

I SIMPÓSIO DE ADMINISTRAÇÃO E GERÊNCIA EM ENFERMAGEM

ANAIIS

Trabalhos Completos

Campina Grande (PB), 17–19/08/2017.

APRESENTAÇÃO

Prezados.

O I Simpósio de Administração e Gerência em Enfermagem teve sua realização nos dias 17, 18 e 19 de agosto de 2017, sediado na cidade de Campina Grande – PB e promovido pelo curso de Enfermagem em parceria com a Universidade Federal de Campina Grande.

Foram dias oportunos que possibilitaram um espaço para discussões em torno do tema proposto. A qualidade da Gestão nos serviços de enfermagem foi discutida em diversos âmbitos, por diferentes profissionais, de instituições distintas, que ofereceram três dias de grande aprendizado para os presentes, além da troca de saberes e conhecimentos, através da interação entre participantes e palestrantes.

Profissionais e estudantes de enfermagem participaram do evento, onde através deste, tiveram a oportunidade de desenvolver os seus interesses na administração e gerenciamento em enfermagem, estimulando o estudo e produção de tais assuntos. Nesse sentido indicamos o quão importante será a apreciação dos nossos leitores aos trabalhos apresentados para que os mesmos façam a avaliação da pertinência dos temas expostos. Expressamos aqui os nossos sinceros agradecimentos a todos que contribuíram e participaram do I Simpósio de Administração e Gerência em Enfermagem.

Alison Oliveira e Nyanne Leal

(Comissão Organizadora do I Simpósio de Administração e Gerência em Enfermagem)

COMISSÃO ORGANIZADORA

Francisco de Sales Clementino
Alison de Oliveira Silva
Aísha Sthéfany Silva de Medeiros
Dhébora Rhanny Ribeiro Escorel Barros
José Antônio da Silva Júnior
Josefa Raquel Luciano da Silva
Joyce Felix da Silva
Maine Dayane Martins Lins
Maria Micaella Arruda de Macedo
Mayse Cristelle de Sales Mélo
Natally Calixto Lucena
Nyanne Leal do Monte
Rachel Hellen Monteiro da Costa
Rafael de Lima Monteiro
Tayná da Silva Brito
Sabrina Emyle Torres Fernandes
Sabrinna Scarllet Veras Pires
Valeska Moreira da Silva

COMISSÃO CIENTÍFICA

Francisco de Sales Clementino
Alan Dionizio Carneiro
Débora Taynã Gomes Queiróz
Emanuella de Castro Marcolino
Rosângela Vidal de Negreiros

PRÁTICAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO.

Alanna T. F. Carvalho, Faculdade Maurício de Nassau, alannaumbelino@hotmail.com;

Ricardo C. S. Nascimento, Escola Técnica Redentorista,

ricardocassianobezerra@outlook.com; (Orientadora) Wezila G. Nascimento, Faculdade

Maurício de Nassau, wezila@hotmail.com.

Resumo

De acordo com a Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), o enfermeiro de Centro Cirúrgico desenvolve atividades relacionadas ao funcionamento do setor, administração de pessoal, e atividades técnico-administrativas buscando atender as necessidades do paciente. A tomada de decisão é elemento central da administração de um setor e, a visão do todo e a percepção das partes, compreensões fundamentais de suporte à ela. O centro cirúrgico (CC) é um setor restrito, específico e complexo inserido no sistema hospitalar, onde são desenvolvidos procedimentos anestésico- cirúrgicos, fazendo-se necessário o trabalho de diferentes profissionais de saúde, como médicos anestesistas, cirurgiões, auxiliares de cirurgia, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A atuação do enfermeiro na unidade de CC exige habilidades e competências de gerenciamento com ênfase no processo de trabalho e no cuidado, atuando como um gerente burocrático, organizacional e assistencial, prestando cuidados indiretos e diretos aos pacientes e familiares, avaliando e coordenando sua equipe. Ele desenvolve sua função, planejando ações com segurança, competência e autonomia, constituindo-se como um elo entre os profissionais da equipe cirúrgica e a administração do hospital. O enfermeiro de CC deve desenvolver sua visibilidade perante o paciente, família, equipe, direção das instituições e governo, por meio do desenvolvimento de competência e postura. Desta forma, o profissional enfermeiro receberá não apenas um status mais coerente, como também, participará de ações rumo ao cuidado a saúde, onde ele gerencia não apenas a equipe, mas, também, os procedimentos realizados no setor.

Palavras-chave: Enfermeiro; Centros Cirúrgicos; Enfermagem Perioperatória; Enfermagem de Centro Cirúrgico.

Introdução

O centro cirúrgico (CC), também conhecido como unidade cirúrgica (UC) ou bloco cirúrgico (BC), refere-se a um espaço dentro da unidade hospitalar destinado a cirurgias de baixa, média e alta complexidade. Porém, independentemente desse grau, o Centro Cirúrgico é um ambiente complexo, que requer profissionais qualificados e treinados, sendo estes, especialistas em suas funções, eles deve ser equipado com recursos tecnológicos, que na maioria das vezes, são responsáveis pela manutenção da vida do paciente. O centro cirúrgico deve estar sempre preparado para alguma cirurgia de urgência ou emergência e seus instrumentos e matérias em seus devidos lugares, para evitar riscos maiores à equipe e ao paciente. A enfermagem é responsável por gerenciar e coordenar os profissionais que realizam esse trabalho. Para o paciente, o centro cirúrgico é um local desconhecido, com procedimentos cirúrgicos que, muita das vezes, invadem sua privacidade, despertando medo e ansiedade, tornando-o dependente da ação de terceiros. Por essa razão, o planejamento desse setor se torna tão relevante. Partindo-se do princípio de que o Enfermeiro é um profissional atuante do período perioperatório, sua prática é desempenhada sistematicamente, o Enfermeiro elabora o levantamento de dados sobre o paciente; coleta e organiza os dados do paciente; estabelece o diagnóstico de enfermagem; desenvolve e implementa um plano de cuidados de enfermagem; e avalia os cuidados em termos dos resultados alcançados pelo paciente. (GALVÃO et al., 2002). Assim, entende-se que esse processo é utilizado a fim de planejar e implementar a assistência ao paciente cirúrgico, possibilitando o andamento das demandas da unidade e favorecendo a realização dos cuidados de forma individualizada e integral. O Enfermeiro é um membro importante enquanto integrante da equipe multidisciplinar que atua no Centro Cirúrgico, já que as ações que desempenha são imprescindíveis para que os procedimentos sejam realizados de acordo com as condições ideais, técnicas e assépticas, o que possibilita que o processo anestésico-cirúrgico seja desempenhado com sucesso. Tendo o Enfermeiro esta responsabilidade, cabe a ele identificar atividades burocráticas e resolvê-las assim como supervisionar o trabalho e conduzir a equipe de Enfermagem, a fim de obter o melhor resultado na assistência, sendo o trabalho em equipe primordial para o bom funcionamento da

unidade, assim como o funcionamento dos equipamentos, possibilitando não só a segurança do paciente, como também da equipe como um todo, as atribuições do Enfermeiro de Centro Cirúrgico são bastante complexas, remetendo-se a diversas competências, dentre elas: assistencial, administrativa, ensino e pesquisa. Onde pode ser citado Guido et al. (2008), o papel assistencial é de suma importância, visto que compete ao Enfermeiro a assistência ao paciente e à família, sendo que a comunicação entre todos os indivíduos envolvidos é fundamental para a continuidade do cuidado de forma individualizada.

Metodologia

O resumo trata-se de um ensaio teórico reflexivo que propõe a discussão acerca dos trabalhos realizados pelo Enfermeiro a cerca da gestão, monitoramento e atribuições a cerca de seu trabalho no centro cirúrgico, fazendo efetivar a coordenação e organização do mesmo. Como base para a pesquisa tivemos monografias, artigos e periódicos publicados a cerca do tema. O ensaio teórico tem como fundamentos a exposição lógica e reflexiva, além da argumentação minuciosa, com elevado grau de interpretação e julgamento pessoal.

Resultados e Discussão

O papel do enfermeiro no Centro Cirúrgico tem se tornado mais complexo a cada dia, o qual necessita integrar cada vez mais as atividades técnicas, administrativo- burocráticas, assistenciais e de ensino e pesquisa. Concomitante a isso, deve-se levar em consideração a humanização necessária e de ação central no processo do cuidado e de gerência (FONSECA E PENICHE, 2009). Tendo em vista a importância do profissional de Enfermagem para o bom funcionamento do centro cirúrgico, com sua liderança e organização, deve desenvolver sua visibilidade perante o paciente, família, equipe, direção das instituições e governo, por meio do desenvolvimento de competência e postura. Desta forma, o profissional enfermeiro receberá não apenas um status mais coerente, como também, participará de ações rumo ao cuidado a saúde, onde ele gerencia não apenas a equipe, mas, também, os procedimentos realizados no setor. A atuação do enfermeiro no Centro Cirúrgico exige habilidades e competências de gerenciamento com ênfase no processo de

trabalho e no cuidado, atuando como um gerente burocrático, organizacional e assistencial, prestando cuidados diretos e indiretos aos pacientes e familiares, avaliando e coordenando sua equipe, além de desenvolver sua função, planejando ações com segurança, competência e autonomia, constituindo-se elo entre os profissionais da equipe cirúrgica e a administração do hospitalar. A imagem do enfermeiro de maneira geral está relacionada aos aspectos históricos, culturais e sociais, sendo uma profissão que muitas vezes é apresentada de forma errônea ou equivocada pela mídia, e também percebida desta mesma forma, pela própria equipe de saúde e pelos usuários. Desmistificar estas imagens do enfermeiro é um desafio e estratégias para alcançar este objetivo devem ser realizadas, além de ter que partir do próprio profissional, que em alguns casos menospreza a Enfermagem, pelo simples fato de não conhecer sua história, nem suas atribuições, sendo apenas um profissional que subordina-se a outros.

Conclusão

O desenvolvimento da habilidade de liderar pelo enfermeiro consiste em uma estratégia onde ele poderá empregar na sua prática diária com o intuito de promover mudanças, as quais possibilitem a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente. Com isso, entende-se que o embasamento teórico seja um eixo norteador para o preparo do enfermeiro-líder. Desta forma, a Liderança Situacional poderá ser utilizada como estrutura teórica no que diz respeito a habilidade de liderar do enfermeiro no contexto hospitalar, sobretudo voltada para o gerenciamento da assistência de enfermagem prestada ao paciente e para o desenvolvimento do potencial do pessoal de enfermagem.

Referências Bibliográficas

1. APLICAÇÃO DA LIDERANÇA SITUACIONAL NA ENFERMAGEM DE CENTRO CIRÚRGICO, Silva, M. A, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, São Paulo, SP, dissertação de mestrado, Ribeirão Preto, 2004.
2. Dalcól C, Garanhani ML. Papel gerencial do enfermeiro de centro cirúrgico: percepções por meio de imagens. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016.

3. GALVAO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; ROSSI, Lúcia Aparecida. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2002, vol.10, n.5, pp. 690-695. Disponível em: http://www.scielo.br/%20scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104%2011692002000500010&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: julho de 2017.

4. GUIDO, Laura de Azevedo; SZARESKI, Charline; ANDOLHE, Rafaela; ZERBIERI, Fabiana Martins. Competências do Enfermeiro em CC: reflexões sobre ensino/assistência. Rev. SOBECC, São Paulo, v 13, nº1, p. 16-23, jan/mar 2008.

5. MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO E CENTRAL DE MATERIAL, São Paulo, JUNHO/2012, 4ª EDIÇÃO.

6. PENICHE, Aparecida de Cássia Giani; ARAÚJO, Bianca Mattos de. Atividades de Enfermagem com potencial para desencadear falhas na assistência de Enfermagem transoperatória. Rev. SOBECC, São Paulo, v 14, nº2, p. 36-40, abr./jun. 2009.

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA OTIMIZAÇÃO DA GESTÃO DA SALA DE VACINA NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

(Autor 1) Aline Rayane Conceição Bezerra (Universidade Federal de Campina Grande) aline01234.rayane@gmail.com; (Orientador) Brenda Séphora de Brito Monteiro e Silva (Universidade Federal de Campina Grande) bsephorabm552@gmail.com.

Resumo

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, possui um papel fundamental na promoção de saúde na população brasileira e está intrinsecamente envolvido na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) e às atribuições do(a) enfermeiro(a) nesse setor. Nessa perspectiva, este artigo possui o objetivo de descrever o papel do(a) enfermeiro(a) na gestão otimizada da sala de vacinas, através de revisão bibliográfica sistemática e baseado em referências encontradas na base de dados da SCIELO, site e Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, além de livro e manual disponibilizados pelo mesmo.

Descritores: Administração de Serviços de Saúde; Vacina; Enfermeiros e Enfermeiras.

Introdução

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi criado em 18 de setembro de 1973, baseado na ideologia das primeiras intervenções sanitárias de Oswald Cruz. Segundo o Ministério da Saúde, este programa “[...] tornou-se ação de governo caracterizada pela inclusão social, na medida em que assiste todas as pessoas, em todos os recantos do País, sem distinção de qualquer natureza. Seja rico ou pobre, more no litoral ou nos sertões, seja velho ou jovem, o brasileiro sabe que pode contar com vacina de boa qualidade em todos os momentos de sua vida.” (1).

Este programa, contudo, assumiu além de um papel biológico e preventivista, uma responsabilidade social e de importância altamente

significativa para a promoção de saúde no país. E para que seu objetivo seja alcançado, o PNI conta com as equipes de saúde nos mais diversos setores de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente, a equipe componente da atenção primária e, dentre seus membros, o(a) enfermeiro(a).

Nessa perspectiva, a sala de vacinas é a estrutura física que maior evidencia essa intrínseca relação entre a atenção primária e o PNI. Além disso, como suas atividades são realizadas e coordenadas pela equipe de Enfermagem, torna-se de grande relevância a discussão que se segue sobre a importância do(a) enfermeiro(a) no gerenciamento dos serviços nesse ambiente.

Sendo assim, como o enfermeiro participa ativamente no setor da sala de vacinas a abordagem a seguir possui como objetivo: descrever o papel do(a) enfermeiro(a) na gestão, de forma otimizada, da sala de vacinas.

Metodologia

Trata-se de um artigo de revisão bibliográfica, desenvolvido através de pesquisa sistemática na base de dados Scielo, no site e Biblioteca Virtual do Ministérios da Saúde e em livro, no período do mês de julho de 2017. A busca com os seguintes descritores: Administração de serviços de saúde; Vacina; e Enfermeiros e Enfermeiras; sendo todos indexados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), permitiu a criterização de seleção de resultados encontrados na base de dados Scielo.

A busca com o primeiro descritor obteve o encontro inicial de 416 resultados na base de dados utilizada, contudo, após o uso dos filtros de Coleções (Brasil – 290 e Saúde Pública – 95), Idioma (Português – 352) e Ano de Publicação (2013 – 25, 2014

– 44, 2015 – 41, 2016 – 44 e 2017 – 25) foram identificados 136 resultados que se encaixavam nas exigências iniciais da pesquisa. Dentre esses, foram excluídos artigos repetidos, assim como, artigos que apresentavam abordagem de temática não relacionada aos objetivos deste artigo em construção. Sendo eleitos, então, 4 artigos os quais se encaixavam em todos os critérios de seleção.

A busca com o segundo descritor, na mesma base de dados, obteve 935 resultados iniciais, contudo, após o uso dos mesmos filtros aplicados ao descritor

anterior – Coleções (Brasil – 93 e Saúde Pública – 23), Idioma (Português – 116) e Ano de Publicação (2013 – 33, 2014 – 27, 2015 – 32, 2016 – 15 e 2017 – 9) – foram

identificados 116. Em seguida, foram aplicados outros critérios de seleção, como: análise de títulos, resumos e conteúdo; e a relação com a temática adotada para a construção deste texto. Sendo eleitos nessa etapa 2 artigos que atenderam às exigências de inclusão.

O terceiro descritor foi utilizado como parâmetro de inclusão/exclusão de resultados obtidos na busca efetuada com os outros descritores, auxiliando na delimitação de referências relacionadas aos objetivos deste artigo.

Ainda na procura por referências, a busca foi estendida ao site e à Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, no intuito de reunir mais informações sobre a sala de vacinas e o papel do(a)s enfermeiro(a)s na mesma. Como resultados de busca, foram encontrados descrições e informações fornecidas sobre o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e o Manual de Normas e Procedimentos para a Vacinação, do ano de 2014, cujos trechos e capítulos tornaram-se de suma importância para a construção deste texto.

Para complemento de embasamento histórico sobre o PNI, foi realizada uma pesquisa eletrônica sobre o tema, obtendo como resultado um livro, cujos trechos também foram utilizados como referência.

Resultados e Discussões

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) possui sua conexão com a Atenção Primária à Saúde concretizada através da estrutura física da sala de vacinas. Esse espaço compreende em um local, geralmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), destinado às aplicações e armazenamento de imunobiológicos artificiais, na forma de vacinas, nos indivíduos da comunidade sob o regimento de normas.

Além disso, a sala de vacinas é um local de coordenação e planejamento de ação do PNI frente a comunidade assistida, ou seja, é nesse ambiente onde são aplicadas: normas de segurança, a fim de que, a vacinação seja realizada da forma mais adequada e com menor índice de riscos possíveis de complicações da

mesma; planejamento de alcance populacional dessa vacinação, para que o maior número possível de indivíduos receba os benefícios das vacinas disponibilizadas; e coordenação dos serviços de saúde frente a atividade de vacinação, garantido que o processo de vacinação, desde o gerenciamento de abastecimento de imunobiológicos e materiais, passando por organização adequado do ambiente da sala de vacinas e busca ativa da população, até a notificação eficiente das atividades na sala de vacinas no sistema de informação eletrônico relacionado ao serviço.

Um estudo relatou que a cobertura dos indicadores de infraestrutura do serviço de vacinação na atenção primária chega a índices de 61,8%, dentre os serviços ofertados nas unidades básicas de saúde em todo o território brasileiro.

O (a) enfermeiro(a) é responsável por determinadas atividades de forma privativa, ou seja, cabe-lhe apenas a esse profissional suas realizações. Algumas dessas responsabilidades podem ser observadas no cotidiano da sala de vacinas, dentre elas: “[...]a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; [...]”²

Essas atribuições estão diretamente relacionadas ao funcionamento da sala de vacinas, já que, esse é o profissional destinado a responsabilidade desse espaço.

Conclusões:

Dessa forma, evidencia-se a importância do enfermeiro no ambiente da sala de vacinas, devido a sua capacitação às atividades coordenativas e de gerenciamento exigidas para esse ambiente. Além de possuir base teoria, obtida em graduação, que possibilita a esse profissional a realização de orientações, técnicas práticas específicas e condutas frente reações adversas e sintomatologias.

