo anterior que garanta a efetividade do material utilizado.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas. Brasília, 2012a. Disponível em: http://fs.unb.br/opsan/consulta-publica/pdf/ Marco_referencia_Textocompleto.pdf. Acesso em: 01 out 2014.

KEALEY, K. et al. Teacher training as a behavior change process: principles and results from a longitudinal study. Health Educ Behav, v. 27, n. 1, p. 64-81, 2000.

PASCHOAL, A; MANTOVANI, M; MÉIER, M. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. REEUSP 2007; 41(3):478-84.

05| INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA NO BRASIL

Ana Cristina Lima Mimoso Caramelo [1] [2]
Regina Célia Ermel [3]
Margarida Maria da Silva Vieira [1]

caramelo.ana@gmail.com

[1] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*
[2] *Centro Social Paroquial S.António | Portugal*
[3] *Universidade de Marília | Brasil*

Introdução: Qualidade de vida (QV) é termo abrangente, subjetivo e polissêmico. No Brasil, a população acima de 60 anos está a crescer. O cenário demográfico apresenta estrutura etária mais envelhecida, com queda de fecundidade, significativo aumento da esperança de vida, redução no número de jovens e aumento no número de idosos2. Assim, estudos sobre a QV e a sua relação com a saúde são de relevância, para os quais são empregues vários instrumentos de avaliação.

Objetivo: Identificar os Instrumentos mais utilizados para avaliar a QV da Pessoa Idosa, no Brasil.

Material e Métodos: Pesquisa bibliográfica, descritiva. As fontes bibliográficas, no Brasil, foram adquiridas no acervo da Biblioteca Virtual da Universidade de São Paulo e nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME, com as palavras-chave: "Qualidade de vida" e "Idoso" e correspondentes em inglês. Entre as fontes encontradas selecionou-se os primeiros 18 trabalhos que cumpriam o critério de inclusão: referir o instrumento de avaliação utilizado).

Resultados: Para a pesquisa realizada para o Brasil, foram selecionadas 18 investigações: Irigaray, Schneider (2008); Chachamovich, E. (2005); Silva (2008); Vecchia, et al. (2005); Paskulin, et al. (2010); Petterson e Dalgalarrondo (2007); Torres, et al. (2009); Chachamovich, et.al. (2008); Pereira, Cotta, Franceschini, Ribeiro, Sampaio, Priore, et al. (2006); Fleck, Chachamovich, Trentini, (2006); Mincato e Freitas (2007); Celich (2008); Fleck, Chachamovich, Trentini, (2003); Savonitti (2000); Lima e Portela (2010); Paschoal (2001); Nunes, Menezes, Alchieri (2010); Matos e Dalsenter (2009).

Discussão: Constatou-se que o instrumento de avaliação de QV mais usado (em 40% dos estudos) e que avaliou o maior número de Pessoas Idosas (N=2142) foi o WHOQOL-OLD. Este instrumento é constituído por 24 itens divididos em seis facetas: "Funcionamento dos Sentidos",

"Autonomia", "Atividades Passadas, Presentes e Futuras", "Participação Social", "Morte e Morrer" e "Intimidade".

Conclusão: Apesar da variabilidade encontrada, o instrumento mais utilizado foi o WHOQOL-OLD. No Brasil, o WHOQOL-OLD foi validado pelo Prof. Marcelo Fleck, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que incentiva o uso do instrumento pelos investigadores, disponibilizando-o.

Referências:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The world health report. Geneva: 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br. Acessado em 20 de outubro de 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The WHOQOI Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. Social. Science and Medicine. 1999; 41 (10): 1403-10.

06| LITERACIA EM SAÚDE: QUE INSTRUMENTOS DE APRECIAÇÃO?

Francisca Pinto [1] [2]

franciscampinto@gmail.com

(1) Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde
(2) Escola Superior de Saúde de Vale do Sousa | Portugal

Introdução: Literacia em saúde (LS) define-se como um conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade das pessoas para acederem, compreenderem e usarem a informação de forma a promover e manter uma boa saúde. O impacto dos níveis de LS baixos nos resultados de saúde das pessoas, na equidade no acesso aos cuidados de saúde e na sustentabilidade dos serviços de saúde requer a apreciação desta variável em 3 dimensões: funcional, interativa e crítica. O acesso à informação de saúde não se circunscreve exclusivamente aos serviços de saúde pelo que a apreciação da LS deverá ser extensível a outros contextos, nomeadamente ao contexto do e-saúde.

Objetivo: Identificar os instrumentos de apreciação da LS que literatura dispõe e os contextos em que podem ser aplicados; catalogar os instrumentos de apreciação da LS de acordo com as dimensões do modelo de Nutbean.

Material e Métodos: Revisão integrativa que resultou de uma pesquisa de publicações peer-reviewed (2004 e agosto de 2014 na CINHAL, MEDLINE e Science Direct), com as palavras-chave ""health literacy"", "ehealth", "scales", "instruments", "psychometrics", numa combinação com os operadores boleanos AND e OR. A seleção das publicações obedeceu a critérios de inclusão: i) artigos originais que apresentam e descrevam instrumentos de apreciação da LS, originais ou versões traduzidas e/ou adaptadas, suas características e propriedades psicométricas; ii) artigos de revisão sistemática da literatura sobre instrumentos de apreciação da LS; iii) textos completos redigidos em idiomas de domínio do investigador (castelhano, francês, inglês e português). A seleção recaiu em 9 artigos (2 revisões sistemáticas da literatura e 7 artigos originais). Os instrumentos identificados foram analisados quanto ao: i) tipo de versão: original, reduzida, tradução/adaptação cultural; ii) tipo de capacidades que aprecia; iii) dimensão da LS que avalia; iv) contexto de aplicação.

Resultados: Um total de 28 instrumentos foi identificado: i) 16 versões originais (REALM, TOFHLA, MART, SBSQ, NVS, FCCHL, eHEALS, DAHL, NAAL, HALS, CMLT-Listening, CMLT-Reading, METER, HeLMS, AAHLS e o HLS-EU-Q); ii) 6 versões reduzidas do instrumento original (REALM-S, REALM-SF, REALM-Teen, S-TOFHLA, SILS – 1 única questão do SBSQ e AALS – derivação do HALS); iii) 4 versões traduzidas e adaptadas para um outro contexto cultural (SAHLSA- versão hispânica do REALM, HHLT – versão hebraica do TOFHLA, eHEALS versão alemã, eHEALS versão portuguesa e METER versão portuguesa). O CMLT – Listening e o CMLT – Reading têm aplicação específica ao contexto da doença oncológica e em contexto real de cuidados de saúde. O eHEALS destina-se à apreciação da LS que deriva do contexto especifico do e-saúde. A catalogação pelas 3 dimensões da LS definidas por Nutbean permitiu verificar que: i) o FCCHL, HeLMS, AAHLS e o HLS-EU-Q permitem a apreciação da LS funcional, interativa e critica; ii) o eHEALS, de entre os instrumentos identificados, é o único que permite a apreciação da LS funcional e interativa; todos os restantes instrumentos apenas permitem a apreciação da LS funcional.

Conclusão: Existe uma diversidade de instrumentos disponíveis, na literatura, para a apreciação da LS. A sua maioria evidencia limitações na apreciação da LS em todas as vertentes em que deve ser avaliada. Há instrumentos que têm aplicação apenas em contextos específicos.

Referências:

COLLINS, S et al. Health literacy screening instruments for eHealth applications: a systematic review. Journal of biomedical informatics [online]. June 2012. Vol. 45, no. 3, p. 598–607. DOI 10.1016/j.jbi.2012.04.001.

JORDAN, J; OSBORNE, R; BUCHBINDER, R. Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. Journal of clinical epidemiology [online]. April 2011. Vol. 64, no. 4, p. 366–79. [Accessed 14 August 2014]. DOI 10.1016/j.jclinepi.2010.04.005.

LOBIONDO-WOOD; GERI; HABER. Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice. 8th. St Louis, Missouri: Mosby, 2014. ISBN 978-0323100861.

NUTBEAM, D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine [online]. December 2008. Vol. 67, no. 12, p. 2072–8. [Accessed 16 July 2014]. DOI 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.

WHO. Health Promotion Glossary [online]. Geneva, 1998. [Accessed 1 August 2014]. Available from: http://www.healthliteracypromotion.com/upload/hp_glossary_en.pdf

Palavras-chave: Literacia em saúde; Instrumentos; Medida; Escala; Revisão integrativa.

07 | HIPERMÍDIA COMO FERRAMENTA PARA PRÁTICA DE ENSINO EM ENFERMAGEM CENTRADA NO ALUNO

Angélica Mota Marinho [(1) (2)]
Izaildo Tavares Luna [(2)]
Michel Platinir Ferreira da Silva [(3)]
Fábio de Oliveira Teixeira [(4)]
Patrícia Neyva da Costa Pinheiro [(2)]

angelicamrinho@bol.com.br

[(1)] *Centro de Hematologia do Ceará | Brasil*
[(2)] *Universidade Federal do Ceará | Brasil*
[(3)] *Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza | Brasil*
[(4)] *Universidade Federal de São Paulo | Brasil*

Introdução: As Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) representam importantes ferramentas para o ensino de enfermagem e vêm transformando a maneira de ensinar e aprender, permitindo versatilidade, interatividade e flexibilidade de tempo e de espaço no processo educativo. Sendo assim, esse estudo traz a seguinte indagação: a hipermídia no ensino em enfermagem permite a construção de espaço formativo centrado no aluno, adaptando às necessidades, ao estilo cognitivo e ao ritmo deste?

Objetivo: Identificar e descrever a utilização das hipermídias como ferramenta para a prática de ensino em enfermagem que permite a construção de espaço formativo centrado no aluno.

Material e Métodos: Trata-se de pesquisa bibliográfica desenvolvida por meio do método Revisão Integrativa. O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de maio e junho de 2014, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e no repositório Scientific_Electronic Library Online (SciELO). Utilizaram-se os descritores "Enfermagem" e "Hipermídia" dos Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH) na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Fez-se uso do operador booleano: "and". Em virtude das características específicas para o acesso das bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão do estudo. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigo completo, disponível nos meios eletrônicos, gratuitamente, nas referidas bases de dados, com data de publicação entre 2007 e 2014, nos idiomas português, espanhol e inglês. Os critérios de exclusão adotados: artigo repetido que estivesse em mais de uma base de dados e que não contemplasse o objetivo do estudo. Vale ressaltar que, foram excluídas as publicações classificadas como teses, capítulos de livros, livros, comentários, resenhas e revisões. Na busca inicial, utilizando os descritores

"Enfermagem" e "Hipermídia", foram encontrados 49 artigos. Destes, 11 na base LILACS, 34 na MEDLINE e 4 no repositório SciELO. Por meio da busca por artigos completos, disponíveis on-line gratuitamente, e artigo que não estivesse em mais de uma base de dados, foram excluídos 24, restando 25 artigos. No entanto, após leitura minuciosa dos artigos, 9 responderam à questão norteadora e fizeram parte desta revisão.

Resultados: Foram localizadas publicações em diferentes periódicos da área da enfermagem, sendo as pesquisas quantitativas as mais frequentes.

Discussão: Com base no levantamento bibliográfico, constatou-se que o uso das hipermídias como ferramenta para apoiar as disciplinas da formação de enfermagem constituem–se em importantes objetos educacionais porque a sincronia exigida por estes recursos educativos envolve mais os alunos no processo de interação e discussões sobre a temática proposta, sendo que as intervenções do professor se apresentam como esporádicas. Os resultados evidenciaram que o processo educativo, quando mediado pelas diversas tecnologias educacionais, permite a combinação de várias mídias o que possibilita a otimização do tempo de estudo, despertando nos alunos a autonomia diante de sua aprendizagem, auxiliando-os na resolução de problemas e enriquecendo os debates sobre os temas em discussão.

Conclusão: A revisão integrativa permitiu apontar que o ensino de enfermagem mediado pelo uso das hipermídias configura-se um desafio a ser conquistado exigindo dos alunos e professores mudanças na postura frente ao processo educacional. Recomenda-se a realização de investigações futuras com uma amostra mais representativa, e que utilizem instrumentos de avaliação com validade e confiabilidade para assegurar que a implementação das hipermídias no ensino de enfermagem valoriza o diálogo e considera o aluno como um sujeito ativo no processo de busca do conhecimento, sendo o professor um mediador deste caminho.

Referências:

CARNEIRO M; MARASCHIN C. Em busca de outro modelo para a comunicação em rede. In: Barbosa RM. Ambientes virtuais de aprendizagem. Porto Alegre: Artmed; 2005. p.113-39.

LOPES M; SILVA V; ARAÚJO T. Observation mediated by computer - professional report. Online Braz J Nurs, 2006; 5(2).

RANGEL, E. et al. Avaliação, por graduandos de enfermagem, de ambiente virtual de aprendizagem para ensino de fisiologia endócrina. Acta paul. enferm. [serial on the Internet]. 2011 [cited 2014 July 18]; 24(3): 327-333.

VALATIS R. et al. Problem-based learning online: perceptions of health science students. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2005;10(3):231-52.

Palavras-chave: Enfermagem; Hipermídias; Estratégias pedagógicas; Educação em saúde e tecnologia.

08| ENSINANDO A PUÉRPERA A CUIDAR DO RECÉM-NASCIDO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Cristina de Mello [(1)]
Lais de Souza Costa [(1)]
Luziana G. Cintra Rossi [(1)]
Grazia Maria Guerra [(1) (2)]

enfmestrado@saocamilo-sp.br

[(1)] *Centro Universitário de São Camilo | Brasil*
[(2)] *Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP | Brasil*

Introdução: A assistência de enfermagem no período puerperal deve ocorrer no ambiente hospitalar com a prática do alojamento conjunto, onde o recém-nascido sadio permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, até a alta hospitalar. Neste ambiente o profissional de enfermagem desempenha um papel importante de educador, buscando ferramentas criativas, dinâmicas e respeitando as diferenças individuais, para esclarecer as dúvidas e transmitir autoconfiança, contribuindo para a melhora da qualidade de vida da puérpera e familiares.

