

RESUMOS – APRESENTAÇÕES DE PAINÉIS

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM VOLTADA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE IDOSOS CONFORME TEORIA DE DOROTHEA OREM	
PAMELA MARAFON DO LAGO, ANDRÉIA DO AMARAL, MARÍNDIA ALVES DA COSTA, ADRIANA CRISTINA HILLISHEIM, MAIRA TELLECHEA DA SILVA	46
A CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR	
FRANCIELI PERI, ROSANA AMORA ASCARI, CALANDRA REGINA ZOTTI	48
A EFETIVIDADE DO QUINTO OBJETIVO DO MILÊNIO EM SANTA CATARINA: CONSEGUIREMOS ENFRENTAR A MORTALIDADE MATERNA?	
VANESSA APARECIDA GASPARIN, CLÁUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO, DANIELA SAVI GEREMIA, RAFAELA BEDIN, CAROLINA BERNARDO, SABRINA EICKHOFF	51
A UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA EM UM PROJETO DE EXTENSÃO VOLTADO A CRIANÇAS	
LUANA PATRÍCIA VALANDRO, MARINEZ SOSTER DOS SANTOS, MARIA ELISABETE RAMALHO DOS SANTOS, ANGÉLICA ZANETTINI, CRHIS NETTO DE BRUM, SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE	53
A UTILIZAÇÃO DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE EM UM PROJETO DE EXTENSÃO VOLTADO A ADOLESCENTES	
MARINEZ SOSTER DOS SANTOS, LUANA PATRÍCIA VALANDRO, CRHIS NETTO DE BRUM, SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE	56
ABORTO PROVOCADO: ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	
RAFAELA BEDIN, ANA CLAUDIA BANAZESKI, DAIANE SCHUCK, ÉRICA DE BRITO PITILIN, TASSIANA POTRICH, VANESSA APARECIDA GASPARIN	58
ACIDENTE DE TRABALHO NAS ÁREAS DE APOIO NO ÂMBITO HOSPITALAR	
BRUNA VALMORBIDA, LEIDINARA BARBOSA DE OLIVEIRA, SANDRA MARA MARIN	60
AÇÕES EDUCATIVAS NA EDUCAÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ – SC	
CHARMAINE COUTO, GEISA PERCIO DO PRADO, RENATA MENDONÇA RODRIGUES	62
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA	
JÉSSICA COSTA MAIA, EDLAMAR KÁTIA ADAMY, MARIANA MENDES, MARCIA DANIELI SCHIMITT, CARINE VENDRUCOLO, MARIA LUIZA BEVILAQUA BRUM	65
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM E AUDITORIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	
MARLOVA APARECIDA DE CAMPOS VIEIRA, ROSANA AMORA ASCARI, TANIA MARIA ASCARI, OLVANI MARTINS SIVA, GABRIELA HAHN	68
APLICAÇÃO DA ESCALA DE MORSE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
MAIARA ARIANE NICHEL, JULIANA WIEBLING, GÉSSICA STOCCO, FERNANDA KARLA METELSKI, OLVANI MARTINS SILVA, MONIQUE DONATO DE OLIVEIRA	71
APOIO E AJUDA AOS FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS	
FABIANE DEBASTIANI, CAMILA GRIEBELER, JULYANE FELIPETTE LIMA, SILVIA SILVA DE SOUZA, ANA CAROLINA TEIXEIRA, MAYARA DE OLIVEIRA WALTER	73
AS PESQUISAS SOBRE INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO NO ESTADO DE SANTA CATARINA, BRASIL	
MARIANA SBEGHEN MENEGATTI, FRANCIELY DAIANA ENGEL, NARAIAINE FERMINO, ANDRÉ LUCAS MAFFISSONI, GABRIELA VICARI, ARNILDO KORB	75

ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO DE ENFERMAGEM NOS SETORES QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CIRÚRGICO	
VANESSA SCHORR, SÉRGIO MAUS JÚNIOR, JERUSA FUMAGALLI SCHAF NUNES, JÉSSICA COSTA MAIA, ARLETE NORONHA, LETÍCIA DE LIMA TRINDADE	78
ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL: ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO NO NÍVEL MUNICIPAL	
DIANE NEGRI, ADRIANA CRISTINA HILLESHEIM	81
AValiação DA PERCEPÇÃO DE SAÚDE POR PACIENTES RENAI S E A VISÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	
CAMILA ZANESCO, ELISANGELA GIANCHINI, MARLENE PAZ, MANUELA POLETTI, DÉBORA TAVARES REZENDE E SILVA ABATE	84
AValiação DO ERITROGRAMA DE PACIENTES COM MELANOMA CUTÂNEO PROVENIENTES DA CIDADE DE CHAPECÓ – SC	
ALEXSANDRA MARTINS SILVA, ALINE MÂNICA, MARGARETE DULCE BAGATINI	86
CAMPANHA DE DOAÇÃO DE LENÇOS: UMA FORMA DE CUIDADO INTEGRAL ÀS MULHERES	
THAIS CRISTINA HERMES, MAUREM NOGUEIRA KELLING, MIRIAN ELLEN LUDKE BEDIN, JUCIMAR FRIGO, SILVANA DOS SANTOS ZANOTELLI, DENISE ANTUNES AZAMBUJA ZOCHE	88
CARACTERIZAÇÃO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS COM CÂNCER EM DOMICÍLIO	
ALESSANDRA PAIZ, TASSIANA POTRICH, ÉRICA DE BRITO PITILIN, CRHIS NETTO DE BRUM, IASMIM CRISTINA ZILIO, CRISTAL GAZZONI	90
CARACTERIZAÇÃO DE MÃES QUE PRATICARAM O DESMAME PRECOCE	
IASMIM CRISTINA ZILIO, TASSIANA POTRICH, GRACIELE BETTI, ÉRICA DE BRITO PITILIN, JOICE MOREIRA SCHMALFUSS, ALESSANDRA PAIZ	92
CENÁRIO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO À LUZ DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: REVISÃO DE LITERATURA	
MARLUCI MAHLE, JUCIMAR FRIGO, SILVANA DOS SANTOS ZANOTELLI, DENISE ANTUNES AZAMBUJA ZOCHE	94
CIÊNCIAS SOCIAIS E ENFERMAGEM: DIALOGANDO SOBRE SEXUALIDADE POR MEIO DA METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA	
RENATA DAICI RODRIGUES, LEANDRA BATISTA DE AZEVEDO, CRHIS NETTO DE BRUM, ARI JOSÉ SARTORI, CLAUDETE GOMES SOARES	96
CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE O PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) EO CÂNCER DO COLO UTERINO	
ANDRÉIA DAVEIGA, CAROLINE RITA TORTELI, DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCHE	98
CONHECIMENTO DE TRABALHADORAS DE UMA INDÚSTRIA FRIGORÍFICA ACERCA DOS EXAMES PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE DE NEOPLASIAS	
ELIANE HILHESHEIM, ROSANA AMORA ASCARI, NARAIA NE FERMINO	101
CONSULTAS DE ENFERMAGEM PARA AValiação GLOBAL DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA	
MANOELLA SOUZA DO ROSARIO, CARLA WIECHORECK, GÉSSICA CRISTINA DOS SANTOS PARIZOTTO, CARLA ARGENTA, AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA	103
COTIDIANO FAMILIAR DA CRIANÇA COM CÂNCER: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	
IASMIM CRISTINA ZILIO, TASSIANA POTRICH, CRHIS NETTO DE BRUM, ÉRICA DE BRITO PITILIN, CRISTALGAZZONI, ALESSANDRA PAIZ	105
DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	
ADRIANE EISELE, ARIANE DA CRUZ GUEDES, JOICE MOREIRA SCHMALFUSS	107

DOR NO PACIENTE CRÔNICO EM HEMODIÁLISE	
LIGIANE PAULY, BRUNA BAUTITZ, FANIERLI BENEDETTI, MARLUCIMAHLE, ROSANA AMORA ASCARI, OLVANI MARTINS DA SILVA	109
EDUCAÇÃO EM SAÚDE FORTALECENDO VÍNCULOS E PROPICIANDO RESSIGNIFICAÇÕES: UMA EXPERIÊNCIA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	
CAROLINA BERNARDO, SABRINA EICKHOFF, CLÁUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO, MICHELA LETÍCIA DA SILVA PERTILLE, SAIONARA VITÓRIA BARIMACKER	112
ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	
MAIARA ARIANE NICHEL, MARINE TEREZINHA COSSA, MARIANA OLIVERIA BUENO, ANDREZA CAZON, GICÉLIA PITTIGLIANI JORGE, OLVANI MARTINS DA SILVA	114
ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: VISÃO DE ESTUDANTES DO CURSO DE ENFERMAGEM DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL	
MARISA GOMESDOS SANTOS, JULIA VALERIA DE OLIVEIRA VARGAS BITENCOURT, TATIANE GAFFURI DA SILVA, TAIZA SBARDELOTTO, MARITANIA ORLANDI, ODILA MIGLIORINI	117
ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA COM ADOLESCENTES QUE VIVEM COM HIV/AIDS: POSSIBILIDADE PARA PRODUÇÃO DE DADOS EM ENFERMAGEM	
CRHIS NETTO DE BRUM, SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE, DHIANE TERRIBILE, LUANA PATRÍCIA VALANDRO, MARINEZ SOSTER DOS SANTOS, JOSEANI BANDEIRA	119
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA: INTEGRANDO PROFISSIONAIS E FORTALECENDO A ASSISTÊNCIA À SAÚDE	
DENISE FINGER, CAMILA GRIEBELER, ELEANDRO OLIVEIRA, ANA KARLA SCHEIBNER, DAIANE SCHUCK, JEANE BARROS DE SOUZA	121
ESPAÇOS E INICIATIVAS COMUNITÁRIAS COMO POTENCIAIS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	
MARIÂNGELA WEBER, LORIZETE GALLON, VANISE DAL PIVA, MARIA ELISABETH KLEBA	124
ESTIMULANDO A PREVENÇÃO DA SAÚDE DA MULHER: UMA PRÁTICA ACADÊMICA DE SALA DE ESPERA	
KELLY APARECIDA ZANELLA, VANILLA ELOÁ FRANCESCHI, ANGELA MARIAGOMES, TÁLITASANTOS, MARISA GOMES DOSSANTOS, CLAUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO	126
ESTRATÉGIAS PARA O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE) EM CURSOS DEGRADUAÇÃO: UM ESTUDO DESCRITIVO	
MARITANIA ORLANDI, JULIA VALERIA DE OLIVEIRA VARGAS BITENCOURT, KÁTIA LILIAN SEDREZ CELICH, MARISA GOMES DOS SANTOS, ODILA MIGLIORINI, TAIZE SBARDELOTTO	128
FACILIDADES DOS EDUCADORES AO DESENVOLVEREM A TEMÁTICA ORIENTAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA	
JOSEANI BANDEIRA, CRHIS NETTO DE BRUM, SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE, TASSIANA POTRICH, JOICE SCHMALFFUSS	130
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE GRAVE: UMA NOVA FERRAMENTA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	
ÚRSSULA RITZEL, LETICIA DE LIMA TRINDADE, RODRIGO MOMOLI	132
FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA COLETIVA: CONSTRUINDO VÍNCULOS ENTRE ENFERMEIROS(AS) E ACADÊMICOS(AS) EM ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO	
SABRINA EICKHOFF, CAROLINA BERNARDO, CLÁUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO, MICHELA LETÍCIA DA SILVA PERTILE, SAIONARA VITÓRIA BARIMACKER	134
INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
VANESSA SCHORR, CAMILA MARCON, EDLAMAR KÁTIA ADAMY, CARLA ARGENTA, JUSTINA LORENZETTI, JACIRA BATISTA OLIVEIRA	136

MULHERES EM IDADE FÉRTIL: PREVALÊNCIA DA MORTALIDADE NO ESTADO DO PARANÁ	
TAIZE SBARDELOTTO , ÉRICA DE BRITO PITILIN , TASSIANA POTRICH , RAFAELA BEDIN , DAIANE SCHUCK , GRAZIELI NUNES MACHADO	138
NATUREZA E TENDÊNCIA DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE A PATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA	
DHIANE TERRIBILE , LUANA PATRÍCIA VALANDRO , MARINEZ SOSTER DOS SANTOS , TASSIANA POTRICH , SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE , CRHIS NETTO DE BRUM	140
NÍVEL DE ESTRESSE DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SETOR DE NEUROLOGIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
JÉSSICA ALVES , PAOLA MARITSSA DACOL , CAMILA PASQUALOTTO , LORRAINE CICHOWICZ , CLEIDE TONIOLLO	143
O CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE OS CUIDADOS NO PERÍODO GRAVIDICO CONSIDERANDO OS MITOS E CRENÇAS	
DULCE ANDRÉIA OLIVEIRA , JÉSSICA CARLETIMATTANA , MAYTHÊ CRISTINAJUNG , ALCIMARA BENEDETT	146
O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR APÓS A RESOLUÇÃO DO COFEN 293/2004: UMA REVISÃO NARRATIVA	
KEITY SAUANA TIBES , ANA GABRIELA CAVALCANTI CARNEIRO MONTEIRO , MARISTELA BOSCO , JULIA VALERIA DE OLIVEIRA VARGAS BITENCOURT , SILVIA SILVA DE SOUZA , TATIANA GAFFURI DA SILVA	149
O INÍCIO DAS AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM UM TERRITÓRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
BRUNA VALMORBIDA , MAIARA ARIANE NICHEL , FERNANDA KARLA METELSKI	151
O LÚDICO COMO INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE A CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS	
THAIS PAVELSKI , LUCINEIA FERRAZ	153
O PROCESSO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: EXPERIÊNCIA DA INSERÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM FLORIANÓPOLIS	
GREICI CAPELLARI FABRIZIO , ROBERTO ANTONIO FERREIRA CUNHA , MAYRA MANERICH , RENATA SCHIMDT SILVANO , YANÁ TAMARA TOMASI	156
O SIGNIFICADO DA PATERNIDADE PARA O SER-PAI-ADOLESCENDO: POSSIBILIDADE PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM	
DHIANE TERRIBILE , LUANA PATRÍCIA VALANDRO , MARINEZ SOSTER DOS SANTOS , TASSIANA POTRICH , SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE , CRHIS NETTO DE BRUM	159
O TRABALHO DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA RECUPERAÇÃO DE UM FUNCIONÁRIO APÓS ACIDENTE DE TRABALHO	
BRUNA RAQUEL KESSLER , ROSANA AMORA ASCARI , NARAIIANE FERMINO , CARINE PROVENSI	162
O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA SAÚDE DA CRIANÇA	
ALESSANDRA PAIZ , TASSIANA POTRICH , ÉRICA DE BRITO PITILIN , VANESSA APARECIDA GASPARIN , IASMIM CRISTINA ZILIO	165
O USO DE MÉTODOS PEDAGÓGICOS NO PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM NA PERCEPÇÃO DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM	
DAIANE SCHUCK , LEILA SCHMATZ , MARIZETE PIGATO TOLDO , JULIA VALÉRIA DE OLIVEIRA VARGAS BITENCOURT , KÁTIA LILIAN SEDREZ CELICH , LEONI ZENEVICZ	167
O VELHO TRANSFORMANDO-SE EM NOVO: UMA EXPERIENCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA HIPERTENSOS EDIABÉTICOS NA COMUNIDADE	
THAISA CARLA SFREDO , ANA KARLA SCHIEBNER , ANGÉLICA ZANETTINI , CAMILA DERVANOSKI , MARIZETE PIGATO TOLDO , JEANE BARROS DE SOUZA	170

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE QUANTO AO USO DE MEDICAMENTOS: REVISÃO INTEGRATIVA	
JÉSSICA COSTA MAIA, GUSTAVO FELIPPE DA SILVA, OLVANI MARTINS DA SILVA	172
PESQUISA NARRATIVA SOBRE A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO ACERCA DA ESPIRITUALIDADE EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS	
CRHIS NETTO DE BRUM, SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE, DHIANE TERRIBILE, LUANA PATRÍCIA VALANDRO, MARINEZ SOSTER DOS SANTOS, MARIA ELISABETE CALADO RAMALHO SANTOS	175
POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO: INVESTIGANDO O CONHECIMENTO/DESCONHECIMENTO DASPARTURIENTES	
TAIANA ZANATTA PEDROSO, ANA GABRIELA CAVALCANTI CARNEIRO MONTEIRO, KEITY SAUANA TIBES, MARISTELA BOSCO, JÚLIA VALÉRIA DE OLIVEIRA BITENCOURT, ALEXANDER GARCIA PARKER	177
PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM GESTANTES COMO PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO INDUZIDA PELA GRAVIDEZ: REVISÃO INTEGRATIVA	
CRISTIANE CARLA ALBRECHT, KÁREN REGINA GREGOLIN, DÉBORA CRISTINA FÁVERO, DÉBORA TAVARES RESENDE E SILVA ABATE, ÉRICA DE BRITO PITILIN, JOICE MOREIRA SCHMALFUSS	180
PROBLEMATIZANDO SABERES COM AGENTES COMUNITÁRIAS(OS) DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE GRADUANDAS(OS) EM ENFERMAGEM	
TÁLITA SANTOS, MARISA GOMES DOS SANTOS, KELLY APARECIDA ZANELLA, CAMILA DERVANOSKI, ANGELA MARIA GOMES, CLAUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO	182
PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE PREMATURIDADE TARDIA E A CONTRIBUIÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE	
CAMILA PASQUALOTTO, CRISTIANE CASAROTTO, LUCINÉIA FERRAZ, ELISANGELA ARGENTA ZANATTA, SILVANA DOS SANTOS ZANOTELLI	184
PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ABSENTEISTAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM SANTA CATARINA, BRASIL	
NÁDIA RUBIA HEYLMANN, ROSANA AMORA ASCARI, JERUSA FUMAGALLI SCHAFNUNES	186
PROGRAMA DE FORMAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DA ATENÇÃO HOSPITALAR EM EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	
CAMILA MARCON, VANESSA SCHORR, EDLAMAR KÁTIA ADAMY, CARLA ARGENTA, ANA PAULA ARALDI, KELI ASTRID HUBERT	188
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UMA POSSIBILIDADE DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DOS ESCOLARES	
LEIDINARA BARBOSA DE OLIVEIRA, DANIELE SCHOENINGER, PAOLA PRESSI, CLAUDETE RAULINO, ANGÉLICA PAULA PARAVISI, SIMONE NOTHAFT	190
PROMOÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL NA ATENÇÃO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	
BERNADETTE KREUTZ ERDTMANN, CARINE PROVENSI, LUIZ HENRIQUE DE CESARO	192
PROMOÇÃO DA SAÚDE EM COMUNIDADES RURAIS DO OESTE CATARINENSE ATRAVÉS DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS	
KICIOSAN S. BERNARDI GALLI, ROBSON LOVISON, SARA PÍCCOLI	194
QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: A ESPERANÇA QUE NUNCA CHOVA	
SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE, CRHIS NETTO DE BRUM, CÉLIA REGINA MACHADO RECKTENVALD, DHIANE TERRIBILE, JOSEANI BANDEIRA, MARIA ELISABETE CALADO RAMALHO DOS SANTOS	197
REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA ONCOLÓGICA EM CRIANÇAS	
LUANA PATRÍCIA VALANDRO, CRHIS NETTO DE BRUM, SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE, DHIANE TERRIBILE, MARINEZ SOSTER DOS SANTOS, MARIA ELISABETE RAMALHO DOS SANTOS	200
SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO TRABALHO EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO ONCOLÓGICA	

MAIARA BORDIGNON, JERUSA FUMAGALLI SCHAFNUNES, LETICIA DE LIMA TRINDADE	201
SENSIBILIZAÇÃO DO ENFERMEIRO COMO PROTAGONISTA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NO ÂMBITO DA SAÚDE INFANTIL	
VANESSA APARECIDA GASPARIN, TASSIANA POTRICH, ÉRICA DE BRITO PITILIN, RAFAELA BEDIN, ALESSANDRA PAIZ, IASMIM CRISTINA ZILIO	203
SÍNDROME DE BURNOUT, AVALIAÇÃO DA CARGA MENTAL NO TRABALHO: ESTUDO COM BOMBEIROS MILITARES, CIDADE DE XANXERÊ-SC	
ANGÉLICA ZANETTINI, BRUNA TICYANE MÜLLER NARZETTI, VALÉRIA DE BETTIO MATTOS	205
UMA VIVENCIA ACADÊMICA DE PRÁTICA EMEDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM OLHAR APROXIMADO À SAÚDE DO HOMEM	
CAMILA DERVANOSKI, VANILLA ELOÁ FRANCESCHI, TÁLITA SANTOS, MARISA GOMES DOS SANTOS, CLAUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO	207
VIOLÊNCIA FÍSICA E O TRABALHO DA ENFERMAGEM: OCORRÊNCIAS NO AMBIENTE HOSPITALAR	
SÉRGIO MAUS JUNIOR, VANESSA SCHORR, JERUSA FUMAGALLI SCHAF NUNES, ARLETE NORONHA, ÚRSSULA RITZEL, LETÍCIA DE LIMA TRINDADE	209
VIOLÊNCIA NO PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE – UMA ANÁLISE DA LITERATURA	
JEAN HENRIQUE KRÜGER, THAIS CRISTINA HERMES, ALANA CAMILA SCHNEIDE, CARINE VENDRUSCOLO, DAIANA KLOH, ELISANGELA ARGENTA ZANATTA	211
VIVÊNCIAS DA MONITORIA NA DISCIPLINA DE SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
CARLA WIECHORECK, JERUSA FUMAGALLI SCHAF NUNES, EDLAMAR KÁTIA ADAMY, TANIA MARIA ASCARI	213

Artigos Originais

Resumos – Apresentações de Painéis

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 3: Construindo conhecimento do ensino na Enfermagem

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM VOLTADA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE IDOSOS CONFORME TEORIA DE DOROTHEA OREM

PAMELA MARAFON DO LAGO¹, ANDRÉIA DO AMARAL¹, MARÍNDIA ALVES DA COSTA¹, ADRIANA CRISTINA HILLISHEIM², MAIRA TELLECHEA DA SILVA³

1. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ); 2. Enfermeira. Mestre em envelhecimento humano pela UPF. Docente do Curso de Enfermagem da (UNOCHAPECÓ). 3. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFSC. Docente do Curso de Enfermagem da (UNOCHAPECÓ).

RESUMO

Introdução: O presente estudo refere-se ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) realizado no período de Fevereiro até Maio de 2015. Teve como tema central promover o autocuidado de idosos sem dificuldade de locomoção, com dificuldade de locomoção, e acamados, de forma direta, e indireta por meio dos cuidadores e das ACS (Agentes Comunitárias de Saúde)¹. Orem (1991)² identificou três classificações de sistemas de enfermagem para preencher os requisitos de autocuidado. Esses sistemas são: 1º o sistema totalmente compensatório, 2º o sistema parcialmente compensatório e o 3º sistema de apoio-educação. O sistema totalmente compensatório é representado pela situação em que o indivíduo é incapaz de “engajar-se nas ações de autocuidado que exigem deambulação autodirigida, controlada, e movimentos manipuladores ou da existência da prescrição médica restringindo essa atividade”². O enfermeiro, através de suas ações, vai atuar na ação limitada do paciente conseguindo o autocuidado do mesmo, compensando sua incapacidade para a atividade de autocuidado através do apoio e da proteção ao paciente¹. O sistema parcialmente compensatório é quando a situação na qual “tanto o enfermeiro quanto o” paciente desempenham as medidas de cuidado ou as outras ações envolvendo as tarefas manipuladoras ou a deambulação². O enfermeiro efetiva algumas medidas de autocuidado pelo paciente, compensa suas limitações de autocuidado atendendo o paciente. O paciente age realizando algumas medidas de autocuidado que regulam suas atividades e aceita o atendimento e auxílio do enfermeiro¹. O sistema de apoio-educação, o indivíduo “é capaz de desempenhar, ou pode e deve aprender a desempenhar as medidas exigidas pelo autocuidado terapêutico, externa ou

internamente orientada, mas não pode fazer isso sem assistência”². Ou seja, o enfermeiro promove ao paciente a capacidade de realizar o seu cuidado através da educação. **Objetivo:** Promover o autocuidado dos idosos cadastrados em um Centro de Saúde da Família (CSF) pertencente ao município de Chapecó-SC, a partir da assistência de enfermagem fundamentada na teoria de Dorothea Orem. **Metodologia:** Trata-se de um projeto de prática assistencial que está sendo desenvolvido no 1º semestre de 2015 em um CSF, pertencente ao município de Chapecó- SC. O público desta proposta assistencial são os idosos, os cuidadores de idosos e as ACS que atuam nesse CSF, que concordaram em participar desse estudo de livre e espontânea vontade. Os critérios de inclusão adotados foram idosos de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS). Para cada grupo de indivíduos foi estabelecida uma ação, conforme o Plano Assistencial desenvolvido em 2014/2. Foram excluídos do estudo os idosos saudáveis que pertencem à área 132, pois segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) de fevereiro de 2015, a quantidade de idosos dessa Unidade Básica de Saúde (UBS) chega a 980, e devido ao pouco tempo, o público total não seria alcançado. Foram aplicados questionários a todas as ACS (13), com o objetivo de obter conhecimento sobre as maiores dúvidas das mesmas. A partir da análise dos questionários, pudemos observar que a maior dificuldade encontrada por elas durante uma visita domiciliar é manter um controle das medicações para que os idosos tomem diariamente e nos horários certos juntamente com a explicação da importância e benefício. Após ser realizada uma qualificação as agentes com entrega de certificado. Aos cuidadores (30) foram realizadas visitas domiciliares com aplicação de questionário, a partir dessa visita será construída uma cartilha educativa com

entrega em domicílio. Aos idosos acamados (9) será aplicado o processo de enfermagem segundo Dorothea Oren com entrega do plano assistencial individual. Aos idosos com dificuldade de locomoção (34) foram realizadas visitas domiciliares com orientação. Aos idosos sem dificuldade de locomoção da área 133, totalizando 428, foram elaborados convites com entrega através das ACS. O número total dessa área foi dividido em três, para a realização dos grupos em datas diferentes, foram montadas oficinas educativas abordando os temas: medicação, prevenção de quedas, higiene e os 10 passos para uma alimentação saudável, além de dinâmicas e oferecimento de coffee break, sendo realizado no Centro Comunitário do Bairro Bela Vista. Na primeira oficina, realizada dia 16 de abr., a unidade nos disponibilizou o data show e uma técnica de enfermagem para aferir Pressão Arterial (PA) e Hemoglicoteste (HGT), também participaram duas agentes comunitárias, das respectivas microáreas convidadas, e a organizadora do centro. Participaram da oficina quarenta e dois idosos. Conforme foram chegando foi aferida PA e HGT, as 15hr se iniciaram a oficina, com encerramento as 16hr. No dia 22 de abr. se realizou a segunda oficina no centro comunitário, dessa vez a enfermeira coordenadora não liberou uma técnica para nos ajudar, por conta disso, tendo que aferir PA e HGT, a oficina iniciou as 15hr e 15min com encerramento as 16hr 15min. Contamos com a presença de nove idosos, além de um acompanhante, a zeladora do centro comunitário e a ACS responsável pela microárea convidada. **Resultados:** Todas as ACS (13) concordaram em participar da qualificação, nossa meta para essa ação é que 100% das agentes compareçam ao encontro. A partir das visitas aos cuidadores (30), essa ação será alcançada se 100% destes forem devidamente orientados com a cartilha educativa. Para a ação com os idosos acamados, a meta será atingida se 100% receberem o plano assistencial. Aos idosos com dificuldade de locomoção (34), a meta será alcançada se 100% desses idosos forem orientados em domicílio. E para os idosos sem dificuldade de locomoção (428), a meta será atingida se 50% (214) desses idosos participarem das oficinas. **Conclusão e contribuições para a enfermagem:** Conforme as ações foram sendo cumpridas percebeu-se a capacidade dos idosos em realizar o autocuidado, durante as atividades educativas, por exemplo, os idosos colaboraram para a construção do conhecimento em grupo, fundamentado em uma educação libertadora mediante o diálogo participativo, todos de certa forma contribuíram para a formação do saber, aprenderam e ensinaram. Mas às vezes, alguns fatores se manifestam, os quais prejudicam esse processo de se autocuidar, nesses casos, os idosos (acamados ou com dificuldade de locomoção) acabam precisando de auxílio para realizar as atividades diárias. Os cuidadores

são as pessoas que fornecem esse auxílio, e as ACS estabelecem o elo entre os usuários e a UBS, levando ao enfermeiro as situações emergentes, de maior complexidade, onde se necessita uma atenção maior.

Palavras-Chave: Cuidados de enfermagem, Promoção da saúde, Autocuidado.

REFERÊNCIAS

- [1] George-Julia B. Teorias de enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional. 4ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas. 2000.
- [2] Orem-Dorothea E. Nursing: Concept and practice. Missouri: Mosby. 1991.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

A CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR

FRANCIELI PERI¹, ROSANA AMORA ASCARI², CALANDRA REGINA ZOTTI³

1. Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo CENSUPEG; 2. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC. Membro do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho; 3. Acadêmica de Enfermagem da UDESC.

RESUMO

Introdução: O Programa de Proteção Respiratória (PPR) teve origem decorrente das atividades realizadas por trabalhadores expostos a agentes nocivos ao sistema respiratório. O PPR através da Instrução Normativa nº 1 de 11 de abril de 1994, emitida pelo Ministério do Trabalho, normatiza um regulamento técnico sobre o uso de equipamentos de proteção respiratória (EPR), e que todo o empregador deverá adotar um conjunto de medidas, tendo por finalidade adequar à utilização do EPR quando se fizer necessário, para que se complemente as medidas de proteção eletivas implementadas e/ou garantir total proteção para com o trabalhador contra os riscos que são existentes no âmbito profissional. Esta normativa, ainda assegura que todo o trabalhador que está exposto a um potencial de risco respiratório tenha a proteção adequada e que seja devidamente treinado para que faça a aplicabilidade, inspeção, manutenção e uso de cada equipamento de proteção respiratória. O referido programa deve abranger todos os locais de trabalho onde haja a possível liberação de contaminantes atmosféricos, tais como fumos, neblina, névoas, poeira, gases e vapores. Dessa forma, os trabalhadores serão monitorados e avaliados para que tenha obtenção de dados e informações suficientes para que se identifiquem os níveis de exposição que possam ser prejudiciais à saúde do trabalhador, tendo sempre o intuito de preservar a mesma. Para os próprios trabalhadores, o PPR representa a oportunidade de ter condições de trabalho adequadas para manter sua saúde, e a melhor forma disso ocorrer, é ele ter conhecimento dos seus direitos e deveres. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é identificar a contribuição do Programa de Proteção Respiratória (PPR) à preservação da saúde do trabalhador. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, de revisão bibliográfica, desenvolvida mediante material já elaborado, como artigos científicos, cartilhas, manuais, Leis, Normas Regulamentadoras e trabalhos de conclusão de curso. Para a realização deste

estudo foi realizado um levantamento de pesquisas através de bancos de dados disponíveis eletronicamente na Biblioteca Virtual em Saúde nas bases: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e site do Ministério do Trabalho e Saúde. Para seleção dos artigos utilizou-se como critérios de inclusão a relevância do estudo, publicados em língua portuguesa, entre os anos 2001 a 2012 e Brasil como país de publicação, leis e normas publicadas no diário oficial da união. Como critérios de exclusão inutilizaram-se os artigos pagos para disponibilização online e os manuscritos duplicados. Os descritores utilizados para a busca dos manuscritos foram: “Doença Ocupacional”, “Acidente de trabalho”, “Programa de Proteção Respiratória”, “Saúde do trabalhador”. Os artigos e manuscritos foram acessados através de consulta em periódicos nacionais de revistas indexadas, e leis do Ministério do Trabalho e Emprego e também do Ministério da Saúde. Na sequência foi realizada a leitura dos títulos e resumos para verificar se existiam ou não informações pertinentes ao tema proposto e de acordo com o objetivo do estudo, sendo que se identificou 15 (quinze) obras pertinentes ao estudo as quais foram incluídas nesta revisão. Os manuscritos selecionados foram lidos na íntegra e os dados transcritos para um formulário desenvolvido para a tabulação dos dados. Os dados coletados sofreram análise descritiva. **Resultados e Discussão:** Os resultados apontam que todos os autores dos manuscritos selecionados concordam em diversos âmbitos do programa de proteção respiratória. Para que os agentes nocivos causem algum dano à saúde, é necessário que estejam acima de uma determinada concentração e que o tempo de exposição seja suficiente para causar danos, além, de que outros fatores também interfiram como a genética, idade, exposições anteriores e hábitos pessoais como fumo, álcool, o uso de medicamentos ou uso de outras drogas¹. Outro estudo analisa o resultado de uma associação entre o uso de

fogão a lenha e a existência de sinais e sintomas respiratórios, e esses resultados apenas confirmam o já conhecido risco da exposição passiva à fumaça². Além disso, as manifestações se mostraram associadas ao baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e o uso de desinfetantes. No presente estudo, Costa et al, confirma que o tabagismo é apontado como o grande promotor e fator aditivo para o desenvolvimento gradativo de manifestações e doenças do aparelho respiratório. Em um determinado estudo sobre a sílica (mineral dióxido de silício), a inalação do seu pó causa a silicose. No que se refere ao tempo e intensidade de exposição, foi constatado que os efeitos tóxicos da sílica no organismo humano dependem do tipo de exposição e do tipo de resposta orgânica³. Em condições normais, a poeira é impedida de progredir através do sistema respiratório e/ou expelida por esse, com ajuda do muco produzido na região traqueobrônquica. Na situação de exposição ocupacional, a inalação de poeira é intensa e duradoura, frequentemente ultrapassando os limites de reparação do organismo, sendo que o estímulo continuado na região traqueobrônquica gera uma hipertrofia das estruturas produtoras de muco. Na situação de exposição ocupacional, a inalação de poeira é intensa e duradoura, e frequentemente ultrapassa os limites de reparação do organismo; sendo que o estímulo continuado na região traqueobrônquica gera uma hipertrofia (aumento quantitativo dos constituintes e das funções celulares, o que provoca aumento das células e órgãos afetados) da estrutura produtora de muco. Esses agravos não acontecem se as normas no PPR forem respeitadas e seguidas. Os equipamentos de proteção respiratória devem entrar em cena quando o contato com os agentes não é possível de ser eliminado. Só assim, o trabalhador estará protegido. Todavia, em um estudo sobre a exposição à poeira em construções⁴, foi observado que em grande parte das atividades pesquisadas os trabalhadores não utilizavam os equipamentos de proteção respiratória ou se beneficiavam de medidas de controle para redução da concentração de poeiras no ambiente, ainda nas poucas vezes em que algum deles utilizava uma máscara, ou a máscara não era a adequada ou a mesma já não vinha sendo substituída há muito tempo, não proporcionando a proteção esperada. Estudos sinalizaram que muitas vezes, o problema não é pela falta dos equipamentos de proteção respiratória, mas alguns dos próprios trabalhadores não as utilizam por diversas razões: por falta de uma melhor orientação quanto à importância das mesmas, por não saber que existiam máscaras no canteiro e/ou por achar que a sua utilização os incomodaria e atrapalharia suas atividades normais. No manual do PPR, que constitui parte integrante da Instrução Normativa nº 1 de 11 de abril de 1994, estão descritas as responsabilidades de cada envolvido no

processo. Sendo estes envolvidos: empregador, gerência e supervisão, usuários de respiradores, segurança do trabalho e saúde ocupacional. O resultado esperado do PPR é que todo funcionário exposto a um risco respiratório tenha proteção adequada. *“O combate à doença deve ser sempre preventivista e a utilização de respiradores, quando de forma adequada, diminui a exposição do trabalhador a níveis não prejudiciais a saúde”*⁵. **Considerações finais e Contribuições para a Enfermagem:** Pode-se considerar que o Programa de Proteção Respiratória contribui para a preservação da saúde do trabalhador, pelo mesmo, apresentar em sua legislação todas as medidas que são necessárias para a proteção respiratória dos trabalhadores; Porém é necessário que as mesmas sejam cumpridas para que se tenha um número elevado de colaboradores saudáveis. A eficácia do programa normalmente é percebida quando nos exames periódicos o trabalhador não apresenta nenhuma doença respiratória ocupacional. O conhecimento do trabalhador em relação ao programa tem papel fundamental neste processo, uma vez que, ao saber dos riscos presentes no local de trabalho, das possibilidades de proteção e dos deveres que tem enquanto trabalhador tende a segui-los. O método mais adequado de conscientização dos trabalhadores é o treinamento. Portanto, se faz necessário que as empresas invistam no desenvolvimento do PPR e proporcionem condições adequadas aos seus trabalhadores para que se mantenham saudáveis e produtivos contribuindo para a minimização das demandas em saúde no Brasil.