Promovendo assim uma otimização da vacinação e de todos os fatores influentes a mesma, e, conseqüentemente, concretizando os objetivos do PNI da melhor forma possível.

Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Imunização – 30 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
2. Brasil (BR). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986: Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional de enfermagem e dá outras providências. Brasil; 1986.
3. Ministério da Saúde (BR). Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
4. Poças KC, Freitas LRS, Duarte EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2017 [Acesso em: 19/07/2017]; 26(2). Disponível em:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000200275&lng=pt&tlng=pt

ESTRATÉGIAS PARA MANUTENÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Inglidy Rennaly Maciel Melo (UEPB) rennalymaciel@hotmail.com; Fernanda Albuquerque de Oliveira (UEPB) nanda-oi@hotmail.com; KlerybiaThayse Gama e França (UEPB) klerybiagama@gmail.com; Maeli Priscila Alves Gama (UEPB) maeligama@hotmail.com; Clésia de Oliveira Pachú (UEPB) clesiapachu@hotmail.com

RESUMO

A promoção da saúde e prevenção de doenças representam atividades significativas na qualidade de vida dos trabalhadores, do ponto de vista orgânico, social e cultural. A Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), por meio do Núcleo de Educação e Atenção em Saúde, disponibiliza ações relativas à saúde do trabalhador. O objetivo deste artigo é descrever intervenções acerca da promoção de saúde e prevenção de doenças entre trabalhadores. Utilizou-se de metodologia ativa do tipo aprendizagem baseada em problemas (ABP). As intervenções foram realizadas por meio do Projeto de extensão “Educação em Saúde: Doenças Crônicas Não Transmissíveis” no campus I da UEPB, Campina Grande, sendo assistidos 516 trabalhadores, no período de março a abril de 2017. Foram assistidos trabalhadores que se dispuseram participar voluntariamente, e, que durante as intervenções se encontravam no local das ações do projeto, a Universidade. Utilizando de técnicas básicas da fundamentação do processo de cuidar, verificação da Pressão arterial e Índice de massa corpórea, além de discutir com assistidos a promoção de saúde e prevenção de doenças. Ficou demonstrada a necessidade de promover assistência em saúde de cunho multidisciplinar necessária aos assistidos e, contribuindo na formação dos futuros profissionais de diversas áreas atuantes na referida intervenção. A metodologia utilizada foi considerada satisfatória pelos assistidos, seja a abordagem individual ou atuação grupal. A busca significativa pela assistência por parte dos trabalhadores denota êxito nas intervenções e apontam a necessidade de permanência das atividades.

Palavras-chave: Trabalhadores. Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Prevenção de Doenças.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração podendo gerar incapacidades, compreendem de maneira geral as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Elas mantêm um conjunto de fatores de risco em comum, que são: tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas de maneira excessiva, obesidade, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, baixo consumo de frutas e hortaliças, além do sedentarismo (1-2).

As DCNT são as principais causas de mortalidade no mundo, sendo responsáveis por uma estimativa de até 36 milhões de óbitos por ano. No Brasil os óbitos por DCNT representam 72,7% do total de óbitos registrados no Sistema de informação sobre mortalidade (SIM) em 2011 (3-4).

Conhecer a prevalência dos fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT é fundamental, principalmente os fatores de natureza comportamental, pois é atuando sobre eles que as ações podem ser custo efetivas, o que representa um dos motivos para a criação do Sistema de Vigilância de DCNT no Brasil (5).

No Brasil a prevalência do excesso de peso aumentou significativamente em homens e mulheres, de todas as faixas etárias e níveis de escolaridade, chegando em 51% no ano de 2012, tendo um incremento anual médio de 1,37% calculado para o período. Em relação a hipertensão arterial foi observada uma prevalência de 21,4% a partir de uma análise da Pesquisa Nacional de saúde, em 2013, apresentando maior ocorrência em mulheres e pessoas com mais de 75 anos (6-7).

Tem sido implementadas importantes políticas como forma de resposta aos desafios impostos por essas doenças, como o Plano Nacional de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT, que priorizam diversas ações em relação às práticas de alimentação saudáveis, realização de atividades físicas, prevenção do uso de tabaco e álcool (7).

O decreto nº 7.602 de novembro de 2011, dispõem sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), que tem por objetivo promover a saúde do trabalhador, melhorar sua qualidade de vida e prevenir acidentes e danos

a sua saúde, sendo responsáveis pela implementação e execução dessa Política os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social (8).

Neste contexto de complexidade acerca das doenças crônicas e a importância da melhoria na saúde do trabalhador, torna relevante a execução do Projeto “Ações Educativas em Saúde: Doenças Crônicas Não Transmissíveis”. Neste, há oportunidade de desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de doenças que ofereçam assistência aos trabalhadores da Universidade Estadual da Paraíba.

Ao analisar tais ações realizadas no decorrer das intervenções do projeto, se constitui em atividade que reflete os resultados alcançados, possibilitando a melhoria das ações e a manutenção da assistência ofertada ao trabalhador.

O presente artigo objetiva descrever as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças direcionadas aos trabalhadores de uma universidade pública visando o desenvolvimento de planos de ações em saúde para melhoria da qualidade de vida deste por meio do controle e não desenvolvimento de DCNT.

METODOLOGIA

O presente artigo apresenta o relato de experiência no uso de metodologia ativa, aprendizagem baseada em problema (ABP) na assistência a trabalhadores no Campus I da Universidade Estadual da Paraíba. O Projeto “Educação em Saúde: Doenças Crônicas Não Transmissíveis”, vinculado ao Núcleo de Educação e Atenção a Saúde (NEAS), na Universidade Estadual da Paraíba - CAMPUS I oferece ações que buscam a avaliação do estilo de vida dos trabalhadores, por meio da realização de práticas da fundamentação do cuidado e posterior registro dos dados coletados.

Durante a realização das intervenções foram anotadas em Ficha padrão NEAS as informações referentes à identificação, sexo e idade, e, em um segundo momento, procedeu-se a verificação dos dados antropométricos, peso, altura, índice de massa corporal, circunferência abdominal, seguida pela aferição da pressão arterial.

A tomada de informações acerca dos dados antropométricos foi obtida por meio de uma balança mecânica quando as intervenções ocorrem somente no hall da CIA ou balança digital para os casos em que é realizada a busca ativa dos

I Simpósio de Administração e Gerência em Enfermagem.

Revista Saúde e Ciência *online*, v.6, n. 2, suplemento (outubro 2017). 449 p.

servidores, juntamente do uso de fita métrica. Após a obtenção do peso e altura, calculamos o índice de massa corporal (IMC) e aferimos a pressão arterial (PA) com o uso do material apropriado, no caso, estetoscópio e esfigmomanômetro.

Durante as aferições de Pressão arterial foram seguidas as orientações fornecidas pela Organização Mundial de Saúde quanto ao preparo do paciente para o procedimento. É por intermédio da medida correta da pressão arterial que se tem o diagnóstico e avaliação adequada para tratamento da hipertensão arterial (9).

Durante as atividades de busca ativa dos trabalhadores para obtenção do peso, utiliza-se balança digital que tinha capacidade máxima de 150kg e divisão de 100g, de acordo com as normas de utilizadas para o procedimento (10).

O índice de massa corporal (IMC) foi calculado com a utilização do peso e altura, conforme a seguinte fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (cm)}$. A classificação utilizada para o IMC se dá através dos padrões estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde em 2004.

No decorrer da realização das intervenções, a partir das informações prestadas e observações dos assistidos foram oferecidas orientações que visam melhorar as condições de saúde do trabalhador, buscando assim a promoção da saúde e prevenção de DCNT e, minimizando suas consequências.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio do preenchimento de uma Ficha Padrão NEAS, obtemos informações relativas aos trabalhadores assistidos e após a análise das mesmas pôde-se traçar um perfil da pessoa assistida, identificando possíveis fatores de risco para desenvolvimento de DCNT.

A coleta dos dados antropométricos é obtida por meio de uma balança mecânica quando as intervenções ocorrem somente no hall da CIA ou balança digital para os casos em que é feita a busca ativa dos servidores, juntamente do uso de fita métrica.

Após a obtenção do peso e altura, calculamos o índice de massa corporal (IMC) e aferimos a pressão arterial (PA) com o uso do material apropriado, no caso, estetoscópio e esfigmomanômetro.

Foram assistidos durante as intervenções 516 trabalhadores, havendo predominância do sexo feminino (54,07%) em relação ao sexo masculino (45,93%). Todos os trabalhadores que foram assistidos se dispuseram a participar voluntariamente e se encontravam no local das intervenções. Nesta intervenção cruzamos as informações relativas ao cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e aos níveis de Pressão Arterial (PA), que se relacionam diretamente as doenças crônicas.

Em relação ao índice de massa corporal (IMC) foram analisados dados referentes a 490 trabalhadores do total de 516, representando 94,96% da população inicial, onde foi possível observar que 28,98% da população feminina e 20,61% da população masculina se encontravam fora do peso ideal.

Quanto à pressão arterial (PA) do total de 516 pessoas assistidas, apenas 503 pessoas se dispuseram a ter sua pressão aferida, o que representa 97,48% da população inicial, indicando a percepção dos assistidos da necessidade de cuidar da saúde. Foi possível observar que 2,98 e 5,77% da população feminina e masculina, respectivamente, apresentavam níveis pressóricos elevados.

Foi possível perceber que os trabalhadores assistidos não compreendiam os padrões normais dos níveis de pressão arterial e IMC. Após aferição e cálculo dos dados antropométricos a equipe responsável pela intervenção oferecia orientações acerca das formas de manter em equilíbrio pressórico e antropométrico.

Alguns trabalhadores ao serem convidados a participar da intervenção alegavam não ter disponibilidade no momento, mas eram orientados pelo grupo a buscar os serviços assim que possível, tendo em vista as vantagens quanto à prevenção de DCNT.

Durante as conversas entre os trabalhadores e o grupo de atuação no decorrer das intervenções, foi possível perceber que alguns dos trabalhadores eram sedentários, estavam acima do peso, faziam uso de bebidas alcoólicas ou tabagismo, apresentando, portanto, fatores de risco ao desenvolvimento de DCNT.

No geral, os trabalhadores apresentavam interesse em participar das intervenções e buscavam por informações que pudessem contribuir para melhoria da qualidade de vida. Os assistidos, mesmo sabendo das dificuldades eminentes que entornam a mudança nos hábitos de vida e a dificuldade em manter essas

mudanças por determinado tempo, demonstravam interesse em realizar essa mudança (11).

As intervenções aconteciam semanalmente, na tentativa de estabelecer um acompanhamento frequente da saúde do trabalhador, o que será determinante para atuação em grupos, separados pela necessidade de manutenção da assistência, a fim de promover a saúde e prevenir as doenças para população em foco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização das intervenções, conduz a novos horizontes quanto à saúde dos trabalhadores e a necessidade da implementação de ações que favoreçam a melhoria da qualidade de vida no trabalho. Implementa-se a possibilidade de praticar conhecimentos obtidos no decorrer da graduação e, desta forma responder a sociedade com a prestação de serviços de maneira eficiente, em especial quanto a saúde do trabalhador. É imprescindível o conhecimento adquirido na prática cotidiana de atuação nos locais de intervenções.

Durante as intervenções foi possível observar fatores de riscos para desenvolvimento de DCNT entre trabalhadores. Assim, torna-se essencial, oferecer orientações que favoreçam mudanças em seus hábitos no sentido de pôr em prática e obter melhoria na sua qualidade de vida.

A realização do acompanhamento semanal da saúde por meio das intervenções em saúde é de suma importância para saúde do trabalhador e, sua realização é significativa também para futuros profissionais, que afirmam ser positivo contribuir de forma efetiva para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monteiro C *et al.* Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. Rev. Saúde Pública, São Paulo.2005; 1 (39): 47-57.
2. Brasil. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Prorroga, em caráter excepcional, os prazos estabelecidos na alínea "c" do inciso II do art. 21, no inciso III do art. 51 e no inciso III do art. 68 da Portaria nº 342/GM/MS, de 4 de março de 2013, que tratam do prazo para início do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) Ministério da Saúde. Brasília, 2013.
I Simpósio de Administração e Gerência em Enfermagem.
Revista Saúde e Ciência *online*, v.6, n. 2, suplemento (outubro 2017). 449 p.

3. WorldHealth Organization (WHO). Global status report onnoncommunicablediases 2010. Geneva: WHO; 2011.
4. Malta D *et al.* Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários de saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*.2011; 3 (16): 2011-2022.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
6. Malta D *et al.* Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2012. *RevBrasEpidemiolSuplPeNSE*. 2014. 267-276.
7. Andrade S *et al.* Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília. 2015; 2 (24): 297-304, abr/jun.
8. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
9. Gusmão J. Fontes de erro na medida da pressão arterial: papel do esfigmomanômetro e do observador. *RevistaHipertensão*, São Paulo.2011; 2 (14): 33-44.
10. Jelliffe D. The assessment of the nutritional status of the community. Geneva: WHO; 1966.
11. Santos Z, Lima H. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: analise das mudanças no estilo de vida. *Texto contexto – enferm*, Florianópolis.2008;1 (17).

REESCREVENDO AS ENTRELINHAS NA ATENÇÃO BÁSICA: UM OLHAR SOBRE O PMAQ E O PROCESSO DE GERENCIAMENTO

João Paulo Lopes da Silva. Enfermeiro. Pós-graduado em Gestão em Saúde – UEPB.

Email: jplopes_pb@hotmail.com

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência de um supervisor sobre a importância do trabalho do enfermeiro no gerenciamento da ESF na perspectiva do PMAQ. O período da experiência ocorreu entre fevereiro à maio de 2014, nos municípios que compõem a 2º Macrorregional do Estado da Paraíba, durante o período da realização da avaliação externa do programa. Foi relatado sobre o funcionamento do programa e como ocorre o trabalho da equipe. Percebeu-se que o profissional Enfermeiro é o principal responsável pelo gerenciamento da unidade, além de exercer seu papel na assistência aos pacientes. Outros fatores identificados foram a sobrecarga de trabalho do enfermeiro diante das novas demandas em saúde e a interferências. A experiência foi significativa, demonstrando que o PMAQ, embora, seja um programa novo, tem atuado de forma positiva e impactante sobre a realidade diária de diversos profissionais, que tem transformados suas realidades e os caminhos da Atenção Básica.

Descritores: Enfermeiro, Gerenciamento, Atenção Básica.

INTRODUÇÃO

Com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, orientada pela Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, ocorreu uma nova releitura na organização dos serviços públicos de saúde no país. Neste processo, a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), passou a ocupar lugar de destaque nas discussões na reforma do SUS, particularmente no que se refere à equidade e ao acesso universal à atenção em saúde, concebida como porta de entrada dos usuários para o acesso aos serviços de saúde (1).

Como tentativa de reorganizar a Atenção Básica no Brasil, o Ministério da Saúde, ofertou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) num contexto de

ajuste fiscal e das reformas setoriais na saúde. Tinha como propósito a ampliação do acesso da população aos serviços básicos de saúde, numa conjuntura neoliberal que colocava em risco a universalidade do sistema de saúde brasileiro. O programa ganhou ampla aceitação nacional, buscando superar os limites do modelo vigente, particularmente na esfera municipal (2).

Assumiu princípios e diretrizes consoantes com o SUS, ou seja, integralidade, resolutividade e intersetorialidade das ações, trabalho em equipe, vínculo, coresponsabilização das famílias assistidas e motivação à participação social. Apresentou-se como estratégia para a organização da rede básica de serviços de saúde, com reflexo no sistema de saúde (2,3).

Posteriormente, em 2007, o PSF passa a ganhar uma nova nomenclatura, por ser considerado uma estratégia e não mais um programa, pois ele não é simplesmente um programa dentro da Atenção Básica, mas sim, uma estratégia que orienta toda a organização da atenção, sendo uma possibilidade de transformação do modelo assistencial vigente (4).

Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF) responde a uma nova concepção da saúde, apresentando-se como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (5).

Neste sentido, os serviços de saúde da família devem se organizar de tal forma que contemplem o cuidado às demandas da população e a outras necessidades de saúde não percebidas, como o rastreio de doenças e educação em saúde. Assim, adentrar o cotidiano da população requer dos profissionais de saúde da ESF um olhar qualificado para a identificação destes problemas e exige a utilização de um conjunto de tecnologias adequadas para se lidar com eles (6).

Acompanhando o processo de descentralização do SUS, a ESF trouxe novas responsabilidades para a gestão e para os profissionais da AB, ao exigir mudanças nos processos de trabalho neste nível de atenção, com demandas de novas práticas de cuidado em saúde (4).

Recentemente, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi proposto pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia para alcançar mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a ampliar o acesso e a qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na Atenção Básica (AB). Essa ação faz parte das recentes diretrizes do MS para a Atenção Primária à Saúde (APS), dentre as quais, incentivar os gestores locais do Sistema Único de Saúde (SUS) a melhorar o padrão de qualidade da assistência na APS (7).

Na gestão em saúde é imprescindível a implementação contínua do processo avaliativo para facilitar a tomada de decisão coerente, uma vez que, é a partir desse processo que se especifica os problemas e se reorganiza as ações. A avaliação possibilita a equipe de saúde organizar seu o processo de trabalho, favorecendo o alcance dos objetivos propostos, traduzido através das mudanças positivas na vida da população e ampliado acesso aos serviços de saúde.

O enfermeiro, enquanto profissional que compõe a equipe mínima da Atenção Básica, tem entre suas atribuições o planejamento, gerenciamento e também, avaliação das diversas ações oferecida aos usuários, devendo, portanto, realizá-las de modo partilhado com os demais membros da equipe de saúde.

O enfermeiro, enquanto gestor na ESF, se deve ter liderança, tomada de decisões, competências de comunicação, administração e gerenciamento. Essas habilidades devem ser adquiridas e fortalecidas durante o processo de trabalho. É imprescindível que os gerentes sejam capazes de minimizar as dificuldades a que estão expostos e aprendam a lidar com a nova situação, podendo desempenhar, satisfatoriamente, seu papel no processo de gerenciamento do serviço (8).

Reconhecendo a efetividade e a importância das ações desenvolvidas na Atenção Básica desenvolvidas através do PMAQ, este estudo objetiva refletir sobre a importância do trabalho do enfermeiro no gerenciamento da ESF e seu processo de trabalho na perspectiva do PMAQ, a partir de um relato de experiência.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de abordagem crítico reflexiva, sobre a importância do trabalho do enfermeiro no gerenciamento da ESF na perspectiva do

PMAQ. O período da experiência ocorreu entre fevereiro à maio de 2014, nos municípios que compõe a 2º Macrorregional do Estado da Paraíba, durante o período da realização da avaliação externa do programa. A função que exercia no programa era de supervisor de equipe.

O resultado do estudo foi obtido através da observação participante, anotações e de memórias significativas durante o desenvolvimento das atividades do PMAQ, e sendo descrito e fundamentado na literatura pertinente a temática.