Objetivo: Elaborar material didático abordando orientações para o esclarecimento das principais dúvidas das puérperas quanto ao cuidado com o recém-nascido e amamentação.

Material e Métodos: Este estudo caracteriza-se como um relato de experiência vivido por discentes do 8º período do curso de graduação em enfermagem Centro Universitário São Camilo, em outubro de 2014, como parte das atividades referentes à disciplina de Estágio Supervisionado em Gestão em Enfermagem Hospitalar, na maternidade, em um Hospital Geral da Região Metropolitana, no período de agosto a outubro de 2014.

Resultados: A partir do levantamento das principais dúvidas que as puérperas tinham com relação ao cuidado com o recém-nascido e a amamentação, foi desenvolvida uma cartilha ilustrativa abordando assuntos como a técnica para o banho do recém-nascido; higienização do coto umbilical; corte das unhas; posicionamento para amamentação; a pega correta e a importância do uso do sutiã durante o período de amamentação. Esta cartilha está sendo utilizada na orientação realizada, diariamente, pelos enfermeiros e alunos do curso de Enfermagem às puérperas no segundo dia após o parto.

Conclusão: Com a elaboração da cartilha acompanhada da orientação, pretendeu-se proporcionar às puérperas um sentimento de maior segurança em relação ao cuidado com o recém-nascido e a amamentação, no retorno para seu domicílio.

Palavras-chave: Enfermagem; Comunicação em Saúde;Ensino de Enfermagem; Assistência Perinatal; Puerpério.

09| ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO NUMA AMOSTRA DE IDOSOS DE CENTROS DE DIA

Ana Martingo [(1)]
Tânia Esteves [(1)]
Clara Braga [(2)]
Tânia Costa [(2)]
Armando Almeida [(2)]

aalmeida@porto.ucp.pt

[(1)] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem| Portugal*
[(2)] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*

Introdução: A adesão ao regime medicamentoso é considerada um dos fenómenos prioritário para a saúde dos idosos. A coexistência de regimes farmacológicos complexos, com a diminuição da capacidade funcional e a existência de crenças erróneas que diminuem a volição, são fatores que podem dificultar a adesão ao regime medicamentoso, principalmente quando o apoio social é diminuto. Nesse sentido investigar como estes fenómenos afetam os indivíduos que frequentam centros de dia parece fazer sentido.

Objetivo: Identificar as razões invocadas para a não adesão ao regime medicamentoso, avaliar **terapêutico dos idosos** farmacológico prescrito e a capacidade para gerir o mesmo, numa amostra de utentes de Centros de Dia da cidade do Porto, que participaram numa Feira da Saúde.

Material e Métodos: Estudo transversal, descritivo, correlacional. Para seleção da amostra efetuou-se uma aleatorização simples; considerando-se um nível de confiança de 90% e uma margem de erro de 5%, identificou-se uma amostra de 114 pessoas. Os dados foram recolhidos através de entrevista estruturada, tendo sido utilizado o Índice de Complexidade da Farmacoterapia.

Resultados: Dos 114 idosos da amostra, a maioria é do sexo feminino (81,6%), sendo que apresentam uma média de 77 de anos de idade e uma moda de 81 anos. Os idosos consomem em média 5,25 medicamentos diferentes por dia, observando-se uma situação de consumo extremo (16 fármacos por dia). Dos 490 fármacos prescritos, salientam-se os anti hipertensores (51,8%), antidislipidémicos (44,7%), benzodiazepinas (42,1%) e antidepressivos (32,5%). 63,2% dos idosos

desconhece o regime medicamentoso que faz e 77,2% não dispõe de suporte escrito, embora ainda mantenham a responsabilidade por preparar (57,9%) e gerir (57%) o regime; o teste t student para amostras independentes revelou que em média, os individuos a quem lhes foi fornecido suporte escrito possuem regimes medicamentosos mais complexos (M=26,62; SE=1,886) do que aqueles que não têm (M=20,07; SE=1,254). Esta diferença é estatisticamente significativa t(2,890)= 47,341; p=0,006. A maior dificuldade encontrada no processo de gestão prende-se com o domínio cognitivo (ler as embalagens-35%; lembrar da hora-26%; perceber qual é o fármaco-25%), seguido da mobilidade (deslocar-se à farmácia-22%; renovar a medicação-20%) e da condição financeira (ter dinheiro para comprar-21%). Das razões invocadas para a não adesão à medicação, emergem o não querer misturar com bebidas alcoólicas (9,65%), tomar demasiados medicamentos (6,14%) e/ou quando se sente melhor (4,39%), observando-se, no entanto, uma elevada taxa de adesão. O coeficiente de correlação de Pearson confirma que a complexidade do regime medicamentoso (avaliado com o Índice de Complexidade da Farmacoterapia) aumenta à medida que aumenta o numero de fármacos ($r = 0,858$; $p < 0,001$). Não se observaram, no entanto, correlações estatisticamente significativas entre a idade e a complexidade do regime, nem associações estatisticamente significativas entre esse fenómeno e o sexo.

Conclusão: O regime medicamentoso no idoso que frequenta centros de dia é normalmente complexo e evidencia um consumo exacerbado de fármacos que nem sempre estão apropriados à idade (benzodiazepinas). Apesar de a maioria ainda cuidar da medicação, já se observam dificuldades para assegurar a gestão adequada associadas ao declínio cognitivo e à perda da mobilidade, inferindo-se uma maior necessidade de cuidados a este nível. Não se evidenciaram problemas major relacionados com a adesão.

Referências:

HENRIQUES, M. Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem. Dissertação de doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2011.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008.

MELCHIORS, A. CORRE, C. e LIMOS, F. 2007. Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index. Brasil: Universidade Federal do Paraná, 2007.

SANTOS, G. Cálculo amostral: calculadora online. Disponível em: http://www.calculoamostral.vai.la

Palavras-chave: Idosos; Centro de Dia; Adesão; Regime medicamentoso; Gestão do regime.

10| *STATUS* NUTRICIONAL E PRESSÃO ARTERIAL NUMA AMOSTRA DE IDOSOS DE CENTROS DE DIA

Tânia Matos [(1)]
Carla Gomes [(1)]
Armando Almeida [(2)]
Clara Braga [(2)]
Tânia Costa [(2)]

tcosta@porto.ucp.pt

[(1)] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem| Portugal*
[(2)] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*

Introdução: Os idosos são considerados uma população vulnerável inclusive, em virtude, da maior incidência de problemas de saúde nomeadamente ao nível nutricional, cárdio e cérebro vascular. Fatores estes que sabemos encontrarem-se relacionados entre si e que contribuem para a procura de suporte ao nível dos centros de dia.

Objetivo: Caraterizar relativamente ao *status* nutricional, pressão arterial e colesterolemia capilar, uma população de 194 utentes de Centros de Dia da cidade do Porto, que participaram numa Feira da Saúde. Averiguar a existência de correlações entre o IMC e a colesterolemia capilar, o IMC e a pressão arterial sistólica e o IMC e a pressão arterial diastólica.

Material e Métodos: Estudo transversal, descritivo, correlacional. Para a seleção da amostra efetuou-se uma aleatorização simples, considerando-se um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 9%.Foi identificada uma amostra de 85 pessoas. Realizou-se a avaliação da pressão arterial, do índice de massa corporal e da colesterolemia capilar, recorrendo a instrumentos de medida calibrados.

Resultados: A maioria é do sexo feminino (79,7%), evidenciando-se uma idade média de 74,7±12,4 anos. Quanto ao IMC, 10,8% encontravam-se subnutridos; 33,8% com peso normal; 32,4% com excesso de peso e 23,0% com obesidade (16,2% grau I; 5,4% grau II e 1,4% grau III). A pressão arterial sistólica era, em média, 137,9±22,1 mmHg enquanto a pressão arterial diastólica era, em média, 73,0±12,73 mmHg. Evidenciou-se que 23% apresentava valores tensionais inferiores ao normal; 8,1% tinha uma pressão arterial normal; 18,9% uma pressão arterial normal

alta; 36,5% hipertensão de estádio I e 13,5% hipertensão de estádio II. Quanto a colesterolemia, registou-se em média, 189,61± 39,2 mg/dl; sendo que 40,9% tinha colesterolemia elevada. Evidenciaram-se correlações estatisticamente significativas entre índice de massa corporal e colesterolemia capilar (Correlação de Pearson:0,405; p=0,006). Entre o IMC e a pressão arterial sistólica e o IMC e a pressão arterial diastólica não se observam correlações estatisticamente significativas.

Conclusão: Encontravam-se evidentes vários preditores de doença cardiovascular, nomeadamente, excesso de peso/obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia. De futuro, no contexto dos centros de dia, torna-se relevante a deteção dos fatores de risco individuais e de grupo de modo a assegurar uma intervenção personalizada e direcionada às respostas humanas face à doença e/ou processos de vida centralizando-a na promoção da saúde e prevenção da doença.

Referências:

MESQUITA, M. 2013. Estimativa da Estatura em Portugueses com idade igual ou superior a 60 anos. Dissertação de Mestrado em Geriatria apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;

OLIVEIRA, P. 2007. Avaliação do nível de colesterol total por meio de processamento de imagens digitais. Dissertação de Mestrado em Ciências Ambientais e de Saúde apresentada à Universidade Católica de Goiás.

SANTOS, A. 2013. Alterações de Aptidão Física, Composição Corporal e Medo de cair de Idosos Institucionalizados. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança;

SOCIEDADE EUROPEIA DE HIPERTENSÃO. 2014. Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular. 32:1-92.

Palavras-chave: Idosos; *Status* Nutricional; Pressão Arterial; IMC; Colesterolemia Capilar.

11| SONO E STATUS COGNITIVO NUMA AMOSTRA DE IDOSOS QUE FREQUENTAM CENTROS DE DIA.

Regina Silva [(1)]
Aurelie Amorim [(1)]
Armando Almeida [(2)]
Clara Braga [(2)]
Tânia Costa [(2)]

tcosta@porto.ucp.pt

[(1)] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem| Portugal*
[(2)] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*

Introdução: As modificações no padrão de sono e repouso, nas pessoas idosas, têm repercussões ao nível da função psicológica, do desempenho, da resposta comportamental, do humor, da habilidade de adaptação e da cognição. Nesta faixa etária, são frequentes as queixas referentes à sonolência diurna, inclusive, quando associadas ao défice cognitivo.

Objetivo: Caraterizar a neurocognição e a sonolência diurna de uma população de 194 utentes de Centros de Dia da cidade do Porto, que participaram numa Feira da Saúde. Averiguar se existe relação entre o défice cognitivo e a sonolência diurna, analisando a influência do sexo e da idade.

Material e Métodos: Estudo transversal descritivo, correlacional. A seleção da amostra realizou-se por aleatorização simples, considerando-se um nível de confiança de 90% e uma margem de erro de 8%. Identificou-se uma amostra de 85 pessoas. Foram aplicados o Mini Exame do Estado Mental e a Escala de sonolência de Epworth.

Resultados: A amostra é maioritariamente constituída por indivíduos do sexo feminino (83,5%), evidenciando-se uma idade média de 77,4±8,8 anos. Aproximadamente metade (48,23%) apresenta suspeita de défice cognitivo, evidenciando-se alterações sobretudo ao nível da evocação (40,70%); atenção e cálculo (36,47%) e habilidade construtiva (67,05%). No que respeita à sonolência diurna, 65,88% indivíduos apresentaram este fenómeno. O teste t student para amostras independentes revelou que em média os indivíduos do sexo masculino têm menor défice cognitivo (M=25,64; SE=1,165) do que os do sexo feminino (M=21,54; SE=0,662). Esta diferença é estatisticamente significativa t(2,599)=83, p= 0,01. Evidenciou-se também que, em

média, os indivíduos do sexo masculino têm uma sonolência diurna ligeiramente menor (M=10,29; SE=0,496) do que os do sexo feminino (M=11,20; SE=0,514). No entanto essa diferença não é estatisticamente significativa. O cálculo do coeficiente de correlação de Pearson revelou uma correlação estatisticamente significativa entre défice cognitivo e sonolência diurna (r= 0,258;p =0,017).

Conclusão: As mulheres são, em média, mais velhas, têm mais alterações cognitivas e apresentam maior sonolência diurna. Todavia, a correlação entre défice cognitivo e sonolência diurna não está de acordo com o descrito no estado da arte, pelo que, se destaca, a necessidade de maior investigação.

Referências:

ANCOLI-ISRAEL, S; AYALON, L; SALZMAN C. 2008. Sleep in the elderly: normal variations and common sleep disorders. Harv Rev Psychiatry. 6(5):279-86.

SANTOS, A. et al. 2013. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. REBEN - Revista Brasileira de Enfermagem. 3(66): 351-7.

SANTOS, C. 2001. Avaliação da sonolência diurna excessiva: Adaptação cultural e linguística da escala de sonolência de Epworth para a população portuguesa. Monografia de licenciatura em neurofisiologia. Escola Superior de Tecnologia do Porto.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEUROLOGIA. 2009. Novos Valores Normativos do Mini Mental State Examination. Sinapse. 9(2):10-16.

Palavras-chave: Sono; Cognição; Envelhecimento.

12| DADOS ANTROPOMÉTRICOS E CAPACIDADE FUNCIONAL NUMA AMOSTRA DE IDOSOS QUE FREQUENTAM CENTROS DE DIA

Vera Miranda [(1)]
Anaximandro Cardoso [(1)]
Armando Almeida [(2)]
Clara Braga [(2)]
Tânia Costa [(2)]

tcosta@porto.ucp.pt

[(1)] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem| Portugal*
[(2)] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*

Introdução: A capacidade funcional trata-se de um conceito central pela sua associação à qualidade de vida do idoso mas também pelo facto de se assumir como um marcador de saúde fiável. Todavia, encontram-se descritos vários factores que podem dificultar a manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa, nomeadamente os dados antropométricos o que, por sua vez, também contribui para a procura de suporte nos centros de dia.