Palavras-Chave: Cuidados de enfermagem, Promoção da saúde, Autocuidado.

REFERÊNCIAS

- [1] Grupo Altec. Cartilha de Proteção Respiratória. 2010; 68 p. Disponível em: <http://www.slideshare.net/prevencaonline/cartilha-de-proteo-respiratria>
- [2] Costa M, Teixeira PJZ, Freitas PF. Manifestações respiratórias e doenças de vias aéreas: prevalência e fatores de risco em suinocultores de Braço do Norte, Santa Catarina. J Bras Pneumol [online]. 2007; 33(4):380-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n4/v33n4a06.pdf>
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. O mapa da exposição à sílica no Brasil. Coordenação Geral Fátima Sueli Neto Ribeiro. - Rio de Janeiro: UERJ, Ministério da Saúde, 2010. 94 p. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/mapa_exposicao_ao_silica_brasil.pdf
- [4] Souza VF, Quelhas OLG. Avaliação e controle da exposição ocupacional à poeira na indústria da

construção. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(3):801-7.
Disponível em:

www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17460.pdf

- [5] Fernandes RP. Informativo Técnico.1(21). Janeiro 2005.
3 M do Brasil Ltda. Disponível em: solutions.3m.com.br
> ... > Saúde Ocupacional (EPI)



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

A EFETIVIDADE DO QUINTO OBJETIVO DO MILÊNIO EM SANTA CATARINA: CONSEGUIREMOS ENFRENTAR A MORTALIDADE MATERNA?

VANESSA APARECIDA GASPARIN¹, CLÁUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO², DANIELA SAVI GEREMIA³, RAFAELA BEDIN⁴, CAROLINA BERNARDO⁴, SABRINA EICKHOFF⁴

1. Acadêmica do 9º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó/SC; 2. Doutorando em Enfermagem pela UFSC. Professor Assistente da UFFS, campus Chapecó/SC; 3. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do estado do Rio de Janeiro – UERJ. Professora Adjunta da UFFS, campus Chapecó/SC; 4. Acadêmica do 9º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFFS, campus Chapecó/SC.

RESUMO

Introdução: Ao longo das últimas décadas, avançou-se substancialmente na compreensão da saúde da mulher, emergindo aspectos que transcendem a dimensão biológica. Um exemplo disso foi a criação e consolidação de políticas e programas nacionais que visionaram a mulher em todo seu ciclo de vida. A saúde feminina se tornou um desafio a ser alcançado e acabou por instigar a formulação do quinto objetivo do milênio, elencado no ano 2000, o qual contempla a melhoria da saúde das gestantes. O quinto objetivo do milênio visa a melhoria da saúde desta população, a partir de duas metas: reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna, entre 1990 e 2005 e alcançar, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva¹. Neste estudo, vislumbrar-se-á a primeira meta, visto que apresenta os índices mais preocupantes em território nacional e mundial. Meio milhão de mulheres morre anualmente em decorrência de complicações durante a gravidez ou o parto, 99% em países em desenvolvimento. No Brasil a taxa de mortalidade materna corresponde a 75 por 100 mil nascidos vivos e em Santa Catarina no ano 2012, a taxa de mortalidade chegou a 36 por 100 mil nascidos. Este índice vem apresentando diminuição a passos lentos, apesar de a grande maioria das mortes ainda ser por causas evitáveis. Todos os anos, mais de 1 milhão de crianças ficam órfãs de mãe. As crianças que perdem a mãe têm até dez vezes mais probabilidade de morrer prematuramente do que as que têm mãe², o que implica não somente nos crescentes índices de mortalidade materna, mas também nas taxas de morbimortalidade infantil. **Objetivo:** Analisar o cumprimento no Estado de Santa Catarina, Brasil, de uma das metas do quinto objetivo do milênio, referente à mortalidade materna, no decorrer dos 12 anos após a largada na busca pelo

cumprimento de todos os objetivos traçados no ano 2000. **Método:** Trata-se de um estudo de pesquisa quantitativo, documental, descritivo e exploratório, realizado a partir da análise de dados secundários sobre o quinto objetivo do milênio no estado de Santa Catarina. Para analisar o cumprimento das metas do quinto Objetivo do Desenvolvimento Milênio foram obtidos dados junto a Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE) e do Portal de Acompanhamento Brasileiro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), e o recorte temporal não pôde ser delineado em anos mais atuais visto que as bases de dados só apresentam resultados até o ano de 2012. Elegeram-se dois indicadores foco: taxa de mortalidade materna e o percentual de gestantes com respectivas consultas pré-natal. Para discussão dos dados extraídos das bases supracitadas, utilizou-se textos de uma pesquisa bibliográfica complementar, assistemática e narrativa, direcionada por conveniência para o objeto de estudo. Como o estudo procedeu-se a partir de dados secundários obtidos em Sistemas de Informação em Saúde, houve atenção aos preceitos éticos vigentes pelo respeito ao anonimato de quem produz os dados e sobre quem individualmente eles se referem, e com acesso online garantido pela legislação de acesso livre a informação vigente em território brasileiro. Logo, não foi necessário submetê-lo à um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, embora todas as premissas da Resolução 466/2012 foram consideradas. **Resultados:** Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10 revisão) a morte materna corresponde a morte da mulher durante a gestação ou até 42 dias após seu término independentemente da localização ou duração da gravidez, sendo resultante de qualquer ação agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, não considerando morte materna aquelas

por causas acidentais ou incidentais.³ Sabe-se que a taxa de mortalidade materna máxima recomendada pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS é de 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Porém, considerando que o quinto objetivo do milênio é reduzir em $\frac{3}{4}$ a taxa de mortalidade de 1990 a 2015, e que em 1990 os índices eram de aproximadamente 140 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, o país precisaria atingir 35 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos até o ano 2015⁴. Considerando os achados de 1996, podemos perceber que em Santa Catarina, essa taxa já alcançava índices bem menores, cerca de 44,9 por 100 mil nascidos vivos, já em 2003 essa índice alcançou a maior taxa, 52,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos, e em 2009 chegaram próximo ao preconizado pela OPAS, 22,8. O último dado encontrado é referente ao ano 2012 com 36 óbitos por 100 mil nascidos. Sendo assim, o estado alcançou apenas 26,2% da meta referente à redução da mortalidade materna em três quartos até o ano citado¹. As principais causas de óbito estão relacionadas as doenças hipertensivas especialmente na região sul do Brasil, seguidas pelas causas hemorrágicas e infecciosas. Essas patologias correspondem a 95% dos casos de morte materna, que seriam evitáveis diante de uma equipe preparada e qualificada que estabeleça intervenções efetivas diante de complicações no período gestacional, porém, vale ressaltar que esses índices também estão relacionados com a situação econômica e social, bem como o acesso aos serviços de saúde.³ No que tange ao acesso e a frequência do pré-natal pelas gestantes, o Ministério da Saúde preconiza que sejam realizadas no mínimo 6 consultas nesse período, sendo que quanto maior o número de consultas mais seguro será o desenvolvimento da gestação.⁵ A SAGE, aponta os índices de gestantes que realizaram sete ou mais consultas no pré-natal/ano, no decorrer dos anos: ano 2000 – 43,68%, 2001 – 48,6%, 2002 – 53,44%, 2003 – 56,3%, 2004 – 60,3%, 2005 – 63,07%, 2006 – 65,26%, 2007 – 66,47%, 2008 – 68,17%, 2009 – 67,64%, 2010 – 69,68%, 2011 – 68,75% e 2012 – 69,22%. A realização adequada do pré-natal é de extrema importância para identificar os riscos potenciais (de preferência precocemente, antes da 12ª semana de gestação), garantir um suporte nutricional adequado, reconhecer e tratar intercorrências e oferecer imunização a gestante, visando diminuir os riscos obstétricos. Além disso, esse espaço tem função de fornecer orientações sobre o período da gestação, parto e puerpério, demonstrando técnicas de relaxamento e fisioterapia que reduzem a ansiedade da gestante, bem como o número de cesáreas⁵. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** O estudo demonstrou que mesmo a passos lentos, caminha-se em direção ao aumento dos índices de usuárias que realizam mais de seis consultas durante o pré-natal e também a diminuição progressiva

da taxa de mortalidade materna. Percebe-se que a maiorias das causas de óbito são podem ser evitadas, o que reforça a necessidade de um pré-natal de qualidade. Embora as políticas, pactos e estratégias de saúde, em relação à saúde da mulher estejam avançando em suas perspectivas, ainda assim, há o indicativo de não conseguirmos atingirmos a meta de reduzir a mortalidade materna até o ano de 2015. A participação da Enfermagem no âmbito da prevenção da mortalidade materna deve ser a de exercer as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos com qualidade, assegurando uma assistência humanizada livre de negligência, imperícia e imprudência, ações estas que visam reforçar os princípios vigentes do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como desenvolver qualificadamente as demais ações educativas, de pesquisa, assistenciais, da gerencia dos serviços para contribuir favoravelmente para a redução da mortalidade dessa população.

Palavras-Chave: Mortalidade Materna, Indicadores Básicos de Saúde, Saúde da Mulher.

REFERÊNCIAS

- [1] Portal de Acompanhamento Brasileiro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Dinâmico: Monitoramento de indicadores. Perfil estadual de Santa Catarina. Disponível em: <http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portaldm/5-melhorar-a-saude-das-gestantes/BRA004042/santa-catarina>
- [2] Organização das Nações Unidas. Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2013. Disponível em: www.unric.org/html/portuguese/mdg/MDG-PT-2013.pdf
- [3] Sombrio SN, Simões PW, Medeiros LR, Silva FR, Silva BR, Rosa MI, *et al.* Razão de mortalidade materna na região sul do Brasil no período de 1996 a 2005. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2011; 40(3):56-62.
- [4] Souza, JP. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011; 33(10):273-79.
- [5] Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 2: Construindo conhecimento da extensão na Enfermagem

A UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA EM UM PROJETO DE EXTENSÃO VOLTADO A CRIANÇAS

LUANA PATRÍCIA VALANDRO¹, MARINEZ SOSTER DOS SANTOS¹, MARIA ELISABETE RAMALHO DOS SANTOS¹, ANGÉLICA ZANETTINI¹, CRHIS NETTO DE BRUM², SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE³

1. Acadêmico de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). ² Acadêmico de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS); 2. Docente, Doutoranda, Professora do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS, SC). Vice-líder do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado da UFFS/SC; 3. Docente, Doutorando. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado da UFFS/SC.

RESUMO

Introdução: A infância constitui-se como uma etapa vital do processo de desenvolvimento do humano¹. Neste período, a aproximação com profissionais da área saúde, em especial, com o profissional enfermeiro, é oportuna, uma vez que este tem a prerrogativa de modo a auxiliar na promoção da qualidade de vida, além de possibilitar uma infância saudável. Entretanto, para que ocorra a promoção da saúde nesta etapa do desenvolvimento, é necessário o estabelecimento do vínculo entre a criança e o profissional enfermeiro^{2,3}. Um meio estabelecer este processo poderá estar permeado pela utilização do referencial da metodologia problematizadora. Esta metodologia contribui para o processo de promoção da saúde, uma vez que, a sua base teórica parte de uma problemática, atendendo as necessidades existentes no cotidiano dos sujeitos^{4,5}, especialmente no contexto infantil ao permitir que a criança expresse seus sentimentos e ansios sobre suas vivências e experiências, propondo conjuntamente com o profissional ações para um viver saudável. **Objetivo:** Relatar a experiência da utilização da metodologia problematizadora em um projeto de extensão intitulado Infância Saudável: Promovendo Saúde para Criança. **Método:** O projeto foi desenvolvido por acadêmicas e professoras do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó (UFFS, SC), em uma das instituições da Secretária de Assistência Social de Chapecó (SEASC), por meio de três oficinas que foram trabalhadas ao longo do ano de 2014. Anteriormente as oficinas, realizaram-se estudos em materiais científicos sobre a metodologia problematizadora, para embasar e nortear as oficinas. Após, foram realizadas reuniões com a coordenadora da SEASC e com o coordenador da unidade onde o projeto foi aplicado, para explicar as propostas de trabalho. Um

primeiro contato foi realizado com as crianças, as quais foram encaminhadas por meio de assistentes sociais devido a sua situação de vulnerabilidade social, com o intuito de conhecê-las e explicar a proposta do projeto de extensão e como ele desenvolvido ao longo do ano. A média da idade das crianças que integraram as oficinas foi nove anos de idade, as quais foram divididas em dois grupos devidos aos turnos de permanência da criança na instituição, quais sejam, período matutino e período vespertino. Os temas abordados nas oficinas foram pré-estabelecidos anteriormente, a fim de atender as necessidades apontadas pela coordenação da SEASC: alimentação saudável, aspectos fisiológicos do corpo humano, higiene, violência e *bullying*. Entretanto, para a construção das oficinas foram realizadas as buscas em materiais científicos, a fim de possibilitar que cada oficina tivesse o intuito de atender as necessidades das crianças. Uma vez que, ao se trabalhar com a metodologia problematizadora torna-se necessário, ao lançar uma problemática, para que os pontos-chaves sobre o problema emergja das próprias crianças, pois elas devem a partir de suas vivências apontarem as demandas a serem trabalhadas sobre o tema. A constituição da metodologia problematizadora tem sua base no contexto da realidade, e a partir disso, torna-se possível a enfermagem identificar e planejar ações em saúde que atendam as demandas de cuidado específicas. O caminho percorrido com a metodologia problematizadora, inicia-se com a observação da realidade e a definição do problema de estudo, do qual é possível levantar pontos-chaves para a teorização e construção da hipótese de solução, de forma a possibilitar a construção de uma intervenção que atenda ao problema proposto. É importante ressaltar, que para o desenvolvimento das oficinas foi utilizado como meio de aproximação com a temática a ludicidade, por meio de dinâmicas e atividades criativas, permitindo a interação das crianças.

Ao final de cada oficina foi realizada uma avaliação processual do encontro, com o intuito de perceber se a oficina possibilitou uma melhor interação da criança com o tema abordado. A avaliação processual constituiu-se de dois momentos, por meio da integração com os facilitadores (acadêmicos e professores da UFFS) e a aplicação de um instrumento que abordava questões sobre a vivência da oficina, a partir de desenhos de faces, exposto sentimento de alegria, indiferença e tristeza, além de um espaço para sugestões, no qual era na maioria das vezes, as crianças relatavam verbalmente suas sugestões aos facilitadores. **Resultados:** As oficinas do projeto foram desenvolvidas utilizando os passos da metodologia problematizadora. A observação da realidade, que constitui a primeira etapa do método, foi realizada no encontro de apresentação do projeto para as crianças, onde foi possível conhecer o público que seria atendido. Já a segunda etapa da metodologia problematizadora, que se trata da definição dos problemas de estudo, já havia sido realizada pelas acadêmicas previamente. Isto ocorreu a partir das necessidades trazidas pela própria SEASC e estudos em materiais científicos. Na primeira oficina foi abordado o tema alimentação saudável. Como a primeira e a segunda etapa do método já haviam sido realizadas, partiu-se para a terceira etapa, que se trata da teorização do assunto. Para isso, foi utilizada a dinâmica “*montando o prato saudável*”, baseado em um artigo científico, onde as crianças deveriam montar um prato utilizando figuras de alimentos da forma que julgavam ser adequada. Foi promovido um momento de debate ao final da atividade, a fim de fazer com que as crianças refletissem sobre os pratos montados. Esta foi a quarta etapa do método, chamada de elaboração de hipóteses. Houve discordância entre os relatos das crianças sobre o que julgavam ser saudável e entre os alimentos que elas mesmas escolhiam para seus pratos, de modo que os alimentos escolhidos eram em grande maioria industrializados. Por fim, a quinta etapa, denominada como modificação da realidade, se deu no momento de fechamento da oficina, onde foi feito um *feedback* do encontro e debate sobre possíveis formas de possuir uma alimentação mais saudável. Já na segunda oficina, foram unidos os temas aspectos fisiológicos do corpo humano e higiene. Da mesma forma que a oficina anterior, como a primeira e a segunda etapa do método já haviam sido realizadas, iniciou-se pela terceira etapa. Assim, para a teorização dos assuntos, utilizou-se uma dinâmica que constituía na construção do corpo humano pelas crianças. Com uma música de fundo, as crianças deveriam jogar um balão umas para as outras e quando a música parava, a respectiva criança deveria pegar uma figura no centro do grupo e coloca-la no corpo humano, desenhado em um papel, explicando qual sua opinião sobre a finalidade daquele órgão e o que poderia ser feito

para cuidá-lo. A partir disso, foi possível levantar as hipóteses de solução, por meio da discussão de práticas saudáveis que poderiam auxiliar para o cuidado do corpo e da saúde. E por fim, a modificação da realidade se deu no fechamento do encontro, onde foi debatido sobre quais práticas poderiam ser realizadas para auxiliar no bem-estar. Já a terceira oficina, igualmente iniciou-se pela terceira etapa do método. Neste encontro foram trabalhados os temas violência e *bulling*. Para a teorização dos assuntos, utilizou-se a dinâmica “*varal da violência*” baseada em um manual encontrado pelas acadêmicas. As crianças foram divididas em grupos e cada um deveria responder em forma de desenho ou escrita as seguintes questões: “*Que violências são praticadas contra mim?*”, “*Quais violências que eu pratico?*”, “*Como eu sinto quando pratico violência?*”, “*Como eu sinto quando violência é praticada contra mim?*”. Logo após respondidas as questões, as crianças deveriam colocar as respostas presas em um varal no centro do grupo para que todos observassem. Foi promovido um momento de discussão das respostas e levantamento de hipóteses de solução para os problemas encontrados. As crianças relataram diversos tipos de violência, observados na escola, televisão e no meio familiar. E por fim, a modificação da realidade ocorreu a partir da discussão das atitudes e ações que poderiam evitar a violência. De forma geral, a metodologia problematizadora auxiliou na condução dos temas, já que a construção do encontro ocorre a partir das necessidades dos participantes. Além disso, as avaliações que foram desenvolvidas ao final de cada oficina, por meio do instrumento de avaliação, também expressaram a satisfação das mesmas com as oficinas. As avaliações de modo geral possuíam opiniões positivas. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** O estudo da metodologia problematizadora foi de grande importância para trabalhar próximo a realidade das crianças. Por meio dela foi possível abordar as dúvidas e sugestões apontadas pelos próprios participantes e desta forma atrair maior atenção para a oficina. Como as crianças possuem uma grande energia e vontade de desenvolver brincadeiras, a soma da metodologia problematizadora e do método lúdico facilitou a abordagem dos facilitadores da dinâmica. Deste modo, a partir das avaliações das crianças e da própria instituição o qual o projeto foi desenvolvido, aponta-se que as temáticas trabalhadas ressaltam a necessidade de realização de intervenções de profissionais da saúde com o intuito de promover a saúde de forma contínua. A utilização da metodologia problematizadora permite auxiliar no desenvolvimento das ações da enfermagem, de forma que permite identificar as necessidades da comunidade, em especial as das crianças, e possibilitando a construção de soluções para o problema apresentado. Assim, ao

conhecer os problemas que mais se destacam, pode-se planejar e desenvolver estratégias voltadas a atender estas demandas.

Palavras-Chave: Saúde da criança, Enfermagem, Educação em saúde

REFERÊNCIAS

- [1] Cyrino EG, Pereira MLT. Reflexões sobre uma proposta de integração saúde-escola: o projeto saúde e educação de Botucatu, São Paulo. Cad. Saúde Pública. 1999; 15(2):39-44.
- [2] Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Educação em Saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007; 15(2): 337-43.
- [3] Coscrato G, Pina JC, Mello DF. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. Acta Pal Enferm. 2010; 23(2): 257-63.
- [4] Zuge SS, Padoin SMM, Brum CN, Tronco CS. A metodologia problematizadora na prevenção de acidentes em central de material e esterilização. Cogitare Enferm 2012; 17(1):162-5.
- [5] Brum CN, Zuge SS, Brum NA, Carvalho LC. Educação preventiva com deficientes auditivos: desafio para profissionais da saúde e educação. REAS 2013; 2(2):99-106.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 2: Construindo conhecimento da extensão na Enfermagem

A UTILIZAÇÃO DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE EM UM PROJETO DE EXTENSÃO VOLTADO A ADOLESCENTES

MARINEZ SOSTER DOS SANTOS¹, LUANA PATRÍCIA VALANDRO¹, CRHIS NETTO DE BRUM², SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE³

1. Discente da 9ª fase do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó; 2. Docente, Doutoranda, Professora do Curso de Enfermagem da UFFS, campus Chapecó; 3. Docente, Doutorando. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado da UFFS/SC.

RESUMO

Introdução: O conceito de adolescência surge no século XX e a partir disso tem-se um reconhecimento das suas necessidades e características biológicas, psicológicas e sociais. No Brasil a Hebiatra, campo do conhecimento que estuda o processo de saúde e doença na adolescência, existe no Brasil desde 1974, quando se percebeu que a fase da adolescência detinha particularidades e especificidades distintas da infância e da adulta. Nesse sentido, definiu-se essa etapa da vida como o período de transição da infância à idade adulta¹. A adolescência envolve diferentes perspectivas, tais como a cronológica, a do desenvolvimento físico, sociológico, psicológico, ou da combinação dos mesmos. Sendo que a combinação desses aspectos pode tornar o adolescente vulnerável a inúmeras situações de exposição de sua saúde². Assim, a utilização do conceito de vulnerabilidade auxilia no estabelecimento das diferentes situações de suscetibilidade dos adolescentes frente aos processos de saúde e doença por meio dos seus três planos analíticos interrelacionados: o individual, o social e o programático. O plano individual conduz para uma possibilidade de cuidado a partir da do relacionamento dos adolescentes quanto aos seus próprios comportamentos a partir de sua vontade e grau de consciência dos possíveis danos; já o plano social, está associada a aspectos como: acesso a informação, quantidade de recursos destinados a saúde por meio das autoridades e legislação locais, acesso e qualidade dos serviços de saúde, nível geral de saúde da população, aspectos sócio-políticos e culturais de segmentos populacionais específicos, grau de liberdade de pensamento e expressão, grau de prioridade política e econômica dada à saúde e condições de bem estar social. Aliado a esses dois planos, tem-se o plano programático que associa a vulnerabilidade à maneira como os

serviços de saúde e os demais serviços sociais, direcionam os recursos necessários para a proteção destes indivíduos³. Pensando nisso, foi proposto um projeto de extensão, vinculado ao curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó (UFFS/SC), com o intuito de oportunizar a construção compartilhada, de um processo educativo para saúde e reflexão crítica acerca da construção individual, social e coletiva diante do processo de adolecer, utilizando o conceito de vulnerabilidade como base para o desenvolvimento das oficinas. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo relatar o uso do conceito de vulnerabilidade como norteador no desenvolvimento de atividades de um projeto de extensão intitulado “Ações Educativas Voltadas ao Adolescente: Reforçando a Promoção da Saúde Integral”. **Método:** O respectivo projeto foi desenvolvido em uma das instituições da Secretária de Assistência Social (SEASC) de Chapecó/SC, onde foram desenvolvidas oficinas com adolescentes na faixa etária de 14 a 18 anos de idade, no período de abril a dezembro de 2014. Para nortear as atividades a serem desenvolvidas, antes de iniciar os encontros, as acadêmicas realizaram estudos em materiais científicos sobre o referencial de vulnerabilidade. O primeiro contato com os adolescentes permitiu estabelecer vínculo, oportunizando a caracterização do grupo e a delimitação das prioridades das ações. Os temas trabalhados foram previamente definidos com a participação da direção da instituição: sexualidade, gravidez na adolescência, planejamento familiar, dependência química e violência. Quanto à sequência dos temas, esta foi definida ao final de cada encontro, em conjunto com os adolescentes. Ao final de cada oficina era realizada uma avaliação da mesma, com o intuito de perceber se a atividade atendeu as

necessidades dos participantes. **Resultados:** Os temas trabalhados nas oficinas foram definidos antes do início do projeto, no entanto os adolescentes determinaram em que sentido eles seriam abordados. O conceito de vulnerabilidade permitiu que os adolescentes participassem das discussões, sentindo-se protagonistas e (co)responsáveis por sua saúde e melhoria de sua qualidade de vida. Cabe salientar que as ações mediadas por meio do conceito de vulnerabilidade, que examina as diferentes situações de suscetibilidade dos sujeitos, sejam eles individuais sociais ou programáticos auxiliou na abertura e nas discussões com os adolescentes uma vez que determinados temas abordados poderiam apontar tabus, preconceitos e medo de dialogar a respeito. Tal conceito proporcionou deslocar esses sentimentos em dinâmicas que primassem para a valorização dos adolescentes como (co)responsáveis pelo seu processo saúde e doença, sendo um facilitador para o estabelecimento do vínculo. **Conclusão e contribuições para a Enfermagem:** No decorrer das atividades foi possível perceber a relevância do conceito de vulnerabilidade para o desenvolvimento das oficinas com os adolescentes, uma vez que neste processo de transição estes esbarram em inúmeras possibilidades, que por vezes os expõem a situações de suscetibilidade a sua saúde, como a exemplo, dos temas que foram abordados em cada oficina. Esses problemas identificados vão além dos comportamentos individuais dos mesmos perpassando pela problemática do acesso a informação, recursos investidos na saúde, acesso aos serviços de saúde e a forma como os serviços de saúde e os demais serviços sociais, como a educação direcionam os recursos necessários para a proteção desses adolescentes. Por fim, almeja-se a partir desta atividade, ter contribuído para a promoção da qualidade de vida dos adolescentes, tornando-os sujeitos ativos no cuidado a sua saúde, visando minimizar as suas situações de vulnerabilidade. Além disso, Diante das experiências vivenciadas com os adolescentes, ficou evidente a necessidade de se optar por práticas educativas que permitam o diálogo que possibilitam aos adolescentes participar das discussões, os quais possam sentir-se protagonistas e (co)responsáveis por sua saúde e melhoria de sua qualidade de vida. Quanto as contribuições para as acadêmicas envolvidas com o projeto de extensão, estas visualizaram mudanças positivas em seu processo de ensino-aprendizagem, ao aliar o conhecimento advindo da leitura científica, associado as experiências e vivências das oficinas ao depararem-se com o contexto dos adolescentes. O conhecimento do termo vulnerabilidade auxilia no trabalho em enfermagem, pois permite que se tenha um olhar mais amplo para a condição apresentada pelos adolescentes os quais a assistência será prestada, abordando sua situação como um todo, de modo que fica

mais fácil estabelecer estratégias de cuidado aplicáveis ao seu contexto. Além disso, é importante destacar que a situação de vulnerabilidade social é algo altamente comum na sociedade atual, e por isso ações que visem minimizar esta problemática são de extrema importância.

Palavras-Chave: Saúde do Adolescente, Enfermagem, Educação em Saúde.

REFERÊNCIAS

- [1]. Reato LFN. Hebiatria – Medicina da Adolescência. 1ª ed. Roca. 2007.
- [2]. Paula CC, Padoin SMM, Brum CN, Silva CB, Albuquerque PVC, Bubadué RM. Cotidiano medicamentoso de adolescentes com HIV/AIDS. Rev Eletr Enf. 2013; 15(4):1016-25.
- [3]. Padoin SMM, Paula CC, Schaurich D, Fontoura VA. Experiências interdisciplinares em AIDS: interfaces de uma epidemia. 1ª ed. Santa Maria: Editora da Universidade de Santa Maria. 2006.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 3: Construindo conhecimento do ensino na Enfermagem

ABORTO PROVOCADO: ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

RAFAELA BEDIN¹, ANA CLAUDIA BANAZESKI¹, DAIANE SCHUCK², ÉRICA DE BRITO PITILIN³, TASSIANA POTRICH³, VANESSA APARECIDA GASPARIN¹

1. Acadêmica do 9º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó - SC; 2. Acadêmica do 7º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFFS, campus Chapecó - SC; 3. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistencial da UFFS, campus Chapecó - SC.

RESUMO

Introdução: No Brasil, o aborto provocado é a 3ª maior causa de morte materna (correspondendo a 12,5% do total de óbitos), com estimativa de 529 mil mortes por ano, além de ser responsável por cerca de 350 mil internamentos por complicações pós-aborto resultando na 3ª maior causa de procedimentos obstétricos realizados¹. Considerado na atualidade um problema de saúde pública, esse tipo de aborto traz consequências graves para as mulheres, como hemorragia, septicemia, peritonite, traumatismo dos órgãos reprodutivos e abdominais, além de custear gastos que sobrecarregam os sistemas de saúde, principalmente nos países com recursos limitados¹. Neste sentido, a enfermagem desempenha um papel importante nesse cenário devendo prestar uma assistência humanizada, de maneira ética e que atenda as reais necessidades dessas mulheres, respeitando a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza e preservando o sigilo profissional². Apesar de uma ampla gama de estudos encontrados atualmente relacionados à temática do aborto na literatura, poucos apontam especificamente como se dá a assistência de enfermagem em situações de aborto induzido/ provocado. A busca pela correspondência das ações de enfermagem no contexto do aborto provocado constitui um elemento de um trabalho socialmente relevante podendo fornecer subsídios para a reorganização da assistência nesse contexto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Identificar na literatura científica sobre a atuação da enfermagem em situações de aborto induzido/provocado. **Método:** Tratou-se de uma revisão integrativa, visando responder a questão “Como se dá a prática de enfermagem em situações de aborto provocado?” Os dados foram coletados em agosto de 2014, sem delimitação temporal. A coleta de dados foi realizada por meio da consulta em

três bases de dados: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, além da consulta a uma biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*. Para encontrar os estudos, utilizamos descritores: “aborto”, “aborto provocado” e “cuidados de enfermagem”, desta forma, realizou-se uma busca avançada combinando-se os descritores com os operadores booleanos “[AND]” e “[OR]”, da seguinte forma: “*aborto or aborto induzido or aborto provocado and enfermagem or cuidados de enfermagem or assistência de enfermagem*”. Foram incluídos todos os estudos que responderam à questão de busca e que atenderam aos seguintes critérios: artigos originais de pesquisa, publicados em inglês, português ou espanhol e que estivessem disponíveis na íntegra *online* e gratuitos. Foram excluídos todos os estudos que fossem: publicações repetidas, cartas, editoriais, comentários, resumos de anais, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de cursos, livros, cartas ao editor, estudos reflexivos, bem como estudos que não abordassem a temática relevante ao objetivo da revisão. Ao final do processo da análise dos dados foram selecionadas 13 publicações. **Resultados e Discussão:** A maioria dos artigos selecionados foram publicados no país (61,6%), com predominância de pesquisas de abordagem qualitativa (69,2%). Destaca-se a região Nordeste (30,7%) como maior evidência para a publicação dos estudos, seguida das regiões Sul (15,3%) e Sudeste (7,6%). O cenário evidente quanto às publicações dos estudos foram às maternidades públicas (38,4%), com destaque para os anos de 2006, 2012 e 2013. Pode-se identificar nos artigos selecionados que a assistência prestada às mulheres em situação de aborto provocado/ induzido foi predominantemente tecnicista, baseada

apenas nas necessidades físicas que as mulheres referiram³, seguidamente identificaram-se uma assistência de forma discriminatória e julgatória, bem como um atendimento burocrático⁴. Diante do exposto, podemos inferir que a assistência prestada não estava sendo pautada em um olhar holístico para essas mulheres sendo apenas baseada no atendimento das necessidades físicas e, desta forma, refutando o atendimento individualizado, reforçando a falta de informação ou de acompanhamento. Neste estudo, pode-se perceber também, que o atendimento prestado pelo enfermeiro não contemplava as reais necessidades das mulheres que praticaram o aborto resultando em alguns casos em agressão verbal³. Após o aborto, é de grande importância para a mulher, além de ser um direito, receber uma atenção psicossocial integrada a uma prática multidisciplinar voltada ao estado emocional da mesma se assim ela desejar¹. Outra questão importante abordada nos estudos da amostra foi como a assistência deveria ser realizada. Boa parte deles trazia que o atendimento deveria ser livre de julgamentos pessoais e dialéticos, humanizada e que atendesse as reais necessidades físicas, emocionais e afetivas dessas mulheres³. A atenção humanizada em situações de aborto, independentemente de ser provocado ou espontâneo, deve seguir os princípios fundamentais da bioética como a autonomia (permitir que a mulher decida sobre as questões relacionadas ao seu corpo), beneficência (fazer o bem), não – maleficência (evitar o máximo possível de danos) e a justiça (ser imparcial evitando que suas opiniões interfiram no atendimento)⁵. É dever de todo o profissional de saúde prezar pela garantia desses direitos seja qual for a situação. Além disso, é necessário que o profissional de enfermagem atue de forma a aconselhar e orientar essas pacientes, com o intuito de minimizar a discriminação através da humanização entre as relações sociais e a assistência profissional. Cabe ao enfermeiro, como norteador da assistência prestada tanto no âmbito da atenção básica quanto no ambiente hospitalar, chamar pra si a responsabilidade de uma atenção livre de pré-conceitos estabelecidos que possam influenciar na qualidade da assistência prestada. **Considerações Finais e Contribuições para a Enfermagem:** A atuação do enfermeiro em situações de aborto induzido/provocado em sua maioria foi realizada de forma tecnicista, sem a criação de um vínculo afetivo com a paciente, contradizendo as diretrizes do código de ética da profissão. Observou-se que houve certa dificuldade dos profissionais aderirem uma prática não julgatória no cotidiano de suas atividades, oscilando entre o que é correto e o que se pratica, decorrentes de valores éticos, morais, culturais e religiosos de cada um, o que tem contribuído para a precariedade da assistência. A partir das evidências reveladas pelo o estudo acredita-se que este possa permitir aos profissionais da área de

enfermagem refletir sobre a sua assistência aprimorando o conhecimento sobre o tema e percebendo como essa prática assistencial é indispensável diante de mulheres que abortaram. Além disso, este estudo busca estimular uma forma de prestar a assistência com mais sensibilidade e humanidade, garantindo não somente o cuidado físico, mas também o psicológico, promovendo para essas mulheres uma atenção diferenciada livre de pré-conceitos. Para tanto, o enfermeiro também deve refletir sobre como está o atendimento à essas mulheres por sua equipe, priorizando uma atenção integral, não julgatória, buscando fundamentar esse atendimento em defesa dos princípios e diretrizes do SUS.

Palavras-Chave: Aborto, Aborto Provocado, Cuidados de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1]. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações Programáticas estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: Norma Técnica. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- [2]. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução nº 311/2007, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro (RJ), 2007.
- [3]. Pereira VDN, Oliveira FA, Gomes NP, Couto TM, Paixão GPN. Abortamento Induzido: vivência de mulheres baianas. Rev Saúde Soc. 2012; 4(21):1056-62.
- [4]. Mendes KD, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Rev Texto Contexto Enferm. 2008; 4(17):758-64.
- [5]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. 1ª Ed. Brasília: MS, 2005.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

ACIDENTE DE TRABALHO NAS ÁREAS DE APOIO NO ÂMBITO HOSPITALAR

BRUNA VALMORBIDA¹, LEIDINARA BARBOSA DE OLIVEIRA¹, SANDRA MARA MARIN²

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; 2. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS. Docente do Curso de Enfermagem da UDESC.