RESULTADOS

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011 como produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, que contou com vários momentos nos quais MS e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil (7).

Diante de alguns percalços que transpassam o processo de gestão do SUS, como vínculos precários, a dificuldade de fixação de alguns profissionais com destaque para a categoria médica, a insuficiência e o mau uso dos recursos públicos, a não consolidação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como pelo processo de trabalho não consoante com os princípios da AB, o PMAQ se apresenta como uma potência que traz em sua gênese a possibilidade de sanar algumas destas questões (9).

Esse programa tem em vista que a organização da ESF tenha potencial resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades de saúde da população através de ações de promoção, proteção e reabilitação. Seu objetivo é desenvolver uma atenção integral que tenha impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A adesão à proposta AMQ é livre por parte dos municípios e equipes, com ausência de incentivos financeiros ou punições decorrentes de resultados das

avaliações. As atividades propostas pelos atores devem ser desenvolvidas integradamente ao Planejamento Estadual de Monitoramento e Avaliação da AB.

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: Fase 1 - 'Adesão e contratualização'; Fase 2 - 'Desenvolvimento'; Fase 3 - 'Avaliação Externa'; e Fase 4 - 'Recontratualização'(7).

As equipes de Atenção Básica são certificadas conforme seu desempenho, considerando três dimensões: implementação de processos autoavaliativos (10%), verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados (20%) e verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade (70%). A nota final é a soma das referidas distribuições (7).

O sucesso do PMAQ-AB, está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes pactuadas nacionalmente. Isso depende fundamentalmente do fomento de espaços de diálogo/problematização/negociação/gestão da mudança entre equipes, gestores e usuários, com potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços (10).

Nesse contexto, a organização do processo de trabalho na ESF é fundamental para que a equipe possa avançar na garantia tanto da universalidade do acesso quanto da integralidade da atenção e da melhoria do bem-estar e do próprio trabalho.

Durante o período de vivência da avaliação externa do PMAQ-AB, enquanto supervisor de uma equipe, composta por 6 avaliadores, nos municípios da 2ª macrorregião da Paraíba, foram desveladas as diversas entrelinhas de como o sistema de gerenciamento de cada município se organizava para receber as equipes de avaliadores e, como cada equipe da ESF, procedia no delineamento do seu processo de trabalho.

Enquanto supervisor, além de monitorar o trabalho dos avaliadores em campo, ainda realizava aplicação do questionário de avaliação. Na Paraíba, foi estabelecida pela equipe de coordenação do estado, que os supervisores deveriam ir a campo, para garantir uma melhor qualidade e seguridade na aplicação dos dados, como

deveria realizar diariamente, a aplicação de pelo menos um instrumento de avaliação em alguma equipe de ESF.

A avaliação as equipes foram realizadas por meio da aplicação de um questionário versão digital, elaborada pela equipe do Ministério da Saúde, através das universidades participantes, com o uso de tablets, por avaliadores externos previamente treinados. As respostas registradas no aplicativo do PMAQ contido no tablet, eram enviadas, via internet, ao banco de dados nacional do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS).

O instrumento de coleta da Avaliação Externa do PMAQ-AB, era composto por seis módulos, que contemplava elementos relacionados à estrutura, equipamentos e condições de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); à qualidade do vínculo de trabalho e investimento em educação permanente dos trabalhadores; ao apoio dado às equipes pela gestão da Atenção Básica; ao acesso e qualidade da atenção à saúde ofertada ao cidadão e à satisfação e participação do usuário dos serviços de saúde de cada UBS; avaliação da equipe do NASF; avaliação da estrutura, insumos e materiais de saúde bucal e, entrevista com o referido com profissional.

Durante avaliação, assim como, também pode ser constatado nos dados do PMAQ foi evidenciado que, na APS, os profissionais graduados delegaram ao enfermeiro o papel de autoridade cognitiva na passagem de informações sobre os processos de organização do trabalho. Frequentemente, além da coordenação do trabalho da enfermagem e da supervisão do trabalho dos agentes comunitários de saúde, muitas das atividades de manutenção e controle dos serviços estão sob a gestão desse profissional, estando a unidade, de forma geral, sob a responsabilidade do enfermeiro.

A enfermagem é uma das categorias da saúde mais mobilizadas para o gerenciamento das unidades básicas de saúde e cabe a essa o compromisso, junto aos demais profissionais, da viabilização do SUS, incentivando a participação da equipe na organização e produção de serviços de saúde para atender às reais necessidades dos usuários, trabalhadores e instituição. É importante, utiliza-se da descentralização administrativa, comunicação informal, flexibilidade na produção e estímulo à iniciativa e à criatividade de indivíduos e grupos (11).

Percebeu-se que esse profissional desenvolve em sua prática cotidiana, atividades administrativo-burocráticas, além da produção do cuidado e gestão do processo terapêutico. Essas divisões e acúmulos excessivos de tarefas sobrecarrega o profissional e na maioria das vezes, pode comprometer a produção e atenção ao cuidado dos pacientes.

Durante as visitas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a maioria dos entrevistados eram Enfermeiros, e sempre respondiam ao módulo II do questionário que correspondia a produção e gerenciamento do trabalho na ESF. A forma de transmissão das informações sobre cada questionamento, deixava claro que o profissional foi o responsável direto pela organização do processo de trabalho executado na ESF e que os demais profissionais apenas complementavam, sendo classificados, portanto, como colaboradores.

Alguns dados necessitavam de comprovação documental e maior partes das equipes, haviam preparados livros, agendas, mapas, relatórios, de acordo com as orientações do Manual da AMAQ. Abaixo alguns exemplos de trabalhos mostrado pelos profissionais durante a entrevista:



Fonte: Arquivo pessoal do autor, 2017.

Percebia-se a mobilização das ações feitas pela equipe e o efeito positivo que a visita do PMAQ proporcionou a equipe e a mudança na rotina de trabalho. Durante a entrevista, o profissional deixava transparecer em seus discursos a motivação para melhoria do processo de trabalho de sua equipe, porém, muitas vezes, mostravam insatisfação na aplicação do recurso de incentivo para as equipes que não eram repassadas pela prefeitura para a equipe, já que a portaria Ministerial deixa claro que: “cabe ao gestor avaliar se com o recurso do PMAQ será implantado o pagamento por desempenho para os profissionais da Atenção Básica. Para a I Simpósio de Administração e Gerência em Enfermagem. Revista Saúde e Ciência *online*, v.6, n. 2, suplemento (outubro 2017). 449 p.

realização do pagamento/incentivo por desempenho, o município precisa estabelecer em lei ou decreto municipal quais profissionais serão beneficiados, assim como o valor a ser pago e sua periodicidade, respeitando as normas acima e a Portaria nº 1.645/2015 e alterações posteriores. Dessa forma, a pactuação sobre a implantação do pagamento por desempenho para as equipes, utilizando os recursos do PMAQ, deve ser realizada entre os profissionais da Atenção Básica e a gestão municipal” (12).

A presente portaria deixa muito vaga o processo de repasse do valor como um incentivo para as equipes, ficando a cargo de o gestor municipal negociar com a equipe. Porém, na prática, verificou muitos profissionais insatisfeitos e que apresentavam reclamações por não receberem esse repasse ou pelo mesmo ser direcionado para atividades fins, sem consentimento dos profissionais que se esforçaram para ter uma boa certificação e um bom repasse financeiro (PMAQ).

CONCLUSÃO

O presente relato de experiência permitiu evidenciar um pouco da realidade do gerenciamento e do processo de trabalho feito pelo profissional enfermeiro na Atenção Básica, na perspectiva do PMAQ. O PMAQ traz alguns desafios a serem enfrentados e traça estratégias como o monitoramento contínuo das ações desenvolvidas, na tentativa de estimular a avaliação por parte das equipes, incorporando assim no seu processo de trabalho e buscando refletir a qualidade das ações ofertadas, sobretudo na satisfação dos usuários.

O enfermeiro na ESF desenvolve diversas atividades, além de realizar o gerenciamento do mesmo, sobrecarregando diante de todas as demandas que surgem, pois muitas vezes ele desenvolve sozinho o que é papel comum para toda a equipe, comprometendo o que é especificamente o seu papel. Ressalta-se que, embora tenha ocorrido diversas lacunas na avaliação, a experiência foi significativa, demonstrando que o PMAQ, embora seja um programa novo, tem atuado de forma positiva e impactante sobre a realidade diária de diversos profissionais, que tem transformados suas realidades e os caminhos da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2004.
2. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24 (4): 809-819.
3. Gottems LBD, Pires MRGM. Para além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da inserção do político como o econômico. Rev. Saúde e Sociedade. 2009; 18 (2): 189-198.
4. Andrade LOM, Barreto, ICHC, Bezerra RC. A Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 783- 836.
5. Matta GCA, Morosini MVG. Atenção Primária à Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>.
6. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. Cad. Saúde Pública, 2012; 28 (3): 537-548.
7. Brasil. Ministério da Saúde; Secretária de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. 1ª ed. Brasília; 2012.
8. Kleba ME, Krauser IM, Vendruscolo C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(1): 184-93.
9. Adilson Ribeiro dos Santos, AR, Reis TMG, Vilela ABA, Santos RMM, Mota TN, Santiago SS. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: em busca de novos sentidos no processo de trabalho. Rev.Saúde.Com. 2014; 10(3): 307-314.
10. Pinto HA, Koerner RS, Silva DCA. Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a Atenção Básica. 2012. Disponível em: <http://www.rededesquisaaps.org.br/wpcontent/uploads/2012/06/artigoprioridade.pdf>.
11. Guimarães EMP, Évora YDM. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. Cien Inf 2004; 33(1): 72-80.
12. Brasil. Programa de Melhoria de Acesso da Qualidade – PMAQ. 2017. Disponível em:http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=perguntas_frequentes.

COACHING E GESTÃO EM ENFERMAGEM: IMPLANTAÇÃO NO TREINAMENTO DE ESTAGIÁRIOS

Maria Helloysa Herculano Pereira de Oliveira Araújo (graduanda de enfermagem pela Faculdade Maurício de Nassau campus Campina Grande) mh.herculano@gmail.com; Lídia Santos Sousa (Universidade Estadual da Paraíba) sousaslidia@gmail.com; Marina Marina Sandrelle Correia de Sousa (Enfermeira. Especialista em enfermagem do trabalho e enfermagem dermatológica. Sócia e Gerente de Recursos Humanos e de Enfermagem da Clínica Cicatriza, Campina Grande) marinaenfer@yahoo.com.br.

RESUMO

Coaching é uma metodologia que pode ser utilizada para o treinamento de pessoas e tem a finalidade de desenvolver habilidades comportamentais, por meio do desenvolvimento de competências emocionais, tornando-se assim, grande aliado na gestão em enfermagem. Diante do exposto o presente estudo objetivou relatar como o coaching é implementado no treinamento de jovens, no âmbito profissional de enfermagem, durante o estágio extracurricular em uma clínica de enfermagem especializada em curativos. Trata-se de um relato de experiência, atrelado à pesquisa bibliográfica, para melhor compreensão e entendimento sobre o tema e demais assuntos relacionados. O relato das vivências do período de estágio possibilitaram identificar as principais ferramentas de coaching utilizadas para o treinamento dos estagiários, destacando-se: as perguntas poderosas, o feedback, estabelecimento de metas e planos para a equipe. Os resultados obtidos permitem afirmar que a relação entre coach e estagiário tem sido eficiente e capaz de desenvolver habilidades e potenciais úteis para o âmbito profissional e pessoal. Entretanto, a população deste estudo é limitada para generalizações, mas reconhecemos que a partir dela foi possível apreender a pertinência e potencialidade da continuidade de investigações nessa linha.

Palavras-chave: gestão em enfermagem; coaching; estágio extracurricular

INTRODUÇÃO

O progresso de globalização está atrelado ao avanço científico, tecnológico e organizacional, e tais alterações vêm modificando o cenário mundial e afetando substancialmente o mercado de trabalho, caracterizado por intensa competitividade. Essa conjuntura requer dos profissionais qualificação diferenciada, em que se desenvolvam não apenas as habilidades técnicas, mas também comportamentais, como a efetividade no controle das emoções e boa relação de comunicação interpessoal (1).

Nessa perspectiva, surgem novas ferramentas de apoio que vem transformando a área de treinamento e desenvolvimento de pessoas, dentre elas, destaca-se o coaching, definido como uma metodologia capaz de promover o desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo, atuando por meio de um processo de acompanhamento, baseado em instrumentos que visam potencializar competências emocionalmente inteligentes, facilitando a obtenção dos objetivos do próprio coachee, indivíduo que passa pelo processo de Coaching, sinônimo de cliente (2,3).

Por essa razão, o uso do Coaching tem sido exponencial, englobando aplicações, mercados e público-alvo variados. Na área da gestão em enfermagem esse método tem sido empregado, principalmente, no gerenciamento de conflitos, no desenvolvimento de competências, na preparação de líderes, na diminuição do stress dos enfermeiros, promovendo o autoconhecimento dos profissionais e intensificando o treinamento de estagiários (3,4).

O estágio é uma oportunidade de assimilar teoria e prática, por meio da vivência do que é estudado em sala de aula. Neste sentido, o processo de coaching durante esse período, tem como objetivo influenciar o autodesenvolvimento do aluno, fazendo com que este compreenda a importância de seu trabalho e da sua equipe no que tange à organização como um todo, além de perceber suas principais competências, bem como, suas fragilidades, as quais devem ser visualizadas e aprimoradas (5).

Para implementação dessa estratégia podem ser utilizados diversos instrumentos, tais como, o feedback, a elaboração de metas, as perguntas

poderosas, dentre outros, que implicitamente geram reflexão e mudança de comportamento (5).

Em suma, a falta de estudos sobre a aplicação do coaching na gestão em enfermagem, a atualidade desse tema, e ainda os benefícios que o processo causa no desenvolvimento das habilidades profissionais e pessoais de estagiários, ressalta a importância do presente estudo, que propõe uma reflexão para o aprimoramento da formação de recursos humanos, atrelando dimensões acadêmicas e profissionais.

Mediante o exposto, pretende-se relatar como o coaching é visualizado no treinamento de jovens profissionais sob a ótica do estagiário de uma clínica de enfermagem especializada em curativos.

METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência, a partir da vivência das autoras enquanto estagiárias de uma Clínica de Enfermagem Especializada em Curativos, denominada Cicatriza, localizada na cidade de Campina Grande - PB, durante o período entre novembro de 2016 e maio de 2017.

O estágio compreendeu carga horária de 10 horas semanais, nas quais eram realizadas atividades do setor administrativo e assistencial da clínica, além da elaboração e desenvolvimento de um projeto de extensão associado a estudos de casos bimestrais apresentados durante as reuniões mensais da empresa.

Vale salientar, que todos os sócios da clínica possuem formação em Master Coach pelo Instituto Brasileiro de Coaching (IBC), entretanto o processo de coaching realizado com os estagiários possui como representante, a gerente de Recursos Humanos e de Enfermagem.

Para o complemento do estudo e embasamento científico, foi consultado o banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), durante o mês de julho de 2017. Para tanto, realizou-se consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), no entanto, a palavra "coaching" não estava inserida em seus dados. Dessa forma, optou-se pela utilização das palavras-chave: "enfermagem", "coaching", com o operador booleano "AND", como forma de captar um número mais abrangente de publicações.

Foram selecionados estudos em português, de todas as naturezas, a partir do ano 2000, visto o crescente número de publicações sobre a temática a partir dessa data e excluídas as que apresentavam fuga aos objetivos propostos. Através das expressões de busca foram rastreadas inicialmente 528 publicações, entretanto apenas 07 atendiam a todos os critérios propostos. Além disso, também foram utilizados artigos, dissertações e livros não contemplados na busca.

Em síntese, para a realização desse artigo foram feitas as seguintes etapas: descrição das ferramentas de coaching abordadas durante o período de estágio e posterior confronto com os dados encontrados na literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Atualmente, o processo seletivo para o quadro de estagiários da clínica Cicatriza ocorre duas vezes ao ano, sendo a primeira seleção em março e a segunda em agosto. A seleção de novos estagiários é realizada pela gerente de Recursos Humanos (RH) e de Enfermagem da empresa supramencionada, por meio da triagem de currículos, entrevista individual e aplicação de testes comportamentais, com o intuito de analisar o perfil do candidato.

Posteriormente, os selecionados a ingressar na empresa participam, todos juntos, de uma reunião, em que têm a oportunidade de conhecer a história da empresa, sua missão, visão, valores e metas, além de ser entregue o “Manual de conduta ética da empresa” e o “Manual do estagiário”. Com a finalidade de familiarizar os novos integrantes à dinâmica da clínica, com o apoio dos estagiários veteranos nessa adaptação ao serviço.

Após os primeiros três meses na empresa, os estagiários passam por um processo de avaliação, intitulado Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) que consiste em um planejamento das competências, habilidades e metas do indivíduo, com a finalidade de desenvolver a carreira profissional e fortalecer o talento em potencial, para que dessa forma, atenda às necessidades da empresa (6).

Posteriormente é feito um momento de feedback, realizado pela representante coach da empresa em estudo, em que cada estagiário é confrontado com sua auto avaliação, avaliação da sua equipe, e ainda, avaliação da responsável pelo RH, fazendo desta forma, uma avaliação em 360º, através de um questionário

previamente preenchido, identificando os pontos que devem ser melhorados, assim como os de maior destaque do estagiário.

No âmbito empresarial o feedback pode ser considerado uma maneira simples de manter os funcionários alinhados às expectativas e planejamento estratégico, por meio de retornos sistemáticos, nos quais os gestores podem ajudar seus funcionários a tornarem-se conscientes de seus próprios desempenhos, induzindo a melhora no clima organizacional e aumento da motivação (7,8).

Essa ferramenta também é utilizada no processo de coaching, pois possibilita que o indivíduo compreenda o impacto que suas ações causam possibilitando mudanças (9). Assim, a empresa pode usufruir do coaching para incrementar o feedback na gestão e treinamento de pessoas.

A partir da avaliação do PDI, o coach estabelece metas com o coachee (estagiário), traçando as atividades que devem ser realizadas para aprimorar o desenvolvimento do estagiário, abordando não apenas o âmbito profissional, mas o potencial pouco utilizado do jovem profissional e suas competências comportamentais. A avaliação é refeita a cada três meses, durante todo o período em que o estagiário estiver participando do “Programa de estagiários da clínica Cicatriza”, que possui duração máxima de um ano.

O estabelecimento de metas de evolução pessoal e profissional é um dos pilares do processo de coaching, que por meio de objetivos concretos melhoram o comportamento em prazo definido (10). O comprometimento de realizar as tarefas parte da relação entre coach e coachee, maximizando os resultados. A implementação dessa ferramenta se baseia na premissa de que a elaboração de estratégias é preditiva para se conseguir um resultado futuro em direção ao sucesso (11).