Objetivo: Caracterizar os dados antropométricos e a capacidade funcional de uma população de 194 utentes inscritos em centros de dia da cidade do Porto, que participaram numa Feira da Saúde. Analisar os dados antropométricos e a dependência funcional segundo o sexo e idade.

Material e Métodos: Estudo transversal descritivo, correlacional. A seleção da amostra realizou-se mediante aleatorização simples, considerando-se um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 9%. Identificou-se uma amostra de 74 pessoas. Foram aplicados os Índices de Barthel e Lawton-Brody e avaliado o índice de massa corporal.

Resultados: Evidenciou-se uma idade média de 75 anos, sendo que a maioria é do sexo feminino (79,7%). Dos indivíduos avaliados, 5,9% encontravam-se subnutridos; 35,3% com peso normal; 41,2% com excesso de peso e 17,6% com obesidade (7,8% de grau I; 7,8% de grau II e 2% de grau III). Nas AVDS, 28,4% eram dependentes (16,2% ligeira; 9,5% moderada e 2,7% severamente). Nas AIVDS, 83,8% eram dependentes (56,8% moderada e 27% severamente). O teste t student

para amostras independentes revelou que em média os indivíduos do sexo masculino têm menor dependência nas AIVDS (M=12,67; SE=1,340) do que os do feminino (M=16,81; SE=0,958). Observando-se diferenças estatisticamente significativas t(-2,052)= 72; p=0,044. Evidenciou-se que, em média, os indivíduos do sexo masculino têm uma dependência nas AVDS ligeiramente inferior (M=88,33; SE=4,920) aos do feminino (M=86,86; SE=2,435). No entanto essa diferença não é estatisticamente significativa. Simultaneamente constatou-se que, em média, os indivíduos do sexo masculino têm IMC ligeiramente inferior (M=27,37; SE=2,479) aos do feminino (M=28,30; SE=1,019), o que também não é estatisticamente significativo. Destaca-se uma correlação fraca e estatisticamente significativa entre a Idade e a dependência nas AIVDS (Correlação de Pearson:0,296; p=0,010).

Discussão: A amostra apresenta, na sua maioria, excesso de peso evidenciando-se também maior dependência nas AIVDS do que nas AVDS o que parece indicar que à medida que as pessoas envelhecem a dependência inicia-se ao nível das actividades instrumentais e apenas posteriormente nas actividades de vida diária. Os homens são mais independentes nas AIVDS do que as mulheres, o que não vai de encontro ao estado da arte, sendo necessário efetuar mais estudos.

Referências:

ARAÚJO, F. et al. 2007. Validação do Índice de Barthel numa Amostra de Idosos não Institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 25 (2):59-66

MOREIRA, P; BOAS, P. 2011. Geriatria & Gerontologia. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (5)1.

SANTOS, A. 2013. Alterações de Aptidão Física, Composição Corporal e Medo de cair de Idosos Institucionalizados. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança;

SEQUEIRA, C. 2007. Cuidar de Idosos com dependência física e mental. Coimbra: Quarteto Editora.

Palavras-chave: Idosos; Capacidade Funcional; Dados Antropométricos.

13| ABORDAGEM DO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM CRIANÇAS DO 3 ANO DO ENSINO BÁSICO. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Angela Machado [(1)]
Bruno Briote [(1)]
Elsa Silva [(1)]
Elsa Margarida Maciel [(1)]
Marco Coentrão [(1)]
Patrícia Lopes [(1)]
Sara Pereira [(1)]
Susana Matos [(1)]
Pedro Melo [(2)]

pmelo@porto.ucp.pt

[(1)] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem| Portugal*
[(2)] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*

Introdução: O Projeto de Intervenção Comunitária "Decidir para Agir" surge de uma parceria entre o Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Devido a um aumento significativo do consumo e dependência de substâncias psicoativas, de comportamentos aditivos sem consumo de substâncias (jogos, internet, casino) e de infeções/doenças sexualmente transmissíveis assim como uma taxa de gravidez na adolescência do concelho ser superior à taxa nacional este projeto tornou-se necessário. Este projeto pressupõe o acompanhamento de crianças desde o 3º ano do 1º ciclo até ao 12º ano, assim como os seus professores e encarregados de educação. Relativamente às crianças, o foco de atenção é o Processo de Tomada de Decisão com o objetivo de as capacitar para uma tomada de decisão adequada. Foi no âmbito deste projeto que surgiu a presente revisão da literatura.

Objetivo: Identificar os conteúdos da abordagem e as estratégias a utilizar no momento da atividade diagnóstica e da intervenção de acordo com a faixa etária das crianças.

Material e Métodos: Para a elaboração da revisão integrativa da literatura, foram consultadas as bases de dados: Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, MEDLINE e Scielo Cientifc Electronic Library Online, submetendo as palavras-chave, pesquisadas nos descritores em saúde: "Educação em Saúde", "Saúde Escolar" e "Crianças". Foi utilizado um friso cronológico de dez anos e um conjunto de limitadores de que revela a disponibilidade do resumo e do texto completo. Foram consultados também o Programa Nacional de Saúde Escolar, a portaria nº 196-

A/2010 de 9 de Abril, do Diário da República referente aos Ministérios da Saúde e da Educação e o Caderno de Atividades para Alunos do 1º Ciclo do Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escola, promovido pela Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN) através do seu Departamento de Saúde Pública (DSP) em parceria com a Direcção Regional de Educação do Norte (DREN). Também foram consultados livros/manuais científicos sobre a área em estudo.

Resultados: As temáticas a serem abordadas referentes à sexualidade no 1º ciclo são: Noção de corpo; O corpo em harmonia com a Natureza e o seu ambiente social e cultural; Noção de família; Diferenças entre rapazes e raparigas; Proteção do corpo e noção dos limites, dizendo não às aproximações abusivas. Relativamente ao 3º ano do ensino básico, o objetivo proposto é que os alunos compreendam a necessidade de proteger o próprio corpo, de se precaverem de eventuais aproximações abusivas, e que, caso se deparem com dúvidas ou problemas de identidade de género, se sintam à vontade de pedir ajuda às pessoas em quem confiam, quer seja na família ou na escola. No que diz respeito às temáticas: consumo de substâncias psicoativas e os comportamentos aditivos sem consumo de substância, a literatura consultada defende que devem ser abordadas o mais precocemente possível tendo em atenção o contexto e as necessidades específicas da população. De acordo com as áreas do projeto, o foco principal é o Processo de Tomada de Decisão, tendo este como dimensões diagnósticas: o conhecimento; a atitude e o comportamento. Tendo em conta o estádio de desenvolvimento cognitivo das crianças que frequentam o 3º ano, os métodos pedagógicos mais adequados são os métodos ativos de característica lúdica devido à fase de desenvolvimento cognitivo. Segundo Glenn Laverack, o primeiro passo da abordagem é o estudo da população e das suas necessidades. Torna-se crucial para o sucesso dos projetos de intervenção comunitária que se questione a população acerca das suas necessidades para que estes se delineiem de forma a dar respostas às necessidades.

Conclusão: A presente revisão integrative da literatura permitiu identificar os conteúdos da abordagem e as estratégias a utilizar no momento da atividade diagnóstica e da intervenção de acordo com a faixa etária das crianças. Serão extrapolados todos os contributos desta revisão para o projeto "Decidir para Agir".

Referências:

Unidade de Saúde Pública de Matosinhos. Plano Local de Saúde de Matosinhos 2011- 2016. Matosinhos: Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2011.

Portaria no 196-A/2010. Diário da República no 69/2010- Série I. Lisboa: Ministérios da Saúde e da Educação, 2010.

Feijão, Fernanda. Inquerito Nacional em meio Escolar - Secundário; Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: uma aborgagem integrada, 2011.

Cavalgante, Beatriz, Alves, Dalva e Barroso, Grasiela. Adolescência, Alcool e drogas: Uma Revisão na prespectiva da promoção da saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008, 12.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Results from the School Health Policies and Practices Study. s.l. : U.S. Department of Health and Human Services, 2013.

Melo, Pedro, Figueiredo, Henriqueta e Borges, Elizabete. Os diagnósticos de Enfermagem em educação sexual em meio escolar- um estudo de caso. – In II Congreso Internacional de Enfermeria Comunitaria, VIII Congreso Nacional de la Asociación de Enfermaría Comunitaria, I Encuentro Nacional de Tutores y Residentes. Barcelona: s.n., 2012.

Figueiredo, Fernanda, Rodrigus-Neto, João e Leite, Maísa. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. 63, 2010, Vol. 1.

Coscrato, Gisele, Pina, Juliana e Mello, Débora. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. Acta Paulista de Enfermagem. 23, 2010, Vol. 2.

Vaz, Michelle. As concepções de Piaget sobre a Aprendizagem. [Online] PsicologiaMSN.com.

Laverack, Glenn. Promoção da Saúde: Poder e Empoderamento. Loures: Lusodidata, 2009.

14| CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS: UMA REALIDADE EM CONTEXTO ESCOLAR. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Rita Amorim [(1)]
Andreia Araújo [(1)]
Alexandra Chino [(1)]
Barbara Fernandes [(1)]
Catarina Santos [(1)]
Isabel Quelhas [(2)]
Constança Festas [(2)]

cfestas@porto.ucp.pt

[(1)] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem| Portugal*
[(2)] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*

Introdução: O consumo de substâncias (álcool, tabaco e drogas) é comum nos diferentes grupos socioeconómicos e em diferentes faixas etárias, no entanto, durante a adolescência este toma contornos particulares. A proporção de jovens com padrões de consumo nocivos e perigosos cresceu na última década. Assim, a tendência da evolução dos consumos no decorrer dos últimos dez anos é marcada, num primeiro momento, por um aumento entre 2001 e 2007, enquanto, num segundo momento, os resultados apontam para uma ligeira redução ou uma estabilização dos consumos entre 2007 e 2012, não obstante poderem ser observadas, algumas subidas pontuais no caso de alguns indicadores ou de algumas populações específicas. Para a maioria dos indivíduos, as primeiras experiências de consumo tendem a ocorrer no início da adolescência, em situações sociais. O contexto escolar, nomeadamente o grupo de pares e o ambiente social no qual o jovem está envolvido, são considerados os maiores e mais fortes preditores do consumo de substâncias na adolescência.

Objetivo: Identificar os comportamentos dos jovens referentes ao consumo de substâncias - álcool, tabaco e drogas.

Material e Métodos: Revisão integrativa da literatura realizada em outubro de 2014 com pesquisa através da B-on e do RCAAP. Partiu-se da questão "quais os comportamentos dos jovens portugueses referentes ao consumo de substâncias (álcool, tabaco e drogas)". Foram incluídos trabalhos apenas em língua portuguesa e situados no intervalo temporal de 2012 a 2014. Foram

encontrados 4 documentos: 1 relatório de um estudo nacional, 2 dissertações de mestrado e 1 artigo.

Resultados: Dos 4 trabalhos encontrados na pesquisa evidenciam-se os resultados de um estudo nacional – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), onde são apresentados os hábitos dos jovens portugueses referentes aos consumos de álcool, tabaco e drogas, na faixa etária dos 10 aos 15 anos. O estudo dum agrupamento das escolas de Coimbra (AEC) também retrata estes consumos nas idades dos 12 aos 17 anos. Outro estudo retrata o consumo das diferentes substâncias, em jovens do ensino secundário, entre os 15 e os 17 anos de um Colégio Privado do Porto (CPP). Um outro estudo refere-se apenas ao consumo de álcool nos jovens do ensino secundário de diferentes agrupamentos de escolas de Leria (AEL). Em relação ao consumo de tabaco, no estudo HBSC, 88% dos jovens refere que não fuma. Igual tendência se verifica no estudo do AEC com 85% de não fumadores. No estudo CPP que retrata apenas o ensino secundário, esta percentagem desce para 77%. A idade de experimentação do consumo tabaco é apontado no estudo AEC ocorrer entre 11-12 anos e no estudo HBSC entre os 12-13 anos. No caso dos jovens que fumam, os estudos HBSC e CPP referem que 5% o fazem diariamente. No que concerne à idade de experimentação de bebidas alcoólicas o estudo HBSC refere que os jovens consumiram álcool pela primeira vez entre os 12-13 anos. No estudo AEC o primeiro consumo situou-se entre os 13-14 anos. Idêntica tendência é apresentada no estudo do AEL, no qual o primeiro consumo de bebidas alcoólicas ocorreu entre os 13-15 anos. Verifica-se que no estudo CPP 84% dos adolescentes já experimentou a ingestão de bebidas alcoólicas, sendo no entanto o consumo de forma frequente de apenas 7%. O estudo AEC evidencia igual tendência situando-se o consumo frequente nos 6%. Relativamente ao consumo de drogas, 82% dos jovens afirmaram nunca ter consumido no estudo CPP e 98% no estudo do AEC. Considerando o uso de drogas no último mês, no estudo HBSC 94% dos jovens referem não terem consumido. Na maioria dos estudos, o tipo de droga mais consumida foi o Haxixe, sendo os rapazes os que mais consomem.

Discussão: Da análise dos resultados reconhece-se que os jovens tiveram experiências precoces de consumo de substâncias. Em relação ao álcool verifica-se que os jovens têm a sua primeira experiência de contacto ainda na puberdade. Relativamente ao consumo de tabaco, embora os mais jovens não fumem, esta tendência vai-se esbatendo, havendo um aumento de consumo com a idade. O consumo de drogas apresenta uma baixa prevalência, no entanto com alguma expressão entre a população adolescente.