RESUMO

Introdução: Segundo o Artigo 19 da Lei 8.213/91 acidente do trabalho é “[...] o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional ou doença que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho permanente ou temporária”. O enfermeiro do trabalho ou enfermeiro ocupacional é o profissional que promove e zela pela saúde do trabalhador, fazendo prevenção das doenças ocupacionais e dos acidentes do trabalho ou prestando cuidados aos doentes acidentados, visando o bem-estar físico e mental dos seus clientes¹. Percebemos que atualmente, tem-se falado muito a respeito de acidentes de trabalho em âmbito hospitalar, no entanto, tudo está sempre relacionado aos médicos e enfermeiros e pouco dos profissionais da equipe de apoio. A necessidade de uniformizar as ações de vigilância em saúde do trabalhador e as informações de saúde demonstra a importância de uma integração na discussão com os trabalhadores envolvidos com o tema na instituição como todo². Visando mostrar a importância dos trabalhadores da equipe de apoio (Copa, Limpeza, Manutenção, Radiologia e Lavanderia) e sua situação atual quanto aos acidentes e capacitações, este trabalho buscou demonstrar a necessidade de maior atenção a estas equipes. Desta maneira a necessidade do desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso, no qual a questão de pesquisa norteadora é: quais são os acidentes de trabalho mais frequentes e as causas destes entre os trabalhadores que atuam nos serviços gerais de apoio em âmbito hospitalar. **Objetivo:** Descrever os tipos de acidentes de trabalho que mais acometem os trabalhadores das equipes de apoio dos serviços hospitalares. **Método:** Esse trabalho consiste em uma pesquisa qualitativa, com abordagem descritiva³. Posteriormente, foi feita a análise das experiências de indivíduos. As experiências foram relacionadas a histórias biográficas ou a práticas (cotidianas ou profissionais), e podem ser tratadas analisando-se conhecimento, relatos e histórias do dia a dia⁴. O local

de realização do estudo foi o Hospital Regional do Oeste (HRO), localizado no município de Chapecó, estado de Santa Catarina. O Hospital conta com 296 leitos, sendo classificado como de grande porte. O HRO atende a 92 municípios da região oeste, 26 municípios do Paraná e Rio Grande do Sul, sendo que sua localização geográfica facilita a oferta dos serviços. A pesquisa foi realizada com os trabalhadores da equipe de apoio dos seguintes setores: Copa, Limpeza, Manutenção, Radiologia e Lavanderia. Os sujeitos da pesquisa consistiram em 49 dos 234 funcionários destes serviços de apoio. Esses setores contam com 234 funcionários, distribuídos entre 38 na copa, 86 na limpeza, 46 na lavanderia, 19 na manutenção e 45 na radiologia. Totalizando 20% do quadro de funcionários de cada setor. Essa pesquisa foi realizada com entrevistas individuais, em respectivos setores de trabalho através de um questionário, com os trabalhadores da equipe de apoio hospitalar, as entrevistas foram gravadas para posteriormente serem transcritas. Para identificação individual de cada entrevistada, foram utilizadas as codificações C1, R1, L1, M1, e assim por diante. Foi preservada a privacidade e o anonimato de cada um, resguardando-lhes o direito, inclusive, de não concluírem a entrevista, se assim desejassem. Os sujeitos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconiza a resolução. 466/2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em que assegura a confidencialidade e o anonimato das informações prestadas e transcritas. Todos os dados coletados foram mantidos em total sigilo e privacidade, sendo que foram preservados os nomes dos participantes da pesquisa. Os TCLE foram entregues aos funcionários antes de começar as entrevistas. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa via Plataforma Brasil, protocolo n. 534.330, de 17 de fevereiro de 2014. Os riscos da pesquisa foram médios, pois o questionário foi individual com os funcionários entrevistados, e as dúvidas esclarecidas com diálogo na entrevista. Assim, para minimizar a possibilidade de desconforto e estresse,

foi enfatizada aos participantes a importância do sigilo das informações coletadas e transcritas, sendo que apenas o pesquisador poderá utilizá-las, mantendo o anonimato dos participantes. Inicialmente, foi solicitada autorização formal do Hospital Regional do Oeste, de Chapecó (SC), por meio da Declaração de Ciência e Concorrência das Instituições Envolvidas para a liberação da pesquisa. Utilizou-se a Análise de Conteúdo com Técnica de Análise Temática.

Resultados: Como categorias foram utilizadas o tema das questões da entrevista obtendo os resultados que forneceram dados acerca dos acidentes: A maioria dos entrevistados tinha de 30 a 40 anos, do sexo feminino, com educação básica, tendo em média de dois a cinco anos de empresa. Entretanto, os resultados apontam também que os entrevistados possuem dificuldades em identificar os tipos de agentes causadores de acidentes de trabalho, e que não consideram acidentes de trabalhos aqueles sem gravidade, somente reconhecem aqueles que causam afastamento ou lesões graves, a maioria relatou que recebeu assistência nestes casos, e que dentre os agentes causadores de acidentes de trabalho os produtos químicos tiveram a maior incidente de acidente nos pesquisados. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** Observamos, por meio desta pesquisa, que muitos dos acidentes de trabalho ocorrem por falta de conhecimento e pela baixa escolaridade dos profissionais, sendo estes os fatores que mais afetam a qualidade de serviço dos trabalhadores entrevistados. No entanto, é de suma importância o conhecimento a essas pessoas, que por sua vez ajuda na melhora qualidade do serviço prestado por esses funcionários. Percebemos também uns dos motivos destes acidentes com os serviços de apoio estão relacionados com a falta de atenção da equipe de enfermagem, com os mesmos. Tendo em vista que a enfermagem precisa das equipes de apoio para a realização de suas atividades diárias. Cabe aos enfermeiros orientar a sua equipe de saúde com responsabilidade, a fim de reduzir os acidentes de trabalho, como medidas de maior atenção durante as atividades diárias, evitar o envio de materiais impróprios a lavanderia, não deixar perfuro cortantes soltos ou sobre o nível da caixa coletora, cuidar mais da limpeza e seleção de lixos e roupas no hamper de roupas entre outros. Os serviços de apoio representam 234 funcionários no total, e que o seu bom funcionamento e rendimento refletem na assistência aos pacientes. De acordo com a equipe de apoio pesquisada, as capacitações ou treinamentos estão sendo poucos realizados, e muitos relataram que só aconteceu quando entraram para trabalhar na empresa. Isto demonstra a necessidade de ajudarmos nesta formação. Este estudo salienta um trabalho multiprofissional com os serviços de apoio e com a equipe de enfermagem, para que possamos realizar capacitações, oficinas e atividades de

educação continuada integrados, e educação permanente com cada serviço, de maneira eficaz e de boa qualidade, para que com essa educação possamos diminuir os acidentes de trabalhos nas equipes de apoio e fortalecer o trabalho em equipe.

Palavras-Chave: Acidentes de trabalho, Saúde do trabalhador, Enfermagem, Prevenção de Acidentes.

REFERÊNCIAS

- [1]. Carvalho GM. Enfermagem do trabalho. São Paulo: EPU. 2001; 315.
- [2]. Silva AICD. Análise da qualidade dos registros de acidentes biológicos com materiais perfuro-cortantes na Fundação Oswaldo Cruz no período de 1999 a 2004. 2006. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2006.
- [3]. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- [4]. Flick U. Pesquisa qualitativa. In: Angrosino M, Flick U. (Coord.). Etnografia e observação participante. Porto Alegre: Artmed. 2009.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

AÇÕES EDUCATIVAS NA EDUCAÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ – SC

CHARMAINE COUTO¹, GEISA PERCIO DO PRADO², RENATA MENDONÇA RODRIGUES³

1. Enfermeira do Hospital Unimed Chapecó; 2. Bióloga. Professora da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 3. Bióloga. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS. Professora da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

RESUMO

Introdução: Estudos trazem as parasitoses intestinais como um tipo de endoparasitismo cujos agentes etiológicos são helmintos ou protozoários, os quais, em pelo menos uma das fases do ciclo evolutivo, localizam-se no trato gastrointestinal do homem, podendo provocar diversas alterações patológicas¹. Ainda hoje, as infecções parasitárias estão entre as mais disseminadas desordens que afetam crianças em idade escolar². Juntamente com estes dados, verificou-se que ultimamente, a promoção da saúde tem sido um dos assuntos mais debatidos nos diferentes espaços da produção do conhecimento e das práticas de saúde. Os parasitos são capazes de ocasionar vários sintomas, como: cansaço, fadiga, perda do rendimento escolar, problemas respiratórios e sintomas mais graves ocasionando até a morte. O que nos angustia, pois entendemos que medidas de higiene e práticas educativas, já poderiam amenizar a situação. Essa pesquisa justificou-se pela necessidade em promover mais ações educativas nas escolas da rede básica, pois ainda percebeu-se o quanto esse tipo de patologia atinge preferencialmente crianças, sua entrada e permanência durante os primeiros anos nas escolas. Acredita-se, no entanto que estas ações educativas no âmbito escolar são de uma importância incalculável, devido às mudanças que causam nos hábitos de higiene, na prevenção a doenças e promoção em saúde que proporcionam.

Objetivos: Promover e contextualizar as ações educativas realizadas em uma escola, de um bairro do município de Chapecó, como meio de prevenção individual e coletiva para parasitoses intestinais, através de métodos lúdicos visando intervir na promoção da saúde da população e prevenção dessas doenças. Promover e divulgar os princípios básicos de educação sanitária. Conhecer as potencialidades e fragilidades da intervenção lúdica após sua realização segundo percepção dos estudantes. **Metodologia:** Frente às dúvidas e questões impostas por esta pesquisa, este trabalho é de caráter qualitativo, de método descritivo e

norteado pelo Método Criativo-Sensível (MCS)³, que contempla as características necessárias para abordar a pesquisa qualitativa e que permite identificar e revelar a significância do uso de como estratégias metodológicas no processo de ensino e aprendizagem nas diferentes áreas de formação profissional. Entende-se que o método permite o desvelar o problema da pesquisa, uma vez que valoriza o grupo e respeita a singularidade dos participantes. A metodologia foi realizada com o levantamento de dados pelo uso de questionários e desenvolvimento de desenhos antes e após as intervenções educativas lúdicas direcionadas aos alunos. Foram questionados a professora de ciências, gestora escolar e pais. A escolha dos participantes foi através da indicação dos professores de 1º ao 6º ano do ensino fundamental, 26 alunos participaram da pesquisa, realizando o primeiro desenho sobre o que entendiam sobre as parasitoses intestinais. Num segundo momento, estes alunos participaram de atividades lúdicas educativas e foram convidados a realizarem o segundo desenho sobre o tema abordado. A pesquisa teve início no mês de outubro de 2012 e se estendeu por todo o ano de 2013. As intervenções e coleta de dados ocorreram nos meses de setembro e outubro de 2013 e a finalização da interpretação e análise de dados ocorreu em novembro de 2013. A primeira etapa da análise consistiu na leitura compreensiva do material, seguindo na exploração do material, e por fim a elaboração de síntese interpretativa. Foi realizada síntese interpretativa, elaborando uma articulação entre os objetivos do estudo, da base teórica adotada e dos dados empíricos obtidos.

Resultados e discussão: Em uma análise geral dos questionários respondidos pelos pais, percebe-se o quanto os pais consideram importantes estas ações educacionais em saúde nas escolas, no entanto percebe-se que 59% dos alunos, na visão dos pais não recebem nenhum tipo de ação educacional quando as parasitoses intestinais, isso nos mostra a fragilidade direcionada a este assunto. Outro fator relevante é que aproximadamente 91% dos pais responderam que são informados por seus filhos quanto às ações educacionais

e de saúde na escola, o que nos mostra a interação educacional fortalecida entre escola/pais/alunos. O que além de ajudar na educação escolar, leva os métodos promocionais em saúde não só para alunos, mas também, indiretamente para os âmbitos familiares. Realizando uma breve análise dos questionários respondidos pela professora e gestora escolar, percebeu-se que somente os alunos são os mais visados para estas educações em saúde e que por algumas vezes isso se estende a outros profissionais, mas em nenhum momento, os pais ou familiares foram citados nas respostas, ou seja, para estes educadores, o âmbito familiar ainda não faz parte do elo do conhecimento e ações que irão proporcionar a promoção em saúde coletiva. A escola deve ser percebida na comunidade ao seu entorno e não somente pelos alunos e educadores que lá trabalham. Se fizermos uma conexão das respostas dos pais com as respostas da professora de ciências e da diretora escolar, percebemos algumas contradições. A professora e gestora escolar garantem haver atividades educativas acerca das parasitoses intestinais, mas segundo a percepção dos pais, essas ações não ocorrem ou eles não consideram as atividades desenvolvidas pela escola de forma suficiente. No entanto, quando se pede sobre atividades no âmbito escolar sobre educação em higiene e hábitos de vida saudáveis, todos responderam positivamente quanto a isso. Porém, em sua maioria as ações parecem ser direcionadas para saúde bucal, tanto que em relatos de quando essas ações ocorrem, pais responderam que um odontólogo visita a escola regularmente. Os alunos demonstraram em seus desenhos iniciais pouca ou nenhuma informação sobre parasitoses intestinais como pode mostrar análise entre os primeiros com os segundos desenhos. Algumas crianças desenharam micróbios no braço e/ou pessoas tristes e doentes, o que nos remete à um conceito enfraquecido de saúde e doença dos alunos. Questões de higiene, cuidados corporais, e saúde não foram discutidas durante o segundo contato com os alunos. Já nos segundos desenhos, percebeu-se uma crescente melhora na interpretação e demonstração do conhecimento acerca das parasitoses intestinais e principalmente nos métodos de prevenção a estas doenças, como lavagem das mãos e dos alimentos antes do consumo e ainda de se evitar o consumo de água contaminada. Alguns alunos demonstraram através do segundo desenho traços morfológicos de alguns parasitas apresentados durante a intervenção educativa, no entanto, demonstraram a importância da higiene pessoal, higienização de alimentos, após contato com animais. Enfim, foi possível observar o quanto os alunos puderam compreender e absorver as ideias principais, sobre o tema abordado, chegando então a concluirmos que atingimos o maior objetivo das ações educativas, que eram a promoção em

saúde como forma de prevenção a estas parasitoses intestinais. **Conclusões e implicações na enfermagem:** Os alunos demonstraram em seus desenhos iniciais pouca ou nenhuma informação sobre parasitoses intestinais como pode mostrar análise entre os primeiros com os segundos desenhos. Algumas crianças desenharam micróbios no braço e/ou pessoas tristes e doentes, o que nos remete a um conceito enfraquecido de saúde e doença dos alunos. Questões de higiene, cuidados corporais, e saúde não foram discutidas durante o segundo contato com os alunos. Já nos segundos desenhos, percebeu-se uma crescente melhora na interpretação e demonstração do conhecimento acerca das parasitoses intestinais e principalmente nos métodos de prevenção a estas doenças, como lavagem das mãos e dos alimentos antes do consumo e ainda de se evitar o consumo de água contaminada. Alguns alunos demonstraram através do segundo desenho traços morfológicos de alguns parasitas apresentados durante a intervenção educativa, no entanto, demonstraram a importância da higiene pessoal, higienização de alimentos, após contato com animais. Enfim, foi possível observar o quanto os alunos puderam compreender e absorver as ideias principais, sobre o tema abordado, chegando então a concluirmos que atingimos o maior objetivo das ações educativas, que eram a promoção em saúde como forma de prevenção a estas parasitoses intestinais. Pode-se concluir nesta pesquisa a carência de ações que permitam a eficiente aprendizagem de higiene e saúde na prevenção e promoção de saúde pelos alunos e familiares, bem como falta de planejamento de ações transversais sobre as parasitoses intestinais. Pode-se afirmar que o método lúdico se mostrou eficaz, já que os alunos puderam demonstrar melhor a relação de higiene e saúde na prevenção das parasitoses intestinais abordadas e também a relação dos parasitas com sua forma e transmissão. Sugere-se que atividades lúdicas, através da inserção da enfermagem nas escolas de educação básica sejam regulamentadas e de fato realizadas, principalmente na prevenção de inúmeros problemas de saúde. O envolvimento dos profissionais da saúde, em especial do profissional enfermeiro na escola, apresenta-se de maneira assistencial, auxiliando na sensibilização e no desenvolvimento dos Programas/Políticas de Saúde Escolar, na implementação e implantação das ações básicas deste programa, das quais se cita: a Avaliação das Condições de Saúde; Promoção da Saúde e Prevenção. O uso de métodos criativos não deixa de ser científico e não se distancia do saber – fazer profissional. Ancorar atividades que por tradição são mais estanques, em técnicas reflexivas mostrou ser uma estratégia que desperta o interesse e gera discussões coletivas para um compartilhar em outros contextos e ambientes⁴.

Palavras-Chave: Parasitoses, Saúde da Criança, Enfermagem, Jogos e Brinquedos, Educação.

REFERÊNCIAS

- [1]. Ferreira, GR; Andrade, CFS. Alguns aspectos socioeconômicos relacionados a parasitoses intestinais e avaliação de uma intervenção educativa em escolares de Estiva Gerbi. Rev Soc Bras Med Trop SP.2005; 38(5). [Acesso 08mar. 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v38n5/a08v38n5.pdf>
- [2]. Prado MS, *et al.* Prevalência e intensidade da infecção por parasitas intestinais em crianças na idade escolar na Cidade de Salvador. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Bahia. 2001; 34(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n1/4326.pdf>
- [3]. Cabral IE. O método criativo e sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: Gauthier, J.H.M. et al. Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- [4]. Prado GP, Oestereich S, Passos MG, Nakamura AKS. O Processo de Adolescer e da Sexualidade. In: Anais do Simpósio Internacional sobre Interdisciplinaridade no Ensino, na Pesquisa e na Extensão – Região Sul – SIIIEPE. Florianópolis, 2013.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

ANAMNESE E EXAME FÍSICO: FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA

JÉSSICA COSTA MAIA¹, EDLAMAR KÁTIA ADAMY², MARIANA MENDES¹, MARCIA DANIELI SCHIMITT¹, CARINE VENDRUCOLO³, MARIA LUIZA BEVILAQUA BRUM⁴

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), voluntária de iniciação científica; 2. Enfermeira. Mestra do Departamento de Enfermagem da UDESC. Coordenadora da pesquisa; 3. Enfermeira. Doutora do Departamento de Enfermagem da UDESC, membro integrante da pesquisa; 4. Enfermeira. Mestre do Departamento de Enfermagem da UDESC, membro integrante da pesquisa.

RESUMO

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento que proporciona melhorias na qualidade da assistência prestada e confere ao enfermeiro autonomia profissional. Sua implementação visa o cuidado individualizado, holístico, humanizado e baseado em evidências científicas. Segundo a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, dentre as etapas do PE está o Histórico de Enfermagem, em que se realiza a anamnese e exame físico. A realização dessa etapa subsidia as demais e fornece informações essenciais para o planejamento dos cuidados. Para uma assistência de enfermagem qualificada e a aplicabilidade do PE de forma efetiva, faz-se necessário aproximar o conhecimento adquirido na graduação de enfermagem com a prática assistencial e a formação em saúde, por meio da educação permanente ou continuada. Nesse sentido, aponta-se como um desafio para docentes, enfermeiros e acadêmicos viabilizar a utilização do PE como método de trabalho, além de criar estratégias de sensibilização para seu uso. Na perspectiva de uma formação em saúde contínua e permanente, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor¹. Institui-se inúmeras articulações governamentais para que a Educação Permanente em Saúde (EPS) fizesse parte do cotidiano dos profissionais da saúde e graduandos. Nessa direção, o Ministério da Educação (MEC) instituiu a Resolução CNE/CES, nº 3, de 7 de novembro de 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, reafirmando que para os profissionais da saúde, em especial da Enfermagem, a EPS compreende-se como requisito para o exercício da prática profissional comprometida com as

necessidades de saúde da população. Sobre a EPS e sua inserção no SUS, esta surge como estratégia para a transformação no processo de trabalho, pois tem cunho reflexivo, crítico e tecnicamente responsável². A portaria nº 198 refere-se à EPS como ferramenta de trabalho que articula, entre o sistema de saúde e os usuários, propostas de identificação de problemas no processo de trabalho em saúde e na construção de soluções. Contudo, a EPS tem como desafio despertar o trabalhador da saúde para a problematização de sua prática, com o intuito de refletir seus modos de agir e assim construir novos métodos de trabalho que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade. A partir das expectativas, necessidades e problematização do dia a dia laboral é que ocorre a transformação do processo de trabalho. Alega ainda, que esta prática tem finalidade de despertar os profissionais da saúde sobre as potencialidades e fragilidades da práxis, reafirmando o compromisso com os usuários e o sistema de saúde³. **Objetivos:** Conhecer o processo de formação dos enfermeiros que atuam na atenção básica sobre a primeira etapa do PE. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo. Foram entrevistados 28 enfermeiros que atuam na atenção básica de um município do Oeste de Santa Catarina, aplicando-se um questionário com perguntas semiestruturadas, analisadas a luz da análise de conteúdo. Foram critérios de inclusão: enfermeiros efetivos ou contratados vinculados à secretária municipal de saúde do município, atuar na área de assistência direta ao paciente. Excluíram-se enfermeiros em licença ou algum tipo de afastamento e que desempenham atividades administrativas. A pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) sob nº 124.167 de 15 de outubro de 2012 e seguiu os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resultados:** Os 28 profissionais entrevistados

eram do sexo feminino de idade entre 25 e 65 anos, sendo que a maioria se encontrava na faixa etária entre 35 a 44 anos. Todos os sujeitos da pesquisa contratados por concurso público municipal vinculado a Prefeitura Municipal, com tempo de contratação na instituição entre oito meses e 19 anos. Os participantes possuem graduação em enfermagem, concluída entre dois a 34 anos. Dos sujeitos da pesquisa, 25 enfermeiros possuem especialização em alguma área de enfermagem, prevalecendo à especialização em Estratégia de Saúde da Família (ESF) (17) e Gestão Social (cinco), três não possuem especialização e das que possuem especialização, duas estão cursando mestrado. Todos os entrevistados afirmaram ter contato com informações sobre como realizar a anamnese e exame físico em diferentes momentos durante a graduação e somente dois destes voltaram a estudar o PE durante a especialização. Contudo, embora tenham contato com o PE desde o início e no decorrer da graduação, muitos dos sujeitos entrevistados não o executam em sua práxis, salvo em casos muito específicos como no atendimento a puericultura, saúde da mulher, na coleta do preventivo do câncer do colo do útero, com pacientes hipertensos e diabéticos. Ainda, este estudo apresenta os motivos pelos quais os enfermeiros não executam na prática profissional a anamnese, o exame físico e mesmo o PE. Justificam como (co) responsáveis por essa abstinência, a falta de tempo, de recursos materiais e humanos, demanda excessiva de atendimento e impaciência dos pacientes. Doze deles evidenciaram o desejo por realizar a anamnese e o exame físico, e afirmam que são fundamentais para que o PE seja implementado. No ensino do PE, considera-se que a formação do enfermeiro requer atenção quanto a relação dos conteúdos teóricos e a prática assistencial. É a partir das disciplinas que o PE é introduzido e construído conhecimentos e competências para executar suas fases, além de fomentar habilidades das disciplinas do componente profissional, pois estas tem a finalidade de oportunizar o aprendizado teórico e prático. No que tange a formação em saúde, mais especificamente a EPS e a forma como os enfermeiros a entendem como processo individual ou no âmbito da equipe, os resultados ratificam a importância da implantação de processos de EPS no cotidiano dos profissionais inseridos na assistência. A qualificação profissional visa o aprimoramento, em razão das constantes mudanças nos campos científico e tecnológico buscando atender as necessidades que os profissionais apresentam em seus processos de trabalho. Neste contexto, a PNEPS surge como uma nova estratégia na criação e desenvolvimento das práticas educativas, também apresenta-se como recurso inovador visando interligar o aprendizado à vida cotidiana às práticas sociais e laborais. No Brasil, as iniciativas de educação de trabalhadores na área da

saúde ganharam ênfase a partir do SUS e com as DCNs, nos anos 1990. Esse processo objetiva a transformação das práticas técnicas e sociais, com foco nas ações interdisciplinares e prática institucionalizada que busca fortalecimento do trabalho em equipe, apropriação ativa dos saberes técnico-científicos e mudanças institucionais¹. Nessa direção, não se pode pensar somente em campos de saberes, mas também em interação nos processos educativos. Processos de EPS são ferramentas de trabalho para formação de enfermeiros que contribuam em atividades que possibilitem melhores condições de saúde à população e permitem a construção de conhecimentos baseado em evidências científicas. Contudo, após a graduação, o PE tende a ser mais resumido, fragmentado e alguns profissionais perdem o interesse em realizá-lo ou de atualizarem-se. Além disso, não encontram a relação entre a sua utilização e a oportunidade de garantir e otimizar as mudanças na prática de trabalho em enfermagem. Esse estudo permitiu perceber que depois de formado os enfermeiros têm dificuldades em realizar a anamnese e o exame físico e que isso influencia diretamente no seu processo de trabalho. Para o enfermeiro e a profissão se manterem vivos é necessário manter a busca pela competência, pelo conhecimento e, pela atualização, além de que, a EPS tem por objetivo levar o profissional ao autoaprimoramento ao longo de sua vida profissional⁴. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** Foi possível perceber que na formação acadêmica, os enfermeiros estudaram o PE, anamnese e exame físico; compreendem sua importância e reconhecem que o conhecimento científico é fundamental para avaliar o paciente; há pouco contato com o tema após concluírem a graduação; há discrepância entre o que se ensina e o que se vivencia na prática assistencial. Faz-se necessário estimular o uso do PE nos diferentes campos da assistência, aulas teórico-práticas e estágios, desde o início da graduação, estimular as instituições de saúde a proporcionar condições da aplicabilidade do PE, bem como implantar e implementar programas de EPS objetivando sanar as lacunas existentes na formação do enfermeiro. Ao concluir esta pesquisa percebeu-se a necessidade de novo estudo que avalie a forma como se ensina o PE na formação do enfermeiro, identificando se há uma uniformidade no processo de ensino/aprendizagem e quais as lacunas existentes nas propostas curriculares em vigência. A primeira etapa do processo de enfermagem, mais precisamente a anamnese e o exame físico possibilita o enfermeiro conhecer e identificar problemas de saúde do paciente levando em consideração o contexto social em que este indivíduo está inserido e a partir disso elaborar os diagnósticos e o plano de cuidados, visando à promoção, prevenção e a reabilitação da saúde. Um cuidado sistematizado permite

atender aos princípios e diretrizes do SUS e garantir a segurança no atendimento ao paciente.

Palavras-Chave: Enfermagem, Ensino, Educação em enfermagem, Anamnese, Exame Físico.

REFERÊNCIAS

- [1]. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2005 [acesso 8 mai.2015]; 10(4): 975-986. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en
- [2]. Silva GM, Seiffert OMLB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. *Rev Bras Enferm*. 2009 Mai [acesso 07 mai. 2014]; 62(3):362-66. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/05.pdf
- [3]. Braga AT, Melleiro MM. Percepção da equipe de enfermagem acerca de um serviço de educação continuada de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 [acesso 14 mai. 2014]; 43(2):1216-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600012
- [4]. Paschoal AS, Mantovani MF, Lacerda MR. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006 [acesso 16 mai. 2014]; 27(3): 336-43. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=581976&indexSearch=ID>



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM E AUDITORIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

MARLOVA APARECIDA DE CAMPOS VIEIRA¹, ROSANA AMORA ASCARI², TANIA MARIA ASCARI³, OLVANI MARTINS SIVA³, GABRIELA HAHN⁴

1. Enfermeira. Especializanda em Auditoria de Serviços de Saúde pelo Centro Sul-Brasileiro de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação (CENSUPEG); 2. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente da UDESC e do CENSUPEG. Membro do Grupo de Estudos Sobre Saúde e Trabalho – Gestra/Udesc; 3. Enfermeira. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado Humano e Processo Saúde-Adoecimento; 4. Acadêmica de Enfermagem da UDESC.

RESUMO

Introdução: A auditoria é uma prática oriunda da contabilidade, surgida entre os séculos XV e XVI na Itália, a partir de práticas de escrituração comercial¹. A ampliação da auditoria contábil foi impulsionada pelo modo de produção capitalística, que a utilizou como instrumento de domínio financeiro, por contabilizar os gastos e os ganhos de um negócio. No Brasil, a auditoria de enfermagem continuou em fase rudimentar até a década de 1970, período em que surgiu o primeiro registro publicado sobre o assunto, em periódico científico brasileiro, marcando o início formal dessa prática no país². O presente trabalho vem fazer uma abordagem de como as anotações de enfermagem impactam no processo de auditoria, uma ferramenta gerencial, pela qual é possível identificar facilidades e dificuldades assistências, custos desnecessários, desgaste dos profissionais entre outros apontamentos que balizam decisões importantes pelos administradores dos serviços de saúde. **Objetivo:** Analisar como a literatura científica aborda as anotações de enfermagem sob o prisma da auditoria de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, pautado nas seguintes etapas: definição da questão de pesquisa, dos critérios de inclusão e de exclusão dos estudos; seleção dos estudos; coleta de dados; revisão por pares dos artigos excluídos do estudo; inserção os trabalhos selecionados em uma tabela elaborada para a organização dos dados coletados; tabulação, análise e discussão dos resultados; organização de manuscrito para divulgação dos resultados. Considerou-se critérios de inclusão artigos publicados entre janeiro de 2010 à janeiro de 2015; disponível no idioma português, inglês e espanhol; publicações nacionais e internacionais na forma do artigo científico (relatos de experiência, revisão integrativa de literatura e artigos originais) que abordam a associação da assistência e/ou anotações de

enfermagem com auditoria de enfermagem, disponível online nas bases contempladas na *Biblioteca Cochrane: Biblioteca Virtual em Saúde* (Bireme) que são: *Medical Literature Analysis and Retrieval System online* (MEDLINE); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Base de dados de enfermagem* (BDENF). O critério de exclusão selecionado foi estudos duplicados. Para a busca, seleção e organização dos estudos utilizaram-se os descritores associados: Assistência de enfermagem AND Anotações de enfermagem AND Auditoria de Enfermagem. A busca dos trabalhos em base de dados foi realizada via Programa Sophie (programa de computador para auxiliar o processo de análise e classificação dos artigos, em que o domínio da aplicação encontra-se registrado no Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (NIC.br), cujo *ticket* de criação é o número 13232530 e o nome de domínio *programasophie.com.br*, podendo ser acessado pelo *site*: *www.programasophie.com.br*). A coleta de dados foi realizada em fevereiro de 2015, sendo encontrados 13 artigos. Os autores realizaram a leitura individual dos títulos e resumos separando-os em pastas no programa Sophie identificadas: Associação entre Anotações de enfermagem e Auditoria de enfermagem (n=6), Fuga do tema (n=6) e Artigo duplicado (n=1). Num segundo momento os pesquisadores realizaram leitura minuciosa dos seis artigos selecionados, sendo os dados coletados transcritos para o “Formulário para registro das informações extraídas e análise dos artigos”. A análise dos dados deu-se pela técnica de análise de conteúdo para identificar a associação da assistência de enfermagem e/ou anotações de enfermagem com auditoria de enfermagem. **Resultados e Discussão:** Com relação ao método de pesquisa, foram identificados um estudo descrito como multicêntrico e transversal (16,6%), três retrospectivo quantitativo (50%), um

exploratório (16,6%) e um estudo de revisão bibliográfica narrativa (16,6%). Observa-se que para o desenvolvimento dos estudos, os pesquisadores utilizaram diversos instrumentos e métodos, a saber: entrevista, questionário, formulários para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem, com base no prontuário dos pacientes e nas prescrições de enfermagem; observação direta do paciente e do processo de enfermagem (PE). Este estudo foi composto por seis artigos, sendo que destes, cinco utilizaram avaliação de prontuários e mensuração por escalas pré-definidas de avaliação de qualidade e apenas uma utilizou a aplicação de questionário com enfermeiras auditoras, em seu local de trabalho. Em um dos estudos os pesquisadores sinalizam que a prescrição de enfermagem não contempla as peculiaridades de cada paciente, ficando restrita aos cuidados mais básicos e abrangentes. Em outro que analisa a qualidade das prescrições de enfermagem na amostra que apesar dos PE alcançarem quesitos de qualidade em alguns itens estudados, ele evidencia que no cenário atual a principal dificuldade encontrada e que prejudica muito o desenvolvimento correto das PE e conseqüentemente compromete o cuidado. No estudo realizado com enfermeiro auditor, onde se avaliou a prática cotidiana dos mesmos, constatou que o próprio profissional formata suas atividades de acordo com a estrutura hospitalar onde ele está inserido, não sendo seguido logística para o desenvolvimento de suas atividades, caracterizada basicamente pela auditoria retrospectiva, predominantemente voltada para a área contábil e ao registro em prontuário do paciente, não buscando evidências entre os registros de enfermagem e a assistência prestada. O mesmo estudo cita que na grande maioria os registros de enfermagem são insuficientes ou inexistente, despertando preocupação com relação a qualidade do atendimento prestado por estes profissionais. Em outro estudo ele nos sinaliza que o preenchimento completo dos registros tem um índice baixíssimo, e com isso prejudicando a continuidade e a legitimação do trabalho da enfermagem. O trabalho realizado sobre a produção científica e a qualidade dos registros versa que ainda existe muito pouco estudo relacionado com esta temática, ficando a auditoria de enfermagem muito focada na parte contábil do processo, e que os registros de enfermagem ainda são muito precários, necessitando de esforço coletivo para melhorar os registros e com isso conseguir um estudo mais satisfatório e com informações que expressem efetivamente o que ocorre com paciente e como seu cuidado está sendo realizado. Outro estudo realizado em lares para cuidar de idosos na Austrália, onde houve um comparativo dos registros de enfermagem realizados em papel e eletrônicos, observou-se que a frequência de documentação foi maior em eletrônicos do que em

registros em papel com relação à maioria dos cuidados, sistemas eletrônicos de documentação de enfermagem poderia melhorar a qualidade da estrutura de documentação e forma, processo e conteúdo nos aspectos de quantidade, abrangência, assinar e datar como formas de avaliação. A auditoria tem se destacando por ser uma ferramenta de suma importância com a finalidade de avaliar a qualidade dos processos e os resultados dos serviços de Saúde³. O serviço de auditoria sempre esteve associado ao controle administrativo-financeiro das organizações. A equipe de auditoria geralmente é composta por diferentes profissionais, que realizam a apreciação qualitativa e quantitativa do prontuário antecipadamente ao faturamento e posterior a ele constatando as glosas a serem efetuadas e produzindo relatórios para a tomada de decisão. Quanto mais informações o enfermeiro registrar sobre a clínica do paciente e a assistência realizada, melhor será sua defesa legal, no caso de ocorrer algum processo⁴. Na maioria dos hospitais, o gerenciamento de auditoria e controle de glosas é um processo crítico para a saúde financeira das instituições, uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS) somente efetua pagamento das cobranças de Autorização de Internações Hospitalares (AIH), apresentadas nas Contas Hospitalares dos pacientes que estejam de acordo com as regras estabelecidas e tabelas de procedimentos⁵. Conforme a Resolução nº 266/2001, do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), o enfermeiro auditor no exercício de suas atividades deve organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de enfermagem; deve ainda ter uma visão holística, abrangendo qualidade de gestão, qualidade de assistência e econômico-financeira, visando sempre o bem-estar do ser humano. A auditoria de enfermagem ainda é uma área carente de atuação efetiva, uma vez que abre um leque de possibilidades para o desenvolvimento de uma assistência integral, segura e de qualidade, embora seja uma área de atuação da enfermagem em crescente expansão, ainda atua retrospectivamente, com foco na questão financeira e pouco educativa, o que compromete princípios básicos da auditoria: a de assessorar a gestão na melhoria do cuidado. **Considerações Finais e Contribuições para a Enfermagem:** A literatura aponta para a falta de comprometimento por parte dos profissionais de enfermagem, da importância dos registros, não só para a segurança do paciente, mas para o próprio profissional como garantia de que realizou a assistência adequada e de qualidade. Este estudo reafirma que a auditoria da assistência à saúde, sobre tudo dos registros de enfermagem é de suma importância para a evolução da qualidade dos serviços dispensados aos usuários dos sistemas de saúde e, quando realizada *in loco*, estimula o

desenvolvimento profissional por meio de educação continuada.

Palavras-Chave: Enfermagem, Auditoria, Anotações de Enfermagem, Assistência de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1]. Santi PA. Introdução à auditoria. São Paulo: Atlas. 1988; 253p.
- [2]. Pinto KA, Melo CMM. Nurses' practice in health audit. Rev Esc Enferm. USP. 2010; 44(3):671-8.
- [3]. Portal da Contabilidade, 2009. Disponível em: www.portaldecontabilidade.com.br/.../resolucaoafc12012009.htm
- [4]. Carpenito-Moyet JL. Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. 5. ed. Artemed: Porto Alegre. 2011.
- [5]. MV Sistemas. Gestão Hospitalar. 2008. Disponível em: <http://www.mvsistemas.com.br>



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 2: Construindo conhecimento da extensão na Enfermagem

APLICAÇÃO DA ESCALA DE MORSE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

MAIARA ARIANE NICHEL¹, JULIANA WIEBLING², GÉSSICA STOCCO², FERNANDA KARLA METELSKI³, OLVANI MARTINS SILVA⁴, MONIQUE DONATO DEOLIVEIRA⁵

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Bolsista de Extensão; 2. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; 3. Enfermeira. Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais. Professora Colaboradora UDESC – CEO. Enfermeira da Secretaria de Saúde de Chapecó; 4. Enfermeira. Mestre. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; 5. Enfermeira do Hospital Regional do Oeste – HRO.