Mensalmente, o estagiário é convidado a participar de uma reunião de acompanhamento na qual todos os estagiários, juntamente com o RH, conversam a respeito das atividades realizadas durante o mês. Nesse momento são apresentadas opiniões para melhorar o atendimento e a convivência na clínica. Além disso, são estabelecidos planos para a equipe, reforçando o trabalho em grupo.

Dessa maneira, é trabalhada a habilidade de comunicação eficiente do estagiário por possibilitar o compartilhamento de informações e ideias com seus

pares e superiores, além de motivar uma escuta ativa e cumprimento dos deveres da equipe, aspectos reforçados pelo processo de coaching (12).

Durante todo o período que compreende o estágio o jovem profissional é levado a refletir sobre o planejamento de sua carreira e quais objetivos deseja alcançar, sua missão de vida, enfatizando as etapas que precisa realizar para alcançá-los. Essa reflexão é induzida por meio de perguntas, como por exemplo: “Qual o lugar que deseja chegar profissionalmente?”, “Como você se vê daqui a dez anos?”, “Você teve um desempenho bom/ruim neste período, o que você acha que foi determinante para isso?”, “Qual a sua missão de vida?”, entre outras.

As perguntas são as ferramentas mais poderosas do processo de coaching, elas possuem o objetivo de propiciar informações específicas para modificar o modelo de mundo do seu coachee, permitindo-lhes expandir e enriquecer efetivamente seus modelos. Portanto, quando se faz uma pergunta capaz de gerar uma meditação sobre o modo como está conduzindo a vida, o coach oferece a oportunidade do coachee analisar sua experiência e recursos de um modo diferente e de encontrar respostas que ele não pensava que podia ter (13).

A busca de dados na literatura revelou escassez de estudos sobre a utilização de coaching no processo de formação de estagiários. Entretanto, há um estudo que aborda a efetividade do processo de coaching no desenvolvimento de jovens que participam do “Programa Futuro Gerdau Estagiários”, os resultados dessa pesquisa revelam que o objetivo do coaching é prestar apoio nas atividades diárias dos estagiários, assim como dar feedback sobre seu desempenho.

Além disso, no estudo supracitado foram evidenciadas as seguintes questões: falta de capacitação para realizar o papel de coaches, necessidade de esclarecer para os estagiários o conceito de coaching e situá-lo acerca de quem é seu coach na empresa, não utilização do feedback, matriz de competências dos estagiários desatualizada (5).

Confrontando esse levantamento com a vivência das autoras na clínica Cicatriza evidenciam-se divergências sobre a forma de gerir o coaching nas empresas, pois na unidade analisada por esse relato, o coach possui formação específica para desempenhar essa função e o feedback é executado

periodicamente. Todavia, algumas realidades são similares, visto que em ambas há confusão por parte dos estagiários sobre o conceito e a utilização do coaching.

Ademais, o “Programa de estagiários da clínica Cicatriza” não possui uma matriz de competências direcionada para o treinamento dos seus estagiários. A “Matriz de Competências de uma empresa” contém as competências comportamentais críticas para o grupo dos seus colaboradores, bem como a respectiva descrição e os comportamentos específicos distribuídos por níveis de proficiência (grau de desenvolvimento das competências). Essa ferramenta relaciona-se com o coaching por fomentar o monitoramento do desempenho e comprometimento dos funcionários e estagiários acerca do seu desenvolvimento pessoal e profissional (5).

CONCLUSÕES

Levando-se em consideração o relato das experiências vivenciadas durante o período de estágio e o embasamento teórico do presente trabalho, pode-se afirmar que a relação entre coach e estagiário tem sido eficiente e capaz de desenvolver habilidades e potenciais úteis para o âmbito profissional e pessoal.

Dessa maneira, os resultados apontam que a gestão em enfermagem pode ser favorecida pela técnica do coaching, considerando esta ferramenta como um processo de desenvolvimento de competências, a qual fomenta novos conhecimentos e atitudes.

Além disso, o período de estágio é considerado essencial na formação de futuros profissionais, posto que propicia o exercício de procedimentos e técnicas mais comuns da sua área de atuação, reforçando desta forma o aprendizado obtido na graduação.

Observou-se que a população deste estudo é limitada para generalizações, entretanto, reconhecemos que a partir dela foi possível apreender a pertinência e potencialidade da continuidade de investigações nessa linha, que contribuam para o treinamento de recursos humanos na área da enfermagem.

Nunca havia sido estudado o processo de coaching de estagiários na Clínica de Enfermagem Cicatriza. Assim, por meio deste estudo, viabiliza-se a possibilidade

de se realizarem pesquisas futuras sobre os assuntos abordados neste trabalho, dentre os quais podemos citar como exemplo o tema “competências”.

Nesse âmbito, como contribuição para a prática e desenvolvimento de estudos mais direcionados na área, sugere-se o desenvolvimento de uma “Matriz de competências comportamentais”, que demonstre claramente o que norteia os comportamentos esperados de seus estagiários, quais as competências que fazem sentido para consolidar conhecimentos, habilidades e atitudes, visando o fortalecimento do processo de coaching na empresa.

Também é proposto que o conceito do processo de coaching seja exposto na primeira reunião com o RH, visando aumentar o entendimento dos estagiários, ocorrendo através de leituras a respeito do tema ou materiais elaborados pela própria empresa, a fim de alcançar o maior potencial de seus estagiários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Evangelista, D.L., Ivo, O.P. Contribuições do estágio supervisionado para a formação do profissional de enfermagem. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2014 Dez;3(2):123-130
2. Cardoso, M.L.A.P., Ramos, L.H., D'innocenzo, M. Liderança Coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(3):730-7 www.ee.usp.br/reeusp/
3. Araújo, K., Ferreira, M.A.A. O exercício da liderança por meio do estilo coaching na gestão de equipes. *Rev. Administração em Diálogo*, 2009 Fev;13(2):47-72.
4. Machado, B.P., Lima, S.B.S., Tonini, T.F.F., Paes, L.G., Kinalski, D.D.F. Conhecimento sobre o uso do coaching na enfermagem. II Jornada Internacional de Enfermagem. UNIFRA 2012.
5. Rodrigues, F.R. O papel do Coaching no desenvolvimento de jovens profissionais: uma análise de sua efetividade em um programa de estágio. [Dissertação] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

6. Marques JR. Plano de desenvolvimento Individual - O que é o PDI? Acesso: 16/07/2017. Disponível em: <http://www.ibccoaching.com.br/portal/coaching-carreira/plano-de-desenvolvimento-individual-o-que-e-o-pdi/>
7. Vieira, F., Vargas, E.C. O uso inteligente do feedback: se é tão bom, por que não se pratica? Acesso: 15/07/2017. Disponível em: <http://fatecie.edu.br/documentos/graduacao/revistacientifica/2014/16.pdf>
8. Willians, R.L. Preciso saber de estou indo bem!. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 2005.
9. Missel, S. Feedback Corporativo. 1 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2012.
10. Melo, L.H., Matos, F.R.N., Machado, D.Q. O coaching e o processo de desenvolvimento de competências e habilidades na aprendizagem gerencial. CAD. 2015; 9(1): 25-48.
11. Zanini, L.S.; Batti, B.; Yamaguchi, C.K.; Vieira, A. C. P.Coaching como ferramenta para potencializar a gestão do conhecimento nas organizações. Anais do XII Congresso Online – Administração, 2015.
12. Junior, J.E.A.. O impacto do processo de coaching na comunicação organizacional. [Dissertação] Universidade Federal de Juiz de Fora, 2016.
13. Sampaio, A. A Habilidade Fundamental do Coach de Elite. Acesso: 14/07/2017. Disponível em: <http://klicksites-km-uploads.s3.amazonaws.com/media/file/phpt0l3Oe.pdf59.pdf>

PMAQ-AB E A AVALIAÇÃO EXTERNA NO PLANEJAMENTO E AÇÕES DE GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE

Nandson Henrique da Silva – Discente do curso de bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – PB/ e-mail: nan_henrique12@hotmail.com;

Laís Raissa Lopes Caetano - Discente do curso de bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – PB/ e-mail: laisraissa.caetano@gmail.com;

Aísha Sthéfany Silva de Meneses - Discente do curso de bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – PB/ e-mail: aishasthefany@yahoo.com;

Larissa Dantas Texeira - Discente do curso de bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – PB/ e-mail: Larissa_dantas2009@outlook.com;

Francisco de Sales Clementino – Docente do curso de bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – PB/ e-mail: fclementino67@yahoo.com.br.

Resumo

Para obter a melhora nos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica tornando ela uma porta de entrada preferencial para o sistema de saúde. Metodologia: A construção científica foi realizada através da busca de manuais de saúde pública e atenção básica fornecida pelo Ministério da Saúde e artigos disponíveis nas bases de pesquisa Online da Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando seis artigos após critérios de exclusão. Resultados e discussão: As UBSF's como principal porta de entrada da atenção primária a saúde torna-se importante para a identificação de fragilidades da comunidade esse nível de atenção deve ser operacionalizado por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão democráticas e participativas. A acessibilidade está relacionada com fatores sócio- organizacionais, ou seja, a obtenção dos serviços de saúde está interdependente dos métodos administrativos e gestacionais empreendidos pelos gestores que ocasionam um impacto na qualidade e na oferta do serviço necessitado pela população. Deste modo, o PMAQ-AB, visa executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Conclusão: Logo, o PMAQ é importante para o auxílio no atendimento por parte do SUS, envolvendo e mobilizando gestores, equipe de saúde e os usuários do serviço garantindo o cumprimento de uma de suas metas, garantir o acesso e a qualidade da atenção à saúde para toda a população. Descritores: Atenção Básica; Gestão em Saúde; Gestão da Qualidade.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) segundo o Ministério da Saúde é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, compreende os princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação social, porém vem passando por diversos desafios dentre eles a falta de garantia na gestão e na qualidade dos serviços prestados á população. Para obter uma melhora nesses serviços o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado pela Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011, visa promover a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, garantindo um padrão de qualidade comparável a nível nacional, regional e local. Lançado em 2011, o programa contemplou, em seu primeiro ciclo, a adesão de Equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica parametrizadas, incluindo equipes de Saúde Bucal. O segundo ciclo se iniciou em 2013 com a novidade da ampliação da adesão das Equipes de Saúde da Família, equipes parametrizadas e Equipe de Saúde Bucal, sem limite para a adesão das equipes do município. Outra novidade é a inclusão dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, e Centros de Especialidades Odontológicas.

Nessa perspectiva, a Avaliação Externa que conta com a participação de instituições de ensino e pesquisa na organização e execução do trabalho de campo fazem com que a institucionalização da cultura de avaliação pautada no fortalecimento de iniciativas que reconheçam à qualidade dos serviços de saúde ofertados, objetivando o estímulo a ampliação do acesso nos variados contextos.

Logo, esta pesquisa tem por objetivo discutir sobre o planejamento e ações de gestão do processo de trabalho das Unidades Básica de Saúde dentro das perspectivas propostas pelo PMAQ em sua terceira fase, a avaliação externa.

Metodologia

A construção científica foi realizada através da busca de manuais de saúde pública e atenção básica fornecida pelo Ministério da Saúde e artigos

disponíveis nas bases de pesquisa Online da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A Scientific Electronic Library Online – SciELO mesmo inserida na BVS apresentou em sua base artigos que não foram encontrados durante a pesquisa na mesma, com informações relevantes para a fundamentação e artigos fornecidos pelo orientador. Foram priorizados artigos publicados nos últimos cinco anos com submissão em revistas e periódicos nacionais, pois a vivência e o conhecimento sobre os desafios enfrentados na aplicação do PMAQ podem ser evidenciados por aqueles que estão inseridos nas UBSF's.

A pesquisa foi realizada na BVS utilizando o descritor “Atenção Básica”, onde foram encontrados 15 artigos. Ao realizar a leitura e análise de resumos, objetivos e conteúdos dos artigos foram selecionados três artigos, os demais não possuíam compatibilidade com os objetivos propostos. É necessário ressaltar que a BVS disponibiliza diversas bases de publicações, com isso, quatro artigos encontraram-se repetidos por estarem presentes em duas ou mais bases disponibilizadas. A pesquisa realizada na base SciELO utilizando-se do mesmo descritor disponibilizou 25 artigos e os critérios de inclusão utilizados para a escolha dos artigos foram a proximidade com o objetivo do relato, pesquisas as quais objetivaram o segundo ciclo do PMAQ e a avaliação de processo de trabalho segundo os profissionais da equipe de saúde; os critérios de exclusão dos artigos foram a ausência de conteúdo relevante, pesquisas com direcionamentos e metodologias quantitativas. Somente cinco artigos passaram após aplicação dos critérios, totalizando-se oito artigos para a fundamentação científica.

Utilizou-se para realização da discussão o Formulário que foi obtido do Manual do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB no Instrumento de Avaliação Externa, que consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das Equipes da Atenção Básica participantes do programa. ¹

Discussão

O Sistema Único de Saúde é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais ² que têm por responsabilidade a administração dos serviços de modo

hierarquizado e autônomo com o objetivo de cumprir os princípios do SUS. Neste sentido, podemos destacar que a universalidade é um dos princípios doutrinários que está ligado ao acesso da população aos serviços de saúde, pois a garantia dos serviços básicos de saúde para a população é um direito e dever do estado respaldado pela Constituição de 1988.

Na organização e gestão do SUS a regionalização garante que “o acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde”³ reforçando que uma gestão eficiente dos processos de trabalho da equipe de saúde e a administração dos recursos ofertados irão garantir que a comunidade obtenha os serviços necessários através da atenção primária à saúde.

As UBSFs como principal porta de entrada da atenção primária a saúde torna-se importante para a identificação de fragilidades da comunidade, a disponibilização dos serviços primários, os encaminhamentos para serviços de maior complexidade e ponte entre a comunidade e o aperfeiçoamento da assistência em saúde, dessa forma, esse nível de atenção deve ser operacionalizado por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão democráticas e participativas.⁴

Nessa perspectiva, para assegurar a organização e a gestão correta dos serviços disponibilizados pela Atenção Básica o Ministério da Saúde sugere no documento denominado de Mais saúde: direito de todos: 2008-2011 uma estratégia para a organização de redes de atenção à saúde e fortalecimento do SUS, buscando a priorização da qualidade dos serviços prestados a comunidade por medidas que visem à inclusão da promoção e prevenção em saúde e a participação da sociedade e no cumprimento de metas estabelecidas pelo Pacto pela Saúde, referentes à:

Saúde do idoso, ao controle do câncer de colo de útero e de mama, à redução da mortalidade infantil e materna, ao fortalecimento da capacidade de resposta às emergências de saúde pública, de relevância nacional para a redução da ocorrência de doenças, envolvendo o controle de enfermidades como dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.⁵

Outro ponto a ser evidenciado é o acesso dos serviços para a população, o qual vem sendo discutido pelos autores e o MS em todos os âmbitos e cenários de acesso da rede de saúde que o estabelecimento de iniciativas que garantam a qualidade dos serviços, seja este por meio da humanização do serviço, o acolhimento dos usuários e o acesso aos serviços com qualidade.

A acessibilidade está relacionada com fatores sócio-organizacionais, ou seja, a obtenção dos serviços de saúde está interdependente dos métodos administrativos e gestacionais empreendidos pelos gestores que ocasionam um impacto na qualidade e na oferta do serviço necessitado pela população, sendo evidenciada a importância da adequação dos profissionais de saúde e dos recursos frente às necessidades dos usuários.

Deste modo, o PMAQ-AB, criado pela Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011 visa executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. A avaliação externa consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das Equipes da Atenção Básica participantes do programa. Após o processo de implementação dos índices e metas propostas pelo PMAQ ocorre à avaliação de todo os impactos, negativos e/ou positivos, que ocorreu dentro do serviço de saúde em sua totalidade.

A partir dessa avaliação também a analisado a permanência da equipe nos próximos ciclos do PMAQ e a reavaliação de pontos críticos os quais não foram contemplados durante o ciclo atual. Um dos métodos utilizados, que é está totalmente direcionado para a avaliação da participação e gestão no processo de trabalho da equipe de saúde está pautado no Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários. ¹

Neste modulo são avaliados e analisados documentos referentes a atendimentos prestados a população atendida, controle de agravos, promoção e prevenção em saúde e as metas propostas para o acompanhamento de grupos chaves. Valendo ressaltar que, no item II. 8 intitulado como “Planejamento da

Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe” aborda questão específicas relacionadas a gestão e os documentos utilizados para todo o planejamento e organização do serviço de saúde e de toda a equipe, realizando uma avaliação em relação a contribuição individual e coletiva. Sendo evidenciado que a auto-avaliação deve sempre ser realizada após cada reunião preestabelecida pela equipe com o intuito de identificar pontos críticos e propor soluções, prazos e fortalecer as metas já atingidas pela equipe.

Conclusão

Conclui-se que o PMAQ tem uma importância significativa para o auxílio no atendimento por parte do Sistema Único de Saúde, pois ele auxilia no envolvimento e mobilização por parte de gestores, equipe de saúde e os usuários do serviço. Utilizando-se de uma metodologia de alinhamento entre o planejamento, a ação e o controle nos serviços de saúde, com o intuito de torná-los mais eficientes e eficazes, o que acaba trazendo mais benefícios para os usuários, ajudando assim a garantir o cumprimento da grande missão do SUS que é garantir o acesso e a qualidade da atenção à saúde para toda a população brasileira.

A gestão pública é realizada mediante o desenvolvimento do planejamento até o processo de avaliação e retorno de políticas públicas, levando em consideração todo o processo o respeito e a eficiência na distribuição de recursos públicos. O Programa busca superar a organização dos serviços que ainda funcionam pautados na definição de horários específicos para responder à demanda espontânea. Portanto, investe na organização da porta de entrada dos serviços de saúde através do acolhimento, que busca articular o atendimento à demanda espontânea e às ações programadas.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais perto de Você – acesso e qualidade/ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf>. Acessado em 01.04.2017.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acessado em 01.04.2017.
3. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria nacional de assistência à saúde. Abc do SUS doutrinas e princípios. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acessado em 01.04.2017.
4. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC, Andrade MAC, Lima RCD. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde Escola Anna Nery 20(1): 90-98. Jan-Mar 2016.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo: Saúde mais perto de você – acesso e qualidade/ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2013.
7. Neves TCCL, Montenegro LAA, Bittencourt SDA. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 756-770, Out-Dez 2014.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
9. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 1033-1043, OUT-DEZ 2015.
10. Mota RRA. A avaliação da atenção básica e o trabalho dos agentes comunitários de saúde: implantação do PMAQ- AB na região do Médio Paraíba Fluminense. 2015. 184 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
11. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 209-220, OUT 2014.
12. Tomasi E. et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 15 (2):171-180 abr. / jun., 2015.
I Simpósio de Administração e Gerência em Enfermagem.
Revista Saúde e Ciência *online*, v.6, n. 2, suplemento (outubro 2017). 449 p.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE COMO FERRAMENTA PARA O GERENCIAMENTO DE RISCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

(Autor 1) Priscila Sousa de Andrade (Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas) priscila_psda@hotmail.com; (Co-autor 1) Wanessa Karla de Souza Pereira (Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas) wanessa.k.sousa@gmail.com; (Co-autor 2) Dra. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira (Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas) keilakris@hotmail.com; (Orientador) Savia Nobre de Araújo Dórea (Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas) savianobre@hotmail.com.