Conclusão: Os resultados obtidos neste estudo apontam para o consumo de substâncias como uma problemática atual entre a população adolescente. Assume-se que os consumos de substâncias na adolescência representam uma preocupação para a saúde pública em geral e para os enfermeiros em particular. Vislumbramos que a integração do enfermeiro em contexto escolar poderá ser uma mais-valia junto da comunidade afetada por esta realidade.

Referências:

Brito, Renata - Dissertação de Tese de Mestrado Os Hábitos de Saúde dos Adolescentes - A realidade numa instituição de ensino particular. Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde. Porto: s.n., 2012.

Rodrigues, Cidália - Comportamentos de consumos em adolescentes: Estudo sobre comportamentos de consumo de álcool, tabaco e outras drogas em adolescentes de escolas de Coimbra. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013.

Matos, Margarida Gaspar, et al. - A saúde dos adolescentes portugueses, relatório do estudo HBSC 2010. [ed.] Centro de malária e outras doenças tropicais /IHMT/UNL e Universidade técnica de lisboa /FMH. 2010.

Marília Marques, Carolina Viveiro, Rui Passadouro - Uma Velha Questão numa População Jovem: o Consumo do Álcool nos Adolescentes Escolarizados. Acta Médica Portuguesa. Março de 2013, pp. 133-138.

Balsa, Casimiro, Vital, Clara, Urbano, Cláudia - III INQUÉRITO NACIONAL AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA POPULAÇÃO PORTUGUESA. CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa: s.n., 2012. p. 74.

Saúde, Ministério - Programa Nacional de Saúde Escolar. Ministério da Saúde. 2006.

Nogueira, Paulo - Notificação de casos desencadeados pelo consumo de novas substâncias psicoativas: relatório 21/12/2012. Direção Geral de Saúde. 2012.

15| QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS: UM ESTUDO COMPARADO

Regina Célia Ermel [(1)]
Ana Cristina Caramelo [(2), (3)]
Tereza Laís Zutin [(1)]
Laíza Buffoni da Silva [(1)]
Maycon Miguel [(1)]

regisermel@gmail.com

[(1)] *Universidade de Marília | Brasil*
[(2)] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*
[(3)] *Centro Social Paroquial S.António | Portugal*

Introdução: Alguns sinais do envelhecimento já podem ser percebidos após os 35-40 anos de idade, mas é a partir dos 60-65 anos que se começa a notar a diminuição das capacidades físicas, mentais e as alterações na aparência física. A composição corporal modifica-se, o volume corporal total de água diminui, há a distribuição de gordura total. Também há diminuição da velocidade de contração muscular e atrofia das fibras que compõem esse músculo, diminuindo, consequentemente, a elasticidade muscular-principal, responsável pela deterioração na mobilidade e na capacidade funcional do indivíduo que está envelhecendo. Além das alterações já mencionadas, no processo de envelhecimento também podem ocorrer perdas sociais, afetivas e psicológicas. Pela falta de condições da família, tanto financeiras quanto psicológicas, muitos idosos são encaminhados para instituições especializadas no cuidado de pessoas com mais de sessenta anos.

Objetivo: Sabendo das dificuldades que os idosos enfrentam quando institucionalizados e quando não institucionalizados, este trabalho tem como principal objetivo avaliar a qualidade de vida desses idosos.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e com delineamento transversal. Foram sujeitos deste estudo 21 idosos residentes em uma instituição asilar na cidade de Marília, SP, Brasil e 21 idosos usuários do serviço público de Atenção Básica nessa mesma cidade, com autonomia física e psicológica e com idade igual ou superior a 60 anos. Os dados foram coletados no período de fevereiro a abril de 2013. Todos os idosos que participaram desta pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para a coleta de dados foi utilizado o instrumento World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument – OLD (WHOQOL-OLD), da Organização Mundial de Saúde

Resultados: Os idosos institucionalizados, em sua maioria, são do sexo masculino, encontram-se em uma faixa etária 70 e 79 anos, são viúvos e estudaram até o primeiro grau. Os idosos não institucionalizados são, em sua maioria, do sexo feminino, encontram-se em uma faixa etária 60 e 69 anos, são casados e também estudaram até o primeiro grau. O escore médio das facetas avaliadas pelos idosos institucionalizados, em ordem crescente foi: Morte e morrer: (10,62); Funcionamento dos sentidos: (12,48); Autonomia: (12,90); Participação social: (15,00); Atividades passadas, presente e futuras: (15,71) e Intimidade: (15,71). Entre os idosos não institucionalizados o escore médio também em ordem crescente foi: Morte e morrer: (13,38); Autonomia: (14,24); Funcionamento dos sentidos: (14,33); Participação social: (14,86); Atividades passadas, presente e futuras: (15,38) e Intimidade: (15,86). Os idosos de Marília, institucionalizados ou não, percepcionaram positivamente a sua qualidade de vida e apresentaram bons escores em todas as facetas analisadas por meio do WHOQOL-OLD, sendo que as facetas mais bem avaliadas foram Atividades passadas presentes e futuras e Intimidade, para ambos os grupos.

Conclusão: Os achados desta investigação permitiram concluir que neste estudo, os idosos institucionalizados não apresentaram pior percepção de sua qualidade de vida em comparação com os indivíduos não institucionalizados. Compreender o que os idosos valorizam, como vivenciam as suas questões de saúde, relações sociais, convívio familiar, lazer, trabalho e como percebem o processo de envelhecimento, atrelado à noção de qualidade de vida, permite aos profissionais de saúde pensar em estratégias de ações de saúde para além do enfoque na doença. Este estudo apresentou como limitação o tamanho reduzido da amostra e, portanto, não pretendemos fazer generalizações para fora do universo em que ele se desenvolveu.

Referências:

SPIRDUSO, W. Dimensões Físicas do Envelhecimento. Trad. Paula Bernardi. Revista Científica: Cássio Mascarenhas Robert Pires. São Paulo: Manole, 2005.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Estatuto do Idoso: Declaração dos Direitos do Idoso, Brasília: São Miguel, 2003.

DAVIM, R. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 12, n.3, p. 518-524, maio/jun. 2004.

FLECK, M; CHACHAMOVICH, E; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. Rev Saúde Pública. N.40, v. 5, p: 785-91, 2006.

Palavras-chave: Idosos; Saúde do Idoso; Qualidade de Vida; Idosos Institucionalizados; Idosos não Institucionalizados.

16| O EMPOWERMENT E A DOENÇA CRÓNICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Elisabete Lamy da Luz [(1)]
Fernanda Santos Bastos [(2)]
Margarida Maria Silva Vieira [(1)]

luzelisabete10@gmail.com

[(1)] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*
[(2)] *Escola Superior de Enfermagem do Porto | Portugal*

Introdução: O conceito de Empowerment tem por base uma filosofia que olha para as pessoas como portadoras do direito de serem capazes de escolher por elas próprias. A autodeterminação emerge como um princípio determinante das intervenções com base na abordagem empoderadora (Aujoulat et al,2006). No contexto empoderador o grande objetivo dos enfermeiros não é conseguirem a adesão ao regime terapêutico mas sim fazerem com que sejam os próprios a decidir, a escolherem de forma informada numa relação de parceria. Portugal ocupa o 29º lugar, num ranking de 30 países relativamente ao índex de Empowerment em Saúde (Powerhouse, 2009) significando que no âmbito da saúde é desejável que a população Portuguesa tenha uma intervenção mais activa, mais participativa no processo de autocuidado, pressupondo o assumir da responsabilidade e também a tomada de decisão nas questões relacionadas com a sua saúde. Com o intuito de aprofundar o tema em questão utilizou-se a revisão integrativa da literatura, partindo-se das seguintes questões: Quais as teorias e modelos que caracterizam o Empowerment no cuidado de Enfermagem? Que tipo de programas ou intervenções de Enfermagem se focalizam no mesmo enquanto resultado? Que resultados se esperam quando a sua intencionalidade é a promoção do Empowerment?

Objetivo: Caracterizar a produção científica relativamente ao conceito de Empowerment sua aplicação às situações crónicas de saúde no período de 2007-2013, no cuidado de Enfermagem

Material e Métodos: A revisão decorreu de Abril a Junho de 2013. Base de dados: EBSCO, CINAHL, MEDLINE ; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; MedicLatina; Health Technology Assessments; NHS Economic Evaluation Database. Os critérios de inclusão dos estudos selecionados foram: Texto completo; Analisado por especialistas; Humano; Modos de pesquisa - Booleano/Frase; Línguas: Francês, Português, Inglês, Espanhol; Adultos; Doenças Crónicas. Os critérios de exclusão: Outras línguas estrangeiras (Alemão, Chinês, Sueco), crianças, adolescentes e pais; Empowerment no contexto organizacional e comunitário. Obtivemos um resultado de 775 artigos. Inicialmente foram lidos todos os títulos e resumos das publicações para posterior seleção dos textos de acordo com o tema em questão,

tendo sido excluídos 452 artigos: Outros idiomas -5; Artigos repetidos -122; Empowement noutros contextos -283; Internamento pediátrico -42. Num segundo momento procedeu-se a uma leitura mais cuidada de 323 artigos, considerando os critérios de inclusão, selecionámos 27 artigos.

Resultados: Os artigos foram na sua maioria publicados em 2011 e 2008, correspondendo a 8 (30 %) e 7 (26%) respectivamente, 4 em 2010 (15%), 3 em 2009 (11%), 3 em 2012 (11%) e 2 em 2007 (7%). Relativamente ao país onde foram realizados os estudos, 11 (40 %) artigos foram realizados nos EUA e Canadá, 10 (37%) nos paises do Norte da Europa (Suécia Noruega e Islandia); 5 (19 %) nos paises da Europa Central (Inglaterra, Irlanda, Holanda e Austria), um artigo realizado no Sul da Europa (Italia) correspondendo a 4% das publicações. O tipo de estudo prevalente é qualitativo com 12 artigos (45%), seguido pela revisão da literatura com 7 artigos (25%), 5 estudos transversais (19%) e 3 estudos experimentais (11 %). Os participantes foram sobretudo pessoas com doença crónica e enfermeiros. Os fenómenos de interesse prevalentes nos estudos são Empowerment como processo, (8 artigos, 30%), resultado (9 artigos 33%) e intervenção educacional participativa (10 artigos, 37%). O contexto do estudo prevalente é ao nível da revisão da literatura sobre o conceito, modelo e sua aplicação à disciplina de Enfermagem com 7 estudos. Porém, verificou-se ainda estudos no contexto da população diabética (6), doença psiquiátrica (3), cuidados domiciliários (3), insuficientes renais (2), programa de reabiltação (2), DPOC (1), HTA (1), dor crónica (1), alcolismo crónico (1), pré-preparação (6 meses antes) para a cirurgia de obesidade (1). Os resultados do estudo abordam a comunicação efectiva, escuta ativa, a confiança, participação na tomada de decisão emergiram como temas importantes no processo de empowerment. O mesmo como resultado implica a construção e validação das escalas e o estudo das suas propriedades psicométricas.O empowerment como intervenção no âmbito do processo educativo para implementar mudanças nos estilos de vida e processos de " recovery", promove ganhos em saúde.

Discussão: O estudo do Empowerment não é contínuo no tempo, sendo mais prevalente em 2011 em 2008, podendo significar um maior interesse pela temática especificamente nestes anos. Os EUA e Canadá são os países mais prevalentes, os mesmos são pioneiros ao nível da investigação em Enfermagem desde o século XIX. Nesta revisão integrativa, os estudos qualitativos e as revisões da literatura destacaram-se, o que poderá estar relacionado com a polisemia do conceito e aplicação a várias disciplinas do conhecimento. O Empowerment parece ser determinante para a autogestão da doença crónica, sendo importante para enfermeiros e clientes, em que ambos necessitam de desenvolver competências e consciencialização para o envolvimento no processo (Nygard, Malm, & Wikby, 2012) (Dowling, 2011). Os diferentes instrumentos de avaliação deste conceito revelam fragilidades ao nível da fiabilidade e validade da sua aplicação empírica (Herbert, Gannon, & Rennick, 2009). As intervenções com base na abordagem empoderadora demonstraram ganhos ao nível da melhoria do processo de autogestão da doença (Musacchio,N, 2011; Kyung, C; 2012).

Conclusão: A revisão integrativa da literatura, nesta área do conhecimento, revelou que o conceito apresenta uma base teórica fundamentada para a disciplina, profissão e área do

conhecimento em Enfermagem, porém dificil de mensurar. Existem no entanto lacunas ao nível da sua aplicação e avaliação como resultado em saúde.

Referências:

DOWLING, M et al. A concept analysis of Empowerment in Chronic illness from the perspective of the nurse and the client living with chronic obstrutive pulmonary disease. Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses. 2011.

HEALTH CONSUMER POWERHOUSE. The Empowerment of the European Patient: Options and Implications Report. Brussells: Health Cunsumer Powerhouse, 2009.

HERBERT, R; GANNON, A; RENNICK, R. (2009). A Systematic Review of Questionnaires Measuring Health-Related Empowerment. Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal, 23.

MUSACCHIO, N; SHER, A; GIANCATERINI, A. et al. (2011). Impact of a Chronic care Model based on patient empowerment on the management of type 2 diabetes: effects of the SINERGIA programme. Nordic Journal of Nursing Research &Clinical Studies

NYGARD, A; MALM, D; WIKBY, K; et al. The Experience of empowerment in the Patent Staff encounter: the patient´s perspective. Journal of Clinical Nursing. 2012.

17| ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRAUMA CRÂNIOENCEFÁLICO EM CRIANÇA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Joelna Eline Gomes Lacerda de Freitas Veras [1] [2]
Anna Isabel Fechine Lima [3]
Lorena Barbosa Ximenes [1]
Walma Laena Teixeira Costa Juca [1]

joelnaveras@yahoo.com.br

[1] *Universidade Federal do Ceará | Brasil*
[2] *Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura | Brasil*
[3] *Hospital de Geral de Fortaleza | Brasil*

Introdução: O estabelecimento de cuidados de enfermagem à criança vítima de trauma cranioencefálico (TCE) é de extrema importância para que a equipe multiprofissional possa agir de forma coerente e dinâmica a fim de tratar rápido e satisfatoriamente o trauma evidenciado (GUERRA et al., 1999).