RESUMO

Introdução: Apesar do rápido desenvolvimento tecnológico e científico em todas as áreas do conhecimento, com destaque a área da saúde vem se observando falha em muitas decisões tomadas no ambiente hospitalar, onde ainda se trabalha acerca da ocorrência e não mais na prevenção de eventos adversos, tais como as quedas, que certamente interferem na segurança adequada ao paciente, atuação da equipe e da qualidade da assistência prestada¹. A preocupação com qualidade do cuidado e com a segurança do paciente nas instituições de saúde tem surgido em âmbito global². O Ministério da Saúde (2013), relata a queda como qualquer deslocamento para nível inferior a posição inicial, sendo esse deslocamento não intencional e por circunstâncias multifatoriais, resultando em dano ou não. As quedas em ambiente hospitalar aponta atualmente um índice de dois em cada cinco eventos relacionados à segurança do paciente, sendo que as lesões decorrentes de quedas correspondem 15% a 50% dos eventos. Um meio para se avaliar o risco de queda do paciente em ambiente Hospitalar é através da aplicação da escala de Morse, onde é avaliado o risco que o paciente tem de sofrer uma queda, sendo que esta avaliação deve ser realizada no momento da admissão do paciente com o emprego da escala de Morse esta avaliação deve ser repetida a cada três dias e na ocasião de alta, devendo ser avaliados a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. Como por exemplo, a osteoporose, fraturas prévias³. A escala de Morse foi desenvolvida na Universidade de Alberta no Canadá em 1985, por Janice Morse com o de identificar os indivíduos com risco de quedas. Para o desenvolvimento desta escala foi realizado um estudo com 100 doentes que caíram e 100

doentes que não caíram de forma randomizada⁴. Na aplicação da escala os pacientes são avaliados em 6 quesitos sendo que 3 deles são de respostas “sim” e não” sendo que cada um corresponde a um valor, quanto aos outros 3 quesitos são respostas um pouco mais detalhadas, onde cada resposta também corresponde a um valor específico. A pontuação total da escala varia entre 0 e 125 pontos sendo que os indivíduos são alocados de acordo com o risco que apresenta, como sem risco varia entre 0 – 24 pontos, baixo risco entre 25 – 50 pontos e alto risco > igual a 51 pontos⁴. **Objetivo:** Este relato de experiência tem por objetivo transpor os atividades realizadas de ensino, extensão e pesquisa através do trabalho em equipe para analisar o risco de quedas dos pacientes internados em um hospital público. **Métodologia:** É um relato de experiência da aplicação da escala de Morse realizada em um Hospital público no Oeste de Santa Catarina no período de março há abril de 2015, por acadêmicos em seus respectivos horários de estágios, nos setores de Neurologia, Clínica Traumatológica, Clínica Cirúrgica Geral e Clínica Médica. A aplicação se deu através do trabalho em equipe das áreas do ensino por meio de um projeto assistencial, da equipe de extensão por meio da transcrição e tabulação dos resultados, e pesquisa através da aplicação da escala de Morse. A aplicação da escala foi realizada em dias alternados, após os resultados pontuados na escala eram transcritos em planilhas de Excel para posteriormente tabulação pela equipe de extensão. Fontoura *et al.* (2009)⁵ traz a tríade ensino, pesquisa e extensão, como meio importante para se trabalhar de forma articulada, e tem sido uma realidade, a pesquisa e as atividades de ensino têm permitido a compreensão da realidade e a extensão tem trazendo a possibilidade de transformá-la. Através das ações desenvolvidas, tem procurado colaborar para que a Universidade cumpra com um dos

seus papéis sociais que é de retornar para a comunidade o conhecimento produzido. **Resultados:** Foram avaliados através da aplicação da escala de Morse 365 pacientes, destas avaliações, 117 foram excluídas por não possuir os dados completos do paciente, constituindo a amostra de 268 avaliações, as quais foram subdivididas em grupos conforme o setor de internação do paciente. Para tanto o setor de Neurologia foram realizadas 75 avaliações, destas 25 (24,50 %) apresentaram alto risco de quedas, pois tiveram resultado > igual a 51 pontos. No setor de internação de Clínica Médica foram realizadas 38 avaliações, sendo que 15 (16,84 %), pacientes apresentaram risco elevado de quedas, já no setor de internação da Clínica Cirurgia Geral foram realizadas 48 avaliações, sendo que em 4 (4,88 %) pacientes apresentaram risco elevado para quedas, na Clínica Traumatologia-ortopedia foram 107 avaliações sendo que 30 (26,08 %) pacientes apresentaram risco elevado para quedas. No total das 268 avaliações, 74 (19,23 %) obtiveram resultado > igual a 51 pontos, este resultado implica em risco elevado para quedas. Podemos observar que o percentual dos resultados quando avaliados em geral sem um olhar clínico não está alto, porém se tratando de um evento adverso com a queda esses valores passam a ter mais representatividade, passando a representar uma porcentagem de grande relevância, tornando uma evento que deve ser melhor trabalhado, para que assim o paciente teve menos riscos de quedas. Considerações: Durante as atividades desenvolvidas os acadêmicos puderam observar que a utilização da escala de Morse é viável, e de fácil aplicabilidade e que se demonstra efetiva na identificação do risco de quedas nos pacientes. E com isso é possível assegurar a uma melhor assistência de enfermagem, reduzindo os riscos e prevenindo eventos adversos. Também conseguiu-se criar um vínculo maior entre os acadêmicos o que permite que o trabalho seja mais amplo e de maior efetividade, pois tem uma visão e trabalho de várias equipes que trabalham juntas em prol de um objetivo. **Implicações para a Enfermagem:** Uma das metas do Ministério da Saúde é instituir ações a nível nacional para promover a segurança do paciente. A enfermagem por ter sua atuação voltada ao cuidado é uma forte aliada na efetivação de tais metas, e a prevenção de quedas é uma das prioridades a ser implementada.

Palavras-Chave: Segurança do Paciente, Cuidados de Enfermagem, Política de Saúde.

REFERÊNCIAS

- [1]. Hayakawa, LY, *et al.* Risco de queda da cama. O desafio da enfermagem para a segurança do paciente. *Investigación y Educación en Enfermería, Medellín.* 2011; 29(3):459-66. [acesso 23 mar. 2015]. Disponível em: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012053072011000300015&nrm=iso&tlng=PT
- [2]. Silva, AEBC. Segurança o paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem [internet].* 2010; 12(30):422. [acesso 27 mar. 2015]. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm
- [3]. Brasil. MS. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC50, de 21 de fevereiro de 2002. [acesso 27 mar. 2015] Disponível em: www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/RDC%20N%C2%BA%2050-2002.pdf
- [4]. Costa-Dias MJ, Martins TAF. Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse (MFS). *Revista de Enfermagem Referência.* 2014; 1:10. [acesso 27 mar. 2015]. Disponível em: www.file:///C:/Users/Cliente/Downloads/7_Revista_de_Enfermagem_Refer%C3%A2ncia_RIII13101_-_Portugu%C3%AAs.pdf
- [5]. Fontoura ME, *et al.* A Tríade: Ensino, Pesquisa e Extensão na construção de Escolas. Inclusivas. X Salão de Iniciação Científica. 2009; 1364-73. [acesso 15 mar. 2015]. Disponível em: http://www.pucrs.br/edipucrs/XSalaoIC/Ciencias_Humanas/Educacao/70307-MARIAEUGENIASANTOSDAFONTOURA.pdf



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 2: Construindo conhecimento da extensão na Enfermagem

APOIO E AJUDA AOS FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS

FABIANE DE BASTIANI¹, CAMILA GRIEBELER¹, JULYANE FELIPETTE LIMA², SILVIA SILVA DE SOUZA³, ANA CAROLINA TEIXEIRA⁴, MAYARA DE OLIVEIRA WALTER⁴

1. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. 2. Doutorando (UFPel) e Mestre (UFPel) em Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Integrante do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces NUCCRIN e Núcleo de Saúde Rural e Sustentabilidade. Membro do grupo de pesquisa GEPISC. Docente Assistente Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS. 3. Mestre em Enfermagem (UFSC). Membro do grupo de pesquisa GEPEGECE. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS. 4. Graduanda da 1ª fase em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS; Graduanda da 1ª fase em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS.

RESUMO

Introdução: De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) onze milhões de pessoas são diagnosticadas com câncer por ano, sendo que esta doença representa 12,5% das mortes no mundo. Atualmente esta doença encontra-se atrás apenas das cardiovasculares nas causas de morte no ocidente, sendo elevados investimentos e trabalhos publicados na área evidenciam a relevância deste problema de saúde pública mundial¹. Em todas as situações de saúde o cuidado ao paciente oncológico deve se dar de forma integral, com elaboração de ações, prevenção, promoção e proteção à saúde e recuperação, pois o diferencial do cuidado encontra-se na humanização no tratamento do à pessoa. No contexto do cuidado em oncologia, além da mobilização de competências técnicas para o manejo do paciente que recebe tratamento para o câncer o enfermeiro é desafiado a transcender o estigma que envolve esta doença e tratamento, planejando o cuidado de forma a contemplar todas as necessidades em saúde destes, considerando os nós de sua trajetória de padecimento². Nesse contexto o cuidado deve ser multifocal, logo, o profissional deve considerar que a família é o primeiro sistema de cuidados acessado pelas pessoas e é o contexto onde as primeiras práticas de cuidado ocorrem, a família também deve ser considerada nos planos de cuidados para os pacientes com câncer. Sob esta ótica, a família compartilha do sofrimento do paciente oncológico demandando igual atenção dos profissionais dos serviços de saúde. Entretanto, a família ainda encontra-se marginalizada nos processos de cuidar aos pacientes oncológicos, necessitando de atenção às suas necessidades de informação e participação, pois a adesão depende do empenho tanto de cuidadores profissionais quanto de cuidadores/familiares, sendo que

estes somente poderão cuidar adequadamente com o auxílio daqueles. Assim a enfermagem tem como desafio conhecer a vivência e os sentimentos deste cuidador/familiar, visando à elaboração de ações de apoio e prevenção de agravos. Destarte, conforma-se em dever da comunidade acadêmica a busca por aperfeiçoamento e atualização de conhecimentos para o cuidado do paciente oncológico e sua família e cuidadores, a fim de propiciar a troca de informações e experiências com estes, além de possibilitar ações motivacionais e de apoio emocional aos mesmos. Nesse sentido a Educação Permanente em Saúde é um conceito que colabora na assistência aos pacientes oncológicos e suas famílias, a qual constitui importante estratégia no desenvolvimento da reflexão crítica sobre o cotidiano profissional. Devendo ser orientada para a transformação do processo de trabalho e da realidade, buscando preencher lacunas com foco em diversos campos, como o conhecimento científico, habilidades, atitudes e comunicação, entre outros. Devido à rotina intensa dos profissionais que assistem aos pacientes oncológicos, em alguns momentos a utilização de ferramentas para troca de conhecimento tanto para pacientes quanto para cuidadores/familiares torna-se complexa, sendo assim a academia se propõe, por meio da extensão a cooperar com a realização destas atividades. Neste sentido o trabalho com as equipes pode transcender a educação permanente aos profissionais e contemplar os familiares de pessoas hospitalizadas. Propiciando assim, orientações sobre aspectos de organização e rotinas da unidade, equipamentos utilizados, esclarecimento de dúvidas e discussão de planos de cuidado, entre outros. **Objetivos:** Desenvolver atividades de grupo de apoio com familiares de pacientes oncológicos hospitalizados na unidade de oncologia I do Hospital Regional do Oeste (HRO). Estimular a troca de experiências entre os

familiares, oferecer informações sobre tratamento, hospitalização e complicações relacionadas, auxiliar a coordenadora de enfermagem da unidade de oncologia nas ações educativas tanto com familiares quanto com profissionais do serviço, e identificar as experiências dos familiares de pacientes oncológicos sobre a doença, tratamento e hospitalização. **Método:** Visando isso, inicialmente o projeto foi encaminhado ao HRO para aprovação, após aprovação, foi composto um grupo de estudos com professores (proponente e colaborador) e bolsistas para estudar o tema abordado através de leituras de artigo, discussões em grupo, apresentação de trabalhos e o impacto da hospitalização para os familiares e sobre necessidades de familiares/cuidadores de paciente oncológicos. Após a conclusão desta etapa, com duração de dois meses, realizar-se-ão 30 encontros semanais, com duração média de uma hora, na sala de espera da oncologia I. No dia do encontro, nos 30 minutos que antecedem o horário previsto, passando nos quartos, aproveitando o momento para o convite aos familiares para participarem do momento de compartilhamento explicando os objetivos da proposta, sendo esta participação livre e respeitando a autonomia do familiar/ cuidador quanto a deixar o encontro, questionar e expor sua opinião frente aos encontros ou temas abordados. Ao término de cada encontro serão solicitadas sugestões aos participantes para o encontro seguinte a fim de atender as expectativas da clientela. Em cada encontro será realizada uma lista de participantes e aos acadêmicos o relatos dos encontros visando a avaliação, análise e benefícios dos encontros. Também, aos participantes será deixado na sala de espera da ONCOLOGIA I uma caixa com instrumento de avaliação impresso para os que desejarem preencher, ao término das atividades será explicado sobre a importância da avaliação para continuidade das atividades do grupo. Com este trabalho, além do mencionado, tem-se a possibilidade da participação em eventos e encaminhamento de devolutivas aos serviços envolvidos. **Resultados:** O projeto encontra-se em fase inicial, onde está sendo feito um levantamento das necessidades dos familiares/cuidadores no setor para que os encontros sejam planejados em consonância com os anseios destes. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** Este tipo de trabalho atende ao preconizado pelos programas de humanização lançados pelo Ministério de Saúde. Enfim auxilia e oferece conforto para aqueles que passam por momentos difíceis durante a hospitalização de seu ente querido. É importante que o enfermeiro possa, através de espaços como atividades de grupo ou sala de espera, compartilhar o cuidado com a família/ cuidador, esclarecendo seus anseios e trazendo o familiar/ cuidador como ponto de apoio ao paciente oncológico, visto que o sucesso do tratamento vai muito além do

cuidado medicamentoso. A autoestima e a força de vontade do paciente devem ser motivadas diariamente, pois são fortes aliados ao bem estar físico, social e emocional. Os pacientes oncológicos/ familiares/ cuidadores necessitam de atenção amparo e informação, pois a hospitalização de um membro da família altera a estrutura da mesma. Estudos demonstram que os familiares enfrentam melhor o processo de adoecimento do ente querido quando recebem apoio durante o tratamento e internação. No entanto, apontam também para uma alta prevalência de depressão em cuidadores, principalmente cônjuges de pacientes com câncer avançado, demonstrando a necessidade de medidas relacionadas a prevenção desses sintomas.

Palavras-Chave: Oncologia, Cuidadores Familiares, Hospitalização.

REFERÊNCIAS

- [1]. Recco DC, Luiz CB, Pinto MH. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. *Arq Ciência Saúde*. 2005.
- [2]. Gomes SDS, Santos AVD, Lima LBD, Oliveira S, Moura R. A ética do cuidado no exercício da enfermagem: um olhar sobre os pacientes oncológicos. *Horizonte, Belo Horizonte*. 2010; 8(18):145-1969. Disponível em: www.file:///C:/Users/Toldo/Downloads/ARTIGO_ONCOLOGI_UFFS_ref.1.pdf.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

AS PESQUISAS SOBRE INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO NO ESTADO DE SANTA CATARINA, BRASIL

MARIANA SBEGHEN MENEGATTI¹, FRANCIELY DAIANA ENGEL², NARAIA NE FERMINO³, ANDRÉ LUCAS MAFFISSONI¹, GABRIELA VICARI¹, ARNILDO KORB¹

1. Acadêmicos da Iniciação Científica do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Doutor. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC.

RESUMO

Introdução: As infecções do trato urinário (ITUs) estão associadas, em muitos casos, as doenças de pacientes internados, gestantes, idosos e principalmente mulheres com vida sexual ativa. Alguns fatores potencializam o risco destas infecções neste público, como episódios prévios de cistite, o ato sexual, o uso de espermicidas, a gravidez, o número de gestações, o diabetes mellitus, a higiene pessoal, a obesidade e as menores condições socioeconômicas¹. As ITUs representam riscos, devido a grande parcela de população afetada e a resistência de bactérias uropatogênicas aos antimicrobianos de prescrição para o tratamento destas infecções. A dificuldade no tratamento e o aumento na resistência tem ocorrido devido ao uso abusivo destes fármacos. Esta investigação se justificou pela importância que o Estado de Santa Catarina tem no cenário econômico nacional, tanto no setor turístico, quanto industrial e agroindustrial. Este modelo agroindustrial tem intensificado o fluxo migratório de trabalhadores e de mercadorias, intensificando, também o fluxo de genes de resistência bacteriana e de disseminação de genes de patogenicidade. As infecções, especialmente as multirresistentes, são um problema de saúde pública, especialmente quando potencializam a disseminação de genes patogênicos e de resistência a antimicrobianos. A morbidade causada pelas infecções urinárias provoca perdas de produtividade no trabalho, expõe grupos vulneráveis, como idosos e gestantes, e reflete o contexto das vulnerabilidades físicas e sociais, presentes nas populações afetadas. **Objetivos:** Esta investigação teve por objetivo inventariar o perfil das pesquisas a cerca das Infecções do Trato Urinário realizadas em Santa Catarina nos últimos 10 anos em pacientes internados e ambulatoriais. As categorias analisadas foram gestantes, crianças e idosos. Os fatores como a idade dos indivíduos, o perfil de resistência aos antimicrobianos mais utilizados nas práticas terapêuticas

(fluorquinolonas, macrolídeos e cefalosporinas de terceira geração) e o gênero bacteriano envolvido nas infecções, nortearam a busca pelos trabalhos referentes ao Estado de Santa Catarina. **Metodologia:** Tratou-se de uma de pesquisa de revisão narrativa, realizada no período de julho a dezembro de 2014. Foi realizada a busca de trabalhos publicados na plataforma de Periódicos Capes, de pesquisas realizadas sobre ITUs no Estado de Santa Catarina nos últimos dez anos. Foram também consultados TCCs, monografias, dissertações e teses disponíveis eletronicamente. Para as pesquisas não disponíveis eletronicamente recorreu-se a consulta ao acervo das bibliotecas universitárias. **Resultados e Discussão:** Foram localizadas 21 pesquisas, 10 destas estavam disponíveis eletronicamente, 15 foram realizadas na modalidade de conclusão de curso de graduação e seis em programas de Pós-Graduação. Não foram encontrados artigos ou ensaios de pesquisas realizadas em Santa Catarina retidos em bases de acesso restrito. Das pesquisas, 14 ocorreram na Região Oeste e Norte e oito (8) no litoral do Estado. Ocorreram três (3) pesquisas em cursos de Enfermagem, seis (6) em cursos de Medicina, oito (8) em curso de Farmácia, três (3) em curso de Ciências Biológicas, uma (1) em curso de Biomedicina e uma (1) vinculada a programa de Pós-Graduação. Estas pesquisas relacionaram-se a: duas (2) de infecções em crianças internadas, uma (1) em idosos não internados, três (1) em gestantes e 15 amostras mistas. Em 13 pesquisas foi considerada a influência do gênero masculino e feminino na análise dos resultados. Em cada dez pesquisas, na proporção de 3 para 1, ou 75% para 25%, prevaleceram no número de amostras, as ITUs em mulheres. Em pacientes hospitalizados, e com infecções resultantes de cateterização, os percentuais foram semelhantes entre si, porém com ligeiro acréscimo em média de 2% ao grupo feminino, assim como no caso dos resultados obtidos na pesquisa realizada por Stamm et al. (2006)². Dados de 2013, indicaram que o número

de nascidos vivos em Santa Catarina foi de 90408 indivíduos³. Estimando-se que apenas 5% das gestantes tivessem desenvolvido alguma forma de ITU chegaríamos a cerca de 4520 casos de infecção naquele ano. Dez pesquisas foram realizadas com isolados bacterianos provenientes de pacientes hospitalizados, três de pacientes ambulatoriais e em oito não foi possível identificar o local e a origem da população alvo, pois os pesquisadores recorreram aos laboratórios que receberam os dois tipos de amostras. A pesquisa realizada por Schulz et al. no litoral catarinense, em pacientes hospitalizados, objetivou avaliar os métodos de coleta de urina para diagnosticar infecções urinárias⁴. Esta não abordou nos isolados bacterianos o perfil de resistência aos antimicrobianos, nem a prevalência entre gênero dos pacientes e a frequência de gêneros patogênicos. Das 21 pesquisas, 10 abordaram perfil de resistência e nestas prevaleceu *E. coli*, *Klebsiela* e *Proteus sp.*, respectivamente. Em dois isolados de pacientes hospitalares *E. coli* prevaleceu em no mínimo 50%, principalmente em ITU desenvolvidas por cateterização. Na pesquisa de Stamm este resultado chegou a 52%, assim como alta incidência de *Candida albicans*². Em pacientes ambulatoriais os resultados apontaram frequência superior a 70% para *E. coli*. Os resultados das pesquisas em SC se apresentam dentro das descrições realizadas em pesquisa similares realizadas no mesmo período em outros Estados brasileiros. *Proteus mirabilis*, *Enterococcus* e o gênero *Klebsiela sp* apresentaram percentuais de prevalência variados entre pacientes ambulatoriais. Pesquisa realizada em Concórdia analisou o perfil de resistência de cepas de *Staphylococcus saprophyticus* isoladas da urina de pacientes hospitalizados com infecção urinária. Esta foi a única pesquisa encontrada que investigou outro gênero bacteriano não relacionado às *Enterobacteriaceae*. Estes isolados apresentaram baixo perfil de resistência ao antimicrobiano ciprofloxacina, vancomicina e a -lactâmicos, como penicilina. Do total, 15 pesquisas analisaram o perfil de resistência aos antimicrobianos. Os percentuais de resistências para antimicrobianos criticamente importantes como fluorquinolonas, macrolídeos e cefalosporinas de terceira geração oscilaram entre pesquisas, mas foram mais expressivos em pacientes internados, especialmente nas infecções desencadeadas por cateterismo como na pesquisa realizada por Ferrão no Hospital Universitário de Florianópolis. Nesta pesquisa, constatou-se resistência para *E. coli* em 25% para ciprofloxacina, ausência de resistência para norfloxacina e levofloxacina, 16% de resistência para imipenem, 25% para cefepime. Para macrolídeos encontraram baixa resistência em isolados de *Staphylococcus sp*⁵. Não foram encontradas pesquisas que utilizaram entrevista como método de coletar informações para analisar

aspectos socioeconômicos e culturais pré-disponíveis ao desenvolvimento de ITUs, como comportamento sexual, hábitos de higiene, uso correto de antibioticoterapia e condições de saneamento básico. **Considerações finais e Contribuições para a Enfermagem:** O reduzido número de pesquisas sobre infecções do trato urinário nos últimos 10 anos no Estado de Santa Catarina expõe a limitação de dados para embasar políticas públicas para o controle das infecções hospitalares e comunitárias. A maioria das pesquisas encontradas teve como foco as infecções em pacientes hospitalizados, o que remete a compreensão de que infecções comunitárias, especialmente com o grupo das gestantes, consideradas mais vulneráveis e expostas aos riscos, não estão entre as mais relevantes para as instituições de pesquisa. Este foco, voltado unicamente para as pesquisas em infecções hospitalares, reduz a complexidade nas discussões sobre seleção e disseminação de genes de resistência bacteriana e de patogenicidade, considerando a importância econômica que o Estado possui no turismo e na produção de alimentos de origem animal. Pelo fato das ITUs atingirem grande parcela da população, em diferentes faixas etárias, tornam-se fundamentais estratégias de promoção e de prevenção em saúde. Partindo-se do pressuposto de que a promoção requer atenção a toda a população, há a necessidade de intensificação das pesquisas sobre a incidência e a prevalência de ITUs em Santa Catarina, considerando o atual cenário econômico e social do Estado. A promoção requer, ainda, ações de educação em saúde direcionadas aos grupos vulneráveis, bem como, novas abordagens na formação de profissionais em Enfermagem para que estes possam estar qualificados para o trabalho no ambiente comunitário e hospitalar com estratégias de referência e contra-referência. A prevenção requer ações específicas em cada grupo social com estratégias multiprofissionais, como a Estratégia de Saúde da Família, que minimizem os impactos sobre os sujeitos afetados por estas infecções, sendo fundamentais na manutenção do bem-estar biopsicossocial de todo o grupo familiar.

Palavras-Chave: Prevalência, Infecções Urinárias, Infecções do sistema urinário.

REFERÊNCIAS

- [1]. Lopes HV, Tavares W. Diagnóstico das infecções do trato urinário. Rev Assoc Med Bras, São Paulo. 2005; 51(6).
- [2]. Stamm AMNF, Forte DY, Sakamoto KS, Campos ML, Cipriano ZM. Cateterização Vesical e Infecção do Trato Urinário: estudo de 1.092 casos. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2006; 35(2):73-77.
- [3]. DATASUS. Informações em Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/po ptsc.def>.

- [4]. Schulz T, Machado MJ, Treitinger A, Fiamoncini A, Niederauer LMO. Risk associated with dipstick urinalysis for diagnosing urinary tract infection. *Pinnacle Biochemistry Research*. 2014; 1(1).
- [5]. Ferrão WP. Infecção do Trato Urinário da UTI adulto do Hospital Universitário da UFSC no período de 2005 a 2009: taxas de infecções relacionadas a cateter, agente etiológicos e resistência a antimicrobianos. Trabalho de conclusão de Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120598/294969.pdf?sequence=1>.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO DE ENFERMAGEM NOS SETORES QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CIRÚRGICO

VANESSA SCHORR¹, SÉRGIO MAUS JÚNIOR¹, JERUSA FUMAGALLI SCHAF NUNES¹, JÉSSICA COSTA MAIA¹, ARLETE NORONHA¹, LETÍCIA DE LIMA TRINDADE²

1. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). 2. Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC. Coordenadora do Grupo de Estudos Sobre Saúde e Trabalho (Gestra/UDESC).

RESUMO

Introdução: ao se tratar de instituições de saúde, os objetivos do trabalho incluem a promoção, reabilitação e recuperação da saúde e bem-estar dos indivíduos. Contudo, os trabalhadores destes setores merecem atenção, pois o benefício da sociedade em geral depende de sua força de trabalho. Limitações de ordem física são apontadas como as responsáveis pela maior perda de produtividade e por afetar a saúde dos enfermeiros. Características inerentes à assistência a pacientes instáveis, recursos insuficientes e dificuldades de relacionamento interpessoal também representam condições que podem acarretar danos à saúde física e mental destes profissionais¹. Além disso, o assédio moral nas organizações de trabalho vem trazendo grandes preocupações, pois este tipo de violência foi identificado como um fenômeno destrutivo do ambiente de trabalho, não só por diminuir a produtividade, mas também favorecendo o absenteísmo, devido aos danos psicológicos que envolvem². Neste contexto de violência, um trabalhador saudável pode desenvolver distúrbios e fraquezas psíquicas que resultam na incapacidade de produzir o seu melhor, tornando-se desatento, ineficaz e sensível a críticas, comprometendo assim o processo de trabalho². **Objetivo:** analisar a ocorrência das situações de intimidação/assédio moral entre profissionais de enfermagem nos cenários do Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Sala de Recuperação Pós-anestésica e Central de Material e Esterilização. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa, que pretende analisar as implicações da violência na saúde do trabalhador da equipe de enfermagem nos diferentes cenários de atuação. O estudo está passando pela etapa da coleta de dados que teve início no mês de abril de 2015, sendo realizada no campo de trabalho dos

profissionais, utilizando-se do *Survey Questionnaire Workplace Violence in Health Sector*, proposto pela Organização Mundial da Saúde, Organização Internacional do Trabalho e de Serviços Públicos e Conselho Internacional de Enfermagem³, traduzido e adaptado para a língua portuguesa⁴. O segundo questionário se constitui pelo *Maslach Inventory Burnout* (MBI)⁵ que procura identificar aspectos que desencadeiam a Síndrome de *Burnout* e que estão associados às relações e condições de trabalho. Neste momento, apresentam-se os resultados parciais referente ao cenário hospitalar, envolvendo setores que prestam assistência direta ou indireta ao paciente cirúrgico, sendo estes o Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Sala de Recuperação Pós-anestésica e Central de Material e Esterilização, problematizando a intimidação/assédio moral. Nestes cenários, 43 profissionais de enfermagem participaram da pesquisa, entre eles enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Constituíram-se como critérios de inclusão ser profissional da equipe de enfermagem e que atuava há mais de seis meses no cenário hospitalar. Foram excluídos os profissionais que estavam em férias ou afastamento do trabalho por qualquer motivo. O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE: 32263014.50000.5327), e está sendo realizado em outros três hospitais do Sul do Brasil. Além disso, a proposta foi encaminhada às instituições envolvidas, no sentido de formalizar a autorização para o desenvolvimento da mesma. **Resultados:** participaram da pesquisa sete enfermeiros, 32 técnicos de enfermagem e quatro auxiliares de enfermagem, resultando em um total de 43 profissionais. Deste total, 83,72% são do gênero feminino. A idade média dos entrevistados é de 40,5 anos (mínima de 23 anos e máxima de 64 anos). A cor da pele

mais comum é branca, em um percentual de 67,44%, seguido da parda (25,58%) e negra (6,98%). O grau de escolaridade mais comum compreende o segundo grau completo, num percentual de 62,79%, seguido do terceiro grau completo (20,93%) e terceiro grau incompleto (16,28%). Os resultados apontam para uma média de 1,4 filhos entre os entrevistados. O tempo médio de experiência na área da saúde foi de 12,9 anos (mínimo de 8 meses e máximo de 34 anos). Dentre os entrevistados 17 atuam no Centro Cirúrgico, nove no Centro Obstétrico, 15 na Central de Material e Esterilização e dois na Sala de Recuperação Pós-anestésica. Quanto ao turno de trabalho, 41,86% trabalham no período noturno, 37,21% trabalham no período vespertino e 20,93% no período matutino. Em relação ao aspecto da violência que se pretende apresentar neste momento, observaram-se ocorrências de intimidação/assédio moral entre 13,95% dos entrevistados (n=6), os quais referiram terem sido intimidados, humilhados, desqualificados ou desmoralizados de forma persistente em seu local de trabalho nos últimos 12 meses. Dentre estes, a média de intimidação/assédio moral foi de 3,5 vezes nos últimos 12 meses. Entre os profissionais que sofreram esse tipo de violência, quatro consideram que esta não é uma situação típica em seu local de trabalho, contudo dois participantes consideram como típica. Entre esta amostra, ao se considerar a última vez em que o profissional foi intimidado/agredido moralmente, cinco afirmaram que o agressor foi um profissional médico e um também membro da equipe de enfermagem. Em todos os casos de intimidação/assédio moral ocorreram dentro da instituição de trabalho. Ao se perguntar a reação dos profissionais diante do ocorrido, três relataram que não tiveram nenhuma reação, dois tentaram fingir que nada aconteceu, dois contaram para algum colega de trabalho, três pediram para a pessoa parar, um contou para amigos/ familiares, e apenas uma pessoa registrou o evento. Em relação aos problemas vivenciados pelos profissionais em detrimento da intimidação/assédio moral, dois se sentiram extremamente incomodados por ter memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras e, um se sentiu bastante incomodado quanto a estes pensamentos. Mecanismos como manter-se alerta, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a) depois do incidente foram utilizados por parte dos sujeitos, e cinco acreditam que o episódio poderia ter sido evitado. Todos os profissionais que sofreram intimidação/assédio moral indicaram que não foi tomada nenhuma providência diante do evento e o agressor não sofreu nenhuma consequência. Ao perguntar se o empregador ou supervisor ofereceu ajuda diante os casos de intimidação ou assédio moral, quatro afirmaram que estes não ofereceram ajuda, um relatou que lhe foi

oferecido aconselhamento e um indicou outro tipo de suporte, que se baseou em um diálogo com o agressor. Do total de funcionários intimidados/ assediados moralmente, três não relataram ou falaram sobre o incidente com outras pessoas, por considerar que qualquer forma não seriam tomadas providências; por não achar importante o ocorrido ou porque ficou com medo das consequências negativas. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** evidenciou-se que na grande maioria dos casos a intimidação/agressão partiu de médicos, sendo que isso foi relatado por cinco do total de seis casos dessa violência entre a população em estudo. Percebe-se que poucos profissionais registram estes casos de violência, sendo que nessa representação apenas um entrevistado o fez. Outra preocupação com os dados encontrados se refere às providências tomadas diante destes eventos, pois em nenhum destes casos foi tomada alguma providência e os agressores não tiveram nenhum tipo de consequência, o que pode levar a continuidade da situação no âmbito de trabalho, bem como banalização deste tipo de violência entre os membros da equipe de enfermagem. Este estudo é considerado relevante para o exercício da enfermagem no âmbito hospitalar, uma vez que se pode identificar a ocorrência da violência contra a equipe de enfermagem, proferidas tanto de pacientes, familiares/cuidadores de paciente, ou pelos próprios colegas de trabalho, bem como a identificação de suas implicações para a saúde do trabalhador e a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Assim, com estes resultados pode-se pensar em estratégias para a melhoria da segurança dos profissionais da saúde no âmbito de trabalho, como também para a qualificação da forma de tratamento dos casos de violência, tendo em vista que suas consequências podem afetar negativamente a qualidade da assistência e segurança do paciente no contexto hospitalar.

Palavras-Chave: Violência, Saúde do Trabalhador, Sistema Único de Saúde, Enfermagem

REFERÊNCIAS

- [1]. Umann J, Guido LA, Grazziano ES. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(1):3-8.
- [2]. Freitas, ME. Assédio moral e assédio sexual: faces do poder perverso nas organizações. *Revista de Administração de Empresas*. 2001; 41 (2):8-19.
- [3]. Di Martino V. Workplace violence in the health sector – country case studies (Brazil, Bulgarian, Lebanon, Portugal, South África, Thailand, and an additional Australian study; 2002.
- [4]. Palácios M. Relatório preliminar de pesquisa. Violência no trabalho no setor saúde – Rio de Janeiro.

Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.
Disponível em:

http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/pesquisa_sobre_Violencia_no_trabalho_Universidade_Federal_RJ.pdf

- [5]. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 1981; 2(1):99-113.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL: ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO NO NÍVEL MUNICIPAL

DIANE NEGRI¹, ADRIANA CRISTINA HILLESHEIM²

1. Acadêmica 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó-Unochapecó; 2. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Unochapecó. Mestre em Envelhecimento Humano.