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente é essencial para a melhoria da qualidade da assistência. Incidentes relacionados ao cuidado em saúde tem uma elevada taxa de mortalidade e morbidade nas instituições, levando a necessidade de implementação do gerenciamento de risco, através da elaboração de protocolos de segurança do paciente. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem no estágio curricular supervisionado acerca do protocolo da segurança do paciente numa instituição filantrópica de Maceió/AL. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência sobre a percepção de acadêmicas frente ao gerenciamento de risco por meio da utilização de um protocolo de segurança do paciente implementado em um hospital filantrópico, vivenciado no período de fevereiro a junho de 2016. **Resultados:** Foi observado o avanço na qualidade da assistência de enfermagem perante a gestão do cuidado com os pacientes no setor de emergência oncológica. Também foi identificado uma melhora no requisito na atenção da administração dos medicamentos, na identificação do paciente, promoção do autocuidado, dentre outros, tornando o ambiente hospitalar mais seguro para os pacientes e os profissionais. Foi constatado que o uso do protocolo de segurança do paciente forneceu informações para a prevenção de incidentes com potencial para danos e promoção da prática assistencial segura. **Conclusão:** Este estudo permitiu observar a importância da utilização dos protocolos de segurança do paciente no âmbito da gestão hospitalar e a aplicação do gerenciamento de risco dentro da assistência prestada pela enfermagem.

Descritores: Segurança do paciente; Gestão de Risco; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um atributo de suma importância da qualidade do cuidado ofertado pelo serviço de saúde. Os incidentes associados ao cuidado em saúde, e em particular os eventos adversos (dano causado por tratamento médico e não pela doença em si), representam uma elevada morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde¹.

Em 2013, considerando que a gestão de risco tem um impacto direto na qualidade das ações de saúde e segurança do paciente, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) sob a Portaria de número 529, de 1º de abril de 2013 que tem como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional².

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou também em 2013 uma resolução, sob o número 36 de 25 de Julho, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Outras duas portarias do MS – No 2.095 de 24 de Setembro de 2013 e a de No 1.377 de 9 de Julho de 2013 – aprovam Protocolos de Segurança do Paciente, são eles: protocolo de identificação do paciente; protocolo de prevenção de úlceras por pressão; protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; protocolo de cirurgia segura; protocolo de práticas de higiene das mãos em serviços de saúde; e, protocolo de prevenção de quedas³⁻⁵.

Um aspecto importante que contribui para melhoria nas práticas visando a segurança do paciente é a capacitação e a qualificação profissional. Diversos aspectos podem contribuir para uma maior segurança na assistência, os programas de certificação e acreditação podem auxiliar nos processos tanto administrativo como assistencial, promovendo melhorias no serviço de saúde e proporcionando segurança ao paciente, através da utilização de boas praticas⁶.

A segurança do paciente tem se tornado um ponto-chave em torno do gerenciamento de enfermagem. Para a enfermagem, estabelecer um ambiente voltado à segurança do paciente é essencial para a melhoria da qualidade da assistência. Através da supervisão da equipe de enfermagem, monitoramento do

estado de saúde do paciente, coordenação e colaboração com a equipe multiprofissional e suporte para pacientes e seus familiares, a enfermagem contribui para um cuidado de qualidade e seguro⁶⁻⁷.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem no estágio curricular supervisionado acerca do protocolo da segurança do paciente numa instituição hospitalar filantrópica de Maceió-Alagoas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa, sobre a percepção de acadêmicas frente ao gerenciamento de risco por meio da utilização de um protocolo de segurança do paciente implementado em um hospital filantrópico, vivenciado por graduandos do 9º período do curso de Enfermagem da Universidade do Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL, através do componente curricular “Estágio Curricular Supervisionado” no período de Fevereiro a Junho de 2016.

O estágio curricular supervisionado faz parte da grade curricular do curso de Enfermagem, sendo ele respaldado pelo Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001, o qual trata das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Nele consta que a carga horária mínima do estágio curricular supervisionado em Enfermagem deve totalizar 20% da carga horária total do Curso de Graduação⁸.

O estágio curricular supervisionado foi realizado em um hospital filantrópico de grande porte localizado na cidade de Maceió/AL. Se trata de uma instituição que é referência para a assistência de alta complexidade nas áreas de oncologia e atendimento ambulatorial, além disso, a instituição também se notabiliza por adotar práticas gerenciais que a tornaram referência em sustentabilidade financeira ao longo dos anos.

Durante o período de prática hospitalar foi apresentado aos graduandos as normas de funcionamento da unidade, assim como seu espaço e estrutura, serviços de saúde oferecidos aos pacientes oncológicos, e o atendimento da enfermagem em

oncologia. As atividades realizadas contemplaram desde atividades de cunho gerencial bem como atividades assistenciais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi observado durante as práticas do estágio curricular supervisionado o avanço na qualidade da assistência de enfermagem perante a gestão do cuidado com os pacientes no setor de emergência oncológica. O protocolo de segurança do paciente foi utilizado como uma ferramenta que identificou riscos durante a permanência do mesmo no âmbito hospitalar, riscos estes descritos como: queda, flebite, lesão por pressão, dor, trombose venosa profunda e broncoaspiração. O mesmo trouxe também uma solução eficiente como o gerenciamento desses riscos através da estratificação, identificação correta do paciente, medidas de prevenção por meio das orientações de enfermagem e estimulação do autocuidado, assegurando assim o serviço prestado de forma eficiente para o paciente e seus acompanhantes.

Em um estudo realizado em Fortaleza- CE, relatou que alguns profissionais enfermeiros, estão atentos à incorporação de evidências científicas em sua prática clínica, garantindo a oferta do cuidado de enfermagem de forma segura. Relatou também o impacto da segurança do paciente na qualidade da assistência de enfermagem, e como a redução dos riscos e dos danos e a incorporação de boas práticas favorecem a efetividade dos cuidados de enfermagem e o seu gerenciamento. Práticas estas que vão desde orientações de enfermagem acerca dos riscos ao paciente até a prática da lavagem básica das mãos tornando o ambiente seguro.⁹

A enfermeira do setor da emergência oncológica gerenciava os possíveis riscos dos pacientes estratificando-os no histórico de enfermagem, realizando anotações de potenciais eventos que poderiam causar o risco encontrado, uso de filipetas identificando que o paciente era propenso aquele determinado risco, pulseira de identificação do paciente, pulseiras coloridas que eram utilizadas como uma forma de sinalização para qualquer profissional sobre um determinado risco, termo de ciência do paciente que era utilizado para realizar as orientações de enfermagem acerca dos incidentes em potencial que

poderiam causar tais danos, como também ocorreu um avanço na comunicação entre a equipe de enfermagem.

Houve uma melhora no aspecto da atenção na administração dos medicamentos e também na identificação do paciente, tornando o ambiente hospitalar mais seguro para os pacientes e os profissionais.

Um estudo demonstra que ações e soluções simples, como conhecer os riscos, realizar educação permanente, dupla checagem na administração de medicamentos e melhorar a comunicação, podem diminuir a possibilidade de erros no ambiente de cuidado à saúde e aumentar a segurança do paciente e do profissional.¹⁰

Foi identificado neste estudo um empecilho para a adequada implementação do gerenciamento de risco de segurança do paciente. O receio dos profissionais de realizar uma notificação pode causar negligência ou a subnotificação dessas informações, o que trariam pontos negativos para o setor e para equipe notificada, podendo trazer como resultado a perda da acreditação hospitalar.

Em um estudo realizado com enfermeiros sobre a percepção de gerenciamento de risco percebeu-se que os mesmos denotam um paradigma de punição e ocultação do erro, devido à preocupação com o fato de o registro poder ser usado contra o próprio profissional. Sabe-se que um ambiente organizado e livre da cultura punitiva garante o sucesso na assistência segura ao paciente.¹¹

Outro artigo contribuiu para essa afirmativa, defendendo que os aspectos de fragilidade encontrados são evidenciados através da existência da cultura do medo dos colaboradores de que seus erros sejam inscritos em suas fichas funcionais. Outra evidência foi a subnotificação dos eventos adversos, mesmo aqueles que chegaram a atingir o paciente.¹²

Foi constatado que essa ferramenta forneceu informações úteis e necessárias que ajudaram na tomada de decisão dos gestores frente ao serviço no setor da emergência oncológica. Essas informações foram identificadas como: prevenção de incidentes com potencial para danos, fornecer subsídios para diminuir ou evitar despesas financeiras desnecessárias para a instituição e promover prática assistencial segura, dentre outras.

Outro estudo concluiu que o gerenciamento de risco é um instrumento estratégico que beneficia o cuidado e o serviço prestado. O mesmo vem sendo

usado como um processo analítico, preventivo e normativo para melhorar o desempenho nas organizações de saúde e subsidiar a tomada de decisão por parte dos gestores, inclusive no monitoramento dos indicadores de enfermagem¹¹. Entende-se que o diagnóstico dos riscos encontrados pelos profissionais poderá apoiar gestores de serviços hospitalares a implementar medidas que possam melhorar o gerenciamento da segurança nas instituições, uma vez que qualidade e segurança são atributos indissociáveis.¹³

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu observar a importância da utilização dos protocolos de segurança do paciente no âmbito da gestão hospitalar e a aplicação do gerenciamento de risco dentro da assistência prestada pela enfermagem. A pesquisa foi relevante para a identificação da evolução da qualidade da assistência prestada e o empecilho encontrado pelos profissionais na execução durante o processo de execução do protocolo de segurança do paciente.

Outro ponto chave da pesquisa foi que o fornecimento das informações dos colaboradores através dessa ferramenta de gerenciamento, contribuiu para medidas de prevenção de danos e auxiliou na tomada de decisão dos gestores cooperando para a normatização do serviço de assistência a saúde.

REFERÊNCIAS

1. Weng RH, Chen JC, Pong LJ, Chen LM, Lin TC. The impact of Market orientation on patient safety climate among hospital nurses. *Eval Health Prof.* [periódicos na Internet] 3 Fev 2014 [acesso em 10 jul 2017] 39(Issue 1): 65-86. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24492246>
2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria no. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente. *Diário Oficial da União* 2 de abr 2013;Seção 1.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução no. 36, 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 26 de jul 2013;Seção 1.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria no. 1.377, 9 de julho de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente. *Diário Oficial da União* 10 jul 2013; Seção 1.

5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria no. 2.095, 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Diário da União 25 set 2013;Seção 1.

6. Velho JM, Treviso P. Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador. RAS Jul-Set 2013,15(60):90-94.

7. Smeds-Alenius L, Tishelman C, Lindqvist R, Runesdotter S, McHugh MD. RN assessments of excelente quality of care and patient safety are associated with significantly lower odds of 30-day inpatient mortality: a national cross-sectional study of acute-care hospitals. Int J Nurs Stud [periódicos na Internet] Set 2016, [acesso em 10 Jul 2017] 61:117-124. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27348357>

8. Ministério da Educação (Brasil). Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.

9. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery [periódico na Internet] Mar 2014 [acesso em 10 Jul 2017] 18(1): 122-129 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122

10. Siman AG, Cunha SG, Brito MJM. Ações de enfermagem para segurança do paciente em hospitais: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line [periódicos na Internet] Fev 2017 [acesso em 10 Jul 2017] 11(2):1016-24. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10203/pdf_2286

11. Siqueira CL, Silva CC, Teles JKN, Feldman LB. Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil. Reme: Rev. Min. Enferm [periódicos na Internet] Dez 2015 [acesso em 10 Jul 2017] 19 (4):919-926. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1050>

12. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. Rev. esc. enferm. USP [periódicos na Internet] Abr 2015 [acesso em 10 Jul 2017] 49(2):0277-0283. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000200277&script=sci_arttext&lng=pt

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A QUALIDADE DE VIDA E A ALIMENTAÇÃO DE TRABALHADORES NOTURNOS, UMA REVISÃO DA LITERATURA

¹ Ramon da costa porto; Faculdade Mauricio de Nassau;email: r-porto@live.com

Orientador: Elijackson Davidson da Silva Nascimento, Pós Fip – Faculdade Integrada de Patos elijacksondavidson@gmail.com

RESUMO

De acordo com a Organização mundial de saúde (OMS) a saúde do trabalho, deve garantir a integralidade da saúde aos trabalhadores com o objetivo de promover a expectativa de vida e diminuir a incidência de enfermidades, a mudança de horário de trabalho diurno para noturno causa grandes conseqüências a saúde como o comprometimento à alimentação equilibrada, descanso insuficiente e qualidade de vida, os estudos tem mostrado que esses profissionais consomem alimentos de alto valor calórico e tem pouca preferência por alimentos saudáveis como fibras, frutas, verduras e legumes. Objetivo: avaliar e discorrer sobre a segurança do trabalhador relacionando-os as suas condições de trabalho e alimentação em horarios noturnos e os riscos relacionados a disfunção dos Ritmos circadianos. Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica com publicações que atenderam a todos os critérios de seleção, conduzida a partir de artigos científicos nacionais e internacionais disponíveis nas bases de dados PubMed, Scielo. Resultados: O trabalho noturno, associado ao cotidiano social é diferente daquele adotado pela sociedade geral, e pode acarretar muitas vezes problemas a saúde nesses trabalhadores noturnos do que nos diurnos.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização mundial de saúde (OMS) a saúde do trabalho, deve garantir a integralidade da saúde aos trabalhadores com o objetivo de promover a expectativa de vida e diminuir a incidência de enfermidades associadas as causas ambientais (1).

As jornadas de trabalho realizadas por trabalhadores noturnos como: médicos, enfermeiras entre outros profissionais tanto da área da saúde como das outras áreas que também realizam suas atividades profissionais nesse período, comprometem

seu período de lazer e descanso e a qualidade profissional, aumentando o risco para o desenvolvimento da síndrome de burnout (2).

O burnout é uma síndrome psicológica, de esgotamento profissional, uma sobrecarga de estresse, ocasionado por descanso insuficiente, exaustão emocional despersonalização e ineficiência, o Burnout não é um problema do individuo mas do ambiente no qual desempenha suas atividades profissionais (3).

Os ritmos biológicos associados ao claro e o escuro são conhecidos como ciclo circadiano (sono-vigília), e o seu comprometimento pode causar diversas conseqüências prejudiciais tais como: irritabilidade mental, depressão, perda de vitalidade, perda de apetite e ate mesmo problemas digestivos (4).

Os ritmos circadianos diurnos afetam a ingestão alimentar, os estudos tem mostrado que o valor calórico total diário das refeições e os intervalos entre as refeições, nível de saciedade diminuem durante o dia, esses estudos sugerem que um consumo calórico elevado durante o dia diminui a ingestão total diária enquanto que uma grande quantidade de calorias ingeridas no período da noite resulta em um aumento total da ingestão (5).

Um estudo de grande escala realizado na França com 18,429 trabalhadores de saúde, mostrou que o ganho de peso foi maior em trabalhadores noturnos (6) (7) outra publicação mostrou a associação entre o trabalho noturno e os habitos alimentares que foram mais afetados pelo trabalho noturno.

A transferência das refeições do período vespertino para o noturno foi associada com altos níveis de colesterol total e LDL colesterol e baixos níveis de HDL colesterol. De acordo com os autores as alterações dos horários diurnos para noturnos, promoveram os efeitos metabólicos indesejáveis, especialmente no metabolismo lipídico, aumentando os riscos associados a obesidade, doenças cardiovascular e hipertrigliceridemia nos trabalhadores noturnos (8).

O objetivo desse trabalho foi avaliar e discorrer sobre a segurança do trabalhador relacionando-os as suas condições de trabalho e alimentação em horários noturnos e os riscos relacionados a disfunção dos Ritmos circadianos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica com publicações que atenderam a todos os critérios de seleção, conduzida a partir de artigos científicos nacionais e internacionais disponíveis nas bases de dados PubMed, Scielo. O período das publicações correspondeu entre 1982 a 2014. Os descritores utilizados foram: "trabalho" "noturno" "alimentação" "ciclo circadiano" e seus respectivos nomes em inglês. Como critério de inclusão, foram selecionadas publicações originais e revisões de literatura que disponibilizavam o trabalho na íntegra; estudos que abordavam as consequências associadas a alimentação e ao trabalho noturno. Foram excluídas as publicações que não apresentavam o trabalho completo e que abordavam os trabalhadores noturnos, mas sem relação aos riscos nutricionais ou consequências negativas com relação a rotina de trabalho noturno.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos demonstraram que há uma preferência alimentar inadequada entre os trabalhadores noturnos em relação aos diurnos, eles comumente consomem alimentos mais calóricos e gordurosos quando estão restritos de sono e alimentos como, fibras, frutas, e vegetais não fazem parte de sua preferência alimentar (9).

Outros estudos têm revelado que essa classe de profissionais apresenta distúrbios do sono, obesidade, sintomas de fadiga física e mental, sonolência excessiva, estresse, podendo causar danos a qualidade de vida e ao desempenho profissional (Síndrome de Burnout) (10).

Verificou-se que os indivíduos sem experiência de trabalho noturno, apresentavam melhor condição de saúde, como a ausência de diagnóstico de hipertensão auto referido, bom auto percepção de saúde e ausência de insônia (11).

Enquanto que grupos de profissionais avaliados que realizavam até cinco plantões noturnos/quinzena esses apresentaram ganho de peso, o que foi sugerido que esse ganho pode ter como fatores desencadeadores desajuste circadiano, alterações nos padrões de comportamentos de saúde, eventos bioquímicos sucessivos que podem alterar a liberação de hormônios durante o sono, tais como o hormônio de crescimento, a leptina, a grelina e o cortisol (12).

A síndrome de burnout vem chamando bastante atenção da comunidade científica pelo impacto nos trabalhadores de diferentes profissões em especial em enfermeiros e médicos que grande parte da sua rotina profissional é realizada no período noturno (plantão) a uma severa conseqüência psicossocial de relevância para a saúde do trabalhador (13).

A privação de sono e a fadiga a ela associada estimulam a alimentação e reduzem o gasto de energia para aumentar as reservas de energia, levando a um aumento no ganho de peso aliado a estes fatores, há dificuldades na absorção do alimento durante a noite, em função da organização circadiana, que é adaptada para a atividade diurna (14).