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo buscar e analisar as evidências disponíveis na literatura, sobre o conhecimento científico produzido, relacionado ao cuidado de enfermagem a criança vítima de TCE.

Material e Métodos: Revisão integrativa da literatura. Pesquisa na base de dados Cumulattive Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), com os descritores: Children, Nursing, Craniocerebral Trauma. A coleta de dados foi realizada no período de 2000 a 2011, utilizando-se o instrumento de coleta de dados de Ursi com adaptações (Mendes, 2008). Como critérios de inclusão: referenciar o cuidado de enfermagem à criança vítima de TCE; retratar os procedimentos e/ou intervenções de enfermagem em unidade hospitalar ou pré-hospitalar; estar disponível eletrônica, gratuitamente e divulgados em inglês, espanhol ou português. Os dados foram coletados por meio do instrumento de coleta de dados contendo as seguintes questões: ano, autor, idioma, título do periódico, abordagem da pesquisa, temática relacionada ao TCE e grau de relevância pela análise do fator de impacto com base no sistema Qualis Capes de avaliação de pesquisa adotado no Brasil.

Resultados: Foram encontradas 37 publicações, das quais 19 foram excluídas por não atender aos critérios de inclusão e por repetição, totalizando amostra de 18 artigos, os quais realizou-se leitura na íntegra. A análise dos dados observou a distribuição das publicações no período 2000 a 2011, a abordagem metodológica, a classificação quanto ao grau de relevância no âmbito científico/acadêmico com base no Qualis Capes e fator de impacto, e distribuição do tema em categorias temáticas, conforme gráficos abaixo.

Conclusão: O trauma pediátrico assume um papel de extrema relevância, uma vez que consiste numa das principais causa de morte e invalidez na infância, devido à características próprias do crescimento e desenvolvimento da criança. A partir da realização deste estudo, construiu-se um panorama das pesquisas promovidas por enfermeiros disponíveis na base de dados CINAHL relevante em pesquisas clínicas na área da saúde. A síntese dos dados permitiu apresentar ao leitor uma variedade de cuidados realizados na assistência de enfermagem à criança vítima de TCE e apontou a necessidade de publicações relacionadas às intervenções de enfermagem.

Referências:

GUERRA, S; JANNUZZI, M; MOURA, A. (1999). Traumatismo crânioencefálico em pediatria. Jornal de Pediatria, Rio Janeiro. Vol.75 (Supl.2), 279-293.

MENDES, K; SILVEIRA, R; GALVÃO, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [online]. 17(4), 758-764. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018.

Palavras-chave: Children; Nursing; Craniocerebral Trauma.

18| A INTERSUBJETIVIDADE E A HUMANIZAÇÃO NAS AÇÕES DE ENFERMAGEM COMO VALORAÇÃO DA MULHER COM ÚLCERA POR PRESSÃO

Michell Ângelo Marques Araújo [(1)]
Aurilene Lima da Silva [(1) (2)]
Débora Rodrigues Guerra [(2) (3)]
Lúcia de Fátima da Silva [(1) (2)]

aurilenelimas@hotmail.com

[(1)] *Universidade Federal do Ceará | Brasil*
[(2)] *Hospital Dr. Carlos Alberto Stuart Gomes |Brasil*
[(3)] *Universidade de Fortaleza | Brasil*

Introdução: Ainda hoje a ocorrência de úlcera por pressão preocupa os serviços de saúde1, em especial a equipe de enfermagem. Seu tratamento demanda tempo, cuidados específicos, atenção especializada, implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem torna-se importante a fim de estabelecer critérios de escolha para uma conduta específica e segurança para o paciente. Ainda para o desenvolvimento do tratamento, é essencial manter uma conduta terapêutica com vistas a intervir de maneira a determinar estratégias adequadas para uma atuação de enfermagem o mais eficaz possível.

Objetivo: Analisar os significados que mulheres hospitalizadas dão ao tratamento de feridas.

Material e Métodos: Estudo fenomenológico, desenvolvido em um hospital público da cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. Participaram oito mulheres, hospitalizadas, que desenvolveram úlcera por pressão no período de internação, e estavam em condições físicas e emocionais de conversar com a entrevistadora. As informações foram colhidas por meio de entrevista fenomenológica no período entre maio e setembro de 2012. Observaram-se as determinações éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados: Na busca pela compreensão, as mulheres revelaram dentre outros, um agradecimento pelo cuidado recebido, manifestando conformação, fé e esperança. Em suas falas, a fé em Deus é exaltada. A força da fé faz elevar a credibilidade na cura para as depoentes; o cuidado recebido, a conformação, a fé e a esperança em ficar boa auxiliam na vivência da situação. A compreensão da existência destas mulheres permitiu considerar que elas se percebem agradecidas pelo cuidado de enfermagem recebido, bem como demonstram conformação com a situação, fortalecida pela manifestação de fé e esperança.

Conclusão: A pesquisa levou a refletir o modo como o Ser-mulher vivencia a ocorrência de úlcera por pressão, permitindo desvelar esse sentido, com a finalidade de subsidiar a intersubjetividade e a humanização nas ações de enfermagem.

Referências:

MOREIRA, D. O método fenomenológico na pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

POLIT, D; BECK, C. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SIMÕES, S; SOUZA, I. Mulher - a decisão no cuidar da própria saúde. Niterói: intertexto Editora e Consultoria, 2002. 117 p.3.

WORLD COUNCIL OF ENTEROSTOMAL THERAPISTS-WCET/. An association of nurses. Members handbook. Australia: Ink Press International, 1994.

Palavras-chave: Mulheres; Úlcera por Pressão; Fenomenologia; Humanização; Enfermagem.

19| FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS DETERMINANTES PARA DESCONTINUIDADE NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO UTERINO

Denise de Fátima Fernandes Cunha [(1)]
Hellen Lívia Oliveira Catunda [(1)]
Lorenna Galdino de Farias [(1)]
Priscila de Souza Aquino [(1)]
Ana Karina Bezerra Pinheiro [(1)]

[(1)] *Universidade Federal do Ceará | Brasil*

Introdução: O câncer de colo de útero (CCU) apresenta alto potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente, porém, apesar da existência dos programas de rastreamento, ainda é alta a mortalidade por esse tipo de câncer no Brasil1. Entende-se como descontinuidade na detecção precoce do CCU o fato da mulher não retornar para receber o laudo do exame de Papanicolaou e/ou não realizá-lo com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde, podendo haver fatores que predisponham esse risco.

Objetivo: Identificar as características sociodemográficas das mulheres associadas à descontinuidade na detecção precoce do CCU.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo, documental e correlacional realizado de março a setembro de 2013 no Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa (CPN) situado em Fortaleza, Ceará, Brasil. A população do estudo foi composta pelos 3357 prontuários das mulheres atendidas no CPN. Os critérios de inclusão na participação na pesquisa foram: ter frequentado a instituição pelo menos uma vez para realização do exame Papanicolaou e ter vida sexual ativa. A amostra final do estudo foi composta por 2878 prontuários após serem aplicados os seguintes critérios de exclusão: prontuários com informações insuficientes para a análise da pesquisa, a mulher não ter iniciado atividade sexual e não ter realizado a coleta do exame de Papanicolaou. Na análise dos dados, utilizou-se o programa estatístico SPSS versão 20.0 para verificar as associações a partir do teste Qui-quadrado, sendo considerado significativo $p<0,05$. Foram respeitados os princípios da Bioética, sendo o projeto aprovado sob o protocolo nº 183493.

Resultados: Avaliou-se as seguintes características sociodemográficas associadas à descontinuidade na detecção precoce do CCU: bairro de moradia, idade, morar com o companheiro, atividade laboral e escolaridade. Morar no bairro comum à instituição apresentou associação estatística com a descontinuidade na detecção precoce do CCU ($p=0,024$), divergindo com estudo o qual encontrou que descontinuidade associou-se com o atendimento em unidades diferentes de seus locais de residência. Contudo, esse fato pode ser justificado pela facilidade de acesso e flexibilidade que o serviço dispõe, fazendo com que as mulheres tornem-se relapsas em retornar para buscar os seus resultados e/ou repetir o exame com a periodicidade adequada.

Embora a idade não tenha mostrado associação estatística, observou-se altas proporções de descontinuidade na detecção precoce do CCU entre as mulheres com 36 a 64 anos de idade, faixa etária considerada de risco pelo Ministério da Saúde. Não morar com o companheiro teve associação estatística significante com a descontinuidade na detecção precoce do CCU (p=0,013), corroborando com pesquisa realizada entre mulheres hispânicas na qual identificou que o risco para a não realização do exame entre mulheres sem companheiro era cerca de quatro vezes maior3. Uma possível explicação para esse aspecto seria que mulheres casadas ou em união estável estariam mais propensas a procurar serviços de planejamento familiar ou obstétricos, oportunizando a realização do exame. Apesar de não ter apresentado associação estatística, grande parcela das mulheres com descontinuidade na detecção precoce do CCU não trabalhava fora de casa. A baixa escolaridade não apresentou associação significativa com a descontinuidade na detecção precoce do CCU, porém é considerada fator de risco para a não realização do exame Papanicolaou adequadamente e para o não retorno para receber o resultado do exame preventivo do CCU.

Conclusão: Evidenciou-se como fatores sociodemográficos relacionados à descontinuidade na detecção precoce do CCU morar no bairro comum à instituição e não morar com companheiro. Dessa forma, algumas ações específicas desenvolvidas pelo enfermeiro e voltadas para a educação em saúde poderiam ser viabilizadas no sentido de implementar a resolutividade do atendimento e melhorar a adesão ao exame e à consulta de retorno dessas mulheres.

Referências:

ALBUQUERQUE K. et al. Pap smear coverage and factors associated with non-participation in cervical cancer screening: an analysis of the Cervical Cancer Prevention Program in Pernambuco State, Brazil. Cad Saúde Pública. 2009;25(S2):301-9.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014; OLIVEIRA M; GUIMARÃES M; FRANÇA. Fatores associados a não realização de Papanicolaou em mulheres quilombolas. Ciência e Saúde Coletiva. 2013;

KOVAL et al. (Cancer Prevention for Latinas): findings of a pilot study in Winston-Salem, Forsyth County. N C Med J. 2006; 67(1):9-16;

Palavras-chave: Prevenção do Câncer de Colo Uterino; Fatores de Risco; Enfermagem.

20| A ESPIRITUALIDADE COMO DIMENSÃO DE CUIDADOS HOLÍSTICOS, EM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIÁRIOS.

Carla Pinho [20]
Cíntia Pinho-Reis [20]
Patrícia Coelho [4] [19] [37]

carlasrpinho@gmail.com

[20] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos | Portugal.*
[4] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal.*
[19] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal.*
[37] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal*

Introdução: De acordo com a European Association for Palliative Care, os cuidados paliativos são interdisciplinares na sua abordagem e englobam a pessoa doente, a sua família e a comunidade. Os cuidados paliativos oferecem o mais básico conceito de cuidar pois centram-se não só em preservar o conforto e a qualidade de vida dos doentes mas também em satisfazer as suas necessidades e desejos individuais, independentemente do local onde sejam cuidados (1). Visto que (51%) dos doentes e que doentes com mais de 75 anos (66,2%) prefere morrer em casa, o domicílio torna-se no local privilegiado para serem prestados cuidados paliativos de excelência (2). Por vezes, o ser humano na sua complexidade adoece e essa doença, muitas vezes, atribuída à sua dimensão física, psicológica e social acaba por progressivamente se estender à dimensão espiritual (1,3). A espiritualidade é intrínseca ao ser humano, reconhecível quando surge como necessidade, logo, inerente aos cuidados de enfermagem. Assim, o contínuo desenvolvimento dos profissionais de saúde em cuidados paliativos remete para um cuidar na essência do ser humano. Na prestação de cuidados holísticos é primordial a abordagem do cuidado à pessoa tendo em consideração a sua singularidade e, por este fato, o papel da espiritualidade e ressalta aspetos que nos remetem para o sentido da existência humana (1,3,4).

Objetivo: Compreender o significado da espiritualidade em cuidados paliativos como dimensão da prestação de cuidados holísticos em contexto domiciliário.

Material e Método: Revisão da literatura nas bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina, NHS Economic Evaluation Database, Health Technology Assessments Library, Information Science & Technology Abstracts, Cochrane Methodology Register. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: "spirituality", "end of life" OR "end-of-life" OR "palliative care" AND "home care". Da pesquisa eletrónica efetuada, obteve-se um

total de 32 resultados. Destes, foram apenas incluídos os artigos referentes ao período 2004-2014, em texto integral, com resumo, referências disponíveis e analisados por especialistas, perfazendo assim um total de 9 artigos elegíveis.

Resultados: A prestação de cuidados paliativos deve promover a satisfação das necessidades da pessoa em fim de vida, tanto das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, que serão tão específicas quanto a singularidade de cada pessoa (1,2). A espiritualidade, enquanto princípio da vida, existe de forma intrínseca à sua própria existência, reveste-se de um valor que dá sentido à própria vida, visível quando a pessoa se autoconhece na sua essência. No momento de finitude, ou seja, no término da nossa vida, é essencial refletir sobre a procura incessante do ser, deste se autocompreender e se sentir em paz (1,2,4). As temáticas mais focadas nos artigos analisados foram: dimensão espiritual, morte como conceito complexo e multidimensional, qualidade de vida, cuidados holísticos, papel dos prestadores de cuidados (1,2,4). Os artigos referem que a espiritualidade ganha bastante relevância no contexto domiciliário, pois ressalta a importância dos domínios do significado, da esperança, do amor e dos relacionamentos (1,2). Como necessidades espirituais das pessoas doentes em fim de vida, os artigos apontam que estas são: estar com a família e com os amigos, rir, ler materiais inspiradores, estar com pessoas que partilhem as suas crenças espirituais, rezar, pensar positivamente e ter pensamentos felizes, conversar sobre os problemas do dia-a-dia, conversar sobre questões espirituais e religiosas e ver o sorriso das outras pessoas (1,2,4). Contudo, uma vez que as necessidades espirituais são diferentes para cada pessoa, torna-se importante adequar a s intervenções a cada pessoa, mediante a fase da sua doença, as suas necessidades, atendendo à sua singularidade e contexto (2,4).