RESUMO

Introdução: ao se tratar de instituições de saúde, os objetivos do trabalho incluem a promoção, reabilitação e recuperação da saúde e bem-estar dos indivíduos. Contudo, os trabalhadores destes setores merecem atenção, pois o benefício da sociedade em geral depende de sua força de trabalho. Limitações de ordem física são apontadas como as responsáveis pela maior perda de produtividade e por afetar a saúde dos enfermeiros. Características inerentes à assistência a pacientes instáveis, recursos insuficientes e dificuldades de relacionamento interpessoal também representam condições que podem acarretar danos à saúde física e mental destes profissionais¹. Além disso, o assédio moral nas organizações de trabalho vem trazendo grandes preocupações, pois este tipo de violência foi identificado como um fenômeno destrutivo do ambiente de trabalho, não só por diminuir a produtividade, mas também favorecendo o absenteísmo, devido aos danos psicológicos que envolvem². Neste contexto de violência, um trabalhador saudável pode desenvolver distúrbios e fraquezas psíquicas que resultam na incapacidade de produzir o seu melhor, tornando-se desatento, ineficaz e sensível a críticas, comprometendo assim o processo de trabalho². **Objetivo:** analisar a ocorrência das situações de intimidação/assédio moral entre profissionais de enfermagem nos cenários do Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Sala de Recuperação Pós-anestésica e Central de Material e Esterilização. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa, que pretende analisar as implicações da violência na saúde do trabalhador da equipe de enfermagem nos diferentes cenários de atuação. O estudo está passando pela etapa da coleta de dados que teve início no mês de abril de 2015, sendo realizada no campo de trabalho dos profissionais, utilizando-se do *Survey Questionnaire Workplace Violence in Health Sector*, proposto pela

Organização Mundial da Saúde, Organização Internacional do Trabalho e de Serviços Públicos e Conselho Internacional de Enfermagem³, traduzido e adaptado para a língua portuguesa⁴. O segundo questionário se constitui pelo *Maslach Inventory Burnout* (MBI)⁵ que procura identificar aspectos que desencadeiam a Síndrome de *Burnout* e que estão associados às relações e condições de trabalho. Neste momento, apresentam-se os resultados parciais referente ao cenário hospitalar, envolvendo setores que prestam assistência direta ou indireta ao paciente cirúrgico, sendo estes o Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Sala de Recuperação Pós-anestésica e Central de Material e Esterilização, problematizando a intimidação/assédio moral. Nestes cenários, 43 profissionais de enfermagem participaram da pesquisa, entre eles enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Constituíram-se como critérios de inclusão ser profissional da equipe de enfermagem e que atuava há mais de seis meses no cenário hospitalar. Foram excluídos os profissionais que estavam em férias ou afastamento do trabalho por qualquer motivo. O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE: 32263014.50000.5327), e está sendo realizado em outros três hospitais do Sul do Brasil. Além disso, a proposta foi encaminhada às instituições envolvidas, no sentido de formalizar a autorização para o desenvolvimento da mesma. **Resultados:** Partindo da compreensão de que o acesso às informações amplia a percepção do controle social em sua dimensão educativa e na medida em que cria a capacidade das pessoas materializarem a democracia, faz com que os sujeitos ultrapassem os limites do âmbito pessoal para uma prática coletiva. Através da Lei Orgânica da Saúde 8.142/90 regulamenta-se a participação da comunidade através dos conselhos e conferências de saúde, sendo o conselho permanente e deliberativo e as conferências de saúde reunir-se a cada quatro anos com representação de vários

segmentos sociais, com o intuito de avaliar a situação de saúde para propor diretrizes de políticas de saúde, em níveis correspondentes, sendo poder executivo e/ou conselho de saúde¹. A regulamentação e a formação dos conselhos de saúde se dá através da Resolução Nº 333 de novembro de 2003, a qual organiza os conselheiros da seguinte forma: 50% de representantes usuários do SUS, 25% de representantes de trabalhadores de saúde, 25% representado pelo governo, prestadores de serviços privados e conveniados ou sem fins lucrativos. O mandato poderá ser definido por Regimento Interno do Conselho, sugerindo-se uma duração de dois anos, podendo esses ser reconduzidos perante a avaliação de suas respectivas representações². Desse modo os conselhos municipais de saúde devem constituir órgãos de ação política e não de transmissão das decisões tomadas em instâncias centralizadas de poder. Esses constituem espaço de discussão e ação através da participação direta dos cidadãos em decisões públicas. Os conselheiros representam uma organização, esta por sua vez parte de um segmento social, desta forma as entidades e instituições devem participar dos conselhos elencando os critérios de escolha de seus representantes, entre eles, podem ser citadas as eleições realizadas por meio de assembleias ou por indicação pela direção da entidade. Cabe aos conselheiros atuar com responsabilidade buscando melhorias para os problemas que venham afligir a população, discutindo, negociando, buscando acordos. É elencada a importância deste de conhecer os problemas de seu município para que possa elencar as prioridades visando exercer controle social. O Conselheiro representa uma significativa parcela da sociedade, para que esta representação seja efetiva este deve procurar conhecer, as necessidades dos segmentos sociais que representa no Conselho, a realidade de seu território, relacionando os problemas e no que eles podem influenciar na saúde da população. Precisam estar atentos, para que se possa elencar um plano de prioridades que sejam realmente necessárias a população³. **Objetivos:** Analisar a forma de escolha dos representantes da enfermagem para o Conselho Municipal de Saúde de Chapecó (CMS) e sua influência no fortalecimento do exercício do controle social. Verificando de que forma os conselheiros que representam a enfermagem foram escolhidos por seus pares e identificar como os representantes avaliam a importância da sua participação no Conselho Municipal de Saúde. **Método:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, caracterizando-se como exploratória e descritiva. Os sujeitos da pesquisa serão os conselheiros municipais de saúde representantes do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e/ou Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) na composição do Conselho Municipal de Saúde de Chapecó (CMS) e representantes do COREN e ABEN

de Santa Catarina. Os dados serão coletados conforme cronograma utilizando os seguintes instrumentos: entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas, realizadas com roteiro estruturado sendo gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Os dados serão analisados a partir das informações obtidas nas entrevistas, que serão gravadas e posteriormente transcritas, buscando sintetizar os dados com base na análise de conteúdo. Ao final da pesquisa, os dados serão apresentados por meio de relatório final descritivo, em fóruns de debates e publicações (em eventos e periódicos) envolvendo o conjunto dos atores e conselhos pesquisados, bem como a comunidade acadêmica e profissional, concretizando assim uma estratégia de devolução dos resultados aos atores participantes do processo investigativo ora proposto. **Resultados:** Espera-se com essa pesquisa ampliar o conhecimento a cerca da participação da enfermagem na construção das políticas públicas de saúde e reconhecer a importância da categoria no fortalecimento do controle social, pois a participação do enfermeiro nos sistemas de saúde contribui para definição das políticas de saúde dentro de um município. Reconhecendo a forma de escolha dos representantes e verificando de que forma os conselheiros que representam a enfermagem foram escolhidos por seus pares e identificando como os representantes avaliam a importância da sua participação no Conselho Municipal de Saúde. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** A enfermagem é uma profissão que desenvolve as mais variadas funções dentro da área da saúde, possuindo um significativo número de profissionais atuantes nos mais variados segmentos da área, no contexto brasileiro, a atuação da enfermagem é desenvolvida em sua maioria sem que as pessoas percebam o que realmente esses profissionais realizam e qual é o seu potencial de implementação, manutenção e desenvolvimento de políticas públicas em saúde. A enfermagem exige competências de caráter educativo, assistencial, administrativo e político, engajadas no conhecimento que o enfermeiro tem do processo de gestão em saúde, do desencadeamento de processos e práticas sociais desenvolvendo assim o controle social. Acredita-se que os enfermeiros exercem um papel de suma importância na construção e no fortalecimento social, pois esses atores estão diretamente em contato com a população, possuindo um papel articulador entre as atividades e os profissionais envolvidos na produção das ações de saúde. Os enfermeiros ao realizarem suas funções como seres críticos, reflexivos, compromissados com seu papel social, que atuem como sujeitos ativos, contribuem efetivamente na busca do controle social, por isso considera-se importante à participação atuante do profissional enfermeiro nos Conselhos de Saúde, devido sua formação voltada a prática social e de saúde pública.

Palavras-Chave: Enfermagem, Controle social, Conselho de Saúde.

REFERÊNCIAS

- [1]. Brasil. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF. 1990.
- [2]. Brasil. Ministério da Saúde. Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Brasília. 2002.
- [3]. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Nº 333 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. Imprensa Nacional, 4 dez. 2003.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE SAÚDE POR PACIENTES RENAIIS E A VISÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CAMILA ZANESCO¹, ELISANGELA GIANCHINI², MARLENE PAZ³, MANUELA POLETTO³, DÉBORA TAVARES REZENDE E SILVA ABATE⁴

1. Acadêmica do sétimo período do curso de bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, Campus Chapecó-SC; 2. Acadêmica do quinto período do curso de bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, Campus Chapecó-SC; 3. Acadêmica do terceiro período curso de bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, Campus Chapecó-SC; 4. Doutora. Docente do curso de bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, Campus Chapecó - SC.

RESUMO

Introdução: O Ministério da saúde define qualidade de vida (QV) como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Quando tratamos de um paciente com insuficiência renal crônica (IRC), onde as dimensões de qualidade de vida são alteradas, muitas vezes comprometidas, devido as Terapias Renais Substitutivas (TRS) de rotina, uso de medicamentos, alterações corporais, sociais, na vitalidade e disposição para realizar as atividades, e principalmente na saúde, a QV sofre mudanças e consequentemente requer cuidados diferenciados. A IRC leva a perda progressiva e geralmente irreversível da função renal, sendo que desta forma as atividades rotineiras tendem a ser alteradas. Desde o início deste século houve aumento significativo nos índices que condizem aos portadores de IRC, porém com o avanço na qualidade e eficiência das TRS oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os pacientes alcançaram uma maior sobrevida, e o melhor com saúde e QV. Sendo assim o portador de IRC necessita de auxílio para o enfrentamento das diversas situações não esperadas no curso de sua vida, para tanto a enfermagem deve estar preparada com devido conhecimento científico no âmbito da teoria e da prática, como também deve estar disponível para o auxílio tanto psicológico quanto para os cuidados necessários. O portador de IRC possui contato frequente e direto com os profissionais de enfermagem, e são esses que devem esclareceras dúvidas existentes realizar as orientações cabíveis. A ligação profissional enfermeiro/paciente tende a ser mais próxima do que com o restante da equipe do serviço,

devido à frequente utilização do espaço para a realização da TRS. A TRS geralmente ocupa em média quatro horas, de três dias na semana, sendo esse local o ambiente de trabalho da equipe de enfermagem. **Objetivos:** Nosso objetivo foi avaliação da percepção de saúde dos pacientes em TRS e a visão em relação à assistência de enfermagem no ambiente onde é disponibilizado o serviço de TRS, neste caso o local foi a Clínica Renal do Oeste, Chapecó - SC. **Métodos:** Este estudo possui metodologia quantitativa, descritiva. Utilizou-se o questionário: Doença Renal e Qualidade de Vida (KDQOL-SF™ 1.3), onde 37 portadores de IRC que utilizam dos serviços da Clínica Renal do Oeste em Chapecó-SC, foram entrevistados por acadêmicas do quinto e sétimo período do curso de bacharelado em enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, no período que compreende fevereiro à abril do ano de 2015. A coleta de dados procedeu-se por meio de conversa, abrangendo pacientes dos três turnos diários que acontecem na clínica. Os entrevistados possuíam idades variadas, e nível de escolaridade diferenciado, dessa forma optou-se por realizar a leitura do questionário para obtenção de resultados mais fidedignos. **Resultados e Discussão:** Os pacientes foram questionados em relação à saúde, onde foi perguntado: 1- Em geral, você diria que sua saúde é: Excelente 2,70%, muito boa 2,70%, boa 50,05%, regular 29,73%, ruim 10,81%. Pode-se observar que apesar da dependência dos pacientes entrevistados no que condiz, ao uso de medicamentos, TRS, limitações decorrentes da IRC, e muitas vezes doenças associadas, cerca de 89,19% consideraram a saúde de regular a excelente como podemos ver nos resultados acima apresentados. Em relação à equipe de enfermagem foram utilizadas

três perguntas sendo que quando questionados sobre: 1- O pessoal da diálise me encorajou a ser o mais independente possível? 59,45% dos entrevistados responderam que sem dúvida é verdadeiro, 40,54% disseram que geralmente é verdade; 2- O pessoal da diálise ajudou-me a lidar com minha doença renal? 59,45% dos entrevistados responderam que sem dúvida é verdadeiro, para 40,54% geralmente é verdade; 3- Pense a respeito dos cuidados que você recebe na diálise. Em termos de satisfação, como você classificaria a amizade e o interesse deles demonstrado em você como pessoa? Para 16,22% é bom, muito bom para 29,73%, excelente à 13,51%, e o melhor para 40,54%. Pode-se perceber que para o público que faz uso da TRS na Clínica Renal do Oeste, em geral, a equipe de enfermagem é importante e faz a diferença no tratamento. Foi observado que, cabe ao profissional, principalmente ao enfermeiro e a equipe de enfermagem, a compreensão do paciente como uma pessoa com seus próprios modos e escolhas de vida, e formas de convivência em comunidade. É o enfermeiro o responsável pelo apoio e pelos cuidados demandados, em relação não somente a TRS, mas também pela abordagem ao portador de IRC, e que devem ser realizados da melhor maneira possível, sem julgamentos e distinções, aproveitando o máximo das possibilidades garantidas nas diretrizes do SUS para melhorar a qualidade da saúde, além de tentar evitar complicações do procedimento. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** Por meio da realização desta pesquisa pode-se verificar que, a grande maioria dos portadores de IRC apesar das limitações e restrições pelas quais passam, compreendem a própria saúde como boa. A idealização da melhora gradativa com o passar do tempo é a “fonte” de energia que geralmente os move. O tempo que é demandado para a realização da TRS, poderia ser ocupado, este é um relato e ao mesmo tempo um pedido dos pacientes que responderam aos questionamentos desta pesquisa. A equipe de enfermagem é a referência do serviço, e quando a mesma possui atitudes que estimulam e empoderam o paciente, este se sente motivado a continuar “lutando” contra os obstáculos que a patologia impôs. O campo de atuação do enfermeiro na área renal, assim como tantos outros é amplo, são inúmeras as formas que podem ser utilizadas para incentivar o paciente a cuidar-se, tanto no que condiz com alimentação, prática de atividades físicas, cuidados psicológicos, dentre outros. O paciente com IRC possui um diferencial que propicia o trabalho de promoção da saúde e prevenção de agravos, realizado pela enfermagem, fato este que corresponde à presença várias vezes na semana no serviço pelos pacientes, facilitando tais ações dos profissionais. Cabe ao profissional enfermeiro a programação das atividades e dimensionamento da equipe, sempre atentando para as reais necessidades do público em questão, além de

verificar que, o procedimento de TRS pode gerar complicações potenciais e o enfermeiro deve estar apto a intervir em tais complicações. A atuação do enfermeiro se inicia desde a monitorização do paciente, até mesmo a detecção de anormalidades e a rápida intervenção, para assim garantir que seja um procedimento seguro e eficiente para o paciente. Como o enfermeiro é o profissional que assiste mais de perto o paciente nas sessões de TRS, ele deve estar apto a prontamente intervir e assim evitar outras potenciais complicações. O enfermeiro atuando nos âmbitos da promoção, prevenção e assistência tanto física quanto psicológica, contribui para o processo de recuperação e de adaptação, em meio às adversidades impostas pela doença e seu tratamento, bem como contribui para o efetivo funcionamento do SUS.

Palavras-Chave: Doença renal crônica, Qualidade de Vida, Paciente renal crônico.

REFERÊNCIAS

- [1]. Silva EG, Araujo NAM, Perez F, Souza CJ. Qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Dourados – MS. *Psicólogo in Formação* 2011; 15(15):99-110.
- [2]. Alvares J, Almeida MA, Szuster CAD, ET al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(7):1903-10.
- [3]. Pietrovski V, Dall’Agnol MC. Situações significativas no espaço-contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço? *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(5):630-5.
- [4]. Campos GJC, Turato RE. A equipe de saúde, a pessoa com doença renal em hemodiálise e suas relações interpessoais. *Rev Bras Enferm*. 2003; 56(5):508-12.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

AVALIAÇÃO DO ERITROGRAMA DE PACIENTES COM MELANOMA CUTÂNEO PROVENIENTES DA CIDADE DE CHAPECÓ – SC

ALEXSANDRA MARTINS SILVA¹, ALINE MÂNICA², MARGARETE DULCE BAGATINI³

1. Acadêmica de enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó. 2. Mestranda em Ciências Biológicas, Bioquímica Toxicológica, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria RS; 3. Professora Adjunta e Coordenação Acadêmica da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó. Doutora em Ciência Biológicas, Bioquímica Toxicológica, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS.

RESUMO

Introdução: A frequência de novos casos de Melanoma Cutâneo (MC) dobra a cada 10 a 15 anos e a incidência é crescente, especialmente na população jovem. O número de vidas perdidas por MC é, portanto, excessivamente maior do que para outras doenças malignas, tornando-se um importante problema de saúde pública no país. No Brasil as maiores taxas de MC estão na região Sul. Entre as razões para a elevada prevalência de melanoma nessa parte do país está a composição da pele e os hábitos de sua população que não costumam usar métodos de proteção como protetor solar e chapéus, sendo uma maioria de indivíduos caucasianos expostos à radiação solar intermitente. Essa faixa territorial brasileira que compreende os estados de Santa Catarina (SC) e do Rio Grande do Sul (RS) está entre os paralelos 26° e 31°. Entre esses paralelos, encontra-se boa parte do território australiano, onde são registrados os maiores índices de prevalência e incidência de MC do planeta – 56 casos a cada 100.000 habitantes/ano para homens e 41 casos a cada 100.000 habitantes/ano em mulheres. A anemia é um dos efeitos colaterais mais comuns associados com o câncer, afetando mais de 40% dos pacientes. A anemia pode ocorrer tanto como um resultado direto ou mais comumente, como um dos efeitos colaterais do tratamento do câncer. Anemia induzida pelo câncer é resultado de múltiplas causas. Entre uma delas pode ser uma ligeira perturbação do equilíbrio na síntese das células hematopoiéticas que vai se apresentar como uma das muitas facetas de mudanças no hemograma, entre elas a de anemia para trombocitose, como comumente visto em pacientes com câncer. O hemograma é o exame que avalia quantitativamente e qualitativamente os componentes celulares do sangue, no qual conseguimos identificar a presença de anemia é o hemograma, sendo mais especificamente no eritrograma. É um dos exames mais requeridos em consultas médicas, pois é

indispensável no diagnóstico e controle evolutivo de várias doenças inclusive no monitoramento de radioterapia e quimioterapia. Considerando que a região geográfica de estudo escolhida – região oeste de SC – é uma região com forte prevalência de MC devido aos hábitos da população que nela residem e as características clínicas: uma maioria de caucasianos, expostos à radiação solar por vários meses por ano e sem a foto proteção adequada, torna-se de fundamental importância aprofundar o conhecimento a respeito MC para melhorar o diagnóstico e tratamento dos pacientes acometidos com essa doença, assim diminuindo as taxas de morbidade e mortalidade principalmente em relação aos exames básicos como é o hemograma. **Objetivos:** Avaliar eritogramas provenientes de pacientes com MC e pacientes controles da cidade de Chapecó – SC - Brasil. **Método:** Este trabalho foi submetido à avaliação do comitê de ética da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e aprovado sob protocolo: 822.782. Foi um estudo de caso-controle e a análise estatística foi através de teste *t* de Student pelo software GraphPad Prism 5. Foram selecionados pacientes que tiveram MC conforme CID 10 e que fizeram remoção cirúrgica da lesão e pacientes controles da pesquisa, que tiveram a mesma faixa etária e as características clínicas semelhantes aos pacientes. A partir da seleção foi realizada uma coleta de sangue, através de punção venosa em tubo com anticoagulante. As análises foram realizadas através de automação clínica. **Resultados:** Houve alteração do eritrograma nos pacientes com MC em relação à hemoglobina e hematócrito. Esses dois índices tiveram significativa diferença no grupo MC em relação ao controle (média ± SEM): hemoglobina grupo MC 13.50 ± 0.2569 n=22 e grupo controle 14.30 ± 0.1993 n=31 (p>0,05); hematócrito grupo MC 41.02 ± 0.6474 n=22 e grupo controle 42.72 ± 0.5240 n=32 (p>0,05). A contagem total de hemácias, bem como RDW (*Red Cell*

Distribution Width), CHCM (concentração de hemoglobina corpuscular média), VGM (volume globular médio) e HGM (Hemoglobina Globular Média) não houve variação entre os dois grupos. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** Apesar de apresentar diferença estatística entre o grupo controle e o grupo com MC, os valores dos dois grupos estão dentro da normalidade. Isso pode ser explicado devido ao fato de que a lesão provocada pelo MC já foi removida e nenhum dos pacientes estudados teve metástases. Sendo assim, podemos sugerir que o organismo retorna ao seu estado basal após o processo cirúrgico em relação ao eritrograma. Porém torna-se de fundamental importância o acompanhamento dos valores do eritrograma em pacientes com qualquer tipo de câncer, pois valores baixos da hemoglobina e do hematócrito caracterizam a anemia. Uma contribuição para a enfermagem são as palestras abertas à comunidade em geral, onde pudemos e vamos colocar em ação as atividades de educação em saúde que são tão preconizadas pelo SUS, trabalhando temas como medidas preventivas, cuidados, sinais de alerta entre outros assuntos que os participantes possam considerar importante, e nos pacientes com MC incentivando medidas que possam vir a contribuir para o bem-estar físico e psicológico dos sujeitos envolvidos no projeto. O metabolismo do paciente com câncer se altera gradativamente, afetando todas as vias metabólicas, e dando sinais clínicos que podem ser detectados por exames. É necessário enfoque na importância do entendimento do hemograma na prática clínica do Enfermeiro, pois é uma das análises clínicas de sangue mais solicitada na prática profissional e através dele pode-se fazer diagnósticos de várias alterações no organismo humano. No nosso sangue circulam diversas substâncias que podem ser dosadas e pesquisadas, entre elas proteínas (leucócitos, plaquetas e hemácias), eletrólitos, anticorpos, células, hormônios, colesterol, bactérias ou vírus, e drogas. É muito importante que o enfermeiro saiba avaliar todos os valores encontrados e observações clínicas, alimentação, histórico familiar, uso de medicamentos para poder auxiliar a chegar num possível diagnóstico de anemia, por exemplo, visto que o Enfermeiro tem maior contato com o paciente, e é muitas vezes ele que vai analisar os exames. Esse projeto proporcionou a interdisciplinaridade, pois tem colaboração de várias áreas de conhecimento como, por exemplo, da bioquímica, da farmacologia, da enfermagem, da fisioterapia e da medicina. Quando o trabalho é realizado em equipe e a troca de conhecimento, as chances de um diagnóstico precoce são maiores tendo um melhor prognóstico para os pacientes envolvidos.

Palavras-Chave: Melanoma cutâneo, Diagnóstico, Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1]. Moreno M, Schmitt RL, Lang MG, Gheno V. Epidemiological profile of patients with cutaneous melanoma in a region of southern Brazil. *J Skin Cancer*. 2012; 1-8.
- [2]. Dicato M, Plawny L, Diederich M. Anemia in cancer. *Annals of Oncology*. 2010; (21):167-172.
- [3]. Failace, R. Hemograma manual de interpretação. *Artmed*. 2009; (5).



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 2: Construindo o conhecimento de extensão na Enfermagem

CAMPANHA DE DOAÇÃO DE LENÇOS: UMA FORMA DE CUIDADO INTEGRAL ÀS MULHERES

THAIS CRISTINA HERMES¹, MAUREM NOGUEIRA KELLING¹, MIRIAN ELLEN LUDKE BEDIN¹, JUCIMAR FRIGO², SILVANA DOS SANTOS ZANOTELLI², DENISE ANTUNES AZAMBUJA ZOCHÉ³

1. Acadêmicas da 6ª fase do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Doutoranda em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 3. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

RESUMO

Introdução: O câncer tem sido o causador de muitas mortes em todo o mundo, afetando a vida de muitos pacientes e de seus familiares. Em destaque está o câncer de colo uterino (CCU), que é uma das mais frequentes causas de morte na população feminina latino-americana, onde as taxas de incidência são uma das mais altas do mundo. No Brasil é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer. A estimativa de novos casos no Brasil em 2014 é de 15.590 e a mortalidade em 2011 foi de 5.160². Em relação ao câncer de mama, é o mais incidente em mulheres de todas as regiões do Brasil, exceto na região norte. Para o ano de 2014 foram estimados 57.120 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 56,1 casos para cada 100.000 mulheres. É a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 12,10 óbitos para cada 100.000 mulheres em 2012². Para combater esses números, com a descentralização do acesso aos serviços do SUS, novos atores incorporaram-se ao cenário nacional de atenção à saúde, como é o caso da Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFCC), que possibilitou o aparecimento de ricas e diferentes experiências locais e regionais centradas na atenção integral às mulheres. A Rede, fundada em 28 de agosto de 1982, destina-se a realizar exames ginecológicos de diagnóstico de câncer do colo uterino e de mama e também orientar as mulheres, de modo geral, sobre os cuidados que devem ter com sua saúde, quer seja na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis ou na busca de tratamento adequado quando necessário. É constituída por uma rede de mulheres que tem como objetivo coordenar e congregar atividades voluntárias de combate ao câncer de mama e colo de útero³. Além disso, a RFCC conta com o serviço de grupos de apoio, como o Grupo Provim (Programa Viver Melhor), direcionado às

mulheres mastectomizadas e orientado por profissionais enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, dentre outros, que atuam com palestras educativas, terapias e acompanhamentos psicológico e médico. Esse contexto nos leva à integralidade, a qual exige um olhar “horizontal” dos programas do Ministério da Saúde (MS) anteriormente verticais, superando a fragmentação da atenção à saúde. As práticas profissionais precisam contemplar uma prática reflexiva, intrinsecamente articulada com ampliação e flexibilização normativa na aplicação das tecnociências, valorizando suas necessidades singulares de saúde para além dos sinais e sintomas relacionados à dimensão biofisiológica⁴. Diante disso se percebe que as necessidades de saúde das mulheres vão além do simples consumo ou acesso a determinados serviços e tratamentos, e nos remetem ao campo das micropolíticas e suas articulações, que configuram o sistema de saúde⁵. **Objetivos:** realizar uma campanha de arrecadação de lenços para serem doados ao Grupo Provim da Rede Feminina de Combate ao Câncer de Chapecó – SC. **Metodologia:** Os acadêmicos da sexta fase de enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina sentiram-se motivados a realizar a campanha de arrecadação durante visita à RFCC de Chapecó e ao se depararem com as demandas pontuais e específicas das mulheres do Grupo Provim, além das demandas gerais. Uma delas relacionava-se à escassez no banco de lenços para uso estético diante de situações em que o tratamento oncológico é necessário para combater o câncer de mama ou de colo de útero. A utilização do lenço se faz para que seja amenizado o desconforto em relação à calvície, fator que está diretamente ligado com a autoestima dessas mulheres. Para a efetivação da campanha, contou-se com o apoio dos acadêmicos do 6º período e do Centro Acadêmico de Enfermagem TUA (Transparência, União, Ação) da UDESC, que iniciaram as atividades a partir da criação de uma imagem para doação de lenços contendo informações sobre a campanha e os apoiadores, também

foi identificado o tamanho do lenço para que eles pudessem, de fato, servir para a sua função específica. Determinadas estas questões, a imagem e informações foram impressas em cartaz e folders, que se tornaram os meios de divulgação após serem distribuídos na universidade, além de postagens nas redes sociais. Os acadêmicos também decoraram o *hall* da universidade com balões e frases motivacionais, destinando um local específico para a exposição dos lenços doados. Os acadêmicos de toda a universidade, professores e comunidade podiam trazer os lenços e pendurá-los no local destinado. A arrecadação ocorreu do dia 7 de abril ao dia 6 de maio de 2015. **Resultados:** Durante todos os dias de campanha, foi perceptível a adesão dos acadêmicos, professores, e pessoas anônimas da comunidade que passavam em frente à Universidade durante os dias, interessando-se em ajudar doando um lenço para essas mulheres do Grupo Provim de forma voluntária. Ao término da campanha, contabilizaram-se 70 lenços dos mais variados tipos e cores, que posteriormente foram repassados à RFCC de Chapecó. **Considerações finais e Contribuições para a enfermagem:** As necessidades das mulheres mastectomizadas e ou câncer do colo do útero, vão muito além das técnicas que envolvem o tratamento ou conduta mediante queixa-sintoma, pois são em momentos como esses que elas se sentem mais fragilizadas, culpabilizadas e vulneráveis. Suas necessidades são singulares e subjetivas, podemos citar que uma delas inclui o uso do lenço ou uma peruca para minimizar o impacto da perda do cabelo, corroborando com a autoestima e empoderamento destas mulheres, frente às situações impostas pela vida. Esses foram os motivos que levaram os acadêmicos a iniciarem a campanha de doação de lenços na universidade, com o intuito de auxiliar no processo de adaptação dessas mulheres, e, além disso, de permitir aos acadêmicos do curso de enfermagem firmar seus olhares para o cuidado integral, englobando necessidades que vão além da tecnociência, aquelas que abarcam os modos de andar da vida dessas mulheres, de seus projetos de felicidades. A enfermagem é a profissão que exerce o cuidado, e nesse exercer é que preciso levar em consideração a integralidade, o acolhimento, a escuta sensível, o diálogo, a clínica ampliada, promovendo saúde através de ações de prevenção e intervenção na luta contra o câncer e legitimando o Sistema Único de Saúde.

Palavras-Chave: Enfermagem, Saúde da Mulher, Integralidade em Saúde, Neoplasias do Colo, Neoplasias da Mama.

REFERÊNCIAS

- [1]. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/publications/nccp2002/en/>
- [2]. Instituto Nacional De Câncer (Brasil). Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. 2014.
- [3]. Willecke E, Peiter MMM, Schlup MH. Uma rede de amor. Blumenau: Odorizzi. 2013.
- [4]. Ayres JRC. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO. 2009; 127-144.
- [5]. Cecílio LC. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde; Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO. 2001; 113-126.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

CARACTERIZAÇÃO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS COM CÂNCER EM DOMICÍLIO

ALESSANDRA PAIZ¹, TASSIANA POTRICH², ÉRICA DE BRITO PITILIN², CRHIS NETTO DE BRUM², IASMIM CRISTINA ZILIO³, CRISTAL GAZZONI⁴

1. Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó/SC; 2. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Professora Assistencial da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó/SC; 3. Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó/SC; 4. Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó/SC. Residente em Enfermagem em Atenção ao Câncer no Hospital da Cidade de Passo Fundo.

RESUMO

Introdução: O câncer infantil é caracterizado por um grupo de várias doenças que tem em comum a proliferação desordenada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer lugar do organismo¹. No público infantil, os tumores mais comuns são a leucemia (25% a 35% em todos os tumores infantis), seguido por tumores do Sistema Nervoso Central (SNC) (17% a 25%) e os linfomas (7% a 18%). No Brasil, o câncer representa a principal causa de morte entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, em todas as regiões^{1,2,3}. No ano de 2013, no estado de Santa Catarina, ocorreram 50 óbitos por neoplasia em crianças na idade de 0 a 9 anos. Sendo que a morbidade hospitalar para esse mesmo ano no estado foi de 1.079 internações em crianças nessa mesma faixa etária⁴. O diagnóstico de câncer na família interfere na dinâmica familiar, pois requer adaptações da criança, de seus familiares e da rotina familiar. A criança cria, pela limitação de autocuidado e por sua condição, dependências, em suas necessidades biológicas, de higiene, alimentação e repouso. O cuidador familiar encontra-se, nesse cenário, com maiores responsabilidades, pois além de promover o cuidado específico que a condição demanda, precisa manter suas atividades laborais. Frente ao cenário epidemiológico e social apresentado anteriormente e da produção de conhecimento, notou-se a necessidade de realizar esse estudo com o cuidador familiar da criança com câncer. A família passa a vivenciar com diversas incertezas e mudanças lhes são apresentadas, como a rotina, podendo causar conflitos entre os membros, problemas conjugais, emocionais, físicos, psicológicos e financeiros. Sendo assim, torna-se necessário um olhar além da criança doente, incluindo o cenário do cuidador familiar, com finalidade de auxiliar nas demandas de cuidado, possibilitando um local harmonioso tanto para o doente

que necessita de tranquilidade para o tratamento, quanto para os outros integrantes. **Objetivo:** Caracterizar os cuidadores familiares de criança com câncer no domicílio, do município de Chapecó- SC. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa de natureza descritiva exploratória. Participaram deste estudo cinco cuidadores familiares, que residem no município em questão e que realizam o cuidado no domicílio à criança com câncer. Este trabalho é um recorte da pesquisa “O cotidiano do cuidado da criança com câncer no domicílio: percepção do cuidador familiar”. Devido às dimensões éticas da pesquisa, para ter acesso à esses sujeitos foi, primeiramente, apresentado uma cópia deste estudo para a Secretária de Saúde do município, a fim de obter autorização da mesma. Em seguida, foi solicitado à esta uma relação das famílias que possuíam crianças em tratamento oncológico estando sob cuidados no domicílio. A partir disto, foi entrado em contato com as unidades de saúde onde estas famílias estão cadastradas a fim de realizar uma aproximação com estas e convidá-las à participar do estudo. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser cuidador familiar de criança(s) com câncer na idade de 0 a 9 anos que residem em Chapecó – SC. Foram excluídos deste estudo os cuidadores familiares que, no período da coleta de dados estavam acompanhando a criança em internação hospitalar. Vale ressaltar que o tratamento especializado à criança com câncer é realizado na cidade de Florianópolis-SC. Para garantir o sigilo dos participantes no estudo optou-se por codificá-los com nomes fantasias, para isso usou-se nomes dos planetas mais próximos do sistema solar: Terra (cuidador 01), Mercúrio (cuidador 02), Vênus (cuidador 03), (cuidador 04) e Marte (cuidador 05). A pesquisadora usou a conotação de que o sol simbolizava a criança, e os planetas simbolizavam os cuidadores

familiares. A criança, sendo o sol, faz com que os cuidadores familiares girem ao seu entorno, focando toda, ou maior parte da atenção para ela. Para a obtenção dos dados, os cenários de pesquisa do estudo foram às residências das famílias e/ou a Unidade Básica de Saúde (UBS) a qual são cadastradas. Para a produção de dados foi utilizado um roteiro de caracterização do cuidador familiar. Antes de iniciar a coleta de dados, foi solicitada a permissão para a gravação dos dados do encontro mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista ocorreu de maneira individualizada com o cuidador familiar, sendo gravada em aparelho de gravação digital e após, transcrita. O roteiro de caracterização do cuidador familiar buscou identificar quem era esse cuidador, através dos seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, profissão, religião, grau de parentesco com a criança e número de filhos. Vale ressaltar que a produção de dados se iniciou após a aprovação pelo Comitê De Ética em Pesquisa (CEP) respeitando os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos da Resolução 466/12. **Resultados e Discussão:** Obteve-se 05 sujeitos participantes, sendo que 100% eram do sexo feminino. A idade variou entre 21 e 41 anos, sendo a média de 30,6 anos. Quanto ao grau de parentesco, 100% dos entrevistados eram membros da família, onde 80% se constituíram de mães e 20% avós, como cuidador principal da criança. Também buscou-se caracterizar a condição financeira onde, 60% dos cuidadores familiares estavam afastados dos seus serviços, desses 20% estava recebendo uma remuneração salarial, e 40% eram do lar, sem remuneração salarial. O abandono do trabalho pode ser explicado pelo cuidado direto e indireto que a criança demanda, sendo caracterizado pela administração medicamentosa, aquisição destes medicamentos, coordenação dos cuidados, gerenciamento de sintomas e medidas de conforto⁵. Questionado ainda quanto a religião, 60% se dizem católicos e 40% evangélicos. E quanto a escolaridade dos cuidadores: 40% possuem o ensino fundamental incompleto, 40% possuem o ensino fundamental completo e 20% possuem o ensino médio completo. 80% dos cuidadores familiares possuem outros filhos, sendo que 50% possuíam dois filhos e este mesmo quantitativo possuíam três filhos. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** A nova realidade da criança com câncer causa uma reestruturação no contexto familiar, observando a necessidade de um maior cuidado com a criança. Torna-se necessário uma mudança na rotina da família, pois o cuidador deve estar atento com as medicações e seus horários de aplicações, alimentação acompanhamento médico em centro especializado e ainda os cuidados do lar e de outros integrantes da família. A família passa a assumir cuidados especiais, específicos do tratamento e que contribuem para a recuperação da saúde da criança.

Realizar este cuidado em uma criança oncológica demanda dedicação de tempo e financeira, pois ela necessita de medicamentos, alimentação diferenciada, e também gastos com viagens para realizar o tratamento. Enaltecendo a importância da rede de apoio que esse cuidador tem direito, não somente em relação ao cuidado da criança, mas dando subsídios para a oferta deste cuidado de forma qualificada, pois ele também precisa de atenção. É papel da Enfermagem estar atenta e localizar estes sujeitos na comunidade, buscando a criação de vínculo para ofertar uma assistência baseada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de identificar os fatores condicionantes e determinantes de saúde desta população em específico e proporcionar resolutividade a eles.