O trabalho noturno, associado ao cotidiano social é diferente daquele adotado pela sociedade geral, e pode acarretar muitas vezes problemas a saúde nesses trabalhadores noturnos do que nos diurnos (15).

CONCLUSÃO

Há um prejuízo a saúde do trabalhador, em comparativos das atividades realizadas em turno fixo diurno e noturno, há um maior prejuízo para trabalhadores noturnos, seja como risco de acidentes de trabalho bem como para a saúde desse trabalhador, devemos promover medidas preventivas aos riscos relacionados a saúde, e a qualidade de vida desses trabalhadores, seu bem está físico, social, emocional e nutricional, como conseqüência a manutenção da saúde do trabalhador como principal patrimônio da empresa e do funcionário.

REFERENCIAS

1. Mendes R. Patologia do trabalho. São Paulo: Atheneu;2005.
2. Sarquis LMM. O monitoramento do trabalhador desáude, após exposição a fluídos biológicos [tese]. SãoPaulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de SãoPaulo;2007
3. TRIGO, T.R. Síndrome de Burnout ou esgotamento profissional: como identificar e avaliar. In: Glina DM, Rocha LE, organizadoras. Saúde mental no trabalho : da teoria à prática. São Paulo: Roca, p.160-75, 2010.
4. Kroemer KHE, Grandjean E. Manual de ergonomia. Adaptando o trabalho ao homem. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005
5. de Castro JM. The time of day of food intake influences overall intake in humans. J Nutr. 2004;134(1):104-11.

5. Ballet, M., Laplaud, J., Paquet, J., Romon, P. & Cadiot, C. (1982). Résultat de l'enquête nationale sur l'alimentation du personnel hospitalier. Archives des maladies professionnelles, 43, 431-450.

6. Niedhammer, I., Lert, F. & Mame, M. (1996a). Prevalence of overweight and weight gain in relation to night work in a nurses cohort. International Journal of Obesity, 20, 625-633.

7. Romon, M., Edme, J.L., Boulenguez, C., Lescroart, J.L., Frimat, P. (1993). Circadian variation of diet - induced thermogenesis. American Journal Clinical Nutrition, 57, 476- 480.

8. LIMA, M.B.; SILVA, L.M.S.; ALMEIDA, F.C.M.; TORRES, R.A.A; DOURADO, H.H.M. Stressors in nursing with double or more working hours. R. pesq.: cuid. fundam, v.5, n.1, p.3259-3266, 2013.

9. SPIEGEL, K. et al. Leptin levels are dependent on sleep duration: relationships with sympathovagal balance, carbohydrate regulation, cortisol, and thyrotropin. J Clin Endocrinol Metab, v. 89, n. 11, p. 5762-5771, nov. 2004.)

10. DIAS, S. Síndrome de burnout: um estudo comparativo entre enfermeiros e médicos portugueses. Diaphora, v. 12, n. 2, p. 35-41, 2014.

11- Morikawa Y, Nakagawa H, Miura K, Soyama Y, Ishizaki M, Kido T, Naruse Y, Suwazono Y, Nogawa K. Effect of shift work on body mass index and metabolic parameters. Scand J Work Environ Health 2007; 33(1):45-50.

12- Scheer FAJL, Hilton Amf, Mantzoros CS, Shea SA. Adverse metabolic and cardiovascular consequences of circadian misalignment. PNAS 2009; 106(11): 4453-4458

13. ROTENBERG, L.; PORTELA, L. F.; MARCONDES, W. B.; MORENO, C.; NASCIMENTO, C. P. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. Cad Saude Publica, v. 17 p. 639-649, 2001.

14 - Geliebter A, Tanowitz M, Aronoff NJ, Zammit GK. Work-shift period and weight change. Nutrition 2000; 16(1):27-29.

15. MOREIRA, D.S.; MAGNAGO, R.F.; SAKAE, T.M.; MAGAJEWSKI, F.R.L. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. Cad Saude Publica, v. 25, n. 7, p.1559-1568, 2012.

O PROCESSO ORGANIZACIONAL DE UMA UTI INFANTIL EM UM HOSPITAL UNIVERSTÁRIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Roberta de Carvalho Freitas¹; Andreia Oliveira Barros Sousa²;

1Discente da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG e-mail:
roberta_freitas24@hotmail.com;

2Docente da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG e-mail:
andreiabarro2@hotmail.com

RESUMO

Na produção do cuidado, todos os elementos estruturantes, com enfoque nas necessidades dos usuários, devem estar em consonância com as políticas públicas e os princípios da integralidade assistencial e da humanização, respeitando a participação efetiva dos diferentes profissionais envolvidos nos cuidados ao usuário crítico. Por objetivo esse trabalho tem, relatar a visão e senso percepção da experiência vivida dentro da UTI por os estudantes de graduação em Enfermagem da UFCG, permitir correlacionar a vivência prática com a teoria vista em sala para construir uma prática assistência de qualidade, além, de transcender as fronteiras do serviço afim de trazer ao mesmo melhorias e enfoque frente aos olhos da gestão. O referente trabalho, Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa decorrente da vivência em um estágio prático da disciplina de Atenção ao Paciente Crítico no curso de graduação em Enfermagem, realizado na Unidade de Terapia Intensiva Infantil Mista. No cenário da prática, foi/é possível observar uma auto-organização estrutural da UTI, tanto na composição do ambiente como na área de recursos humanos, formada por equipes multiprofissionais especializadas que, integradas aos avanços tecnológicos, possibilitam melhorar a qualidade e a segurança da assistência prestada. Conclui-se que de relevante importância o conhecimento de gerencia voltado a promoção da assistência na UTI, tornado o serviço eficaz, eficiente e o cuidado seguro e de qualidade aos usuários.

Descritores: UTI; Processo de trabalho.

INTRODUÇÃO

Na produção do cuidado, todos os elementos estruturantes, com enfoque nas necessidades dos usuários, devem estar em consonância com as políticas públicas e os princípios da integralidade assistencial e da humanização, respeitando a participação efetiva dos diferentes profissionais envolvidos nos cuidados ao usuário crítico(1)

A administração de uma organização, qualquer que seja seu tipo ou objetivo de sua atividade, depara-se com duas situações distintas, mas interdependentes. Entre eles: a organização formal que compreende a estrutura organizacional, a política, as diretrizes, as normas e regulamentos da empresa. Enfim, todos os aspectos relacionados com os órgãos, cargos e ocupantes.(2)

Deve-se buscar no ambiente hospitalar, a eficiência, onde os recursos são utilizados da melhor maneira, e a eficácia, onde os objetivos são atingidos, tornando-se efetiva a administração, ou seja, os recursos são utilizados adequadamente alcançando assim os objetivos propostos, para então ocorrer uma maior rentabilidade, reduzindo custos desnecessários, diminuição do retrabalho, mais motivação da equipe, aumento de satisfação do paciente e da equipe.

No ambiente da UTI, o trabalho em equipe implica no compartilhamento do planejamento, a organização coletiva do trabalho sustentada nas inter-relações que se processam por meio da cooperação, colaboração, troca de informações, entre outros saberes, habilidades e competências que potencializam as ações na produção do cuidado (1).

Por objetivo esse trabalho tem, relatar a visão e senso percepção da experiência vivida dentro da UTI por os estudantes de graduação em Enfermagem da UFGC, permitir correlacionar a vivência prática com a teoria vista em sala para construir uma prática assistência de qualidade, além, de transcender as fronteiras do serviço afim de trazer ao mesmo melhorias e enfoque frente aos olhos da gestão.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência e com uma abordagem qualitativa decorrente da vivência em um estágio prático da disciplina de Atenção ao

paciente crítico, realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) infantil mista, de um Hospital Universitário do município de Campina Grande-PB, ocorrido no dia 30 de março de 2017.

As discentes do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) estiveram presentes e atuantes, em turno único nesse setor. No dia supracitado as discentes estiveram inseridas no serviço, participando das atividades vigentes e contribuíram na assistência prestada às crianças.

O trabalho em questão tem embasamento científico para as reflexões propostas, respeitando os preceitos éticos da resolução 466/12. A experiência relatada tem grande relevância abordar o papel da troca de informações na promoção da saúde, bem como relar a importância de se discutir e permitir correlacionar a vivência prática com a teoria vista em sala para construir uma prática assistência de qualidade.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

No cenário da prática, é possível observar uma auto-organização estrutural da UTI, tanto na composição do ambiente como na área de recursos humanos, formada por equipes multiprofissionais especializadas que, integradas aos avanços tecnológicos, possibilitam melhorar a qualidade e a segurança da assistência prestada.

A Unidade de Terapia Intensiva aqui em questão é classificado como Mista, recebe pacientes pediátricos e Neonatais, com um total de nove leitos; destes, cinco destinados a pediatria e quatro aos neonatos. No momento do cumprimento do turno de estágio prático oito dos nove leitos estavam ocupados. Observou-se a ausência de leitos de isolamento para os neonatos. Existe um espaço destinado ao Isolamento da então UTI porém o mesmo não vem cumprindo esse papel no setor, um ponto que contraria RDC Nº7 . A equipe profissional composta por Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médico plantonista desempenham seu trabalho dentro das limitações. No entanto, a qualidade do cuidado não está garantida somente pela qualificação de seus profissionais, mas também pela quantificação destes para o desenvolvimento das atividades legalmente previstas(1).

Foi ainda possível vivenciar partes do processo de cuidado onde culminam no bom êxito da assistência, por sua vez alguns pontos serão destacados. Quando se fala em estrutura física da UTI a RDC nº 7 trás de forma clara e pontual as necessidades para esse âmbito hospitalar, o que pode ver na então experiência a principio que a norma regulamentadora (NR) é desrespeitada quanto ao espaço físico por leito, comprometendo a mobilidade da equipe na efetuação dos cuidados exigidos estando sempre tendo que adaptar-se ao pouco espaço.

É válido aqui reforçar que trata-se se uma UTI mista alocando pediátricos e neonatos onde estes dividem o mesmo espaço. Para Monica Et. Al. é preciso estar atento aos detalhes quanto à luminosidade, ruído, odor, temperatura, umidade, ou seja, o profissional precisa exercitar a observação e reflexão crítica para poder agir positivamente na assistência prestada. O sistema elétrico não é subdividido para as partes destinadas a neonatos e pediátricos, como também não há isolador acústico dessa forma o que descreve Monica et. Al. é fundamental propiciar um ambiente favorável para a restauração fisiológica e emocional do paciente, sendo esta dimensão do cuidado também uma das competências da enfermagem, a qual deve assegurar conforto, aconchego, um ambiente calmo e tranquilo ao paciente. É assim totalmente fragilizado dificultado o processo de trabalho da equipe.

Observou-se também que as medicações lá dispostas são compradas com quantidade por ampola/frasco com quantidade de dose equivalente para adultos, levando em consideração que as dosagens para os pacientes daquele setor são menores há um desperdício dessas medicações, gerando mais custos para instituição. É de conhecimento de todos que a compra de insumos, medicações e tudo aquilo que é recurso material de uma instituição pública se dá por meio de licitações os envolvidos nesse processo em sua grande maioria como aponta Garcia et. Al. “Se desconhece as especificações de alguns materiais, interferindo com isso na escolha de produtos específicos para determinados setores, principalmente os mais especializados.”⁴ Talvez seja esse o impasse maior do setor.

Desta forma, na produção em saúde nas UTIs, é possível observar uma auto-organização estrutural dessas unidades, resultante da inter-relação do espaço físico, recursos materiais e equipamentos, como também de seus recursos humanos, formados por equipes multiprofissionais especializadas, que, integradas aos

avanços tecnológicos, são capazes de se adequar à demanda e melhorar a qualidade e a segurança da assistência prestada.(1) Cabe aqui citar a não padronização dos equipamentos da UTI sendo estes bombas de infusão, monitores e ventiladores no que implica na utilização precária com o mínimo a função oferecida pelo equipamento e na maioria das vezes dificultando no manejo e na rotina de trabalho, aquilo deveria facilitar por sua vez não contribui com tanta eficiência no serviço, seria aqui uma oportunidade para enfatizar a educação permanente e/ou continuada para os profissionais, visto que manter-se atualizado é fator importante para profissional e instituição.

CONCLUSÃO

Portanto, no ambiente o qual se relatou a experiência vivida fica claro a tamanha importância do conhecimento de gerência voltado a promoção da assistência, tornado o serviço eficaz e eficiente. É notória também a sobreposição dos benefícios sobre custos a gestão deve ser participativa e cabe a esta avaliar constantemente a rotina de trabalho as demandas para adaptar-se de forma a manter a excelência do serviço prestado . Quanto maior e melhor for o processo organizacional e gerenciado de forma a elencar demandas e prestação de serviço a qualidade será potencializada; melhor o atendimento para com o cliente e mais motivador para o trabalhador será.

As normas, protocolos, diretrizes, legislações tem grande e forte potencial no fluxo e fator qualidade assistencial, estes, por sua vez norteiam para que problemas sejam reduzidos e as partes envolvidas do processo sejam engrenagem para o foco principal que é a recuperação da saúde. Os ciclos de admiração são com elas melhor mantidos se estabelece melhor credibilidade tanto no mercado, como também no que diz respeito ao trabalhador e o cliente/família, considerando o setor aqui tratado um ambiente ainda visto como o final e pouco esperançoso.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros, A. C., Siqueira, H.C.H., Zamberlan, C., Cecagno, D., Nunes, S.S., Thurow, M. R. B. Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem

na Unidade de Terapia Intensiva; Rev. esc. enferm. USP vol.50 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2016

2. Santos, Sérgio Ribeiro dos. Administração aplicada à enfermagem / Sérgio Ribeiro dos Santos. 3.ed. – João Pessoa: Idéia, 2007. 237p.

3. Maria, MA., Quadros, FAA., Grassi, MFO., Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação;; Rev Bras Enferm, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 297-303. 297.

4. Garcia, SD., Haddad, MCL., Dellaroza, MSG., Costa, DB., Miranda, JM; Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público; Rev Bras Enferm, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 339-46. 339

5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil) RESOLUÇÃO-RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010. Diário Oficial; Nº 37 – DOU de 25/02/10 – seção 1 – p. 48.

REFLEXÕES PARA UMA PRÁTICA SEGURA: ENFERMAGEM E ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

João Paulo Lopes da Silva (Docente do ITEC) e-mail: jpplopes_pb@hotmail.com Maria Zélia Araújo (Docente da UNESC Faculdades). Orientadora. e-mail: zelinharaujo@hotmail.com

Resumo

Os erros de medicação representam grave problema nos atuais serviços de saúde, por comprometer a segurança do paciente. O presente estudo tem por objetivo descrever os erros na administração de medicação realizada pela equipe de enfermagem e os riscos na segurança do paciente, em periódicos online. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, por meio de uma revisão Integrativa de literatura, realizado com 12 artigos disponíveis nas bases de dados: BDNF, LILACS e MEDLINE. Os resultados evidenciaram que os erros de medicamentos são variados e ocorrem desde do processo de prescrição, dispensação, manipulação e administração e que a equipe de enfermagem é a principal responsável por esses erros. Diversos fatores, como: sobrecarga de trabalho, falta de atenção, qualificação e erros na prescrição médica, podem estar associados aos erros na administração de medicamentos. Faz-se necessário a implementação da educação permanente como uma estratégia na prevenção e redução de erros de medicamentos.

Descritores: Erros de medicação, Enfermagem, Segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um grave problema de saúde pública mundial. Nos países em desenvolvimento, a exposição dos pacientes aos riscos relacionados aos cuidados em saúde é maior que nos países desenvolvidos. Para a Organização

Mundial de Saúde (OMS), segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (1). A Classificação Internacional de Segurança do Paciente define 'segurança do paciente' como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico hospitalar (2).

A segurança dos pacientes no decorrer da internação hospitalar, têm merecida atenção crescente dos enfermeiros na busca por uma assistência que assegure um

I Simpósio de Administração e Gerência em Enfermagem.

Revista Saúde e Ciência *online*, v.6, n. 2, suplemento (outubro 2017). 449 p.

máximo de qualidade e um mínimo de riscos para o cliente/paciente. Dentre os 6 passos referidos no Programa de Segurança do Paciente, a administração de medicação merece uma atenção especial, pela ocorrência de erros durante qualquer etapa desse processo, não só é indesejável para o alcance da qualidade dos serviços, como prejudicial para o paciente, profissional e instituição (3).

A Administração de Medicamentos (AM), consiste numa ação complexa que envolve diversos profissionais de saúde e deve ser realizada de forma segura, com vistas a valorizar a qualidade desta técnica, de modo a reduzir a ocorrência de possíveis Eventos Adversos (4).

Logo, o cuidado seguro em relação à AM requer que os profissionais detenham conhecimentos sólidos e embasados na literatura científica específica quanto aos aspectos intrínsecos às medicações e a sua administração, como: reações medicamentosas e técnicas de administração, respectivamente. Além disso, este procedimento demanda responsabilidade e atenção na realização de todas as etapas deste processo pelos profissionais de saúde, em especial pela equipe de enfermagem, visto ser esta a principal responsável por tal prática (5).

No Brasil, o preparo e a administração das medicações são da competência de todos os membros da equipe de enfermagem, entretanto, o enfermeiro é o profissional responsável pelo processo de administração de medicamentos, constituindo-se no líder da equipe de enfermagem e assumindo papel fundamental tanto no cuidado ao paciente que se encontra em terapia medicamentosa quanto na disseminação do conhecimento acerca desta prática para a equipe (6). É necessário o conhecimento sobre a droga a ser administrada, sua ação, via de administração, interações e efeitos adversos, a fim de evitar um erro de medicação.

A prevenção de erros no cuidado e a eliminação de danos causados aos pacientes por erros na administração de medicamentos tem sido uma prioridade no sistema de saúde. Assim, para garantir a segurança do paciente durante a administração de medicamentos, a enfermagem deve utilizar os nove certos. Este atual modelo, incorporou alguns certos ao antigo modelo dos cinco certos. São eles: o paciente certo, medicamento certo, via certa, dose certa, horário certo, documento certo, ação certa, apresentação certa e resposta certa (7).

Desta forma, para conseguir a eficiência e a segurança do paciente durante a terapia medicamentosa, ter conhecimento é imprescindível e se configura na melhor forma de prevenir a ocorrência de erros. Assim, o presente estudo tem como objetivo descrever os erros na administração de medicação realizada pela equipe de enfermagem e os riscos na segurança do paciente, em periódicos online.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido por meio de uma revisão integrativa da literatura, considerada a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado (8).

A pergunta norteadora do presente estudo consistiu em: quais os erros descritos na literatura online por administração de medicamentos realizados pela enfermagem e os possíveis riscos à segurança do paciente?

A seleção dos artigos se deu na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) por meio das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), BDNF e MEDLINE, a partir dos descritores de Ciências da Saúde (DeCS) de maneira combinada, utilizando o operador booleano "AND": (Erros de Medicação AND Enfermagem AND Segurança do Paciente).