Conclusão: Os cuidados holísticos devem preservar a dignidade e a integridade da pessoa na fase final da sua vida, preservando a sua identidade e valores, de forma a manter-se conectada com tudo o que tem sentido e valor na sua vida, mesmo perante uma cadeia progressiva de perdas e progressão da doença, até ao momento da morte.

Referências:

1. Bush, Tony e Bruni, Nina. Spiritual care as a dimension of holistic care: a relational interpretation. International Journal of Palliative Nursing. 2008, Vol. 14, 11, pp. 539-545.

2. Hermann, Carla P. The Degree to Which Spiritual Needs of Patients Near the End of Life Are Met. Oncology Nursing Forum. 2007, Vol. 34, 1, pp. 70-78.

3. Gomes, Bárbara, et al. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. BMC Palliative Care. 2013, Vol. 12, 7.

4. Daly, Louise e Fahey-McCarthy, Elizabeth. Attending to the spiritual in dementia care nursing. British Journal of Nursing. 2014, Vol. 23, 14,pp. 787-791.

Palavras-chave: Espiritualidade; Cuidados paliativos; Fim de vida; Cuidados no domicílio; Cuidados holísticos.

21| DIA MUNDIAL DE LAVAGEM DAS MÃOS: UMA ABORDAGEM LÚDICA COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

Maria Cristina de Mello [(1)]
Poliane Jordano de Carvalho [(1)]
Priscila Araújo Prado [(1)]
Paloma Bezerra da Silva [(1)]
Grazia Maria Guerra [(1) (2)]

mcmello22@gmail.com

[(1)] *Centro Universitário de São Camilo | Brasil*
[(2)] *Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP | Brasil*

Introdução: Em 2008, considerado o Ano Internacional do Saneamento, em uma conferência da Organização das Nações Unidas (ONU), através de uma iniciativa público-privada, foi criado o Dia Mundial de Lavagem das Mãos, comemorado no dia 15 de outubro, como campanha educativa com o objetivo de diminuir o número de doenças infecciosas e até mortes decorrentes por essas. O foco deste ano são as crianças e escolas, uma vez que estas são mais vulneráveis a doenças infecciosas, além de serem potenciais agentes de mobilização e multiplicação para a formação da cultura de "Mãos limpas salvam vidas".

Objetivo: Educar de forma lúdica crianças hospitalizadas, acompanhantes e colaboradores de um hospital sobre a temática de lavagem das mãos, com a finalidade de conscientizar sobre a importância da mesma e a realização da técnica correta.

Material e Métodos: Esta pesquisa caracteriza-se de natureza descritiva e do tipo relato de experiência, vivenciado por acadêmicos de Enfermagem do 8º período do Centro Universitário São Camilo, em outubro de 2014, como parte das atividades referentes à disciplina de Estágio Supervisionado em Gestão em Enfermagem Hospitalar em um Hospital Geral da Região Metropolitana de São Paulo.

Resultados: Foi realizado uma atividade de forma lúdica, na brinquedoteca do hospital, o qual foi possível identificar dúvidas acerca da importância da lavagem das mãos, possibilitando saná-las através de explicação oral sobre o tema e apresentação de vídeos musicais infantis que abordam a temática. A técnica correta de higiene das mãos foi trabalhada através de uma dinâmica, a qual foi distribuído álcool em gel, para representar a água e sabão, abordando a maneira correta de higienização das mãos. Finalizamos a atividade, com uma oficina em que as crianças desenharam suas mãos em placas de E.V.A., posteriormente recortadas e coladas em palitos de madeira, e entregues como forma de lembrança da atividade e reforçar a ideia da importância das mãos e sua higienização.

Conclusão: A lavagem das mãos é de fundamental importância, uma vez que com uma simples lavagem podemos evitar diversas doenças infecciosas. Com a cultura de lavagem das mãos disseminada, as mortes e doenças serão reduzidas e a saúde infantil promovida de forma a reduzir custos com posteriores tratamentos e hospitalizações.Referência

Referências:

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. 15 de outubro: Dia mundial de lavagem das mãos. 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1567&Itemid=839>. Acesso em: 10 out. 2014.

Trabalho realizado no Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerenciamento em Enfermagem do Centro Universitário São Camilo - São Paulo

Palavras-chave: enfermagem; informação e comunicação em saúde; desinfecção das mãos criança; hospitalizada; educação.

22| OUTUBRO ROSA: UMA ABORDAGEM DE CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O CANCER DE MAMA

Maria Cristina de Mello [(1)]
Júlia Drummond de Camargo [(1)]
Pamela Carolina Lima Santos [(1)]
Gabriela do Amaral Anastasi [(1)]
Grazia Maria Guerra [(1) (2)]

mcmello22@gmail.com

[(1)] *Centro Universitário de São Camilo | Brasil*
[(2)] *Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP | Brasil*

Introdução: Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. O câncer de mama é o segundo tipo mais comum no mundo, e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. No Brasil, são esperados 57.120 casos novos de câncer de mama no ano de 2014, sendo que as taxas de mortalidade são elevadas devido ao diagnóstico tardio da doença. Como forma de conscientização da população sobre os aspectos da doença e o quanto esta acomete a população, muitos países participam de um movimento conhecido como Outubro Rosa (tem como símbolo o laço cor de rosa).

Objetivo: Sensibilizar pacientes e profissionais da área da saúde sobre a importância da prevenção do câncer de mama através do autoexame e reflexão frente aos fatores de risco, por meio de uma mobilização referente ao movimento Outubro Rosa.

Material e Métodos: Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado por acadêmicos de Enfermagem do 8º período do Centro Universitário São Camilo, no ano de 2014, como parte das atividades referentes à disciplina de Estágio Supervisionado em Gestão em Enfermagem Hospitalar, em hospital geral de grande porte presente na região metropolitana da grande São Paulo. O projeto foi dividido em 3 etapas: na primeira ocorreu a busca por material educativo sobre autoexame das mamas e elaboração de um panfleto para a conscientização dos profissionais da saúde. A segunda etapa consistiu na confecção de laços de fita cor-de-rosa simbolizando o movimento "Outubro Rosa" a ser distribuído aos profissionais da saúde da instituição. Por fim, na terceira etapa, abordagem dos profissionais e pacientes sobre o movimento Outubro Rosa.

Resultados: Foi realizada uma campanha dentro do hospital para conscientização dos profissionais da saúde sobre a importância do tema de câncer de mama, suas estatísticas e formas de prevenção, com objetivo de sensibilizar os profissionais para a multiplicação deste conhecimento, onde os acadêmicos, vestindo camisetas cor-de-rosa, transitaram pelas unidades

do hospital, distribuindo panfletos informativos e laços simbólicos do movimento "outubro rosa". Além desta ação, também foram distribuídos panfletos para os pacientes ambulatoriais referente ao autoexame das mamas.

Conclusão: O câncer de mama é uma doença com altos índices de cura, porém par atingir esta meta é fundamental que seja feito o diagnóstico precoce da doença e isto somente é possível através de medidas preventivas. Sendo assim, os profissionais da saúde têm como responsabilidade de serem educadores e multiplicadores destas informações.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: 2014.

GONÇALVES, LEILA et al. Cancer de Mama feminino: aspectos clínicos e patológicos dos casos cadastrados de 2005 a 2008 num serviço público de oncologia de Sergipe. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, Recife, 2012.

Palavras-chave: Enfermagem; Comunicação em Saúde; Educação em enfermagem; Câncer de mama; Prevenção primária

23| CONSTRUÇÃO DE OBJETO DE APRENDIZAGEM INTERATIVO PARA PACIENTES HIPERTENSOS

Raquel Acciarito Motta [(1)]
Grazia Maria Guerra [(1) (2)]
Isabela Ribeiro Braga Fistarol [(1) (3)]
Chao Lung Wen [(4)]
Luiz Aparecido Bortolotto [(2)]

grazia.guerra@hotmail.com

[(1)] *Centro Universitário de São Camilo | Brasil*
[(2)] *Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP | Brasil*
[(3)] *Instituto do Câncer da Universidade de São Paulo | Brasil*
[(4)] *Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo | Brasil*

Introdução: A educação em saúde é um componente essencial do cuidado e é direcionada para promoção, manutenção, restauração da saúde e prevenção da doença. A sua meta é ensinar as pessoas a viverem de forma mais saudável possível. Neste sentido a Tecnologia Educacional atua como um agente facilitador dessa meta. Os Objetos de Aprendizagem (OAs) são recursos ou ferramentas auto consistentes do processo ensino aprendizagem, também definidos como "recursos digitais dinâmicos, interativos e reutilizáveis em diferentes ambientes de aprendizagem a partir de uma base tecnológica. Partindo desta reflexão, este estudo apoia-se na intenção de mostrar como ocorreu a construção de um OAi (objeto de aprendizagem interativo), apesar que, por si só, ele não responderá a todas as exigências que a construção do conhecimento envolve, no entanto, almeja-se estimular seu uso e sua medição na educação em saúde.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é relatar como foi a construção de um OAi para pacientes hipertensos, o qual poderá relacionar o conhecimento obtido em consultas com profissionais de saúde através de um Quiz interativo com repostas imediatas dadas no momento de sua utilização.

Material e Métodos: Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados SciELO e Lilacs, no período de Maio a Julho de 2014, utilizando os descritores: "ensino em saúde" e "objeto de aprendizagem interativo". Após fundamentação teórica para contrução do OAi, deu-se início a sua elaboração por meio da colaboração de três equipes: a pedagógica (P) (embasado em um projeto de pesquisa intitulado "A adesão terapêutica com o uso da tecnologia educacional em pacientes hipertenso" I realizado no Instituto do Coração - InCor), a tecnológica (T) com consultoria do Departamento de Telemedicina da Faculdade de Medicina USP e a de *design* gráfico (DG) (provenientes do Núcleo de EaD do Centro Universitário São Camilo).

Resultados: Para a construção do OAi, a equipe P fez a escolha do conteúdo a ser trabalhado com o paciente em forma de Quiz interativo, decidindo por temas que os pacientes deveriam se atentar sobre hipertensão. As ideias desenvolvidas em forma de questionário passaram a ser estruturadas em um roteiro onde OAi pudesse ser implementado pela equipe T e DG. Iniciou-se assim, o desenho da interface para o OAi pela equipe T. Feito isso, passou-se o roteiro para equipe DG criá-la no Software chamado Articulate. Alguns fatores foram importantes para criação do Objeto: a construção de perguntas e respostas que valeriam pontos; a cada resposta certa o paciente obterá um feedback positivo; após cada pergunta respondida (certa ou erada) o feedback é dado de forma lúdica, contextualizado em uma narrativa visualmente atrativa. Ao final do uso do OAi, após os pontos somados, quanto maior a pontuação final do paciente melhor será seu conhecimento sobre a doença e melhor será sua capacidade de controlar sua pressão arterial.

Conclusão: O entendimento é que se busque no uso deste recurso resultados que possam ser medidos enquanto conhecimento adquirido pelo paciente, bem como dar ao usurário a possibilidade de adquirir confiança suficiente para lidar com sua saúde e resolver problemas relacionados a hipertensão.

Palavras-chave: Ensino em saúde; Objeto de Aprendizagem Interativo; Adesão Terapêutica; Educação tecnológica; Enfermagem.

24| RISCO DE PÉ DIABÉTICO NUMA AMOSTRA DE UTENTES DE CENTRO DE DIA

Rita Poças [(1)]
João Laverco [(1)]
Tânia Costa [(2)]
Armando Almeida [(2)]
Clara Braga [(2)]

mbraga@porto.ucp.pt

[(1)] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem| Portugal*
[(2)] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*

Introdução: Este póster surge no decorrer do Ensino Clinico V, após a aplicação de um instrumento de colheita de dados numa feira da saúde para a Obra Diocesana de Promoção Social que decorreu no dia 17 de Outubro de 2014. Consideramos ser importante abordar este tema uma vez que existe 1 milhão de pessoas, entre os 20 e os 79 anos, em Portugal que estão diagnosticados com Diabetes. Esta doença traz algumas complicações como nefropatia diabética, hipertensão arterial, disfunção sexual, retinopatia diabética e pé diabético, sendo este ultimo o tema do nosso cartaz uma vez que cerca de 25% dos diabéticos tem risco aumentado de sofrer de pé diabético.

Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar o risco de pé diabético em utentes do centro de dia. Com o objetivo de uma prevenção de casos de risco e tratamento prévio.

Material e Métodos: Estudo transversal descritivo. Numa população de 30 diabéticos em que a amostra se restringiu aos utentes que recorreram à banca da avaliação do pé, ou seja a 12 utentes. Este estudo tem um erro amostral de 25%, um nível de confiança de 95%. Estes dados foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada e de um exame físico aos pés através da escala de avaliação do risco de pé diabético do SAPE. Os dados recolhidos foram tratados em Excel e em SPSS.