Palavras-Chave: Saúde da Criança, Cuidadores Familiares, Neoplasias, Enfermagem, Cuidados Domiciliares de Saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Nacional de Câncer. Câncer infantil. [acesso 28 abr. 2014] Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>
- [2] Malagutti W. Oncologia Pediátrica: uma abordagem multiprofissional. 1ª ed. São Paulo: Martinari; 2011.
- [3] Costa Vaz FA, Marcondes E, Okay Y, Ramos JLA. Pediatria básica – Tomo II- Pediatria Clínica Geral. 9ª ed. São Paulo: Sarvier. 2003.
- [4] Secretaria de estado de saúde de Santa Catarina. Informações em Saúde. [acesso 30 jun. 2014] Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=28
- [5] Sanchez KOL, Ferreira NMLA, Dupas G, Costa DBI. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. Rev Bras Enferm. 2010; 63(2):290-9.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

CARACTERIZAÇÃO DE MÃES QUE PRATICARAM O DESMAME PRECOCE

IASMIM CRISTINA ZILIO¹, TASSIANA POTRICH², GRACIELE BETTI³, ÉRICA DE BRITO PITILIN⁴, JOICE MOREIRA SCHMALFUSS⁵, ALESSANDRA PAIZ⁶

1. Acadêmica do 7º período do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó/SC; 2. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Professora Assistencial da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó/SC; 3. Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó/SC. Enfermeira no Hospital Beneficente São Carlos; 4. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá – UEM. Professora Assistencial da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó/SC; 5. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Professora Assistencial da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó/SC; 6. Acadêmica do 3º período do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó/SC.

RESUMO

Introdução: Os inúmeros benefícios acerca do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses de vida são amplamente divulgados pelo Ministério da Saúde (MS) e afirmados por meio de programas e políticas de promoção do aleitamento materno nacionais e internacionais, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. Porém, ainda é possível perceber uma distância entre as recomendações e a prática destas, sendo evidenciada pela introdução de outros alimentos na dieta das crianças antes desse período^{1,2}. O desmame é a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta da criança, na qual se encontrava em AME, exceto pela introdução de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos³. O desmame de crianças menores de seis meses de idade ocorre frequentemente no Brasil, podendo implicar em diversas consequências para esse indivíduo, o qual se encontra em pleno momento de crescimento e desenvolvimento. Essa transição do AME para o Aleitamento Materno Complementado (AMC) antes dos seis meses de vida pode trazer consequências tanto para a criança, como para a mãe e sua família. Para a criança, o desmame precoce pode causar interferência no desenvolvimento motor oral, e problemas gastrointestinais e renais devido à imaturidade do organismo para digerir os diversos componentes dos alimentos, os quais podem ser fatais^{3,4}. Para a mãe, o desmame antes dos seis meses de vida do filho, poderá acarretar em perda do método de contracepção natural e gratuito, e perda da intimidade e vínculo com o filho. Para a família, haverá, possivelmente, ônus financeiro,

com aumento dos custos com métodos contraceptivos, gastos médicos, hospitalares e medicamentosos devido à maior probabilidade da criança desenvolver alguma patologia, além do próprio gasto com a alimentação, que pode chegar até 34% sobre o salário mínimo^{3,4}. Apesar da recomendação do AME estender-se até os seis meses de vida e vigorar em nosso país acerca de 12 anos, a transição do AME para o AMC ainda é praticado de forma precoce, sendo influenciado por diversos fatores, tanto biológico quanto socioculturais. Vindo ao encontro disto, e com o objetivo de reforçar as práticas para o aleitamento materno, em 2011 ouve a institucionalização da Rede Cegonha pela Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, a qual visa o “*Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança*”, englobando ações como a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável³. **Objetivo:** Diante do exposto, tem-se como objetivo deste estudo caracterizar as mães que realizaram o desmame de seus filhos antes dos seis meses de vida na cidade de Chapecó/SC. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em um Centro de Saúde da Família (CSF) localizado no município de Chapecó, SC. A produção dos dados deu-se no mês de setembro de 2014, com nove mães, após aprovação pela Secretaria de Saúde Municipal e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob parecer número 772.266. Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução número 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde. A seleção das mães foi realizada aleatoriamente conforme a presença destas nas avaliações das medidas antropométricas realizadas na sala da criança do CSF em

questão, e em visitas domiciliares com as ACS. A coleta de dados deu-se por entrevista gravada com as mães, mediante o aceite prévio, com local e data previamente marcados, respeitando a privacidade e individualidade de cada uma. Foi utilizado um roteiro de entrevista com questões abertas contendo a caracterização dos sujeitos. Cabe ressaltar que este trabalho é um recorte de um trabalho maior intitulado “*Motivos envolvidos no desmame de crianças menores de seis meses de vida*”. Os dados coletados em relação às mães se referiram à escolaridade, parentesco das pessoas que residem no mesmo domicílio, condição do trabalho, renda da família, quantidade de filhos e idade dos mesmos.

Resultados: Foram entrevistadas nove mães com idade média de 28 anos. Destas, 55,5% eram múltiparas e o quantitativo restante primíparas. Além disso, a maioria é alfabetizada, sendo 67% das mães possuidoras do ensino médio completo. Observa-se ainda que, 63% das mães exercem função doméstica no próprio lar, e é possível verificar que a maioria das entrevistadas referiu que a renda familiar fica entre três e quatro salários mínimos, correspondendo a 45% das respostas das mães entrevistadas. É necessário ressaltar ainda que, todas as mães entrevistadas relataram receber orientações e informações, seja no pré-natal ou no puerpério, sobre o AME até os seis meses de vida de seus filhos, podendo entender-se até os dois anos ou mais. Vale ressaltar ainda, que as informações destinadas a essas mulheres são vitais para a gestação e manutenção do aleitamento materno, principalmente nos primeiros dias de vida da criança, momento este, que possui fatores associados a falta de incentivo a prática da amamentação, ocasionando o desmame precoce e conseqüentemente, o prejuízo ao crescimento e desenvolvimento da criança⁵.

Conclusão e Contribuições para a Enfermagem: Esse estudo possibilitou verificar que a maioria das mães entrevistadas são jovens, múltiparas, alfabetizadas, que trabalham no domicílio, vivendo com uma renda familiar entre três e quatro salários mínimos. Estes dados nos sinalizou que tal prática é condicionada socialmente e culturalmente, uma vez que depende de crenças, culturas, desenvolvimento e inexperiência materna, condições econômicas, valores e práticas que conformam o perfil das mães e influenciam na decisão. É necessário um raciocínio clínico da situação problema para alcançarmos as reais necessidades da nutriz. Ainda, devemos considerar sempre, para os momentos de orientação e estimulação ao aleitamento materno, os benefícios para o binômio mãe-bebê e para a família, a fim de sensibilizar a nutriz e sua família, oportunizando e promovendo o empoderamento e a decisão sobre prática do AME. Conhecer as características e forma o perfil das mães que praticam o desmame precoce é fundamental para a enfermagem, principalmente os atuantes nos CSF, pois nos possibilita um acolher,

orientar e promover ações com mais segurança e credibilidade uma vez que propicia, no momento que a usuária adentra algum serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de atendimento, uma interpretação correta da sua real necessidade, respeitando os princípios e diretrizes do SUS. Ainda, apropriar-se dessas especificidades e desses perfis nos possibilita um atendimento holístico e resolutivo, transcendendo o nível da orientação e sensibilização da puérperas a amamentar, adaptando as orientações as necessidades e condições das nutrizes, e efetivamente auxiliando-as nesse processo. Construir esse conhecimento junto as mães que procuram o serviço de saúde é considerar que somos seres complexos, racionais e em um processo de interação ininterrupto, nos permitindo agir, intervir e propiciar mudanças comportamentais de forma conjunta, empoderando-as e transformando-as em sujeitos da ação, da amamentação.

Palavras-Chave: Saúde da criança, Lactente, Nutrição, Desmame, Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1] Organização Mundial da Saúde. Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. [acesso 05 dez. 2014] Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/legislacao/pdf/doc-677.pdf>
- [2] Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : modulo 3 : promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009.
- [3] Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009.
- [4] Araújo MFM, Fiaco AD, Pimentel LS, Schmitz BAS. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2004; 4(2):135-41.
- [5] Demitto MO, Silva TC, Paschoa ARZ, Mathias TAF, Bercini LO. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. Rev Rene. 2010; 11(esp.):223-9.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 3: Construindo conhecimento do ensino na Enfermagem

CENÁRIO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO À LUZ DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: REVISÃO DE LITERATURA

MARLUCI MAHLE¹, JUCIMAR FRIGO², SILVANA DOS SANTOS ZANOTELLI², DENISE ANTUNES AZAMBUJA ZOCHÉ³

1. Acadêmica da 8ª fase do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UDESC.

RESUMO

Introdução: O Ministério da Saúde considera a saúde da mulher como uma prioridade de governo, dessa maneira, os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) incorporam a integralidade e a promoção da saúde como ações primordiais, tendo em vista que, o documento aponta como discreta a diminuição da mortalidade por Câncer do Colo do Útero (CCU), embora seja uma patologia de simples diagnóstico, com tecnologia existente e tratamento acessível¹. As políticas específicas do SUS no campo da saúde das mulheres buscam, de forma intensiva, a redução da morbimortalidade por câncer na população feminina por meio do aumento das coberturas do exame de CP em mulheres¹. No Brasil o câncer ganha relevância pelo perfil epidemiológico da doença ao longo da história, atrelado à mudança no perfil demográfico, industrialização, urbanização populacional e avanços tecnológicos. Reforçando a magnitude do problema de câncer no Brasil, para 2014/2015 estima-se a ocorrência de quinhentos e setenta e seis mil novos casos de câncer, sendo que cinquenta e sete mil destes, de mama feminina e quinze mil casos do colo do útero. Já no Estado de Santa Catarina estimam-se para o ano de 2014 uma incidência de mil oitocentos e cinquenta casos novos de câncer de mama feminina, com uma taxa bruta de 57,43/100 mil mulheres e de quatrocentos e oitenta casos de câncer do colo do útero, 14,97/100 mil mulheres. O câncer do colo do útero é uma doença de fácil diagnóstico e tratamento, porém a sua incidência é maior nos países em desenvolvimento, agravando a situação por fatores como o diagnóstico tardio e a dificuldade de acesso ao tratamento². Com base nestas reflexões, a seguinte questão é pertinente: quais são as contribuições dos estudos desenvolvidos em âmbito nacional sobre o Câncer do Colo do Útero no que diz respeito à

integralidade da atenção à saúde das mulheres, nos últimos dez anos? **Método:** Trata-se de um estudo descritivo como modalidade de revisão de literatura, que é uma ferramenta metodológica importante para integrar as informações de estudos realizados sobre determinada temática. Abrange o processo analítico, possibilitando sintetizar e obter ampla compreensão conceitual sobre o que foi produzido nesta área específica. Abrange tanto o processo analítico, quanto a interpretação dos resultados, possibilitando sintetizar e obter ampla compreensão conceitual³. As etapas da revisão integrativa de literatura foram conduzidas a partir das proposições de Ganong (1987)⁴, a saber: Identificação do tema juntamente com a escolha da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; seleção da amostra a partir da aplicação dos critérios; inclusão dos estudos selecionados em formato de tabela construída a partir do Microsoft Word; discussão e análise dos resultados, identificando diferenças e conflitos; e a apresentação do estudo em forma de artigo científico. Para a realização do estudo foram utilizados os descritores neoplasia de colo do útero e integralidade em saúde. Foi realizada a leitura individual dos títulos e resumos de todos os trabalhos encontrados bem como dos resultados. Por fim todos os estudos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão foram coletados, salvos em pastas do Sistema Operacional (SO) Windows e revisados através da leitura dos artigos completos, excluindo os trabalhos fora do tema. Após a busca e seleção dos artigos obteve-se 06 artigos para a realização do presente trabalho, descritos a seguir de acordo com o ano de publicação e ideia central do trabalho⁴. **Resultados:** Os estudos apontam que o câncer de colo de útero envolve uma atenção voltada à saúde da mulher de forma integral que inclui acesso ao exame de citopatológico, acompanhamento no ambulatório da ginecologia e comunicação dos serviços de saúde. Com relação aos

profissionais da saúde que atendem as mulheres dentro dos serviços, o modelo de atendimento continua pautado na queixa-conduta, centrada no modelo biomédico e hegemônico, onde grande parte das mulheres é identificada em um número ou doença, desconsiderando-as como sujeito. Nestes estudos os profissionais da rede não aproveitam a “*visita da mulher*” à unidade para outras orientações ou rastreamento de outros agravos de saúde. Também foi possível identificar que há a necessidade de estabelecer vínculo entre os profissionais e as mulheres, sendo que isso pode ser obtido através da escuta e do diálogo. Entretanto, as mulheres não estão conscientes da importância de realização do exame pré-câncer como fator de diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno e em sua maioria buscam os serviços de saúde na presença de queixa ou algum sinal de doença. Dentre as dificuldades citadas pelas mulheres em não acessar os serviços de saúde de forma preventiva estão as dificuldades de agendamentos, demora na marcação de exames e a distância entre o serviço e o domicílio. Com relação às reclamações por parte delas, foram citadas a insensibilidade e indiferença dos profissionais de saúde ao sofrimento, bem como um distanciamento entre ambas as partes, equipe e comunidade. Identificou-se também que há um subgrupo de mulheres que não são contempladas pelos serviços, por inúmeros motivos (desconhecimento, vergonha, falta de acessibilidade, ansiedade e medo), sendo que o rastreamento por meio do exame de citopatológico não é aplicado de forma sistêmica na rotina do serviço de saúde, conforme as orientações do Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer. Outro fator preocupante sinalizado nos estudos foi a dificuldade de acompanhamento dos casos em seguimento positivo por alterações do epitélio do colo do útero. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** Neste sentido, aponta-se para a necessidade de valorização do campo relacional, a compreensão dessa dimensão de mudança tecnológica na qual a produção da saúde se baseia nas tecnologias leves, buscando que a produção esteja pautada nas necessidades das mulheres dentro da perspectiva do cuidado integral da atenção, permitindo ressignificar a saúde nos serviços, nos profissionais e nos encontros com as usuárias. Porém, para garantir a qualidade do rastreamento do câncer do colo do útero, é necessário o monitoramento rigoroso dos casos em seguimento (suspeitos), assegurando a qualidade das ações ofertadas pelos serviços do SUS, além do exame citopatológico de rotina em todas as mulheres na faixa etária recomendada. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que estão mais próximos das mulheres dentro da sua área de abrangência, sendo assim, necessitam lançar mão das tecnologias leves, enquanto ferramentas para a efetivação da atenção integral à saúde delas, superando condutas terapêuticas em caráter individual e

curativo, com o objetivo de contribuir para uma nova organização tecnológica do trabalho no espaço de produção dos serviços de saúde.

Palavras-Chave: Neoplasias do Colo do Útero, Integralidade em Saúde, Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2ª. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf
- [2] Silva JAG. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer (INCA). 2014.
- [3] Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. 2008; 17(4):758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
- [4] Ganong LH. Integrative reviews of nursing. Rev Nurs Health; 1987; 10(1):1-11.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 2: Construindo conhecimento da extensão na Enfermagem

CIÊNCIAS SOCIAIS E ENFERMAGEM: DIALOGANDO SOBRE SEXUALIDADE POR MEIO DA METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA

RENATA DAICI RODRIGUES¹, LEANDRA BATISTA DE AZEVEDO², CRHIS NETTO DE BRUM³, ARI JOSÉ SARTORI⁴, CLAUDETE GOMES SOARES⁵

1. Colaboradora do Projeto Novos Talentos. Acadêmica de Licenciatura em Ciências Sociais da Universidade Federal da Fronteira Sul; 2. Colaboradora do Projeto Novos Talentos. Bacharel em Comunicação Social com ênfase em Publicidade e Propaganda. Universidade Federal da Fronteira Sul; 3. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul. Doutoranda da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Universidade Federal da Fronteira Sul; 4. Professor do Curso de Ciências Sociais Universidade Federal da Fronteira Sul. Doutor em Antropologia. Universidade Federal da Fronteira Sul; 5. Professora do Curso de Ciências Sociais Universidade Federal da Fronteira Sul. Doutora em Sociologia. Universidade Federal da Fronteira Sul.

RESUMO

Introdução: A Enfermagem e as Ciências Sociais possuem uma aproximação de longa data, o qual pode ser constatado, no mínimo, desde a década de 1960, após o período das grandes guerras mundiais. Momento em que os conhecimentos entre as duas áreas necessitou de aproximação a fim de possibilitar um olhar integral à saúde do ser humano¹. As Ciências Sociais tem como objeto de estudo o homem e sua relação com a sociedade, já a Enfermagem, o cuidado com o ser humano. Assim, essa interrelação entre as duas áreas, visam a auxiliar na construção e consolidação das relações, especialmente, no que tange as questões políticas e sociais sobre a saúde da população². Além disso, muitas questões entre as duas áreas se complementam, como as experiências sociais, a própria ideia de estrutura familiar, até mesmo, a construção social sobre a sexualidade. **Objetivo:** relatar as atividades extensionistas sobre sexualidade com estudantes por meio da metodologia problematizadora. **Método:** As oficinas sobre sexualidade que foram realizadas no período de outubro a dezembro de 2014, em uma escola pública do Município de Chapecó, Santa Catarina, com a participação de 101 estudantes das primeiras séries do Ensino Médio. O principal intuito das oficinas foi incentivar o debate sobre o significado da sexualidade para que os estudantes questionem as ministrantes da oficina sobre suas dúvidas, e a partir disso, entendam mais sobre o assunto, não somente com o caráter de prevenção, mas sim de uma visão crítica. As oficinas fazem parte do projeto “Qualificação científica de professores e alunos da escola básica da rede pública de municípios do oeste catarinense” projeto interdisciplinar aprovado pela CAPES (Programa de

Apoio a Projeto Extracurriculares: Investindo em Novos Talentos – Edital nº 055/2012), e desenvolvido por professores da Universidade Federal da Fronteira Sul. Esse programa tem quatro subprojetos e um deles é o subprojeto “Gênero, Sexualidade e Diversidade na Educação: Ações Conjuntas entre Saúde e Ciências Sociais”. O principal objetivo deste projeto é desenvolver ações e reflexões sobre os temas gênero, diversidade, sexualidade e violência no ambiente escolar, através de problematizações e debates destes temas. As principais atividades previstas para o projeto durante os anos de 2014-2015 são: Oficina com professores tratando do tema “Gênero e diversidade na educação” e minicurso sobre “Diversidade e relações étnico-raciais” e Oficinas sobre “Sexualidade na Educação” com estudantes do Ensino Médio. Apresentaremos nesta comunicação as Oficinas sobre Sexualidade na Educação, as quais foram realizadas por duas acadêmicas do curso de Licenciatura em Ciências Sociais com a orientação do/a professor/es das áreas de Enfermagem e Ciências Sociais. A importância de unir as duas áreas se dá pela razão de que os temas tratados na oficina fazem parte da sociedade e o sujeito envolvido é o adolescente. Ou seja, tanto a Enfermagem quanto a Ciências Sociais possuem a capacidade de orientar o adolescente quanto às temáticas da sexualidade. **Resultados.** Para a construção da oficina foi utilizado a metodologia problematizadora³. Essa metodologia é composta de cinco etapas, a primeira etapa é a observação da realidade e construção da problemática do estudo; a segunda etapa é os pontos-chave; a terceira etapa é a teorização; a quarta etapa é hipóteses de solução; e a quinta etapa é a aplicação à realidade. Assim, as oficinas foram organizadas em

cinco encontros, totalizando uma carga horária de cinco horas, com cada turma e seguiram a seguinte metodologia: 1) sondagem com os estudantes para conhecer os temas e as dúvidas mais presentes entre os jovens; 2) jogo sobre mitos e verdades sobre a sexualidade; 3) dúvidas gerais e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs); 4) planejamento familiar e, 5) métodos contraceptivos. A sondagem ocorreu por meio anônimo: os estudantes escreveram e colocaram em uma caixa suas dúvidas ou temas sugeridos. Os principais temas levantados foram: anticoncepcionais, DSTs, outros métodos contraceptivos, gravidez em geral, risco na saúde causada por anticoncepcionais e posições sexuais, uso de acessórios na hora de relação, corpo feminino e masculino. Após a análise dos temas, seguimos com um jogo onde a turma é dividida em dois grupos e cada aluno retira da caixa um papel com uma pergunta que contém: fala sério ou com certeza. Cada resposta certa o grupo recebia dois pontos e cada resposta errada apenas um ponto. No terceiro encontro, novamente em grupos, foram entregues a eles papéis com nomes de DSTs e algumas características em outros papéis com o objetivo dos/as estudantes relacionarem a doença com a característica. Na sequência ou posteriormente foram debatidas e discutidas em sala. Na quarta etapa, foi disponibilizado aos estudantes, imagens referentes ao corpo, à cartilha do adolescente do menino e da menina (que foi apresentada com detalhes), um vídeo para ser feita a discussão do planejamento familiar, a questão de cuidar de si e cuidar do outro, do tema “*amor, futuro*” relacionando com a sexualidade. E a última etapa, foi realizada a apresentação de métodos contraceptivos através de imagens, mostrando as formas de se proteger. Destacamos que em todas as etapas foram respondidas as dúvidas sobre os temas tratados. Além disso, utilizou-se do conceito de sexualidade que trabalha a partir das experiências do “*adolescência*”. A sexualidade é vivida na cultura com base nos discursos que são reproduzidos e repetidos em instituições, meios de comunicação, na ciência, nas leis, nos movimentos sociais e avanços tecnológicos. Existem diversas formas de se relacionar por meio da sexualidade, isso permite de acordo com que “*as possibilidades de viver os gêneros e as sexualidades ampliaram-se*”⁴. A metodologia problematizadora permitiu a intervenção prática na cultura desses jovens com base na observação da realidade com um olhar crítico do contexto escolar, este que mostrou a necessidade de trabalhar e conceituar a sexualidade. Os estudantes associaram a sexualidade principalmente a DSTs e métodos contraceptivos, e foi através desses temas que as oficinas foram desenvolvidas para conceituar sexualidade conforme os autores citados. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem.** Concluiu-se que as oficinas obtiveram um resultado equivalente as expectativas diante da

realidade encontrada, pois em cada etapa da oficina os estudantes foram participando mais do debate e das atividades propostas. Conforme as avaliações realizadas pelos estudantes no final da oficina perceberam-se o aproveitamento das atividades e os estudantes demonstraram que nem sempre a sexualidade é trabalhada pela escola ou família do modo que a oficina orientou e por isso, a oficina terá sua segunda edição no ano de 2015, diante da avaliação positiva dos participantes, dos professores e da gestão escolar. A aproximação entre as áreas da saúde, como a exemplo da enfermagem, aliada as Ciências Sociais, na Sociologia possibilita uma melhor compreensão do cotidiano político e social referente à saúde brasileira, especialmente quando se trata de estudantes adolescentes. Nas oficinas, além dos temas abordados acima, por meio dessa articulação entre as diferentes áreas de conhecimento, pode-se compreender que as experiências sociais, a estrutura familiar, planejamento de vida, cuidados com o corpo e outras questões, puderam enriquecer as discussões tanto entre os estudantes como quanto com os envolvidos no projeto como um todo. Compreende-se que parecerias como essas fortalecem as diferentes concepções de ensino-aprendizagem e que a utilização da metodologia problematizadora, auxilia neste processo, como uma ferramenta de aproximação com o cotidiano e com as singularidades dos estudantes.

Palavras-Chave: Educação em Enfermagem, Ciências Humanas, Sexualidade.

REFERÊNCIAS

- [1] Nunes ED. As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e construção de um campo de conhecimento. *Saúde e Sociedade*. 1992; 1(1):59-84.
- [2] Araújo AC, Sanna MC. Ciências humanas e sociais na formação do enfermeiro brasileiro: um estudo bibliométrico. *Rev. Pesquisa: Cuidado é Fundamental-Online*. 2010; 2(Ed. Supl.):636-40.
- [3] Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino aprendizagem. 4ª ed. Petrópolis: Vozes. 1989.
- [4] Louro GL. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. *Pro-posições* 2008; 19(2):7-23.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE O PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) E O CÂNCER DO COLO UTERINO

ANDRÉIA DA VEIGA¹, CAROLINE RITA TORTELI¹, DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCHE³

1. Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; 2. Enfermeira. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. Doutora em Enfermagem.

RESUMO

Introdução: O Câncer do Colo do Útero é um câncer com mortalidade elevada, que, mesmo com as campanhas e programas governamentais de prevenção, ainda continua sendo um problema de Saúde Pública no Brasil, embora já apresente conhecimentos técnicos de prevenção suficientes para fornecer um dos mais altos potenciais de cura¹. Esta neoplasia é a terceira mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama e colo retal e a quarta causa de morte em mulheres por câncer no Brasil. Neste cenário a prevenção se torna necessária para reduzir os riscos a que as mulheres estão expostas. É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por este tipo de câncer. O principal método utilizado para identificar lesões precursoras (que antecedem o aparecimento da doença) e fazer o diagnóstico da doença, é através do exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolau)². Entre as infecções sexualmente transmissíveis está o HPV que constitui problema de saúde pública não só no Brasil, mas em vários outros países. Portanto considera-se de extrema importância que a população tenha conhecimento acerca desta patologia viral, para melhor desenvolver as prevenções primárias e secundárias, promovendo educação em saúde com enfoque no cuidado da saúde das populações³. **Objetivos:** Analisar o conhecimento das mulheres, entre 25 a 59 anos, que realizam o exame preventivo, sobre a relação entre o HPV e câncer do colo uterino; conhecer a percepção das mulheres sobre o HPV e câncer do colo uterino; conhecer as fontes de informações das mulheres sobre o HPV e o câncer do colo uterino. **Metodologia:** pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. Tendo como cenário a Rede Feminina de Combate ao Câncer de Chapecó, Santa Catarina (RFCC); que é uma entidade filantrópica fundada em 28 de agosto de 1982.

Participaram da pesquisa mulheres com idades entre 18 a 60, que realizaram o exame preventivo do câncer do colo do útero na RFCC/Chapecó. A coleta dos dados ocorreu durante o mês de setembro de 2014, por meio de entrevista semiestruturada, composta por questões de identificação com a intenção de identificar o conhecimento das mulheres sobre o HPV e câncer do colo uterino, bem como as fontes de informações que utilizam acerca dos mesmos. As entrevistas foram realizadas na Rede Feminina de Combate ao Câncer, onde as mesmas foram gravadas, em uma sala reservada, a fim de preservar a privacidade das mulheres, com duração máxima de cinco minutos. A interpretação das informações foi realizada a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (2014) que constitui de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação. Concomitantemente a exploração do material, procedeu-se ao tratamento dos resultados e sua interpretação. Todo processo de pesquisa seguiu os procedimentos éticos estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que se refere à pesquisa com seres humanos, tendo como nº de parecer 775.980 e data de aprovação 02/09/2014. Cabe destacar que os participantes foram informados de que a sua participação no estudo teria riscos mínimos, e que poderiam abandoná-lo a qualquer momento. Todos os participantes assinaram o TCLE. **Resultados:** Dos dados emersos do material produzido pelas transcrições das entrevistas surgiram 2 categorias: Conhecimento das mulheres sobre o HPV e o câncer de colo uterino; As fontes de informação sobre a saúde sexual e reprodutiva. A primeira categoria aborda o conhecimento das mulheres sobre o HPV e o câncer do colo do útero, ela está subdividida em quatro subcategorias. São elas: Identificam em parte sobre o vírus HPV e o câncer de colo, associando-os; Não identificam o câncer de colo e o HPV; Apresentam dúvidas quanto as respostas e reconhecem a importância da prevenção. A primeira

subcategoria aborda a percepção das mulheres que reconheceram em parte sobre o HPV e câncer de colo de útero. Ao serem questionadas sobre o conhecimento do HPV e câncer de colo uterino, (11) mulheres demonstraram algum conhecimento, e destas (4) conseguiram identificar somente sobre o HPV; (2) conseguiram demonstrar pouco conhecimento, sobre o desenvolvimento do câncer e apenas (5) mulheres associaram o câncer do colo do útero com o HPV. Na segunda subcategoria destaca-se o desconhecimento por parte das mulheres sobre a associação do HPV e o aparecimento do câncer do colo, pois, (11) não souberam identificar o HPV e o câncer do colo do útero, outras (2) mulheres não conseguiram identificar o câncer, e apenas (1) não conseguiu identificar o HPV. Na terceira subcategoria, (4) mulheres ao expressar “não sei” ou expressões de dúvidas, como aquelas que levaram muito tempo para responder, na verdade demonstram que as elas possuem pouco conhecimento do assunto. Na quarta subcategoria, identificou-se nos dados de (9) mulheres o reconhecimento e a importância da prevenção. As atitudes das mulheres, quanto à realização do exame preventivo é decisiva para a incidência do mesmo, sendo que a quantidade de mulheres que procuram os serviços de saúde para realizar o exame é baixa e os principais motivos para isso são a falta de informação e conhecimento, medo, vergonha, preconceito e pela própria cultura⁵. A segunda categoria aborda as fontes de informação em que as mulheres buscam conhecimentos e maneiras de como esclarecer dúvidas sobre o cuidado com o corpo e os métodos de prevenção, subdividindo-se em quatro subcategorias. Sendo elas: os serviços de saúde, trabalho e faculdade; os meios de comunicação; família e profissionais da saúde e não buscam informações. A primeira subcategoria refere-se aos locais ou Instituições onde as mulheres buscam informações, são eles: os serviços de saúde (12), o local de trabalho (1) e a faculdade (1), sendo as mais citadas pelas mulheres (14). A segunda subcategoria onde refere-se aos meios de comunicação: como internet (site, blog), televisão, leituras (livros, revistas), (12) mulheres relataram buscar informações. **Conclusão e Contribuições para enfermagem:** Ao final deste estudo, pode-se perceber que muitas mulheres, demonstraram dificuldades em responder as perguntas, e que as associações que o tema despertou representavam as falhas de informação sobre câncer de colo e HPV, em contrapartida ficou evidenciado que as mulheres reconhecem na grande parte das vezes a importância da prevenção. No desenvolvimento deste estudo foi possível identificar alguns dos principais motivos que desencadeiam esse déficit de conhecimento, sendo um deles evidenciado pela procura das mulheres em vários outros meios de informação, como as redes sociais e as instituições de ensino. Por outro lado, notou-se também

um desinteresse na busca de informações, por parte de algumas mulheres devido a pouca autonomia e autocuidado. Como já foi destacado as mulheres buscam informações de saúde nas redes sociais e meios digitais, relações mais próximas, serviços de saúde ou locais de trabalho. Contudo, não é o suficiente para chegar ao exato entendimento do que é o HPV e o câncer de colo de útero e sua associação, pois várias delas em suas falas identificam em parte um ou outro e apenas uma minoria consegue identificá-los. Neste sentido cabe aos enfermeiros, orientar a sua equipe de saúde com responsabilidade, garantindo que cada profissional exerça sua função de maneira adequada dentro do serviço, prestando uma boa qualidade no atendimento aos pacientes, realizando um cuidado integral, esclarecendo todas as dúvidas e orientando-as adequadamente, garantindo uma boa educação em saúde. Sendo assim, a melhor maneira de desenvolver um cuidado de saúde e de enfermagem integral e humanizado, é ouvindo as mulheres, conhecendo quais as suas dúvidas e dificuldades, a fim de instrumentalizá-las e empoderá-las para buscarem seus direitos de saúde de forma a encontrar um atendimento completo e humanizado. Na terceira subcategoria identificamos outro meio de busca de informação, por meio de pessoas mais próximas de suas relações (mãe/amiga/pai e profissionais da saúde), conforme os dados de (12) mulheres. Na quarta subcategoria destacamos as mulheres que relataram não buscar nenhum tipo de informação referente à sua saúde, onde apenas (1) mulher relatou não buscar nenhum tipo de informação. O presente estudo tem como contribuição voltada para a saúde da mulher, o incentivo para a busca de informações, para o melhor cuidado com a própria saúde e com o corpo.

Palavras-Chave: Prevenção primária, Serviços de Saúde, Neoplasias do Colo.

REFERÊNCIAS

- [1] Cruz LMB, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde Soc.* [online]. 2008; 17(2):120-31.
- [2] Brasil. Portal. Instituto nacional de câncer. Colo do útero. 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio>.
- [3] Reis AAS, Monteiro CD, Paula LB, Santos RS, Saddi VA, Cruz AD. Papilomavírus humano e saúde pública: prevenção ao carcinoma de cérvix uterina. *Ciênc Saúde Coletiva.* [online]. 2010; 15(1):1055-60.
- [4] Osís MJD, Duarte GA, Sousa MH. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas

disponíveis no Brasil. Rev. Saúde Pública [online]. 2014; 48(1):123-33.

- [5] Silva VSC, Mochel EG, Lima SF, Meneses LFS. Câncer do colo do útero: saberes e práticas de mulheres usuárias da atenção básica. Rev. Enferm. UFPE [online]. 2014; 1628-35.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

CONHECIMENTO DE TRABALHADORAS DE UMA INDÚSTRIA FRIGORÍFICA ACERCA DOS EXAMES PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE DE NEOPLASIAS

ELIANE HILHESHEIM¹, ROSANA AMORA ASCARI², NARAIAINE FERMINO³

1. Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho do Centro Sul Brasileiro de Pesquisa Extensão e Pós-Graduação (CENSUPEG); 2. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e Docente do CENSUPEG. 3. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

RESUMO

Introdução: O câncer cervical, genericamente chamado de câncer de colo do útero, apresenta evolução lenta, podendo levar anos para se desenvolver. As alterações das células que podem desencadear o câncer são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como Papanicolau), por isso é importante a sua realização periódica. O principal fator que pode levar a esse tipo de câncer é a infecção pelo papiloma vírus humano, o HPV, com alguns subtipos de alto risco e relacionados a tumores maligno¹. É o segundo tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Por ano, faz 4.800 vítimas fatais e apresenta 18.430 novos casos. Atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ*. Esse tipo de lesão é localizada. Mulheres diagnosticadas precocemente, se tratadas adequadamente, têm praticamente 100% de chance de cura². O segundo tipo de câncer mais frequente no mundo é o de mama. É o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%³. Na indústria frigorífica a maior parte de seus funcionários é constituída por mulheres, e essas muitas vezes demonstram constrangimento e ansiedade ao serem submetidas a exames citológicos e clínicos para a detecção de câncer de colo do útero e mama. Vê-se então a necessidade de verificação do conhecimento a respeito das neoplasias, assim como uma aproximação dos sentimentos e experiências dessas mulheres ao detectarem precocemente a patologia bem como sua

prevenção. Assim pode-se planejar e adequar às orientações baseadas em necessidades e relatos a partir destas. **Objetivos:** Este estudo teve por objetivo conhecer a prática das mulheres trabalhadoras em um frigorífico em Chapecó/SC acerca dos exames diagnósticos de câncer de colo de útero e atenção a saúde da mama. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, realizado em uma indústria frigorífica com uma amostra composta por 304 mulheres entre 25 à 40 anos de idade. Foi utilizado questionário com perguntas fechadas. A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos, envolvendo seres humanos recomendados pela resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. A coleta de dados foi realizada no período de Janeiro à abril de 2012 no próprio ambiente de trabalho (ambulatório do frigorífico), onde se entrevistaram 304 mulheres, que aceitaram participar do estudo. Não houve convite recusado, todas as mulheres convidadas participaram. **Resultados e Discussão:** Nas condensações dos dados foi possível identificar que das 304 mulheres de 25 a 40 anos de idade que trabalham na indústria frigorífica 278 (91.4%) relataram ser casadas. No que diz respeito à categoria profissional, verificou-se que a maioria das funcionárias, trabalha como operadoras de produção. Quanto ao grau de escolaridade, 287 (94.4%) funcionárias cursaram o 1º grau completo ou incompleto; 13 (4.3%) frequentaram a escola até o 2º grau completo ou incompleto; 3 (1%) tinham o 3º grau completo ou incompleto e 1 (0.3%) relatou ser analfabeta. É de extrema importância conhecer os motivos que fazem com que as mulheres não realizem o exame preventivo, para assim, a equipe de saúde intervir, com vistas ao aumento de cobertura do mesmo e a adesão das trabalhadoras pela realização dos

exames diagnósticos precocemente. A respeito da realização do exame citopatológico, a maioria das mulheres entrevistadas, ou seja, 289 (95.1%) referiu já ter realizado o exame preventivo do câncer cervicouterino em 2011, outras 6 (2%) referiram ter realizado em 2012, 8 (2.6%) delas realizaram em 2010 e 1 (0.3%) realizou antes de 2008. Há que se considerar, uma ampla gama de fatores que podem motivar a não realização do exame. Um deles pode estar relacionado ao dia-a-dia, repleto de afazeres que socialmente se veem como necessários, considerando as funções de: mães, donas-de-casa e "trabalhadoras". Todas responderam que recebem orientações do ambulatório da empresa sobre a importância da realização do preventivo e 28 (9.21%) delas responderam que não recebem orientações do ambulatório da empresa sobre o autoexame de mamas e mamografia. Quanto a realização do autoexame das mamas, a maioria, ou seja, 273 (89.8%) mulheres conhecem o que é autoexame das mamas; enquanto 31 (10.2%) delas relatam que não conhecer esse exame. As mulheres que demonstraram desconhecer o que é o autoexame de mamas foram orientadas quanto ao mesmo. Das 304 mulheres que realizaram o questionário 237 (78%) responderam que realizam o autoexame de mamas e 67 (22%) delas responderam que não o realizam. Já, ao perguntar se elas já realizaram o exame clínico das mamas, 91 (30%) delas responderam que não, 198 (65.1%) responderam que sim e 15 (4.9%) delas responderam que não sabem o que é exame clínico de mamas. A partir destes dados, podemos concluir que apesar de algumas mulheres deixarem a desejar quanto à realização desse exame, a maioria já o fez. Quanto à mamografia, 291 (95.7%) disseram que nunca a realizaram, enquanto que 13 (4.3%) mulheres relataram já terem feito esse exame. Este reduzido número pode ser explicado pelo fato de as entrevistadas estarem na faixa etária de 25 a 40 anos, já que é a partir dessa faixa etária que normalmente começam a ser feitas as mamografias, a não ser que haja algum problema anteriormente. A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV, sendo que a transmissão desta infecção ocorre por via sexual, presumidamente através de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital⁴. Conseqüentemente, o uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual com penetração protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer através do contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal⁴. Os sintomas do câncer de mama palpável são o nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor na mamária.¹² Podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja. Podem também surgir nódulos palpáveis na axila⁵. **Considerações finais**

e contribuições para a Enfermagem: A partir dos resultados do estudo concluiu-se que para uma maior adesão das mulheres aos exames de detecção precoce de câncer de mama e de colo de útero, a orientação contínua e consciente da importância da prevenção e detecção precoce através do diálogo, sensibilidade e empatia, é uma alternativa eficaz como estratégia. Ouvir as mulheres que fizeram parte desse estudo permitiu vislumbrar caminhos que possam favorecer a aderência aos referidos exames. Portanto, esse estudo possibilitou um novo olhar a essas mulheres, um (re)conhecimento de suas próprias vivências em relação ao diagnóstico precoce de câncer, sobretudo por este ser um fator de grande impacto financeiro aos cofres públicos e interferir significativamente no prognóstico de saúde destas trabalhadoras.