Durante a coleta de dados foram incluídas para análise as publicações realizadas entre os anos de 2006 e 2016. Foram utilizadas pesquisas pertencentes a revistas indexadas na BVS. Os critérios de inclusão utilizados foram: 1-Trabalhos indexados nas bases de dados citadas; 2-Escritos no idioma português; 3-Publicados nos últimos onze anos; 4-Com texto completo disponível e gratuito. Foram excluídos os artigos repetidos ou que não atenderam aos critérios de inclusão delineados. A pesquisa foi realizada no mês de Julho de 2017.

Foram encontrados 316 artigos indexados na BVS, sendo 209 artigos completos. Após utilizar critérios de inclusão através do processo de filtração, foram encontrados 53 artigos completos disponíveis nas seguintes bases de dados: BDNF (31), LILACS (26), MEDLINE (2).

A pré-seleção das publicações foi feita por meio da leitura rigorosa dos títulos, resumos de todos os 53 artigos encontrados na estratégia de busca. Em seguida,

após 1ª análise crítica, foram selecionados 25 artigos que atendiam ao tema proposto. Os 25 artigos foram lidos na íntegra e, finalmente, foram eleitas 12 publicações que compuseram a amostra final desta pesquisa.

Os resultados foram analisados de forma descritiva, sendo apresentados conforme evidências encontradas nos artigos e fundamentados a partir da literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta revisão inicialmente localizou 316 publicações que, após serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão, totalizaram uma amostra de 53 artigos. Logo, após leitura crítica desses textos, foram selecionados 12 artigos, cujos estudos foram selecionados nos seguintes periódicos: Revista Latino-Americano de Enfermagem (3), Revista Brasileira de Enfermagem (1), Revista Eletrônica Gestão & Saúde (1), Cogitare Enfermagem (1), Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online (1), Revista de Enfermagem UFPI (1), Revista Mineira de Enfermagem (1), Revista Enfermeria Global (1), Texto & Contexto Enfermagem (1), Revista Enfermagem UERJ (1).

Os artigos selecionados abordaram as publicações dos últimos 11 anos, compreendendo os anos de 2006 à 2016. Das publicações selecionadas a maior prevalência ocorreram em 2016 com total de 3 artigos publicados. Porém, é importante salientar a crescente publicação na área de segurança do paciente no meio acadêmico, especialmente, dentro da temática de erros na administração de medicação.

Quanto ao desenho metodológico empregado nos estudos, observou-se que são variados, compreendendo estudo multicêntricos, transversais, revisão integrativa, do tipo descritivos e exploratórios, sendo maior parte de caráter quantitativo. Maior parte dos estudos foram realizados em ambiente hospitalar, com aplicação de instrumento para coleta de dados in lócus. O aumento no número de pesquisa tem mostrado em tela a necessidade de intervenção no processo de trabalho dos profissionais de saúde, em especial, da enfermagem, por ser a categoria responsável pela administração de medicamentos no ambiente hospitalar,

a fim de garantir uma assistência segura no exercício profissional e, conseqüentemente, para aos pacientes.

A administração de medicamentos tem se caracterizado como uma das atividades mais sérias e de maior responsabilidade da enfermagem. (9). O processo de medicação percorre um longo caminho iniciando na produção, segue com a prescrição, dispensação e a administração. A administração de medicamentos compreende o processo de checagem, diluição, preparação e administração no paciente (10).

Os erros de medicação podem causar importantes agravos à saúde, com relevantes repercussões econômicas e sociais que, de certa forma, interferem diretamente tanto na vida dos pacientes quanto na dos profissionais de saúde e da instituição, além de prolongarem o período de internação e afetarem o tratamento (11).

Entende-se como erro de medicação, um evento evitável, ocorrido em qualquer fase da terapia medicamentosa e suscetível de causar ou não danos ao paciente. (12). No Brasil, de acordo com o Instituto para Práticas Seguras do Medicamento – ISMP (13), os erros de medicação são a causa de morte de no mínimo 8000 pessoas por ano. Em todo o mundo, pacientes estão sujeitos a erros na assistência na saúde. A OMS estima que um em cada 10 pacientes pode ser vítima de erros e eventos adversos durante a prestação de assistência à saúde no mundo e que existe uma necessidade de estabelecer medidas de prevenção a fim de reverter esse problema(14).

Na análise dos artigos, referente aos setores com mais registros de erros na administração de medicamentos, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi o setor mais apontado, com destaque para UTI pediatria, por causa de sua complexidade de cuidados. Foram destacados também, a clínica médica e pediátrica, clínica cirúrgica e setor de urgência.

O setor de cuidados intensivos pediátricos requer mais atenção do profissional de saúde no processo de cuidados e administração de medicamentos pela necessidade da administração de doses muito fracionadas de medicamentos o que acarreta maior demanda de tempo de trabalho de enfermagem, além de manipulação excessiva das soluções, o que pode comprometer a qualidade do

procedimento em vários aspectos, como quanto à estabilidade e possibilidade de contaminação. Além dessas dificuldades, ressalta-se a possibilidade de intoxicação do paciente pediátrico em decorrência do uso de medicamentos comercializados em altas concentrações (15).

Os referidos autores ainda reforçam que a ocorrência de erros de medicação em crianças, em especial o erro de dose, advém da complexidade dos cálculos que necessitam ser realizados considerando-se idade, peso, estatura e condições clínicas da criança, uma vez que as características de absorção, distribuição, metabolismo e excreção de drogas, diferem entre recém-nascido, adolescente e adulto.

No tocante a identificação dos erros na administração de medicamentos, estudo feito por Belela, Petterlini e Pedreira (16), apontou que 56% dos erros na administração de medicamentos acontecem na fase de prescrição, executada pelo profissional da medicina, 6% na fase de transcrição e 4% na de dispensação, profissionais farmacêuticos, e 34%, na fase de administração, implementada pela enfermagem. A enfermagem é capaz de interceptar até 86% dos erros na medicação, provindos dos processos de prescrição, de transcrição e de dispensação, mas apenas 2% dos erros na administração são interceptados (16)

Esse tipo de erro pode ser classificado como falta de comunicação ou comunicação inadequada entre o profissional da farmácia que dispensa a medicação, o médico que prescreve e o membro da equipe de enfermagem que administra. Nesse procedimento, a falha na comunicação é considerada uma das principais causas de erros, os quais também, não são devidamente notificados, analisados e tratados por parte dos envolvidos, acarretando, novamente, erros de comunicação na dinâmica da equipe (17).

Outro erro apontado na literatura e que pode ocasionar o aumento de ocorrência está relacionado aos profissionais que necessitam cuidar de um grande número de pacientes, além do excesso de tarefas atribuídas, do déficit de profissionais e da falta de atenção (14, 18). O conhecimento inexistente e a inexperiência também, foram identificados como fatores relevantes para a ocorrência de erros. Falhas na administração da dose correta, horário, foram citados, especialmente, na administração de antibióticos, pois podem ocasionar resistência

microbiana nos pacientes, dificultando assim, o processo de tratamento dos mesmos (19).

A literatura é bem diversificada quanto aos erros apresentados e denota os variados tipos de erros que ocorrem na administração de medicamentos vinculados à via e à dose; preparo da medicação; horários; contaminação da medicação, troca de paciente e de medicação; dispensação e não cumprimento, vias de administração, letra ilegível, prescrições rasuradas e aprazamento errado (5, 20).

Os erros de medicação são passíveis de prevenção e o uso dos 9 certos na administração da medicação é fundamental para minimizar os incidentes com erros. Dentre os fatores que envolvem o erro na administração de medicamentos vinculam-se à falta de atenção, conhecimento, inexperiência, falha na comunicação e à sobrecarga de trabalho (21).

É imprescindível que a equipe de enfermagem possua conhecimento técnico atualizado sobre o mecanismo de ação, interações e reações adversas dos medicamentos, para a segurança do paciente e da equipe a fim de reduzir os eventos adversos. É fundamental que essa questão seja discutida por todos os profissionais envolvidos no sistema de medicação, a fim de se buscar uma assistência qualificada, que garanta a segurança do paciente (10, 11).

CONCLUSÃO

A temática de erros na administração de medicação é polêmico e está presente na realidade das várias instituições hospitalares. Os resultados evidenciaram a partir dos dados na literatura que os erros de medicamentos são variados e ocorrem desde do processo de prescrição, dispensação, manipulação e administração e que a equipe de enfermagem é a principal responsável por esses erros. Diversos fatores, como: sobrecarga de trabalho, falta de atenção, qualificação e erros na prescrição médica, podem estar associados aos erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem.

Os dados obtidos neste estudo indicam que todas as ocorrências observadas sobre erros de medicação podem ser sujeitas a intervenção e devem ser evitadas. Assim, ressaltar-se a importância de medidas de prevenção dos erros na terapia medicamentosa.

Nesse contexto, sugere-se a educação permanente da equipe de enfermagem como um fator relevante para a prevenção e redução de erros de medicamentos, assim como, medida para melhorar a qualidade nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2013. p.172.
2. Matiello RDC, Lima EFA, Coelho MCR, Oliveira ERA, Leite FMC, Caniçali Primo C. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. *Cogitare Enferm.*2016. 21: 01-09.
3. Toffoletto MC, Padilha KG. Consequências de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2006; 40(2):247-252.
4. Silva RP, Barreto BMF, Tenório DM, Camacho ACLF, de Oliveira BGRB. Revisão integrativa sobre administração de medicamentos na assistência de enfermagem. *R. Pes.: Cuid. Fundam. Online.* 2013; 5(5): 36-44.
5. Vestena CFL, Girardon-Perlini NMO, da Rosa BVC, Stamm B, Beuter M, da Rosa N. Erros na administração de medicamentos: estudo com uma equipe de enfermagem. *Rev. Enferm. UFPI.* 2014;3(4): 42-49.
6. Azevedo Filho FMA, Martins IMS, Soares CSRS, Fazendeiro PG, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ. Administração de medicamentos: conhecimento de enfermeiros do setor de urgência e emergência. *Enferm. glob.* 2012; 11(26): 70-85.
7. Ferreira MMM, Alves FS, Jacobina FMB. O profissional de enfermagem e a administração segura de medicamentos. *Revista Enfermagem Contemporânea.* 2014;3(1):61-69.
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einsten.* São Paulo. 2010; 8(1): 102-106.
9. Miasso AI, Silva AEBC, Grou CR, Oliveira RC, Fakin FT. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006; 14(3):354-363.
10. Forte ECN, Machado FL, Pires DEP. A relação da enfermagem com os erros de medicação: uma revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2016; 21:1-10.
11. Volpe CRG, Melo EMM, Aguiar LB, Pinho DLM, Stival MM. Fatores de risco para erros de medicação na prescrição eletrônica e manual. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*2016;24: 2742.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária. Relatório Geral - Dados agrupados de eventos adversos e queixas técnicas. Brasília, 2011.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529 do Ministério da Saúde, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, 02 abr. 2013.

14. Dias JD, Mekaro KS, Tibes CMS, Zem-Mascarenhas SH. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. Rev. Min. Enferm. - REME. 2014; 18(4): 866-873.

15. Harada MJCS, Chanes DC, Kusahara DM, Pedreira MLG. Segurança na administração de medicamentos em Pediatria. Acta. Paul. Enferm. 2012;25(4):639-642.

16. Belela ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. Rev. Bras. Terapia Intensiva. 2011; 22 (3):257-263.

17. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery. 2014;18(1):122-129.

18. Paim RSP, Bellaver DC, Belmonte J, Azeredo JC. Erros de medicação e segurança do paciente: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Gest.Saúde. 2016;7(3): 1256-70.

19. Mota RO, Brito EAWS, Souza TLV, Farias LMVC, Matias EO, Lima FET, Preparo de medicamentos administrados via intramuscular na pediatria: atuação da equipe de enfermagem. Cogitare Enferm. 2016; 21: 01-09.

20. Gimenes FRE, Mota MLS, Teixeira TCA, Silva AEBC, Opitz SP, et al. Segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18(6): 1-7.

21. Mangilli DC, Assunção MT, Zanini MTB, Dagostin VS, Soratto MT. Atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação. Enferm. Foco. 2017; 8 (1): 62-66.

PERFIL DO ENFERMEIRO GESTOR: PROPOSTA E TENDÊNCIAS DE GERÊNCIA CONTEMPORÂNEA NO PÉRIODO DE 2003-2004.

Robson P. da Silva - Discente do curso de bacharelado em enfermagem na Faculdade Maurício de Nassau de Campina Grande- PB/ e-mail:robsonrobby13@gmail.com; Nandson H. da Silva – Discente do curso de bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – PB/ e-mail: nan_henrique12@hotmail.com; Orientador: Flávia Lira da Paz Ferreira; Professora da Faculdade Maurício de Nassau, Especialista em Enfermagem Gerencial pela Universidade Federal da Paraíba; e-mail: flavialirapf@hotmail.com.

Resumo

Introdução: No campo da saúde, o enfermeiro como gestor e agente do cuidado possui maior relação com a comunidade, percebendo assim, quais seus problemas, sendo capaz de formular ações para melhoria da qualidade de vida. (1) **Objetivo:** Este trabalho objetiva identificar artigos científicos sobre gerência dos serviços de enfermagem, publicados na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN), no período de 2003 e 2004 e analisar o perfil do enfermeiro e as propostas e tendências nos serviços de saúde contemporânea. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica constituída de artigos científicos encontradas na REBEn, nos anos 2003 e 2004, utilizando 13 artigos após critérios. **Resultados e discussão:** A gerência tem sido inserida como uma área estratégica para a mudança das práticas de saúde, por intermédio de sua posição, tendo o respaldo pela definição de diretrizes políticas. (4) No entanto, a gerência pode ser vista como um instrumental para a efetivação das políticas, sendo a mesma capaz de favorecer a manutenção de um determinado contexto. Visamos que enfermeiro tenha capacidade para trabalhar enfrentando problemas, conflitos, além de negociar, argumentar e alcançar mudanças, com estratégias que reúnam a equipe e do cliente, ou seja, espera-se que o enfermeiro tenha capacidade para gerenciar. (3) **Conclusão:** Compreende-se que o perfil do enfermeiro para se realizar uma gerência de qualidade e preciso que o mesmo reconheça as transformações, do plano político que estão sempre se atualizando, cabe ao mesmo o caráter integrativo e articulador, quando, a ação gerencial é determinada no processo de organização de serviços de saúde. **Descritores:** Gestor de saúde, Serviços de saúde, Enfermeiro, Papel do profissional de enfermagem.

Introdução

A gestão sempre chama atenção de estudiosos e analistas de todas as áreas da sociedade a figura de um líder é indispensável nos estabelecimentos em específico o de saúde, seja ele público ou privado, buscando sempre priorizar a qualidade do serviço oferecido à população. No campo da saúde coletiva, o enfermeiro como gestor e agente do cuidado possui maior relação com a comunidade, percebendo assim, quais seus problemas, sendo o mesmo capaz de formular ações para melhoria da qualidade de vida. (1)

O progresso do trabalho do enfermeiro é subdividido em duas esferas sendo uma principal e outra complementar: Avaliar/cuidar e gerenciar. O enfermeiro utiliza as necessidades de cuidado de enfermagem como objeto de intervenção objetivando o cuidado integral aos usuários. No campo gerencial, o objetivo da atuação do enfermeiro é a organização de recursos humanos em enfermagem com a intenção de criar condições adequadas ao cuidado para o desempenho da equipe de enfermagem e a equipe de saúde. Por tanto, torna-se papel do enfermeiro gerenciador: planejamento, dimensionamento de pessoal, educação permanente, avaliação de desempenho. (2)

Este trabalho possui como objetivo identificar artigos científicos sobre gerência dos serviços de enfermagem, publicados na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN), no período de 2003 e 2004 e analisar o perfil do enfermeiro e as propostas e tendências nos serviços de saúde contemporânea.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, constituída de artigos científicos encontradas na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), nos anos 2003 e 2004; identificando neste período, as propostas e tendências de gerência de enfermagem contemporânea nos serviços de saúde,

Foram utilizados os descritores: Gestor de saúde, Serviços de saúde, Enfermeiro, Papel do profissional de enfermagem. Os critérios de inclusão foram os trabalhos disponíveis na língua portuguesa, que continham relação com a temática; os critérios de exclusão utilizados foram: repetição na base de dados, artigos publicados fora do período entre os anos de 2003 e 2004 e divergências com

a temática proposta, obtendo assim o total de 13 artigos. Após a leitura dos artigos foram identificadas as categorias que foram definidas: concepções e funções gerenciais; perfil do enfermeiro gerente; propostas e tendências de gerência contemporânea.

Resultados e discussões

Concepções e funções gerenciais

Foram analisados os artigos que abordam as concepções e funções acerca da administração e da gerência do enfermeiro avaliando a visão que se tinha sobre o enfermeiro gestor nessa época. Entre os artigos analisados, foi identificado que ao decorrer dos tempos, a palavra administração foi sendo substituído ou reformulado por gerência ou gestão, esse termo começou a ser discutido mundialmente como um recurso estratégico, sendo assim, termo gestão foi incluído a qualquer posição de direção ou chefia que tenha como objetivo alcançar metas previstas. (3)

A gerência tem sido inserida como uma área estratégica para a mudança das práticas de saúde, por intermédio de sua posição, tendo o respaldo pela definição de diretrizes políticas. (4) No entanto, a gerência pode ser vista como um instrumental para a efetivação das políticas, sendo a mesma capaz de favorecer a manutenção de um determinado contexto.

Pode ser definida como uma arte de pensar, de decretar e agir, a arte de alcançar os resultados estabelecidos, é um gerenciamento com a interação humana. (5) A liderança é algo primordial no trabalho gerencial do enfermeiro tratando-se da coordenação de grupos, refletindo a filosofia e a política pessoal e as propostas de trabalho destas organizações. Cabem à gerência o caráter integrativo e articulador sendo a ação gerencial determinada no processo de organização de serviços de saúde.

Perfil do Enfermeiro Gestor

O perfil do enfermeiro gerente foi abordado pela maioria dos autores. Na Enfermagem, o termo habilitado refere-se à capacidade de conhecer e atuar sobre determinadas situações, envolvendo habilidades para desenvolver ações de planejamento, implementação e avaliação, sendo necessária experiência

para gerenciar com qualidade. Visamos que enfermeiro tenha capacidade para trabalhar enfrentando problemas, conflitos, além de negociar, argumentar e alcançar mudanças, com estratégias que reúnam a equipe e do cliente, ou seja, espera-se que o enfermeiro tenha capacidade para gerenciar. (3)

Relacionado às dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros gerentes, destaca-se a tensão existente entre o direito dos pacientes e os proventos dos profissionais, a qual precisa ser equacionada pelo gestor. (6) Tornando-se essencial que os gerentes sejam capazes de reduzir as dificuldades a que estão expostos podendo desempenhar, satisfatoriamente, o seu papel dentro do processo de restauração do sistema de saúde. Os autores afirmam que, a competência interpessoal é constituída de um conjunto de habilidades, essencialmente consiste em tornar um líder capaz de produzir um clima agradável de grupos de modo espontâneos e criativos.