Resultados: Após a análise dos dados recolhidos é possível observar que n=4 pessoas têm risco médio de ter úlceras de pressão no pé esquerdo e n=5 no pé direito. Existe também risco alto risco de úlcera de pressão no pé esquerdo a n=4 pessoas e no pé direito a n=3 pessoas. Em relação à integridade da pele podemos concluir que na nossa amostra a maioria tinha calosidade (n=10), deformidades do pé (n=8) e pele seca (n=7). Também é possível observar que n=1 dos utentes não tem sensibilidade/ pressão em ambos os pés e que n=2 não apresentam sensibilidade à vibração no pé direito. Outros dois focos que foram avaliados e que consideramos podermos intervir, no

auxílio destes foram a dor e coloração. No primeiro foco n=5 pessoas apresentam dor me ambos os pés e n=6 apresentam alterações da coloração de ambos os pés.

Conclusão: Em suma, este estudo permitiu concluir que a maioria das pessoas tem risco médio de úlcera de pressão e essencialmente no pé direito. Dos parâmetros que são avaliados na escala de avaliação do risco de pé diabético do SAPE os que apresentaram maior relevância para os cuidados de enfermagem foi a integridade da pele.

Referências:

ASSOCIAÇÃO PROTETORA DOS DIABETICOS DE PORTUGAL. Complicações. Associação Protetora dos Diabeticos de Portugal. [Online] http://www.apdp.pt/index.php/diabetes/risco-de-complicacoes.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. 2010. Pé diabético. Direcção Geral de Saúde. [Online] 22 de Março de 2010. https://www.dgs.pt/ms/7/pagina.aspx?codigoms=5519&back=1&codigono=0005AAAAAAAAA.

SINGH, N; ARMSTRONG, D; BENJAMIN, L. 2005. Preventing Foot Ulcers. Clinical Review. [Online] 2005. [Citação: 3 de Novembro de 2014.] file:///C:/Users/Rita%20Po%C3%A7as/Downloads/ Preventing%20Foot%20Ulcers.pdf.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA. 2013. Observatório Diabetes. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. [Online] 2013. http://spd.pt/images/prova_final_od2013.pdf

Palavras-chave: Idosos; Saúde do Idoso; Qualidade de Vida; Idosos Institucionalizados; Idosos não Institucionalizados.

25| QUEDAS E MEDO DE CAIR NUMA AMOSTRA DE IDOSOS QUE FREQUENTAM CENTROS DE DIA

Daniela Vieira [(1)]
Sofia Pedro [(1)]
Clara Braga [(2)]
Tânia Costa [(2)]
Armando Almeida [(2)]

aalmeida@porto.ucp.pt

[(1)] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem| Portugal*
[(2)] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*

Introdução: A ocorrência de quedas associadas ao processo de senescência, induz frequentemente o medo de cair, reduzindo a autoconfiança para realizar as atividades básicas e instrumentais de vida diária. Este fenómeno, responsável pelo aumento da dependência no autocuidado, leva o idoso a procurar suporte social, muitas das vezes assegurado pelos Centros de Dia.

Objetivo: Averiguar a existência de quedas nos últimos 6 meses e correlacionar o fenómeno com o medo de cair, analisando a influência da idade e do sexo, numa amostra de utentes de Centros de Dia da cidade do Porto, que participaram numa Feira da Saúde.

Material e Métodos: Estudo transversal, descritivo, correlacional. Para seleção da amostra efetuou-se uma aleatorização simples; considerando-se um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 8%, identificou-se uma amostra de 85 pessoas. Através de entrevista estruturada fez-se a anamnese das quedas e aplicou-se a Falls Eficacy Scale.

Resultados: Os indivíduos da amostra são maioritariamente do sexo feminino (81%) e têm idades compreendidas entre os 51 e os 90 anos (76,75±9,27); predominam as pessoas viúvas (61,36%) com défice de apoio social (40,91% vivem sozinhos, 15,91% apenas com o conjugue). Analisando a anamnese das quedas nos últimos 6 meses, constata-se a existência de 67 episódios acidentais que atingiram 50% dos indivíduos da amostra, sendo de destacar a existência de pessoas que tiveram 4 ou 5 quedas. Contrariando a bibliografia, as quedas distribuem-se equitativamente pelo local (casa ou fora de casa), acontecendo maioritariamente devido a fatores intrínsecos (65%) e, apesar de provocarem muitas lesões nos braços e joelhos, apenas 28% dos indivíduos se dirigiu a um serviço de saúde (sempre ao hospital). O coeficiente de correlação de Pearson revelou, no entanto,

uma correlação moderada entre o número de quedas e o número de dias de internamento (r=0,363; p=0,012). Observa-se igualmente uma correlação moderada entre o número de quedas e o medo de cair (r= -0,343; p= 0,001). Analisando a influência da idade, constata-se que apesar de em média não existir correlação significativa entre a idade e o número de quedas (r= -0,068; p= 0,537), o mesmo não acontece com o medo de cair, verificando-se um acréscimo deste fenómeno com o aumento da idade (r= -0,261; p= 0,016). Em relação ao sexo, após aplicação do teste t para amostras independentes, constatou-se que não existe associação com significância estatística entre o sexo e o número de quedas; relativamente ao medo de cair, em média o fenómeno é superior nos indivíduos do sexo feminino (M=66,25; SE=2,796) do que nos do sexo masculino (M=80,56; SE=6,104), sendo a diferença estatisticamente significativa t(2,201)= 83; p=0,031.

Conclusão: Conclui-se que o medo de cair é maior nos idosos do sexo feminino, mais velhos e com historial de quedas nos últimos 6 meses. Os resultados obtidos vão de encontro aos vários estudos presentes na revisão da literatura. Assim, considera-se importante a intervenção de enfermagem face ao medo de cair, uma vez que interfere diretamente na qualidade de vida do idoso.

Referências:

HEALTH EVIDENCE NETWORK. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? World Health Organization Regional Office for Europe. [Online] Março de 2004. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/74700/ E82552.pdf.

MELO, C. (2003). Adaptação Cultural e Validação para a População Portuguesa da Falls Efficacy Scale (FES). Escola Superior e Tecnológica da Saúde do Porto (ESTES – Porto).

SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. Cálculo amostral: calculadora online. Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la>.

TINETTI, et al. Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. J. Gerontol. 1994, Vol. 49.

Palavras-chave: Idosos; Centro de Dia; Quedas; Medo de cair.

26| EQUILÍBRIO E MEDO DE CAIR NUMA AMOSTRA DE IDOSOS DE CENTROS DE DIA

Juliana Ferreira [(1)]
Diogo Pires [(1)]
Clara Braga [(2)]
Tânia Costa [(2)]
Armando Almeida [(2)]

aalmeida@porto.ucp.pt

[(1)] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem| Portugal*
[(2)] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*

Introdução: O processo de envelhecimento implica perda gradual da funcionalidade. A diminuição da capacidade de controlo do equilíbrio e o medo de cair são dois fenómenos que podem limitar a mobilidade e propiciar a ocorrência de quedas, obrigando os indivíduos a procurar suporte social nos Centros de Dia.

Objetivo: Averiguar se existe relação entre o equilíbrio e o medo de cair, analisando a influência da idade e do sexo, numa amostra de utentes de Centros de Dia da cidade do Porto, que participaram numa Feira da Saúde.

Material e Métodos: Estudo transversal, descritivo, correlacional. Para seleção da amostra efetuou-se uma aleatorização simples; considerando-se um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 8%, identificou-se uma amostra de 85 pessoas. Foram utilizados o Teste de Tinetti e a Falls Eficacy Scale.

Resultados: A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino (77%), cuja média de idade é 76,01±9,772 anos. O teste t student para amostras independentes revelou que em média os individuos do sexo masculino têm maior equilíbrio (M=23,76; SE=1,449) do que os do sexo feminino (M=19,33; SE=0,788). Esta diferença é estatisticamente significativa t(2,693)= 72; p=0,004. Simultaneamente, os individuos do sexo masculino têm também menor medo de cair (M=81,18; SE=5,524) do que os do sexo feminino (M=67,56; SE=3,256), observando-se igualmente diferenças estatisticamente significativas t(2,036)= 72; p=0,045. Para confirmar e avaliar a natureza da relação entre a idade e as duas variáveis em estudo, calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson; assim, constata-se que a idade se correlaciona negativamente, de forma moderada e com

significância estatística com o medo de cair (r= -0,378; p=0,001) e com o equilíbrio (r= -0,470; p<0,001). O cálculo do coeficiente de correlação de Pearson revelou ainda a existência de uma correlação moderada, estatisticamente significativa entre o medo de cair e o equilíbrio (r= 0,519; p <0,001).

Conclusão: Observa-se que à medida que a idade avança, o equilíbrio diminui, tendo como consequência o aumento do medo de cair. As mulheres são particularmente sensíveis a estes dois fenómenos que estão intrinsecamente relacionados.

Referências:

MELO, C. (2003). Adaptação Cultural e Validação para a População Portuguesa da Falls Efficacy Scale (FES). Escola Superior e Tecnológica da Saúde do Porto (ESTES –Porto).

PETIZ, E. (2002). Atividade física, equilíbrio e quedas - Um estudo em idosos institucionalizados. Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

SANTOS, G. Cálculo amostral: calculadora on-line. Disponível em: http://www.calculoamostral.vai.la

TINETTI et al. Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. J. Gerontol. 1994, Vol. 49.

Palavras-chave: Idosos; Centro de Dia; Equilibrio; Medo de cair.

27| A MOBILIDADE E A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO NUMA AMOSTRA DE IDOSOS DE CENTROS DE DIA

Barbara Pinho [(1)]
Cláudia Santos [(1)]
Clara Braga [(2)]
Tânia Costa [(2)]
Armando Almeida [(2)]

aalmeida@porto.ucp.pt

[(1)] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem| Portugal*
[(2)] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*

Introdução: Com o envelhecimento, a mobilidade nas articulações, força muscular e tónus muscular diminuem, existindo uma tendência para reduzir a atividade física, fenómenos frequentemente associados ao aumento da dependência no autocuidado. Estes fatores levam o idoso a procurar suporte social nos Centros de Dia.

Objetivo: Avaliar a mobilidade nas articulações, força e tónus muscular; averiguar a relação destes fenómenos com a atividade física, analisando a influência da idade e do sexo, numa amostra de utentes de Centros de Dia da cidade do Porto, que participaram numa Feira da Saúde.

Material e Métodos: Estudo transversal, descritivo, correlacional. Para seleção da amostra efetuou-se uma aleatorização simples; considerando-se um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 9%, identificou-se uma amostra de 74 pessoas. Realizaram-se alguns testes de aptidão física e aplicou-se o questionário modificado de Baeke.

Resultados: A amostra é constituída maioritariamente por individuos do sexo feminino (83,8%) cuja média de idades é 77,51±10,632, sendo a mediana 80 e a moda 85. Analisando a mobilidade das articulações, a força e o tónus muscular, constata-se que enquanto nos membros superiores se observam diferenças nos três parâmetros, com perda de função mais acentuada à esquerda, nos membros inferiores essas diferenças não são percetíveis. A força muscular é a mais afetada, estando apenas totalmente conservada nos membros superiores em cerca de 1/3 dos indivíduos da amostra. Não se observaram associações estatisticamente significativas entre a mobilidade das articulações, a força e o tónus muscular com a intensidade da atividade física realizada, a idade ou o sexo. Ao nível da atividade física, constata-se que a população é toda muito sedentária, não

realizando praticamente atividade desportiva ou de lazer; assim a intensidade das atividades domésticas prevalece e estabelece o nível da atividade física medida na amostra. É de realçar, no entanto, que a maioria (66,67%) refere falta de ar apenas quando necessita de realizar atividade física extra, como andar depressa e/ou correr. O cálculo do coeficiente de correlação de Pearson não demonstra significância estatística entre a idade e a atividade física. O teste t student para amostras independentes revelou que em média a intensidade da atividade física é superior nos indivíduos do sexo feminino (M=2,69; SE=0,266) do que nos do sexo masculino (M=1,70; SE=0,101). Esta diferença é estatisticamente significativa t(-3,471)= 55,541; p=0,001, uma vez que as mulheres realizam mais tarefas domésticas. O calculo do coeficiente de correlação de Pearson revelou ainda a existência de uma correlação moderada, estatisticamente significativa entre a intensidade da atividade doméstica e o número de horas que os indivíduos passam sentados (r= -0,514; p<0,001) e uma correlação fraca, com significância estatística entre a intensidade da atividade doméstica e o número de horas que passam deitados (r= -0,283; p=0,031).

Conclusão: A população estudada é muito sedentária, estando a atividade física quase limitada à realização das atividades domésticas, motivo pelo qual, as mulheres emergem como as mais ativas; não se identificam contudo, problemas major de intolerância à atividade que limitem a realização de atividade desportiva ou de lazer. Ao nível da mobilidade, força e tónus muscular, os problemas identificados também não parecem justificar o comportamento sedentário.

Referências:

AZEVEDO, P. Estudo para a validação do Questionário de Baeke modificado por acelerometria, na avaliação da actividade física em idosos portugueses. Repositório Universidade do Porto - Faculdade de desporto. Setembro de 2009. http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20495/2/12903.pdf.

MENDES, C. Efeitos de um programa de exercícios de enfermagem de reabilitação na aptidão física e independência funcional de idosos institucionalizados. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [Online] 01 de 2014. http://repositorio.esenfc.pt/rc/.

RIBEIRO, F. et al. Impacto da prática regular de exercício físico no equilíbrio, mobilidade funcional e risco de queda em idosos institucionalizados. Repositório Universidade do porto - Centro de Investigação em Actividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL) - Faculdade de Desporto. [Online] http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13983/2/3981.pdf.

SANTOS, G. Cálculo amostral: calculadora online. Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la>

Palavras-chave: Idosos; Centro de Dia; Mobilidade; Exercício Físico; Sedentarismo.