Palavras-Chave: Câncer de colo de útero, Conhecimento, Mama, Prevenção, Saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

- [1] Pinho AA, França-Junior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev Bras Saude Mater. Infant.* [online]. 2003; 3(1):95-112. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a12v03n1.pdf>
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). Falando sobre câncer e seus fatores de risco. 2ed, Rio de Janeiro: INCA. 2009.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA. 2007.
- [4] Souza LG, Vianna ACC. Análise dos exames colpocitológicos de clientes atendidas pelo ambulatório de ginecologia preventiva do hospital geral de Bonsucesso, RJ, no período entre maio/2004 e abril/2005, Rio de Janeiro. 2005; 2-16. Disponível em: <http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoco/files/05/03.pdf>
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer: Mama. 2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama+/sintomas>



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 2: Construindo conhecimento de extensão na Enfermagem

CONSULTAS DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO GLOBAL DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA

MANOELLA SOUZA DO ROSARIO¹, CARLA WIECHORECK¹, GÉSSICA CRISTINA DOS SANTOS PARIZOTTO¹, CARLA ARGENTA², AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA³

1. Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Centro de Educação Superior do Oeste (CEO); 2. Enfermeira, Mestre, Professora efetiva do Departamento de Enfermagem da UDESC, CEO; 3. Enfermeira, Doutora, Docente do Departamento de Enfermagem da UFRGS.

RESUMO

Introdução: Mundialmente são evidenciadas mudanças expressivas nos dados demográficos, revelando o aumento significativo da população idosa. No Brasil, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, são consideradas idosas (Estatuto do Idoso - Lei Nº 10.741) e representam, com base no último censo demográfico, 11,8% da população total do país¹. Estima-se que em 2050, 25% da população mundial terá 60 anos e mais evidenciando que o número de pessoas idosas cresce em ritmo maior do que o número de pessoas que nascem acarretando um conjunto de situações que modificam a estrutura dos países¹. Dentro dessa perspectiva, o Ministério da Saúde criou um Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (CAB-ESPI)², tendo como referência o Pacto pela Vida 2006 e as Políticas Nacionais de: Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Promoção da Saúde e Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por objetivo deste, dar uma maior resolutividade às necessidades da população idosa. O CAB-ESPI foi elaborado com a finalidade de oferecer subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam com o idoso. Dessa forma elaborou-se um projeto de extensão que visa colher informações a partir da realização de Consulta de Enfermagem com o intuito de realizar a avaliação global da pessoa idosa, proposta pelo CAB-ESPI tornando possível traçar ações específicas e bem delineadas, com informações palpáveis, bem como, realizar encaminhamentos necessários para o tratamento de agravos à saúde e prevenção de complicações das mesmas. A Avaliação Global da Pessoa Idosa direciona a atenção para o/a idoso/a, com problemas complexos, de forma mais ampla, dando ênfase ao seu estado funcional e à sua qualidade de vida visando estabelecer um planejamento terapêutico em longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários. A utilização

dessa proposta pode ser realizada por meio da consulta de Enfermagem que é definida como uma atividade independente, realizada pelo enfermeiro, cujo objetivo propicia condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Além da competência técnica, o profissional enfermeiro deve demonstrar interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade³. De posse das informações colhidas na consulta de enfermagem, pode-se pensar em ações de educação em saúde, a qual está inerente a todos os níveis de atenção, mas ganha significado especial na atenção primária, pois através dela pode embasar ações preventivas e promotoras, além de formar indivíduos conscientes de sua cidadania, poder de decisão sobre sua própria saúde e responsabilidade sobre a saúde da comunidade em que vivem⁴. As ações previstas no projeto estão sendo executadas a partir das reais necessidades da população alvo e as ações de educação em saúde tornam-se mais eficientes, uma vez que, são elaboradas de forma a atender as necessidades individuais e coletivas. **Objetivos:** Realizar Consulta de Enfermagem com idosos recém-cadastrados na Cidade do Idoso; Realizar a avaliação global da pessoa idosa por meio de um instrumento contendo informações de identificação e avaliação de saúde; Efetivar ações de Educação em saúde a partir das informações colhidas na consulta de Enfermagem; Descrever e tabular as informações coletadas a fim de torná-las evidentes e de fácil manuseio; Proporcionar aos acadêmicos a possibilidade de avaliar o idoso de forma global e de modo individual e coletivo. **Método:** O projeto vem sendo realizado na Cidade do Idoso que fica situada no Parque Tancredo Neves (Efapi) em Chapecó/SC. As consultas e avaliações são realizadas com pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 anos, cadastradas e em atividade na Cidade do Idoso do

Município de Chapecó. O projeto está vinculado à disciplina de Enfermagem em Saúde Comunitária VI, componente curricular do curso de graduação em Enfermagem da UDESC-CEO. As consultas de enfermagem vêm sendo realizadas com base em um instrumento contendo informações de identificação e avaliação de saúde dos idosos. Conforme as necessidades de cada idoso são aplicadas escalas, para obter maiores informações das condições psicomotoras do idoso. **Resultados:** O projeto iniciou em março deste ano com a realização das consultas de enfermagem e avaliação global da saúde do idoso. Com base na compilação dos dados teremos informações importantes para a realização das ações de promoção da saúde. Busca-se também, o aperfeiçoamento no desenvolvimento do acadêmico para a realização de consulta de enfermagem, onde poderá despertar interesse na realização de Trabalhos de Conclusão de Curso. Através das ações possibilitarão a expansão do conhecimento produzido na Universidade para a comunidade. O acadêmico desempenhará uma melhor comunicação com o idoso e conhecerá suas restrições, podendo realizar ações de educação em saúde, possibilitando uma melhoria na qualidade de vida do idoso e no seu desenvolvimento como acadêmico. **Considerações finais e Contribuições para a Enfermagem:** A denominada “Avaliação Global” torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas. Torna-se um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a efetividade e a eficiência das intervenções propostas². A avaliação global busca verificar, de forma sistematizada, em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho, de forma autônoma e independente, das atividades cotidianas ou Atividades de Vida Diária das pessoas idosas permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado². A capacidade funcional surge, assim, como um novo paradigma de saúde, proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)⁵. A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. É por meio dessa avaliação que se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação². A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa. No trabalho das equipes, o enfermeiro, de modo especial deve priorizar as ações coletivas, na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários, os quais são

alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões culturais e sociais. As ações de educação em saúde, neste contexto se darão a partir do diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com o idoso individualmente, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população idosa. O envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da proporção de idosos em relação à população total, ocorre de forma acelerada no Brasil e rapidamente ganha importância na agenda de políticas públicas e sociais. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. É nesse contexto que a denominada “avaliação funcional” torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a efetividade e a eficiência das intervenções propostas.

Palavras-Chave: Idoso, Enfermagem, Avaliação.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade Brasil. Rio de Janeiro: IBGE. 2010.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.
- [3] Machado MMT, Leitão GCM, Holanda FUX. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13(5):723-8.
- [4] Feijão AR, Galvão MTG. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. *Rev RENE*. Fortaleza 2007; 8(2):41-49.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

COTIDIANO FAMILIAR DA CRIANÇA COM CÂNCER: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

IASMIM CRISTINA ZILIO¹, TASSIANA POTRICH², CRHIS NETTO DE BRUM², ÉRICA DE BRITO PITILIN², CRISTALGAZZONI³, ALESSANDRA PAIZ⁶

1. Acadêmica do Curso de em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó/SC; 2. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Professora Assistencial da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó/SC; 3. Enfermeira. Residente em Enfermagem em Atenção ao Câncer no Hospital da Cidade de Passo Fundo; 4. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó/SC.

RESUMO

Introdução: A delimitação temporal no que se refere a fase da infância, foi formulada por meio de algumas políticas e leis que norteiam tal temática. Entre elas a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera criança, o indivíduo entre zero e nove anos¹. Esta fase é permeada por inúmeras mudanças, tanto biológicas quanto sociais e culturais que demandam cuidado, em especial quando a criança é portadora de alguma patologia. Entre os agravos à saúde que acometem as crianças e demandam um cuidado especial podemos citar o câncer pediátrico. É considerado câncer pediátrico toda a neoplasia maligna que acomete pessoas menores de quinze anos². Apesar de ser um evento raro, merece atenção devido ao desgaste emocional e social que desencadeia na criança enferma e na sua família².
Objetivo: Identificar as produções científicas relacionadas ao cotidiano da família de criança com câncer. **Método:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que buscou responder a seguinte questão de pesquisa: “Qual a produção científica acerca do cotidiano da família de criança com câncer?”. A busca ocorreu em abril de 2014 nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de dados da Enfermagem (BDENF) utilizando os descritores e seus sinônimos, fazendo combinações através dos operadores booleanos *and* e *or* (“CANCER”) *or* (“NEOPLASIA”) *or* (“TUMOR”) [Descritor de assunto] *and* (“criança”) [Descritor de assunto] *and* (“FAMILIA”) *or* (“PAIS”) *or* (“CUIDADORES FAMILIARES”) [Descritor de assunto]. Para selecionar os artigos, os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa disponíveis completos, *online* e gratuitos, que aborde a temática de estudo, em idiomas português, ou inglês, ou espanhol e como critérios de exclusão: materiais ministeriais, teses e capítulos de livros e artigos de revisão de literatura. Para coletar os dados das produções selecionadas criou-

se um instrumento contendo os seguintes dados: referência, objetivo, país, ano, metodologia, principais resultados e conclusões. A análise de dados está fundamentada no método de análise de conteúdo de Bardin³. Cabe ressaltar que este trabalho é um recorte do trabalho intitulado “O cotidiano do cuidado da criança com câncer no domicílio: percepção do cuidador familiar”. **Resultados:** Foram identificadas 60 produções, 44 no LILACS e 16 na BDENF, sendo 05 (cinco) disponíveis na íntegra. Após a leitura dos artigos selecionados, e da aplicação da questão de pesquisa, constataram-se três categorias: aspectos familiares; aspectos sociais; e aspectos econômicos. Quanto aos aspectos familiares, durante a análise da produção científica, foi possível evidenciar alguns fatores que interferem no cotidiano da família da criança com câncer. Esses fatores são: aumento da atenção ao filho doente; alteração conjugal; e aumento do estresse familiar. O aumento da atenção ao filho doente se ocasiona devido à maior dependência do mesmo, para questões simples, como os hábitos diários de higiene. A vida da família se volta a um cenário que envolve só o filho doente e suas necessidades, partilhando seus sofrimentos e lutas vivenciadas. A mãe, que geralmente assume o papel de cuidadora, desenvolve uma completa dedicação ao filho, envolvendo extremo zelo e proteção. A doença gera uma sensação de impotência que a mãe tenta compensar através do cuidado ao extremo. A mãe não consegue delegar as funções a outras pessoas, tendo a crença de que ninguém está à sua altura para proteger seu filho. Nessa perspectiva, acaba gerando uma sobrecarga para si mesma, causando condições deletérias de qualidade de vida e também nas atividades de sono e lazer, assim, a mãe tende a se afastar de tudo para ter maior tempo para cuidar de seu filho. As implicações em relação às mudanças na rotina do casal incluem conflitos matrimoniais e consequências para o relacionamento sexual do casal, pois quem cuida espera compreensão do

outro, em sua posição de dedicação total ao filho, iniciando um processo de desestruturação da família, pelo desequilíbrio conjugal através do rompimento dos laços afetivos entre o casal a fim de se dedicarem exclusivamente ao filho, o pai, que se torna o provedor financeiro, tende a se afastar emocionalmente, causando um distanciamento e um sentimento de abandono e desamparo na mãe. As causas do aumento de estresse entre os pais estão relacionadas às rotinas médicas, o medo da morte e de sequelas, após a cura completa, e o cuidado da criança, que afetam diretamente o bem-estar. Os pais, como atores principais do cuidado da criança, são os mais afetados com o diagnóstico de uma doença crônica, podendo exibir sintomas físicos e emocionais como perda do controle, da autoestima, depressão, ansiedade, aumento do estresse, além de apresentarem maiores riscos de desenvolverem problemas mentais. Além desses fatores mencionados acima, o diagnóstico de câncer, em muitas famílias, obriga o cuidador a abandonar o seu vínculo empregatício por não conseguir conciliar o trabalho às novas rotinas que surgem com o tratamento, comprometendo a renda familiar. Trata-se de uma doença diretamente relacionada com a finitude do ser humano com uma interrupção frustrante do percurso da vida, que torna angustiante o processo vivencial, tanto para quem recebe o diagnóstico quanto para os que convivem com ele, família e outras pessoas significantes⁴. **Considerações finais e Contribuições para a Enfermagem:** A realização desse estudo possibilitou compreender que o cotidiano da família é comprometido nos aspectos familiares, sociais e econômicos. Estes resultados apontam também, que a descoberta do diagnóstico causa muita tristeza, dor e traz implicações para toda a família da criança, em seu cotidiano. Estas implicações provêm, na maioria das vezes, do aumento do cuidado e dedicação exclusiva a criança, pois, os cuidadores se esquecem de outras atividades que pertenciam a sua rotina e doam-se completamente ao cuidado dessa criança. Esse estudo possibilitou a identificação da amplitude do que vem sendo produzido cientificamente sobre o assunto em questão. Esse conhecimento permite o enfermeiro apropriar-se da temática, das transformações e inovações, das potencialidades e fragilidades as quais o enfermeiro pode e deve dirigir sua atenção. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), este contribuiu para (re)conhecer as dificuldades que a família da criança que têm câncer enfrenta. Com base nestas informações torna-se indispensável a formulação de ações e estratégias que venham ao encontro das necessidades de cuidado desta criança, mas também que minimizem o sofrimento e todas as alterações que esta condição acarreta na estrutura familiar.

Palavras-Chave: Saúde da Criança, Cuidadores Familiares, Neoplasias.

REFERÊNCIAS

- [1] Organização Mundial de Saúde. Saúde da Criança. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=277:apresentacao&catid=1255:bra-04a-saude-da-crianca&Itemid=818
- [2] Maranhão TA, Melo BMS, Vieira TS, Veloso AMMV, Batista NNLAL. A humanização no cuidar da criança portadora de câncer:fatores limitantes e facilitadores. J Health Sci Inst. 2011; 29(2):106-9
- [3] Bardin L. Análise de conteúdo. 1ª ed. Lisboa: Edições. 2009; 70.
- [4] Monteiro CSF, Veloso LUP, Sousa PCB, Morais SCR.V. A vivência familiar diante do adoecimento e tratamento de crianças e adolescentes com leucemia linfóide aguda. Cogitare Enfermagem. 2008; 13(4):484-9.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

ADRIANE EISELE¹, ARIANE DA CRUZ GUEDES², JOICE MOREIRA SCHMALFUSS³

1. Acadêmica do 9º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) Campus Chapecó; 2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Especialista em Atenção Psicossocial no âmbito do SUS. Professora Adjunta no Curso de Graduação em Enfermagem da UFFS, Campus Chapecó - SC; 3. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Professora Assistente no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó - SC.

RESUMO

Introdução: a Depressão Pós-Parto (DPP) é definida como um transtorno depressivo responsável por causar alterações emocionais, sendo que essa condição influencia no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. Atualmente, a DPP é considerada um importante problema de saúde materna, pois atinge tanto o bem-estar da mãe quanto o desenvolvimento do recém-nascido. Os sintomas mais comuns são irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações e ainda queixas somáticas¹. Esse transtorno acomete as mulheres geralmente quatro semanas após o parto, atingindo sua maior intensidade nos primeiros seis meses, permanecendo até um ano dependendo dos casos². Pelo fato da DPP ter início após quatro semanas do parto, o seu diagnóstico é dificultado, pois geralmente, as consultas de puerpério são realizadas antes disso. O diagnóstico tardio retarda o tratamento e faz com que os sintomas apresentados comumente apareçam com maior intensidade. O período pós o parto é considerado uma fase da vida da mulher em que os transtornos mentais são frequentes. A chegada do filho ao núcleo familiar aumenta as responsabilidades, medos e dúvidas, além das mudanças corporais e hormonais causadas pela gestação, parto e puerpério³. A DPP é uma doença silenciosa e que deve ser identificada de maneira precoce para evitar agravos. Para tanto, é necessário orientar a mulher a realizar o pré-natal de forma correta, frequentando todas as consultas e realizando os exames. E os profissionais responsáveis pelo atendimento devem esclarecer todas as dúvidas, e amenizar a ansiedade que a gestante sente. **Objetivo:** Analisar as tendências científicas nacionais sobre a DPP. **Metodologia:** Para o desenvolvimento da revisão, optou-se por seguir o método de revisão integrativa descrito por Mendes, Silveira e Galvão (2008), respeitando os passos

preconizados pelas autoras para a coleta e análise dos dados: identificação do tema e seleção da questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; interpretação dos resultados; e síntese do conhecimento. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado⁴. A pergunta de pesquisa para o rastreamento dos artigos e desenvolvimento da revisão foi: o que tem sido publicado no Brasil à respeito da depressão pós-parto? Os dados foram coletados a partir de busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de dados da Enfermagem (BDenf). Como critérios de inclusão dos artigos buscados foram elencados: se adequar aos objetos de estudo dos pesquisadores; publicados nos últimos 5 anos (2010, 2011, 2012, 2013, 2014); publicados em bases de dados nacionais; que sejam originais; publicados em bases de dados internacionais, mas produzidos no Brasil; resumo apresentado nas bases de dados; disponíveis na íntegra online e gratuitos; que abordassem a temática proposta. Como critérios de exclusão: teses, capítulos de teses, dissertações, capítulos de dissertações, monografias, capítulos de monografias, manuais ministeriais, relatórios técnicos e anais de eventos. Os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) utilizados foram: “Depressão Pós-Parto”, “Saúde Mental”, “Saúde da Mulher” e “Enfermagem”, com os operadores booleanos “and” e “or”. Desta busca foram encontrados 137 artigos, sendo 33 na BDenf e 104 na Lilacs. Após leitura dos resumos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restaram 40 artigos que foram lidos na íntegra. Após esta etapa restaram 17 artigos, que foram organizados em um quadro a fim de melhor guiar o estudo, podendo extrair os conteúdos que

cada artigo abordava, bem como observar os dados em comum entre os mesmos. Após esta etapa de seleção dos artigos e leitura na íntegra, a fim de organizar a análise dos dados, foi elaborado um quadro sinóptico, que contemplou as seguintes informações: autor, ano, título do artigo, objetivo do artigo, periódico, base de dados, método e principais resultados. Por meio desse quadro foi possível visualizar melhor os resultados e poder descrevê-los de forma mais coerente, bem como identificar os dados em comum entre eles. **Resultados e Discussão:** Na presente revisão integrativa, foram analisados 17 artigos que atenderam à questão de pesquisa e corresponderam aos critérios de inclusão. Destes, oito abordam a associação entre os fatores biossociodemográficos e as alterações mentais que desencadeiam a DPP. Alguns dos fatores mais citados pelos artigos são stress, padrão de sono do bebê, Tensão Pré-Menstrual, nível de escolaridade, situação conjugal, situação socioeconômica e presença de sintomas depressivos antes e durante a gestação. A participação do companheiro e o seu envolvimento com o bebê apareceu em três artigos como fator importante para a prevenção da DPP, pois a mulher consegue dividir a responsabilidade de cuidar do bebê, porém a DPP afeta a conjugalidade. Três artigos trazem os principais sinais e sintomas apresentados pelas mulheres que sofrem de DPP. Dois artigos enfatizaram a importância do profissional enfermeiro no atendimento à gestantes e puérperas, para orientar e implementar ações e intervenções de enfermagem na tentativa de prevenir a DPP. Um artigo caracteriza a Escala de Edimburgo como um bom instrumento de triagem para a DPP, permitindo a detecção precoce deste problema. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** Este estudo permite concluir que a DPP é um problema de saúde para a mãe, interferindo no desenvolvimento do bebê. E o profissional enfermeiro deve conhecer a fundo a DPP para poder realizar um diagnóstico precoce e poder intervir de forma a minimizar os sintomas depressivos. Entende-se que a depressão pós-parto é um problema de saúde pública de elevada prevalência, pois apresenta vários aspectos que se assemelham a um quadro depressivo comum. Portanto o enfermeiro deve ser um profissional sensível, considerando que este é um momento importante para a mulher. O mesmo deve utilizar todas as suas habilidades como a perspicácia, observação e empatia para criar um vínculo e uma relação de sensibilidade, diálogo e comprometimento. É responsabilidade do enfermeiro se tornar um facilitador da identificação precoce e durante a prestação de cuidados de enfermagem, dar sugestões de enfrentamento e adaptação ao puerpério.

Palavras-Chave: Saúde da Mulher, Saúde Mental, Depressão Pós-Parto, Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1] Fernandes FC, Cotrin JTD. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. *Revista Panorâmica On-Line*. 2013; 14:15-34.
- [2] Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RZ, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores
- [3] Associados. *Ver Saúde Pública*. 2006; 40(1):65-70.
- [4] Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2011; 11(4):369-79.
- [5] Mendes KDM, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4):758-64.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

DOR NO PACIENTE CRÔNICO EM HEMODIÁLISE

LIGIANE PAULY¹, BRUNA BAUTITZ¹, FANIERLI BENEDETTI¹, MARLUCI MAHLE², ROSANA AMORA ASCARI², OLVANI MARTINS DA SILVA³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC; 2. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina; 3. Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.

RESUMO

Introdução: A Insuficiência Renal Crônica refere-se a perda progressiva e geralmente irreversível da função renal de depuração, ou seja, filtração glomerular. Caracteriza-se pela deterioração das funções bioquímicas e fisiológicas de todos os sistemas do organismo, secundária ao acúmulo de catabólicos, alterações do equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico, acidose metabólica entre outros¹. Pelo fato de ser lenta e progressiva a perda da função renal o organismo vai sofrendo adaptações que permitem que o paciente não apresente sintomas até a perda de cerca de 50% da função renal². Após essa margem de regressão da função renal, podem aparecer sinais e sintomas que nem sempre são relevantes ao paciente, tais como anemia leve, hipertensão, edema dos olhos e pés, mudança nos hábitos de urinar e do aspecto da urina. Mesmo que os rins estejam funcionando somente 10-12% da função renal normal, pode-se tratar os pacientes com medicamentos e dieta. Quando a função renal se reduz abaixo destes valores, torna-se necessário o uso de outros métodos de tratamento da Insuficiência Renal Crônica, que pode ser através da diálise peritoneal, hemodiálise ou transplante renal². Para o mesmo autor muitos são os sinais e sintomas que aparecem quando a pessoa começa a ter problemas renais. Alguns são mais frequentes, embora não sejam necessariamente consequências de problemas renais, pressão sanguínea elevada, anemia (palidez anormal), fraqueza e desânimo constante, náuseas e vômitos pela manhã e dor lombar. A dor pode ser compreendida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos³, não existe uma relação exclusiva entre dor e lesão tecidual, e os aspectos sensitivos, emocionais e culturais fazem com que a percepção seja uma experiência subjetiva e pessoal⁴. A dor além de ser um dos sinais e sintomas do paciente com início de problemas renais² é uma das complicações mais comuns da hemodiálise. Dentre os exemplos de dor na sessão de hemodiálise é a cefaleia, dor torácica,

dor lombar, câibras musculares⁵ a dor associada a passagem de cateter, as punções da Fístula arteriovenosa que acarretam no comprometimento da qualidade de vida do paciente renal crônico. Ou a dor crônica advinda do desenvolvimento de doenças associadas como o caso da Gota tofácea crônica e pelas limitações físicas impostas pelas neuropatias periféricas, e ainda a dor psíquica e social advinda do isolamento deste paciente de suas atividades laborais e do convívio social. Em suma o doente renal crônico é um indivíduo que apresenta as mais diferentes formas de sentir dor, porém, muitas vezes essa dor é pouco valorizada ou negligenciada pela equipe de enfermagem, principalmente no que se refere a dor psíquica e social. A avaliação da dor deve fazer parte das atividades da equipe de enfermagem que passa mais tempo com o paciente, além de assegurar um cuidado humanizado ao mesmo⁴. Para tanto é de suma importância conhecer a dor deste indivíduo, avaliar suas condições dolorosas para estabelecer estratégias protetoras que possam auxiliar de forma a reduzir ou amenizar a dor no doente renal crônico. A dor é uma experiência ímpar manifestada por intensidade variada para cada indivíduo, mesmo em situações análogas de injúrias ao organismo. Embora muitos julguem a dor como sensação sensorial, ela está interligada a aspectos emocionais, sociais, culturais e espirituais. A dor se constitui em um emaranhado de sensações desagradáveis, as quais comprometem o equilíbrio orgânico. Sendo o paciente renal crônico um indivíduo que vivencia em seu dia a dia procedimentos invasivos, doenças associadas a condição renal, bem como passa por uma reestruturação de sua vida social, é de suma importância que o profissional de enfermagem consiga identificar e mensurar sua dor. Deste modo a questão que nos norteia é: como ocorre a dor em paciente renal crônico? Tendo como objetivo geral conhecer a dor em paciente renal crônico assistido em uma clínica de tratamento hemodialítico. **Metodologia:** Estudo transversal que está sendo desenvolvido em uma clínica de tratamento dialítico do Oeste Catarinense, a qual atende 150 (N=150) pacientes.

Para o cálculo amostral considerou-se um erro de 5%, nível de significância de 90%, em uma população de 150 indivíduos, utilizando critérios de inclusão maiores de 18 anos, com acuidade auditiva, excluindo pacientes internados, totalizando uma amostra de 70 indivíduos. A amostragem foi por conveniência. A coleta de dados ocorreu entre outubro a dezembro de 2014. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais aos participantes do estudo, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os instrumentos de coleta utilizados foram: Um questionário das características sociodemográficas e patológicas, Escalas analógicas para a avaliação da dor aguda que para este estudo foi avaliado como dor aguda, a dor que o paciente referia no momento da hemodiálise, sendo considerado a dor referente a punção da Fístula Arteriovenosa (FAV), cefaleia, dor lombar, e dor provocada por câimbras. Para tanto, foram empregadas três escalas unidimensionais as quais analisam apenas uma característica, em geral a intensidade da dor. As escalas inclusas para esta finalidade foram as escalas categórica verbal-avaliação objetiva, a escala numérica da dor (END), e a Escala Visual Analógica (EVA), utilizada como primeiro instrumento em função da sua facilidade de aplicação. Para a avaliação da dor crônica foi utilizada a Escala Graduada de Dor Crônica para o Brasil (EGDC-Br). E para avaliar a dor psíquica foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck BDI. Os dados foram digitados e analisado no *Statistical Package for Social Sciences* v.22.0. As variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas em média e desvio padrão. Para as assimétricas foi utilizada mediana e intervalo interquartil. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado e Exato de Fisher, com o nível de significância de 5%, para verificar existência de correlação entre as variáveis. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina sob parecer nº 453.508. **Resultados:** Os resultados parciais do estudo apontam que dos 70 pacientes, (52,86%) são mulheres e (47,14%) homens, a faixa etária de maior frequência foi indivíduos acima de 60 anos de idade (57,14%). Entre os entrevistados, (40%) possui ensino fundamental incompleto, (24,29%) ensino médio completo, (17,14%) não frequentaram a escola, (14,29%) ensino fundamental completo e (2,85%) ensino médio incompleto. Quanto ao turno de diálise (40%) frequentava o vespertino, (32,85%) o matutino e (27,14%) o noturno, a maioria (81,42%) realiza sessões de diálise com duração de quatro horas. Quando questionados a respeito da dor aguda, a maioria refere apresentar cefaleia (27,14%), câimbras (25,70%), dor lombar (15,70%), câimbras e dor lombar (12,86%), cefaleia e câimbras (10%), todas as alternativas (8,60%). Destes pacientes (78,57) relata fazer uso de analgésico durante a crise de dor, sendo o mais utilizado o

paracetamol em (27,14%) dos casos. Quanto a característica da dor, (51,42%) afirmam ser insidiosa e (48,58%) súbita. Quando questionados sobre dor na fístula durante punção, (62,86%) apresenta, e (37,14%) não apresenta. Porém quando solicitado responder a Escala Visual Analógica (EVA), 100% pontuaram um percentual de dor durante a punção, (58,5%) para dor moderada, (30%) dor intensa e (11,5%) dor leve. A Avaliação da percepção de dor, utilizando a EVA em função do sexo, turno e tempo que realiza a hemodiálise não evidenciou nenhuma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis analisadas. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** Os resultados apresentados são análise parcial do estudo, no entanto retrata que a dor é uma das principais causas do sofrimento humano, gerando incapacidades, comprometendo a qualidade de vida e afetando a dinâmica psicossocial, em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise ela se apresenta com frequência no dia-a-dia, mesmo sedo considerada como fator fisiológico ela está associado a fatores sociais, psicológicos e espirituais. Para tanto é essencial conhecer o processo da dor para propor medidas de e o alívio, bem como alternativas terapêuticas minimizando o sofrimento do paciente. O Ministério da Saúde através da Portaria 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, voltada para a formação e capacitação dos profissionais da saúde que visa a melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade, tendo com princípio a Política Nacional de Promoção da Saúde e as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Esta portaria implica em potencial para a enfermagem, pois estes são o maior contingente de trabalhadores da área de saúde e atuam de forma dinâmica na assistência ao paciente e no processo e alívio da dor.

Palavras-Chave: Insuficiência Renal Crônica, Doença Crônica, Dor, Cuidados de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1] Ribeiro, CHM, *et al.* Caracterização e etiologia da Insuficiência Renal Crônica em Unidade de Nefrologia do interior do Estado de São Paulo. Acta Paul Enferm 2008; 21 (Numero Especial):207-11. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nsp/a13v21ns.pdf>>. Acesso em 07 maio 2012.
- [2] Sociedade Brasileira de Nefrologia. Insuficiência Renal. São Paulo. 2011. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?insuficienciaRenal&menu=24>> Acesso em: 20 out 2011.
- [3] Calil AM, Pimenta CM. Intensidade da dor e adequação de analgesia. Revista latino americano de enfermagem. São Paulo. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a13.pdf>.
- [4] Nascimento LAF, Kreling MCGD. Avaliação da Dor Como Quinto Sinal vital: Opinião de Profissionais de

Enfermagem. Acta Paul Enferm. [online]. 2011; 24(1): 50-54. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a07.pdf>

- [5] Nascimento CD, Marques IR. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. Rev Bras Enferm. [online]. 2005; 58(6):719-22. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-71672005000600017&script=sci_arttext



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 3: Construindo conhecimento do ensino na Enfermagem

EDUCAÇÃO EM SAÚDE FORTALECENDO VÍNCULOS E PROPICIANDO RESSIGNIFICAÇÕES: UMA EXPERIÊNCIA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

CAROLINA BERNARDO¹, SABRINA EICKHOFF¹, CLÁUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO², MICHELA LETÍCIA DA SILVA PERTILLE³, SAIONARA VITÓRIA BARIMACKER⁴

1. Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Chapecó – SC; 2. Enfermeiro. Doutorando (UFSC) e Mestre (UFBA) em Enfermagem, Professor Assistente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) - Campus Chapecó, integrante do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/PEN/UFSC), Colaborador UNASUS/UFSC em Atenção Básica para o Programa Mais Médicos e o PROVAB, Pesquisador NESCO e EAI/UNIVASF, VSQV/UFBA; 3. Mestrado em Política Sociais e Dinâmicas Regionais pela UNOCHAPECÓ. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Chapecó – SC; 4. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina – ESP. Enfermeira Assistencial da Secretaria de Saúde do Município de Chapecó-SC.

RESUMO

Introdução: O papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) passa a fazer parte das políticas públicas federais com a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado pelo Ministério da Saúde em 1991. Em 1997, a portaria nº 1.886 aprova as diretrizes do Programa de Agentes Comunitários e do Programa de Saúde da Família (PSF) e define que as atribuições dos ACS são a promoção de saúde e ações de prevenção estabelecidas de acordo com as necessidades de saúde do território no qual os agentes atuam. Os ACS desempenham uma função muito importante no que tange o direcionamento dos usuários a unidade de saúde, facilita o acolhimento, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe. Os ACS podem atuar como facilitador ou como empecilho na mediação e no diálogo entre os saberes e práticas da comunidade e dos serviços de saúde; correndo risco de exercer uma prática educativa dominadora, o fato de a educação buscar o convencimento da população com relação ao que deve ser feito; a assimilação por parte do agente das regras instituídas e sua reprodução de forma mecânica¹. Assim, a educação em saúde para os ACS pode representar uma ferramenta significativa no desenvolver de seu trabalho, uma vez que possibilita que os mesmos podem superação do entendimento, historicamente arraigado no interior do serviço de saúde, de que o saber da população é insuficiente e, dessa forma, inferior; quando, na realidade, devemos vê-lo como um saber apenas diferente. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo

geral relatar uma iniciativa de educação com as agentes comunitárias de saúde, visando o fortalecimento de vínculo entre a equipe de saúde e os agentes comunitários, além de esclarecimento de dúvidas sobre os assuntos que partem da sua demanda.