Quanto ao profissional de enfermagem, se faz necessário sua atualização em se instrumentalizar para que seja capaz de desenvolver habilidades necessárias que ocupe, definitivamente, uma posição de destaque. É importante pensar na responsabilidade dos cursos de graduação em favorecer um aprofundamento nas questões relacionadas com as atribuições da enfermagem na liderança de uma equipe de trabalho, muitas vezes essa temática não é priorizada durante a formação. (7)

Propostas e Tendências de Gerência Contemporânea foram descritos em 60% dos artigos e trazem o pensamento de que por volta dos anos de 1990 foi extremamente produtivo para os enfermeiros na área da produção científico-acadêmica, na área da prática gerencial e na área assistencial. No entanto na área de gerenciamento, mostrou-se insuficiente havendo a necessidade de pensar em formas alternativas de gerenciamento em saúde.

Na atualidade, as tendências e discussões na área da saúde, indicam uma melhoria nos modelos de gestão, para o aperfeiçoamento do desempenho das instituições que possuem estes serviços, seja ela pública ou privada. (8) Este desenvolvimento requer que os enfermeiros ampliem seus conhecimentos e que estejam sempre em busca contínua de recursos e habilidades que possa lhes

favorecer uma prática efetiva e inovadora de suas atividades interligada ao conjunto de transformações na sociedade contemporânea.

Sendo reforçado pelos autores que é há tendência atual que busca quebrar os paradigmas tradicionais impostos na administração que possui ênfase no capital humano das organizações. Isso quer dizer que, acredita-se que a melhor forma do enfermeiro incentivar seus funcionários é conceitua-los como elementos fundamentais neste processo devendo identificar e investir no potencial de cada um para alcançar os objetivos desejados. Uma das propostas é a inovação operacional aplicada, que quer dizer, adotar novas maneiras de atender um cliente, de realizar procedimentos, preencher os prontuários ou qualquer outra atividade, visando minimizar os custos, os erros e aumentar sua a produtividade. (9)

Outra proposta identificada é que através da distribuição dos recursos necessários, para preparar a equipe e oferecer uma assistência de qualidade, além de realizar auditorias com o objetivo de prestar ações educativas. Essas propostas não serão efetivadas em curto prazo, pois é necessário ter consciência de que implantá-las não é fácil, sendo necessária a designação de ações para que as mudanças possam acontecer.

As tendências e propostas contemporâneas mencionadas neste trabalho só terão aplicação se o próprio enfermeiro entender que administrar também é cuidar. Além disso, o enfermeiro deve estar ciente que um gerenciamento resolutivo e produtivo é aquele baseado em confiança e na valorização dos profissionais da equipe. (10)

Conclusão

Embora a temática que envolva a questão da gerência em enfermagem seja ampla acreditamos que nosso estudo deixa alguns pontos importantes a serem refletidos acerca da formação de enfermeiros com competência para gerenciar serviços de saúde. Na busca pelas referências em dois anos da REBEN podemos perceber que, as temáticas gerência e gestão em enfermagem estão sendo pouco trabalhadas no meio acadêmico científico, tendo em vista que dos treze artigos analisados, 11 são pertencentes de uma edição temática da revista. Percebendo a necessidade de mais publicações de artigos referentes ao assunto discutido.

Compreende-se que o perfil do enfermeiro para se realizar uma gerência de qualidade e preciso que o mesmo reconheça as transformações, do plano político que estão sempre se atualizando, cabe ao mesmo o caráter integrativo e articulador, quando, a ação gerencial é determinada no processo de organização de serviços de saúde.

Referências

1. Aarestrup C, Tavares CMM A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet] 2008;10(1):228-234. Available from: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a21.htm>.
2. Senna MH, Drago LC, Kirchner AR, Santos JLG, Erdmann AL, Andrade SR Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação profissional do enfermeiro. Rev Rene. 2014 mar-abr; 15(2):196-205
3. Greco RM Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde. Brasília (DF). Revista Brasileira de Enfermagem.V. 57, n.4, p.504-507, 2004.
4. Melo MLC, Nascimento MAA Treinamento Introdutório para Enfermeiras Dirigentes: possibilidades para gestão do SUS. Brasília (DF). Revista Brasileira de Enfermagem.V. 56, n.6, p.674-677, 2003.
5. Gaidzinski RR, Peres HHC, Fernandes MFP Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em Enfermagem. Brasília (DF). Revista Brasileira de Enfermagem.V. 57, n.4, p.464-466, 2004.
6. Alves M, Penna CMM, Brito M.JM. Perfil dos Gerentes de Unidades Básicas de Saúde. Brasília (DF). Revista Brasileira de Enfermagem. V.57, n. 4, p. 441-446, 2004.
7. Urbanetto JS, Capella BB Processo de Trabalho em Enfermagem: Gerenciamento das relações interpessoais. Brasília (DF). Revista Brasileira de Enfermagem.V. 57, n.4, p.447-452, 2004.
8. Munari DB, Bezerra ALQ Inclusão da Competência Interpessoal na Formação do Enfermeiro como Gestor. Brasília (DF). Revista Brasileira de Enfermagem.V. 57, n.4, p.484-486, 2004.

9. Magalhães AMM, Duarte ERM. Tendências Gerenciais que podem levar a Enfermagem a percorrer novos caminhos. Brasília (DF). Revista Brasileira de Enfermagem.V. 57, n.4, p.408-411, 2004.
10. Oliveira ACF et al. Liderança e Enfermagem: elementos para reflexão. Brasília (DF). Revista Brasileira de Enfermagem.V. 57, n.4, p.487-489, 2004
11. Ciampone MHT, Kurcgant PO Ensino de Administração em Enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. Brasília (DF). Revista Brasileira de Enfermagem.V. 57, n.4, p.401-407, 2004.
12. Fernandes MS et al. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. Ribeirão Preto (SP). Revista Latino- americana de Enfermagem. V 11, n. 4, p. 161-167, 2003.
13. Guimarães RM, Muzi CD, Mauro MY Tendências Modernas da Gerência do Trabalho da Enfermagem: o caso das cooperativas. Brasília (DF). Revista Brasileira de Enfermagem.V. 57, n.4, p.472-474, 2004.
14. Munari DB, Merjane TVB, Prado M A educação de laboratório no processo de formação do enfermeiro: estratégia para o desenvolvimento da competência. 2003.55p. [monografia de especialização] Sociedade Brasileira de Psicoterapia, dinâmica de grupos e psicodrama, Universidade Católica de Goiás, Goiânia (GO).
15. Vaghetti H et al. Percepções dos enfermeiros acerca das ações administrativas em seu processo de trabalho. Brasília (DF). Revista Brasileira de Enfermagem.V. 57, n.3, p.316-320, 2004.
16. Vale EG, Guedes MVC Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das diretrizes curriculares nacionais. Brasília (DF). Revista Brasileira de Enfermagem.V. 57, n.4, p.475-478, 2004.
17. Weirich CF, Munari DB, Bezerra ALQ Endomarketing: ensaio sobre possibilidades de inovação na gestão em enfermagem. Brasília (DF). Revista Brasileira de Enfermagem.V. 57, n.6, p.754-757, 2004.

ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR: DA IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS À TEORIA DE OREM
STRATEGIES FOR THE PROMOTION OF WORKER HEALTH: FROM THE IDENTIFICATION OF RISK TO OREM'S THEORY

Klerybia Thayse Gama e França (UEPB) klerybiagama@gmail.com; Fernanda Albuquerque de Oliveira (UEPB) nanda-oi@hotmail.com; Ingridy Rennaly Maciel Melo (UEPB) rennalymaciel@hotmail.com; Maeli Priscila Alves Gama (UEPB) maeligama@hotmail.com; Clésia de Oliveira Pachú (UEPB) clesiapachu@hotmail.com

RESUMO

A promoção da saúde refere-se ao procedimento de capacitação dos indivíduos e/ou grupos para a tomada de decisões que possam melhorar a sua qualidade de vida e de saúde. Consistem em ações que buscam reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde e promover a qualidade de vida, por meio de ações estratégicas, como o incentivo ao autocuidado. Objetivo: Descrever as atividades de promoção da saúde, baseadas na identificação dos riscos e na Teoria de Orem, dirigidas aos trabalhadores da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Metodologia: O estudo trata-se de um relato de experiência de metodologia ativa, desenvolvido por meio de abordagem baseada em problema (ABP), realizada por graduandos extensionistas por meio de intervenções do Projeto de Extensão Educação em Saúde: Doenças Crônicas, do Núcleo de Educação e Atenção a Saúde (NEAS), CAMPUS I. Resultados: Foram assistidos 75 trabalhadores durante as intervenções realizadas, sendo 43 do sexo feminino e 32 do sexo masculino. 54,67% dos assistidos apresentaram pelo menos uma alteração dos parâmetros de saúde obtidos. Todos os trabalhadores foram abordados por meio de busca ativa, que se despuseram a participar voluntariamente das atividades, onde a maioria não compreendia os parâmetros de saúde medidos durante as intervenções. Conclusão: De modo geral, as atividades de promoção em saúde, baseadas na identificação dos fatores de riscos se constituem em importantes ferramentas para a melhoria da qualidade de vida. Tais ações incorporadas na saúde do trabalhador enriquecem e efetivam as atuações nesse campo, o que demonstra a necessidade de continuidade das atividades realizadas.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Autocuidado. Saúde do Trabalhador. Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde brasileira é historicamente voltado para a promoção, proteção e recuperação da saúde, visando o fortalecimento de uma assistência que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e grupos. Considerando a necessidade da concretização dessas ações foi implementada em 2006, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde, adotado em todo território nacional. (1)

A promoção da saúde refere-se ao procedimento de capacitação dos indivíduos e/ou grupos para a tomada de decisões que possam melhorar a sua qualidade de vida e de saúde. Consistem em ações que buscam reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde e promover a qualidade de vida. (2-1)

A vigilância em saúde é um componente fundamental para o fortalecimento das ações de promoção em saúde, sobretudo no que diz respeito ao reconhecimento dos fatores e comportamentos de riscos. Portanto, reconhecer essas condições é essencial para a efetividade e fortalecimento da promoção da saúde. (3)

Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem facilitar o processo de saúde, assim como dificultar as ações nesse sentido. Logo, as estratégias voltadas à promoção da saúde visam tornar essas condições cada vez mais favoráveis, assim como minimizar as diferenças do estado de saúde da população, afim de que todos desenvolvam seu potencial de saúde. (2)

As atividades de promoção da saúde permitem aos indivíduos e/ou grupos a gerência, a tomada de decisão e reconhecimento sobre seu estado de saúde, se relacionando diretamente com a Teoria do Autocuidado da Enfermeira Dorothea Orem. O objetivo do autocuidado é fortalecer o poder dos indivíduos, de modo a sustentar a vida e saúde, recuperar-se da doença e enfrentar seus efeitos. (4)

Orem propôs em sua Teoria dois componentes básicos para a promoção do autocuidado: ações educativas, por parte da Enfermagem, e o desenvolvimento de atitudes que proporcionem aos indivíduos e/ou grupos o autocuidado. Incentivando à prática do cuidado com o intuito de manter-se com vida, saúde e bem-estar. (5-4)

Todas as estratégias citadas para o fortalecimento das ações de promoção da saúde são aplicáveis nas várias áreas da assistência, não sendo diferente no campo

Saúde do Trabalhador. São considerados trabalhadores homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e de seus dependentes, aprendiz e estagiário, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal e informal da economia. (1-6)

Visando garantir melhor condição de qualidade de vida, realização pessoal e social dos trabalhadores, minimizar prejuízo para saúde, integridade física e mental dos mesmos foi elaborada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST). Para que a promoção da saúde fosse inserida no cotidiano dos trabalhadores foi criado a Norma Regulamentadora (NR-6) dispõe acerca de ferramentas da proteção e prevenção de saúde do trabalhador, equipamentos de proteção individual e coletiva (EPI e EPC). (6-7)

Para fortalecer as ações proteção da saúde do trabalhador é necessário o reconhecimento da importância das estratégias de promoção da saúde. A PNSST é composta dos seguintes componentes: universalidade, prevenção, precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação, diálogo social, e integralidade. (8)

Sendo o diálogo social uma ferramenta de destaque para a efetivação da promoção da saúde do trabalhador, pois possibilita a disseminação da informação em saúde. Proporcionando ao trabalhador a capacitação para tomada de decisões relevantes ao seu estado de saúde. (8-2)

Portanto, este estudo tem como objetivo descrever as atividades de promoção da saúde, baseadas na identificação dos riscos e na Teoria de Orem, dirigidas aos trabalhadores da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). A fim de possibilitar meios para tomada de decisões estratégicas que possam proporcionar o aperfeiçoamento de tais atividades.

MÉTODOS

O estudo trata-se de um relato de experiência de metodologia ativa, desenvolvido por meio de abordagem baseada em problema (ABP), realizada por graduandos extensionistas multidisciplinares, principalmente da área de saúde, por meio de intervenções do Projeto de Extensão Educação em Saúde: Doenças

Crônicas, do Núcleo de Educação e Atenção a Saúde (NEAS), na Universidade Estadual da Paraíba - CAMPUS I.

A opção por esse tipo de estudo deve-se ao fato da ABP proporcionar um ensino centrado no extensionista, com a apresentação de problemas. Dessa forma impulsiona aos estudantes a busca por soluções, e para tal recorrerem aos conhecimentos prévios, discutem, estuda, adquirem e integram novos conhecimentos. (9)

A abordagem baseada em problema permite a identificação dos riscos de saúde da população estudada. O reconhecimento das vulnerabilidades dar bases para o planejamento de ações estratégias de promoção e prevenção da saúde. (3)

As atividades são realizadas no prédio da Reitoria da UEPB – CAMPUS I, por meio de busca ativa dos trabalhadores, onde é realizada a obtenção do peso, com o auxílio de uma balança digital com capacidade máxima de 150 kg, a circunferência abdominal e altura, por meio de fita métrica e aferição da pressão arterial com equipamento adequado. A aquisição desses dados permite o cálculo do índice de massa corporal (IMC), realizado por meio da seguinte fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (cm)}$, importante parâmetro para o conhecimento do estado atual de saúde do trabalhador.

A aferição da pressão arterial (PA) é realizada de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia, respeitando condições do ambiente, equipamento e do assistido. A interpretação dos valores de PA leva em conta o sexo, altura, idade, e o estado atual de saúde do paciente, como a presença de patologias e gestação. (10)

Os dados coletados são registrados em fichas, assim como as informações pessoais dos assistidos, como nome, idade e sexo. Havendo ou não alterações nos parâmetros de saúde, são realizadas atividades de promoção em saúde, por meio da prática de atitudes que incentivam o autocuidado por parte dos trabalhadores.

Essa estratégia tem o objetivo de fazer com que o trabalhador repense seu atual estado de saúde e busque formas de melhorar sua qualidade de vida, sendo assim realizada a educação em saúde. Pois a promoção e prevenção da saúde, assim como a detecção precoce, são as formas mais efetivas de evitar doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde. (10)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A promoção da saúde permite a autonomia dos indivíduos e/os grupos na tomada de decisão acerca de questão referente ao seu estado de saúde, por meio do fornecimento do conhecimento do que é saúde, qualidade de vida e bem-estar. Portanto, deve ser estratégia primordial quando se deseja promover, prevenir e recuperar a saúde. (2)

Foram assistidos 75 trabalhadores durante as intervenções realizadas, sendo 43 do sexo feminino e 32 do sexo masculino. 54,67% dos assistidos apresentaram pelo menos uma alteração dos parâmetros de saúde obtidos.

Todos os trabalhadores foram abordados por meio de busca ativa, em seus locais de trabalho, e se dispuseram a participar voluntariamente das atividades. Muitos deles demonstraram interesse sobre as questões discutidas nas conversas realizadas, sendo verificado que sua maioria não compreendia os parâmetros de saúde medidos durante as intervenções.

Foram realizados diálogos e discussões com os trabalhadores sobre a saúde de modo geral, onde foi dado enfoque as questões de pressão arterial, IMC e circunferência abdominal. Sendo observado que, em sua maioria, os trabalhadores assistidos possuem hábitos de riscos em comum a várias doenças, como obesidade, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo.

Portanto, durante as atividades são inseridas atitudes que buscam incentivar os trabalhadores a prática do autocuidado, tendo eles o papel de gerenciar sua saúde. O objetivo do autocuidado é fortalecer o poder dos assistidos, na busca pela melhoria da qualidade de vida. (4)

As intervenções buscam introduzir nos trabalhadores o hábito de cuidar da sua saúde, por isso são realizadas semanalmente. O que permite o acompanhamento dos assistidos e assim o monitoramento de seu estado de saúde, com avaliação dos riscos, assim como do retrocesso e progresso da busca pelo bem-estar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, as atividades de promoção em saúde, baseadas na identificação dos fatores de riscos e voltadas para o autocuidado se constituem em importantes ferramentas para a melhoria da qualidade de vida da população. Tais

ações incorporadas na saúde do trabalhador enriquecem e efetivam as atuações nesse campo.

O reconhecimento dos fatores vulneráveis da saúde do trabalhador permite o direcionamento e planejamento de ações estratégicas, para que assim seja possível minimizar danos e riscos ocupacionais. A promoção do autocuidado traz a incorporação de hábitos saudáveis, não só voltados para o ambiente de trabalho do assistido, mas também para a adoção de medidas que promove, protege e recupera da saúde do trabalhador de forma geral.

Este trabalho demonstra a necessidade de continuidade das intervenções, com aprofundamento do perfil estudo, assim como das técnicas de inserção da promoção da saúde no setor ocupacional. Para que assim, se possa possibilitar a melhoria da assistência oferecida pelas ações desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
2. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986; Ottawa; Ca. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 19.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
4. Maria T.L. Teoria e Método em Assistência em Enfermagem. Soldasoft. 2006; 393.
5. Pires AF, Santos BN, Santos PN, Brasil VB, Luna AA. A importância da Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado em Enfermagem. Rev. Rede de Cuidados em Saúde. 2015; 2 (9) : 1-4.

6. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília, DF. 2004.
7. NR, Norma Regulamentadora Ministério do Trabalho e Emprego. NR-6 - Equipamento de Proteção Individual. 2009.
8. Brasil. Decreto Nº 7.602, de 7 de Novembro de 2011. Dispõe sobre Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST). Brasília, DF, 7 nov. 2011.
9. Borges MC, Chachá SGF, Quintana SM, Freitas LCC, Rodrigues MLV. Aprendizado baseado em problema. Medicina (Ribeirão Preto). 2014; 47 (3): 301-7.
10. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95 (supl.1): 1-51.