28| CAPACIDADE FUNCIONAL E UTILIZAÇÃO DE RECURSOS DE SAÚDE NUMA AMOSTRA DE IDOSOS QUE FREQUENTAM CENTROS DE DIA

Ana Oliveira [(1)]
Tânia Helena [(1)]
Armando Almeida [(2)]
Clara Braga [(2)]
Tânia Costa [(2)]

tcosta@porto.ucp.pt

[(1)] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem| Portugal*
[(2)] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*

Introdução: A partir dos 75 anos a vulnerabilidade à doença e a dependência funcional tornam-se realidades mais evidentes contribuindo para dificuldades na utilização dos recursos de saúde, mas também, para a procura de apoio ao nível dos centros de dia.

Objetivo: Caraterizar a capacidade funcional e a utilização de recursos de saúde numa população de 194 utentes de Centros de Dia da cidade do Porto, que participaram numa Feira da Saúde. Averiguar se existe relação entre dependência nas AVDS e AIVDS, analisando a influência da idade.

Material e Métodos: Estudo transversal descritivo, correlacional. A seleção da amostra realizou-se por aleatorização simples, considerando-se um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 9%. Identificou-se uma amostra de 74 pessoas. Foram aplicados o Índice de Lawton and Brody e o Índice de Barthel.

Resultados: Evidenciou-se uma idade média de 77,56±8,08 anos, sendo a maioria do sexo feminino (81%), viúvos (68,9%) e com baixa escolaridade (48,6% fez o exame da 4º classe); 52,7% vivem sós; 40,5% não gere a sua reforma e 22,9% destacam como cuidadores, unicamente, os funcionários do centro de dia. São dependentes nas atividades instrumentais de vida diária 61%, destacando-se maior dependência em lavar roupa (31%), preparar a comida (22%), ir às compras

(27%) e usar transportes (16,2%). Nas atividades de vida diária são dependentes 26%, sobretudo no banho (20%) e higiene pessoal (15%). Metade dos indivíduos não conhece o Enfermeiro de Família e 7% não conhece o médico de família. Quando doentes, 51% recorre ao Hospital. Para avaliar a relação entre idade e dependência nas AVDS e AIVDS, calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson, evidenciando-se que a idade relaciona-se fraca e negativamente, com significância estatística com as AVDS (r=-0,294; p=0,011) e moderada e positivamente, com significância estatística com as AIVDS (r=0,5455; p=0,000). O cálculo do coeficiente de correlação de Pearson revelou ainda correlação moderada, negativa e estatisticamente significativa entre dependência nas AVDS e AIVDS (r= - 0,519; p <0,001).

Conclusão: O declínio funcional inicia-se ao nível das atividades instrumentais de vida diária, pelo que este fenómeno assume-se como um indicador relevante face à intervenção de enfermagem no contexto dos centros de dia. Por outro lado, há que destacar a utilização do hospital enquanto primeiro recurso face às necessidades de saúde.

Referências:

COSTA, T; ALMEIDA, A. 2012. O significado que o idoso independente no autocuidado atribui à sua dependência. Trabalho apresentado no IPLeirias's Health International Congress, Leiria, Portugal, 11-12 Maio, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. 2011. Censos 2011 resultados Definitivos - Portugal. Lisboa: s.n. 978-989-25-0181-9;

POTTER, P; PERRY, A. 2008. Fundamentos de Enfermagem. s.l.: Mosby Elsevier. 85-352-1677-4;

SEQUEIRA, C. 2007. Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Quarteto Editora;

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. 2004. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de aúde Pública. 20(2): 190-S198;

Palavras-chave: Idosos; Capacidade Funcional; Utilização de Recursos.

29| ATIVIDADE FÍSICA E *STATUS* COGNITIVO NUMA AMOSTRA DE IDOSOS DE CENTROS DE DIA.

Cristiana Nascimento [(1)]
Ana Freitas [(1)]
Armando Almeida [(2)]
Tânia Costa [(2)]
Clara Braga [(2)]

mbraga@porto.ucp.pt

[(1)] *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem| Portugal*
[(2)] *Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde*

Introdução: O envelhecimento e a função cognitiva estão intimamente ligados. Segundo alguns autores, a atividade física funciona como protetor cognitivo por levar a um aumento do fluxo sanguíneo, oxigenação e nutrição cerebrais, outros defendem que esta relação é reduzida. Tendo isto em conta, há um aumento de neurotransmissores, das conexões sinápticas e regeneração dos neurónios. Considerando que na população que frequenta os centros de dia, a prevalência de alterações cognitivas e o sedentarismo são elevados, como será a relação entre o *status* cognitivo e a intensidade da atividade física praticada?

Objetivo: Averiguar se o *status* cognitivo influencia os níveis de atividade física, analisando a influência do idade e do sexo, numa amostra de utentes de Centros de Dia da cidade do Porto, que participaram numa Feira da Saúde.

Material e Métodos: Estudo transversal, descritivo, correlacional. Para seleção da amostra efetuou-se uma aleatorização simples; considerando-se um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 9%, identificou-se uma amostra de 74 pessoas. Realizou-se a avaliação neurocognitiva através da aplicação do Mini Exame do Estado Mental e a atividade física com o questionário modificado de Baecke.

Resultados: Dos 74 idosos da amostra, a maioria é do sexo feminino (87,84%), sendo a média de idades 77,76±10,163. Observam-se elevados níveis de sedentarismo relacionados com a ausência

de práticas desportivas e pouco investimento em atividades de lazer. A intensidade da atividade física é assim justificada pela atividade doméstica de cada um. A nível cognitivo, 56,1% dos inquiridos evidencia alterações cognitivas assinaladas através do Mini Exame do Estado Mental. O coeficiente de correlação de Pearson revela correlações moderadas entre o *status* cognitivo e a intensidade da atividade doméstica (r = 0,443; p = 0,003), a intensidade das atividades de lazer (r = 0,372; p = 0,014) e a intensidade da atividade física (r = 0,516; p <0,001). Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre a idade e o *status* cognitivo ou a intensidade da atividade física; o teste t student para amostras independentes apesar de revelar diferenças de médias entre a intensidade da atividade doméstica praticada pelos indivíduos do sexo masculino (M=1,56; SE=0,295) e do sexo feminino (M=1,82; SE=0,096), não assume significância estatística t(-910)= 58; p=0,367.

Conclusão: Este estudo permitiu explorar a relação do *status* cognitivo com a atividade física, verificando-se que os idosos com melhor status cognitivo são aqueles que desempenham um maior número de tarefas domésticas e também os que mais se envolvem em atividades de lazer. Torna-se assim necessário desenvolver projetos que envolvam os idosos com alterações cognitivas nas atividades dos centros de dia, para que possam usufruir da potencialidade terapêutica da atividade física.

Referências:

AZEVEDO, P. Estudo para a validação do Questionário de Baeke modificado por acelerometria, na avaliação da atividade física em idosos portugueses. Repositório Universidade do Porto - Faculdade de desporto. Setembro de 2009. http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20495/2/12903.pdf.

COELHO, P. et al. Alterações cognitivas no idoso: Uma revisão integrativa. VIII Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem. 9 e 10 de Setembro de 2013, pp. 149-151.

MORGADO, et al. Novos valores normativos do Mini Mental State Examination. 2009. SINAPSE. Vol.9, Nº1

SANTOS, G. Cálculo amostral: calculadora online. Disponível em: http://www.calculoamostral.vai.la

SOUTO, S. Níveis Psicológicos e Cognitivos em Gerontologia - Impacto de um Programa de Atividade Fisica na Satisfaçãoo com a Vida, Depressão e Função Cognitiva em Idosos Ativos. 2009 pp. 21, 28, 44, 46.

Palavras-chave: Idosos; Centro de Dia; *Status* Cognitivo; Exercício físico.

LISTA DE AUTORES

Nome

Ádria Marcela Vieira Ferreira
Alexandra Chino
Alexandra Sarreira Santos
Alexandre Castro Caldas
Alexandre Formighieri de Mello
Amanda Guedes dos Reis
Amélia Simões Figueiredo
Ana Catarina Fernandes Barata
Ana Cláudia Puggina
Ana Cristina Lima Mimoso Caramelo
Ana Freitas
Ana Karina Bezerra Pinheiro
Ana Martingo
Ana Oliveira
Ana Resende
Ana Sabrina Sousa
Analisa Candeias
Anaximandro Cardoso
André Marcelo Machado Soares
Andréa Rodrigues Brunelli Donnard
Andreia Araújo
Angela Machado
Ângela Maria Alves e Souza
Angélica Mota Marinho
Anna Isabel Fechine Lima
Armando Almeida
Aurelie Amorim
Aurilene Lima da Silva
Bárbara Fernandes
Bárbara Pinho
Beatriz Araújo
Bruno Briote
Bruno Soares
Cândida Ferrito
Carla Gomes
Carla Pinho
Carlise Rigon Dalla Nora
Catarina Santos
Chao Lung Wen
Christian de Paul de Barchifontaine
Cíntia Pinho-Reis
Cintia Zencker Pasinato

Cláudia Santos
Constança Festas
Cristiana Nascimento
Cristina Martins
Daniela Vieira
Débora Rodrigues Guerra
Denise de Fátima Fernandes Cunha
Diogo Pires
Elisabete Lamy da Luz
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli
Elsa Margarida Maciel
Elsa Silva
Élvio Henriques de Jesus
Fábio de Oliveira Teixeira
Fátima Martins
Fernanda Santos Bastos
Filipe Rodrigues-Pires
Francisca Pinto
Gabriela do Amaral Anastasi
Géssica Alves da Silva
Gloria Zegarra
Goreti Filipa Santos Marques
Goreti Mendes
Grazia Maria Guerra
Hellen Lívia Oliveira Catunda
Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes
Isabel Quelhas
Isabel Rabiais
Isabela Ribeiro Braga Fistarol
Izaildo Tavares Luna
João Laverco
João Paulo Batalim Nunes
Joelna Eline Gomes Lacerda de Freitas Veras
José Roque Junges
Júlia Drummond de Camargo
Juliana Ferreira
Julliana dos Santos Aires
Karin Viegas
Lais de Souza Costa
Laíza Buffoni da Silva
Liliana Mota
Lorena Barbosa Ximenes
Lorenna Galdino de Farias
Luana Géssica Freire Martins
Lúcia de Fátima da Silva

Luís Octávio Sá
Luiz Aparecido Bortolotto
Lurdes Medeiros Garcia
Luziana G. Cintra Rossi
Manuela Amaral-Bastos
Marco Coentrão
Margarida Lourenço
Margarida Maria da Silva Vieira
Maria Clara Braga
Maria Cristina de Mello
Maria Dulce dos Santos Santiago
Maria João Guerra
Maria Lúcia Rocha
Maria Manuela Pereira Machado
Mariana Cabral Schveitzer
Marta Sauthier
Maycon Miguel
Michel Platinir Ferreira da Silva
Michell Ângelo Marques Araújo
Olinda Costa Mota Teixeira
Paloma Bezerra da Silva
Pamela Carolina Lima Santos
Patrícia Carvalho
Patrícia Coelho
Patrícia Lopes
Patrícia Neyva da Costa Pinheiro
Patrícia Pontífice de Sousa
Paulo Jorge de Oliveira Ferreira
Paulo Seabra
Pedro Melo
Poliane Jordano de Carvalho
Priscila Araújo Prado
Priscila de Souza Aquino
Rafaela Rosário
Rafaela Schaefer
Raquel Acciarito Motta
Regina Célia Ermel
Regina Silva
Rita Amorim
Rita Poças
Rosa Maria dos Santos Moreira
Rosa Silva
Rosangela Barbiani
Sara Pereira
Sílvia Caldeira

Sofia Maria Borba Roque
Sofia Pedro
Sónia Margarida Santos Coelho
Sónia Novais
Susana Matos
Tânia Costa
Tânia Esteves
Tânia Helena
Tânia Matos
Teresa Rasquillho Vidal
Tereza Lais M. Zutin
Vera Miranda
Walma Laena Teixeira Costa Juca
Zaida Borges Charepe

AFILIAÇÕES

1. Administração Regional de Saúde do Norte (ARS) |Portugal
2. Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego |Portugal
3. Centro de Hematologia do Ceará | Brasil
4. Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |Portugal
5. Centro Hospitalar de São João (CHSJ) | Portugal
6. Centro Hospitalar do Porto-Hospital de Santo António | Portugal
7. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra |Portugal
8. Centro Social Paroquial S. António | Portugal
9. Centro Universitário de São Camilo | Brasil
10. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro | Brasil
11. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo | Brasil
12. Escola de Saúde Pública do Ceará | Brasil
13. Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho | Portugal
14. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Portugal
15. Escola Superior de Enfermagem do Porto | Portugal
16. Escola Superior de Saúde de Setúbal - IPS | Portugal
17. Escola Superior de Saúde de Vale do Sousa | Portugal
18. Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante da Licenciatura em Enfermagem | Portugal
19. Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem | Portugal
20. Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, estudante do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos do | Portugal
21. Faculdade Católica Rainha do Sertão | Brasil
22. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo | Brasil
23. Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza | Brasil
24. Hospital de Geral de Fortaleza | Brasil
25. Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura | Brasil
26. Hospital Dr. Carlos Alberto Stuart Gomes |Brasil
27. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - UP | Portugal
28. Instituto do Câncer da Universidade de São Paulo | Brasil
29. Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP | Brasil
30. Instituto Politécnico de Portalegre | Portugal

31. Instituto Português de Oncologia, Porto – Portugal
32. Santa Casa de Misericórdia de Portalegre | Brasil
33. Santa Casa de Misericórdia-Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão | Portugal
34. Serviço de Saúde da RAM, E.P.E. | Portugal
35. Universidade Católica de Moçambique | Moçambique
36. Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Bioética | Portugal
37. Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde | Portugal
38. Universidade de Ciências da Saúde de Portalegre | Brasil
39. Universidade de Fortaleza | Brasil
40. Universidade de Marília | Brasil
41. Universidade do Vale do Rio dos Sinos | Brasil
42. Universidade Federal de São Paulo | Brasil
43. Universidade Federal do Ceará | Brasil
44. Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária | Portugal
45. Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora | Portugal