Metodologia: Trata-se de um relato de experiência, qualitativo, descritivo e exploratório, elaborado a partir dos encontros realizados semanalmente com as agentes comunitárias de saúde pelas acadêmicas do 9º período de enfermagem da UFFS. Na unidade em que está sendo desenvolvido o trabalho há 16 ACS participando dos encontros. Estes são realizados todas as terças-feiras nos turnos da manhã, nas dependências da unidade de saúde, com duração de aproximadamente 30 minutos, em cada encontro um assunto diferente é discutido. A demanda dos assuntos a serem trabalhados parte da curiosidade das próprias ACS. Esta atividade teve início na primeira semana do mês de abril e está programada para encerrar na última semana do mês de junho. **Resultados e Discussão:** Ao decorrer das atividades percebemos o quanto a comunicação entre a equipe de saúde e as ACS é importante, tanto para a capacitação em torno das temáticas abordadas, quanto para que o enfermeiro tenha uma maior aproximação do que acontece no seu território, impactando de forma positiva na relação da comunidade e unidade de saúde. A cada assunto que é trabalhado as mesmas fazem a ligação da realidade em que estão dispostas vinculando com o que é preconizado, aproximando a teoria da prática, além de melhorar as relações entre as equipes, qualificando também o trabalho de todos. Observou-se também uma grande participação dos ACSs nas discussões, manifestando,

assim, o interesse de se envolverem nas capacitações. Este momento proporcionou o diálogo de saberes e potencializou o processo ensino-aprendizagem, ao articular saberes científicos e populares, discutindo e problematizando as diversidades de conhecimentos, desta forma educando e aprendendo ao mesmo tempo. Estas relações, tanto da unidade com a comunidade, bem como a melhora do fluxo interno dos processos de trabalho dentro da unidade vem de encontro com o que é atribuição da atenção básica de saúde. Em um aspecto amplo buscamos trabalhar a educação em saúde em uma perspectiva de fortalecimento do SUS e das políticas de saúde com a intencionalidade política da qualidade da humanização da assistência de saúde, demonstrou-se a importância do diálogo entre atores sociais diversos para a realização da educação em saúde. Percebe-se ainda que a educação em saúde e processos formativos com os ACS, não são prioridades entre os gestores e acabam ficando como iniciativas espontâneas de cada unidade de saúde ou de cada enfermeiro coordenador, e que no planejamento as ações são pontuais e descontínuas por conta das dificuldades de se trabalhar pensando na promoção de saúde e ainda ter um modelo predominantemente curativo centrado na consulta médica. Desta forma tanto os agentes de saúde como toda a equipe enfrentam desafios para desempenhar o seu trabalho. Essa experiência revela algumas potencialidades como o conhecer a realidade de trabalho dos agentes e seus saberes e práticas e o grande desafio de se trabalhar com a pedagogia da problematização. Evidenciamos ainda que a peça chave para as questões centrais da Estratégia de Saúde da Família é a articulação com ACS e com o restante da equipe, para dialogar com os indicadores de saúde e a realidade do território de cada área. Entendemos ainda que seja atribuição do enfermeiro realizar e facilitar esta articulação, portanto, a capacitação da equipe de ACS bem como organizar o fluxo de suas demandas precisa ser estratégico planejado tanto pelos enfermeiros assistenciais quanto pelos enfermeiros coordenadores. Esta organização pode demandar atenção, preparo, escuta qualificada, e disponibilidade para horizontalização das relações dentro da equipe, porém, em longo prazo o fortalecimento da promoção de saúde e prevenção de doenças tendem a diminuir a demanda curativa. E em uma estrutura mais ampla da atenção básica não há relatos de participação dos ACS em processos formativos com outros ACS, tampouco com outros profissionais dentro do município, de forma sistematizada e contínua. Demonstrando que há uma falta de comunicação dentro das Redes de Atenção à Saúde. **Considerações Finais e Contribuições para a Enfermagem:** O estágio supervisionado nos permite o contato com a prática ao mesmo passo que estamos em um período reflexivo de nossa formação. Entendemos

que a estruturação de novos modelos de saúde que saem do eixo biomédico perpassa a construções e desconstruções na atenção básica, desde a forma que se organizam e se planejam as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, desde os processos de educação em saúde com os profissionais até outros processos de gestão de cuidado, e gestão de cada unidade de saúde. O desafio de pensar sobre essas práticas faz com que o estudante ou o profissional descubra que pode começar a pensar em novas possibilidades ou descobertas, ampliando suas ações. Assim, nossos saberes vão se maximizando de formas variadas e com a possibilidade de muitos atores envolvidos nesta construção. Em um momento em que nos é possível também construir novos saberes coletivamente e intervir na realidade da unidade de saúde em que estamos inseridos. Contudo, compreende-se que a educação em saúde com os ACS é uma ferramenta importante para a sua aproximação com o restante da equipe, uma vez que essas passam a sentir-se mais empoderadas do conhecimento e melhor entrosadas com os assuntos inerentes ao processo de trabalho, portando-se assim, mais como profissionais do que como membro da comunidade. Comportamento esse que é freqüentemente identificado nesses profissionais, uma vez que também residem na comunidade, e por vezes, quando não há orientação adequada os papéis se confundem.

Palavras-Chave: Enfermagem, Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Educação em saúde, Formação profissional em saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Amaral MCS, Pontes AGV, Silva JV. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. *Interface (Botucatu) Botucatu*. 2014; 18(supl.2).
- [2] Araujo MRN, Assunção RS. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Rev Bras Enferm. Brasília*. 2004; 57(1).
- [3] Barboa VBA, Ferreira MLSM, Barbosa PMK. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre* 2012; 33(1).



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 2: Construindo conhecimento da extensão na Enfermagem

ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

MAIARA ARIANE NICHEL¹, MARINE TEREZINHA COSSA², MARIANA OLIVERIA BUENO², ANDREZA CAZON², GICÉLIA PITTIGLIANI JORGE², OLVANI MARTINS DA SILVA³

1. Bolsista de extensão. Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; 2. Acadêmicas de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; 3. Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

RESUMO

Introdução: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são elencadas como prioridade no setor de Saúde Pública pela magnitude de sua morbidade e mortalidade, preocupa também devido ao processo de envelhecimento populacional, uma vez que a população apresenta uma expectativa maior de vida, apontando uma inversão na pirâmide etária. Esse processo de envelhecimento está intrinsecamente ligado ao acometimento pelas DCNT, assim, essa cadeia de eventos tem gerado discussões e preconiza-se mudanças no modelo assistencial em saúde, primando para a atenção continuada dos fatores de risco para as doenças crônicas¹. O perfil epidemiológico brasileiro aponta as neoplasias como a segunda causa de mortalidade, passando nos últimos vinte e cinco anos do quinto para o segundo lugar. Projeções da Organização Mundial da Saúde estimam que em 2030, o número de mortes por câncer chegue a 23,4 milhões, contra 7,4 milhões no ano de 2004, sendo o tabagismo o grande vilão, na maioria dos casos. Em relação ao Brasil, estima-se que no ano de 2010 apareçam 500.000 novos casos de câncer com destaque para a mama, próstata, melanomas, pulmão, colorretal e ovário. Desse modo, é fundamental que as Instituições de Ensino repensem suas estratégias e prioridades para a formação de novos profissionais que prestarão assistência a uma população que cresce rapidamente e que cada vez mais procura os serviços de saúde para o atendimento de suas necessidades. Tendo em vista que nas Doenças Crônicas as primeiras manifestações podem surgir após muitos anos de exposição única ou contínua aos fatores de risco, sendo que estes fatores podem ser encontrados no ambiente físico, ser herdados ou representar hábitos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural². **Método:** Trata-se de um relato de experiência, que busca descrever as atividades realizadas por acadêmicos e docentes no que se refere há uma das três ações do

Programa de Extensão denominado 'Enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis', no Município de Chapecó-SC, com atividades programadas para o período de março a dezembro de 2013, tendo como cenário o Albergue João Piltz. As atividades foram direcionadas aos pacientes oncológicos, sendo principalmente adultos e idosos, que se encontravam hospedados neste albergue. Para abordagem ao público utilizou-se de grupos focais e metodologias alternativas, adaptando-se de acordo com o público e recursos disponíveis, com o intuito de abstrair primeiramente o entendimento destes em relação aos cuidados com a saúde, dando ênfase a prevenção, tratamento e cuidados fora do âmbito hospitalar, como os cuidados em reações advindas dos tratamentos. Para a estratégia das oficinas, utilizou-se as tecnologias leves como folders, músicas, multimídia, comunicação verbal entre outros materiais.

Resultados e Discussão: A enfermagem envolve uma série de conhecimentos técnicos e científicos, desenvolvidos por meio de práticas sociais, éticas e políticas que ocorrem através do ensino, pesquisa e extensão, efetuando-se sob a prestação de serviços ao indivíduo, família e comunidade em consonância com o contexto no qual se encontram inseridos³. "É preciso que este lugar seja um ambiente pluralizado, com democracia, onde haja a valorização do fazer em sua relação com o saber⁴". Na extensão percebe-se nitidamente que a sua função é: tornar a universidade "locus" distinto de conhecimento e saber, que intercede com a sociedade, arquitetando saberes variados e inovadores, mediando dessa forma o conhecimento da população com o conhecimento científico presente na Universidade⁴. As atividades de extensão foram elaboradas e coordenadas por professores e acadêmicos integrantes do Projeto, com o objetivo de difundir os conhecimentos norteados pela teoria Humanística de Paterson e Zderad, a qual sustenta um cuidado baseado no diálogo que se traduz no encontro genuíno entre e

intracuidadores, doentes e seus familiares além de tornar o grupo colaborativo em todas as atividades. Os encontros dos extensionistas ocorriam mensalmente em horário noturno, propiciando dessa forma a oportunidade de todos participarem. Nos primeiros encontros foram apresentados os objetivos e metodologia básica do projeto proposto, sendo o objetivo geral baseado na teoria Humanística de Paterson e Zderad. O segundo passo foi entrar em contato com a coordenadora e com a enfermeira do local para requerer a confirmação para que nossas atividades pudessem ser realizadas. A partir desta foi elaborado um cronograma dos dias, períodos e atividades que seriam realizadas no Albergue, tendo em vista que estas atividades não olham a pessoa somente como paciente oncológico, mas sim num todo, visando seu bem-estar biopsicossocial. A primeira atividade ocorreu no período vespertino, onde foi realizado uma dinâmica de autoconhecimento com um espelho, onde os participantes ao abrirem a caixa diziam o que viam e falavam sobre a imagem que refletia no espelho, pois é de suma importância saber olhar para dentro de si, sentir o que é de importante e conseguir expressar e transmitir isso aos outros, essa atividade, contou com a presença de um profissional psicólogo. A segunda oficina transcorreu no período da manhã, para contemplar todos os pacientes de acordo com seus horários de tratamento, nessa ocasião, realizou-se uma atividade lúdica, intitulada: “Dinâmica dos Dedos”, com uso de música cantada, para descontração, criação e fortalecimento de vínculos, além de ser um incentivo a coordenação motora. Após, a partir de um caminho construído no chão, envolvendo a imagem de pés e palavras chaves, refletiu-se acerca do momento que eles estão passando, constituindo-se num momento de diálogo e de troca de experiência entre os participantes, também foi entregue um folder com orientações e curiosidades sobre as toxicidades/efeitos colaterais do tratamento quimioterápico e radioterápico. A terceira oficina foi realizado uma meditação onde os pacientes imaginaram uma história e puderam vivenciar ela em seus pensamentos, refletindo sobre a vida e a importância desta e das pessoas que a rodeiam, após a meditação houve uma discussão a respeito e exposição de suas experiências vivenciadas naquele momento. A quarta atividade foi por meio de uma dinâmica onde se relatava a história de uma viagem em um barco, o qual mostrou a importância de escolher as coisas, pessoas e objetos que são importantes em nossa vida, que a partir de nossas escolhas feitas, não podemos voltar atrás e cada uma delas requer uma consequência, essa atividade fomentou uma reflexão profunda. A última a atividade realizada no mês de novembro, foi com propósito de encerramento das atividades, e para essa data foi promovido a trilha sensitiva, a qual era comparada com as etapas da vida, pois durante a trilha tinha sensações, odores bons e

outros ruins comparando assim com a vida que nem sempre é composta de bons momentos. No decorrer dos encontros o grupo de extensionistas e professores, construíram um ambiente criativo e reflexivo para com os pacientes e familiares, onde foi possível levar o conhecimento fora da universidade dele construir um veículo de inter-relações. De acordo com Oliveira (2004) a extensão proporciona aos acadêmicos cooperação para a formação dos currículos, alimentando e subsidiando a relação entre a Sociedade e Universidade, com o objetivo de reconstruir e ressignificar a história da Universidade diante da Sociedade. **Considerações Finais e Contribuições para a Enfermagem:** A relação mais direta entre universidade e comunidade é proporcionada pela extensão universitária, entendida como um processo interdisciplinar educativo, cultural, científico e político, que, sob o princípio da indissociabilidade, promove a interação transformadora entre universidade e outros setores da sociedade⁵. Os pacientes demonstraram possuir algum conhecimento sobre o assunto abordado, no entanto ainda percebe-se que há algumas questões que não são bem esclarecidas, como, as consequências e efeitos do tratamento, assim como os cuidados de prevenção e aqueles que devem ser seguidos em domicílio. Dessa forma acredita-se que a prevenção através da promoção da saúde deve acontecer de forma contínua, enfatizando para a população a necessidade de realizar os devidos cuidados, prevenindo as patologias, tratando as já adquiridas e melhorando a qualidade de vida. Salienta-se que atentar para os sinais e sintomas também é importante, para que haja diagnóstico precoce e tratamento adequado, por isso o indivíduo deve conhecer os sinais e sintomas, a fim de poder perceber as possíveis características das doenças. Conclui-se então que as atividades tiveram efeitos positivos em relação aos pacientes, pois puderam agregar conhecimentos e se posicionarem de maneira diferente em relação a sua saúde e aos cuidados necessários para preservação da mesma. A extensão possibilita ao acadêmico a experiência de vivências significativas que lhe proporciona reflexões acerca das grandes questões da atualidade e, com base na experiência e nos conhecimentos produzidos e acumulados, o desenvolvimento de uma formação compromissada com as necessidades nacionais, regionais e locais, considerando-se a realidade brasileira. Segundo Fernandes et al. (2012)⁵, os três fundamentos da universidade, isto é, ensino, pesquisa e extensão, propiciam experiências a discentes e docentes, mas a extensão faz a associação paralela imediata entre o conhecimento científico e o popular.

Palavras-Chave: Doença Crônica, Cuidados de Enfermagem, Neoplasia Maligna.

REFERÊNCIAS

- [1] Achutti AA, Reinert MI. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2004; 9(4).
- [2] Brasil, MS. Instituto Nacional do Câncer. Câncer: Prevenção. 2013. [acesso 25 abr 2015]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>
- [3] Carvalho IS, *et al.* Monitoria em semiologia e semiotécnica para a enfermagem: um relato de experiência. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2012; 464-71.
- [4] Oliveira CH. Qual é o Papel da Extensão Universitária? Algumas Reflexões Acerca da Relação entre Universidade, Políticas Públicas e Sociedade. In: Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2, 2004, Belo Horizonte. Anais. 12 a 15 de setembro de 2004.
- [5] Fernandes MC, *et al.* Universidade e a extensão universitária: a visão dos moradores das comunidades circunvizinhas. *Educação em Revista*. 28(4).



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: VISÃO DE ESTUDANTES DO CURSO DE ENFERMAGEM DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL

MARISA GOMES DOS SANTOS¹, JULIA VALERIA DE OLIVEIRA VARGAS BITENCOURT², TATIANE GAFFURI DA SILVA³, TAIZA SBARDELLOTT⁴, MARITANIA ORLANDI⁴, ODILA MIGLIORINI⁴

1. Acadêmicas da 7ª fase do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS; 2. Professora Mestre da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, do Núcleo de Pesquisa Educação em Saúde e Enfermagem: EDEN; 3. Docente do curso de Enfermagem da UFFS, Mestre em Ciências da Saúde Humana; 4. Acadêmicas da 7ª fase do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS.

RESUMO

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) foi introduzido na linguagem profissional ainda nos anos 50, com objetivo de solucionar problemas, por meio de observações, mensuração e análise de dados. Sofreu diversas modificações ao longo do tempo fruto de influências de diferentes épocas e cenários da prática assistencial. E assim evoluindo com o tempo para a identificação e classificação de diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados. Atualmente, continua sendo cada vez mais percebido como a aplicação dos fundamentos teóricos a prática, com intuito de atender, resolver ou amenizar problemas observados e/ou referidos pelo usuário, de forma planejada e organizada. Diante disso essa metodologia é um instrumento facilitador do trabalho do enfermeiro, pois organiza de forma dinâmica a sequência de atividades do profissional, objetivando um cuidado planejado e ordenado, a fim de oferecer uma assistência capaz de suprir as necessidades de saúde do indivíduo cuidado. Garcia, 2009 evidencia que: “(...) o Processo de Enfermagem tem representado o principal modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional, ou um instrumento tecnológico de que se lança mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional”¹. Este é encontrado variando de quatro a seis fases, contudo a RESOLUÇÃO COFEN nº 358/2009 resolve no Art. 2º que “o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes”² sendo histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. O PE é um meio de reaproximar o enfermeiro dos usuários, sendo essencial para o profissional da

enfermagem por conferir autonomia, independência e especificidade da profissão³. Assim sendo, a implantação do PE exige aptidões cognitivas, psicomotoras e afetivas, para compreender o significado dos achados observados. Bem como as avaliações do que e de como realizar ações que favoreçam o alcance de determinados resultados¹. Partindo desse pressuposto, as diretrizes curriculares vêm para direcionar e regulamentar as ações pertinentes ao ensino de enfermagem, bem como do processo de enfermagem. A reestruturação dos cursos, a partir dessas diretrizes visam formar profissionais capacitados e comprometidos em promover a saúde integral do ser humano, instituir, definir, aplicar, orientar, e desenvolver ações que possam melhorar a qualidade de vida dos usuários, assegurando aos discentes a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, favorecendo assim a interação docente/discente⁴. Neste contexto, o ensino do PE deve estar presente em todas as fases da formação acadêmica, de maneira unificada, atrelando conhecimentos e interligando os componentes curriculares de maneira interativa, assim sendo é pertinente lançar mão de estratégias que facilitem a continuidade do ensino do Processo de Enfermagem no decorrer da graduação, fortalecendo assim “o ser e o fazer” de forma integral e resolutiva. A participação ativa e dinâmica do estudante na construção do conhecimento é fundamental, visto que, por um longo período de tempo convivemos com profissionais da área da saúde que se destacavam e ainda se destacam, por assumirem uma postura individualista, que remete ao profissional enfermeiro o papel principal diante do contexto da saúde. Paradigma este que hoje não atende mais as necessidades dos indivíduos. Desta forma, as metodologias para formar enfermeiros exigem

reorientações educacionais que facilitam a reflexão, o debate e a aplicação da ética no trabalho. A adoção de uma postura reflexiva permite ao estudante um maior desenvolvimento, tornando-o capaz de tomar decisões e posicionamento diante de dificuldades e principalmente o respeito à opinião ao usuário, estabelecendo vínculos, permitindo a este desenvolver o protagonismo do seu próprio cuidado. Sendo que, nesta perspectiva o PE, constitui-se em ferramenta útil na práxis da enfermagem. O profissional enfermeiro deve estar preparado para tomar decisões e ter iniciativas de gerir o cuidado, a força de trabalho, os recursos físicos e materiais e ao mesmo tempo estar preparado para gerenciar uma equipe. Hoje as universidades pensam muito em formar profissionais generalistas que estejam preparados para agir nos âmbitos: gerencial, assistencial, pesquisa e educação a fim de promover a integralidade, universalidade, descentralização e transversalidade no ensino. **Objetivo:** Assim sendo, esta pesquisa tem como objetivo, analisar a percepção dos estudantes do curso de graduação de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, quanto à metodologia de ensino do processo de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, estase dará na Universidade Federal da fronteira Sul (UFFS), os sujeitos que protagonizarão o processo de reflexão crítica quanto à metodologia de ensino do PE, serão os estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da UFFS que estão na última fase, portanto a 10ª fase, os quais já passaram por uma longa trajetória quanto ao processo de aprendizado do PE, estes se encontram se em aplicação do PE no seu último estágio do curso, que é o supervisionado. Serão abordados e se concordarem em participar da pesquisa, se prestará os devidos esclarecimentos, leitura e concordância do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Logo, serão excluídos do estudo os estudantes da 1ª a 9ª fase. A coleta de dados ocorrerá se usando a estratégia denominada Círculos de Cultura, considerados espaços de aprendizagem e conhecimento, os quais têm como elemento principal o diálogo como motivador da ação e reflexão entre os participantes, em torno de situações existenciais, abordando temas importantes de seu cotidiano, neste caso, o ensino do PE. Já houve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFFS, cujo protocolo é: 36390414.0.0000.5564, e Parecer Número: 826.140. Os encontros para os Círculos de Cultura ocorrerão no Campus da UFFS em local previamente agendado e comunicado aos participantes do estudo. Os dados serão captados por meio de um diário de campo e gravador de voz, que permitirá ao pesquisador, anotar livremente as concepções e percepções dos estudantes, bem como transcrever com fidedignidade os relatos. **Análise de**

dados: Os dados transcritos após a coleta nos Círculos de Cultura, ao final de cada etapa, serão analisados à luz do referencial metodológico, respeitando as etapas do Itinerário de Pesquisa de Freire, que prevê a análise dos dados qualitativos concomitante com a coleta de dados. Neste sentido, os dados obtidos nas respectivas etapas serão organizados em categorias de análise, de tal forma, que permita destacar determinados núcleos temáticos relevantes que o estudo evidenciou sobre o aprendizado do PE. **Resultados:** Esta pesquisa tem a possibilidade de propiciar um melhor entendimento acerca do processo de ensino e aprendizagem do Processo de enfermagem durante a graduação, além de instigar a reflexão crítica sobre a situação encontrada. Sendo assim, será possível propor estratégias junto ao Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem da instituição pesquisada, no sentido de aprimorar os aspectos considerados favoráveis. Além desta perspectiva o estudo também pode oferecer subsídios a outras instituições de ensino superior, a partir dos dados obtidos de sua própria realidade, os quais possam intervir no cenário destas. **Considerações finais e Contribuições para a Enfermagem:** Estima-se que, os círculos de cultura possibilitem revelar a percepção dos alunos do curso de graduação de enfermagem da UFFS, quanto à metodologia de ensino do processo de enfermagem. Os resultados servirão como instrumento de reflexão e poderão subsidiar a implementação de estratégias voltadas para o processo de ensino e aprendizagem do Processo de enfermagem durante a formação acadêmica. E principalmente tornando os participantes co-autores neste processo que visa à melhoria da assistência em saúde.

Palavras-Chave: Processo de enfermagem, Diretrizes curriculares, ensino- aprendizagem.

REFERÊNCIAS

- [1] Garcia TR, Nobrega MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(1):188-93.
- [2] Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº359 de 15 de outubro de 2009: Dispõe sobre a SAE e o PE e dá outras providências. Rio de Janeiro, COFE n;2009.
- [3] Leadebal ODCP, Fontes WDF, Silvia CC. Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(1):190-8.
- [4] Niemeyer F, Silva KS, Kruse MHL. Diretrizes curriculares da enfermagem: governando corpos de enfermeiras. *Texto Contexto Enfermagem.* Florianópolis, 2010; 768-73.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA COM ADOLESCENTES QUE VIVEM COM HIV/AIDS: POSSIBILIDADE PARA PRODUÇÃO DE DADOS EM ENFERMAGEM

CRHIS NETTO DE BRUM¹, SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE², DHIANE TERRIBILE³, LUANA PATRÍCIA VALANDRO⁴, MARINEZ SOSTER DOS SANTOS⁴, JOSEANI BANDEIRA⁵

1. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS/RS. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UFFS, campus Chapeco. Vice-Líder do Grupo de Pesquisa interdisciplinar cuidado e saúde (Gepisc); 2. Doutorando em Enfermagem pela UFSM/RS. Professor colaborador do Curso de Graduação em Enfermagem da Udesc, campus Chapeco. Integrante do Grupo de Pesquisa interdisciplinar cuidado e saúde (Gepisc); 3. Enfermeira do Hospital Regional do Oeste - Associação Hospitalar Leonir Vargas. Integrante do Grupo de Pesquisa interdisciplinar cuidado e saúde (Gepisc); 4. Acadêmica de Enfermagem da UFFS. Integrante do Grupo de Pesquisa interdisciplinar cuidado e saúde (Gepisc); 5. Enfermeira integrante do Grupo de Pesquisa interdisciplinar cuidado e saúde (Gepisc).

RESUMO

Introdução: É a partir da década de 1990 que as pesquisas qualitativas têm sido veementemente utilizadas pela enfermagem¹, estão fundamentadas por um conjunto de vertentes teórico-metodológicas, como por exemplo: as disciplinas das ciências da saúde e das ciências humanas, no qual enfatiza-se as ferramentas dos referenciais filosóficos, em especial, os da fenomenologia². A fenomenologia busca um retorno às coisas nelas mesmas. Permite desvelar o fenômeno tal como se mostra a partir do ser no mundo a partir do sentido que os sujeitos atribuem às coisas e a vida, os quais se tornam reais pela sua compreensão do vivido expresso em seu discurso. De tal modo, a fenomenologia, revelou-se com um caminho possível para compreender as vivências do adolescente vive com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) diante da revelação do seu diagnóstico. **Objetivo:** relatar o vivido sobre a realização da entrevista fenomenológica com adolescente que vive com HIV/aids diante da revelação do diagnóstico. **Método:** Este estudo é procedente de uma Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). No qual trata de uma investigação de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica e referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger³. O cenário para a produção dos dados foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no Serviço de Infectologia, Ambulatório Pediátrico. Os sujeitos da pesquisa foram 12 adolescentes que têm HIV/Aids, na

faixa etária de 13 a 19 anos 11 meses e 29 dias. O número de participantes não foi pré-determinado, visto que a etapa de campo, desenvolvida concomitante a análise, mostrou o quantitativo de entrevistas necessário para responder ao objetivo da pesquisa, ao apontar a suficiência de significados expressos nas falas⁴. Como critérios de inclusão elegeu-se adolescentes que vive com HIV e Aids, que tivessem conhecimento da sua sorologia positiva e que encontravam-se em acompanhamento ambulatorial no serviço de doenças infecciosas. Para garantir que o sigilo relacionado ao diagnóstico de HIV/ Aids dos adolescentes foi solicitado informações juntos aos profissionais do serviço e confirmado com familiares e/ou cuidadores. As justificativas de exclusão abordaram: o adolescente que apresentou limitação cognitiva e mental (que dificultasse a expressão verbal), os que estivessem cumprindo medida sócio-educativa e maiores de 18 que estavam em situação prisional, uma vez que durante as consultas são acompanhados por policiais ferindo o princípio ético de privacidade. Para a produção dos dados utilizou-se um roteiro o qual contemplou duas partes: a entrevista fenomenológica e coleta no prontuário que abordou os seguintes itens: sexo; idade; forma de transmissão; tratamento antirretroviral; constituição familiar; vivência em casa de apoio; quando soube do diagnóstico, quem contou e contemplou um espaço para descrição das questões empáticas. Tais informações possibilitaram desenvolver a historiografia do adolescente. O período para a produção dos dados foi de novembro de 2011 a fevereiro de 2012. Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução nº 196/1996, resolução vigente no período de produção dos dados. O projeto foi aprovado pelo

Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, sob o número do processo: 23081.015121/2011-60. **Resultados:** Anteriormente a produção dos dados, realizou-se uma aproximação com cenário da pesquisa, caracterizada como ambientação⁵. Tal estratégia possibilitou selecionar, localizar e conhecer os possíveis sujeitos da pesquisa e seus familiares e/ou cuidadores. Além de, conhecer a rotina do ambulatório pediátrico e sua infraestrutura, o que oportunizou a escolha de um local adequado para a realização das entrevistas, as quais foram realizadas nas salas destinadas às consultas. A entrevista fenomenológica teve seu início com realização da seguinte questão orientadora: Como foi para você saber do seu diagnóstico? Quanto a nominar HIV e/ou aids, foi respeitado o modo como o adolescente se referiu ou silenciou a sua condição sorológica, no qual denominou de isso, coisa, essa doença e o vírus. Ao falar da doença, por vezes, o adolescente manifestou dificuldades em dizer o que tem, denotando um discurso permeado pelo silêncio, pausas e voz trêmula. A entrevista foi realizada individualmente com o adolescente e contemplou a utilização do gravador. Dessa forma, a entrevista fenomenológica permite uma abertura do outro a partir da compreensão das experiências vivenciadas pelos sujeitos em meio as suas particularidades. Possibilita uma maneira de estar com o outro em um meio a um encontro social que caracteriza-se pelo seu modo singular de estabelecer a relação entre o pesquisador e o sujeito. O encontro contou com a mediação da empatia e da intersubjetividade mediante a redução de pressupostos e preconceitos em busca da “fala originária” em que a linguagem do sujeito ensina por si mesma. É a partir da linguagem que o ser se lança para o outro sendo a fala constitutiva própria da presença. No decorrer da entrevista foram desenvolvidas questões empáticas utilizando as palavras do próprio adolescente, a fim de compreender suas experiências e vivências cotidianas diante da revelação do diagnóstico, como por exemplo: como assim normal? acostumado(a) como? Tranquilo (a) como? Como assim ter o vírus? Complicado? Como assim aceitou? Conta-me melhor esses explicaram? Entre outras. No encontro foram observados os gestos, as expressões, as pausas, os olhares, o modo de vestir, de falar, os quais demonstraram com exatidão a peculiaridade da fase vivida pelos sujeitos, bem como o silêncio, que por inúmeras vezes, se fez comunicação. Atentou-se para manter o respeito ao tempo e o espaço do outro. Respeitar o tempo e o espaço do adolescente foi muito desafiador, em virtude da expectativa de um retorno exato para a pergunta lançada. Tal fato decorreu-se em virtude da dificuldade encontrada em reduzir os pressupostos e preconceitos arraigados do contexto teórico desenvolvido para o estudo. Sobretudo, a

maneira dos adolescentes de se comportar e interagir durante a entrevista, exigiu um esforço enquanto pesquisadora na formulação das questões empáticas. Pois, o discurso era curto, enfático e por vezes monossilábico. Dessa forma, a elaboração de questões empáticas minimizou induzir as respostas e potencializou aprofundar os depoimentos, além de favorecer momentos de intersubjetividade, que é permeada pela relação estabelecida entre os sujeitos envolvendo o diálogo, entre a pesquisadora e o adolescente. Dessa forma, executou-se uma escuta atenta, que consiste na abertura ao outro. Exigiu do pesquisador um posicionamento de (des)centramento de si para que se direcionar intencionalmente à compreensão do outro, neste estudo dos adolescentes. Tal posicionamento foi sendo desenvolvido a cada encontro que compreendeu a singularidade de cada adolescente. Esse movimento, permitiu um (re)conhecimento enquanto sujeito e pesquisadora a partir de reflexões pessoais no momento em que os adolescentes falavam da sua rotina. Em relação à condução da pesquisa na entrevista fenomenológica, entende-se que a aproximação é gradativa e necessária; que o investigador precisa perceber onde começar, o que mais o incomoda ou impede de prosseguir e o que fazer para superar as dificuldades. Durante as entrevistas, enfrentaram-se algumas dificuldades em relação de como compreender o silêncio do outro e maneiras de possibilitar um espaço que facilitasse a comunicação do adolescente para que ele manifestasse seu pensamento em meio a tantos significados expressos por eles. O encerramento contou com a retomada do encontro para que o adolescente pudesse acrescentar alguma informação que acreditava ser necessária. Foi questionado quanto ao seu bem-estar até aquele momento, com o fito de impedir que ele saísse do encontro sem o atendimento necessário. Não ocorreu nenhum atendimento, todavia após desligar o gravador os adolescentes sentiam a necessidade de continuar conversando, informações que foram questionadas quanto a sua utilização, e que foi permitida utilizarem seu conteúdo na pesquisa. Questionavam e discutiam sobre ter filhos; suas limitações do dia-a-dia, de tomar banho de chuva, sair; contaram que namoram escondido da mãe e que enfrentam dificuldades por isso; expressaram o preconceito vivido pela discriminação e o *bullying* na escola. Diante do vivido, compreendeu-se a singularidade de cada adolescente nesse mundo de iguais: de ser adolescente e ser adolescente que vive com HIV/Aids. Retrataram sobre o mundo próprio de adolecer, mas tudo isso, está intimamente atrelado ao ter o HIV a partir do seu cotidiano medicamentoso, expresso em seus discursos. **Conclusões:** Ao finalizar os encontros com os adolescentes pode-se compreender que a entrevista fenomenológica não exige do pesquisador

uma posição (pré) estabelecida e pontual, mas um respeito à particularidade e singularidade de cada sujeito no encontro e que a maneira de conduzi-los poderá favorecer a empatia e possibilitar a intersubjetividade a fim de permitir o desvelamento do outro. O caminho para a sua realização dependerá da disposição de cada pesquisador mediante a redução de seus (pré) conceitos e de obter estratégias para superar suas dificuldades e limites. **Contribuições para enfermagem:** Nesse sentido, tem-se a entrevista fenomenológica como um caminho possível de produção de dados com o adolescente, visto que, por vezes, é lançado para esse encontro, grupos entre eles. Não obstante, vislumbra-se nessa produção de dados uma oportunidade de convívio e abertura do outro, ou seja, do adolescente, com toda a sua singularidade específica de sua fase do desenvolvimento.

Palavras-Chave: Saúde do adolescente, Pesquisa em Enfermagem, HIV.

REFERÊNCIAS

- [1] Lacerda MR, Labronici LM. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(2):359-64.
- [2] Padoin SMM, Paula CP, Schaurich D. Pesquisa em enfermagem: possibilidades da filosofia de Buber. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(6):912-5.
- [3] Heidegger M. Ser e tempo. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante Shuback. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
- [4] Paula CC, Cabral IE, Souza IEO. Cotidiano do ser-adolescente com AIDS: movimento existencial. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(3):632-9.
- [5] Padoin SMM, Souza IEO. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/AIDS diante da (im) possibilidade de amamentar. *Texto & Contexto Enferm* 2008; 17(3):510-08.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 3: Construindo conhecimento do ensino na Enfermagem

EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA: INTEGRANDO PROFISSIONAIS E FORTALECENDO A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

DENISE FINGER¹, CAMILA GRIEBELER¹, ELEANDRO OLIVEIRA¹, ANA KARLA SCHEIBNER¹,
DAIANE SCHUCK¹, JEANE BARROS DE SOUZA²

1. Acadêmicos do sétimo período de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó; 2. Enfermeira mestre, professora do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó.

RESUMO

Introdução: O Brasil é um país imenso territorialmente e culturalmente, e assim como a imensidão de seu território, o país também conta com um sistema de saúde igualmente amplo. O Sistema Único de Saúde- SUS, organizado através dos níveis e das redes de atenção à saúde, promove o atendimento integral e gratuito a toda a população brasileira. Considerando esses níveis de atenção à saúde, vale ressaltar o importante papel desempenhado pela Atenção Básica, hoje organizada pela Política Nacional da Atenção Básica- PNAB¹. De acordo com a Declaração de Alma-Ata, realizada no ano de 1978, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma-Ata, URSS, os cuidados primários de saúde representam o primeiro nível de contato entre os indivíduos com o sistema nacional de saúde. Desta forma, devem atender os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades da população². Com o objetivo de substituir o modelo biomédico vigente, reorganizar os serviços de Atenção Básica no Brasil e reorientar os profissionais que atuam neste cenário foi criado, em 1993, o Programa Saúde da Família (PSF), mais tarde, em 1994, alterado para Estratégia de Saúde da Família. A ESF é composta por equipes multiprofissionais que são responsáveis por uma população de determinado território, devendo criar com essa um vínculo de compromisso e corresponsabilidade³. Segundo o Ministério da Saúde, as equipes de saúde da família devem contar com, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, se possível, os profissionais de saúde bucal¹. O cuidado prestado por esta equipe precisa ser integral e igualitário, bem como deve ser articulado entre todos os profissionais, exigindo a interação entre a equipe. Nesse sentido, as reuniões de equipe são de grande importância para a continuidade e

integralidade do cuidado, para a discussão de casos específicos e tomada de decisão. No entanto, percebe-se a necessidade de outros momentos de integração, em que os membros da equipe possam interagir de forma homogênea, independente do cargo ou profissão que possuem, excluindo qualquer diferença ou preconceito.

Objetivos: Considerando a importância de uma equipe unida para a assistência integral aos usuários, esta atividade teve como objetivo promover um momento de interação entre todos os membros da equipe da Estratégia Saúde da Família, buscando a criação de vínculo entre estes e a construção conjunta do cuidado.

Métodos: O presente trabalho consiste em um relato de experiência sobre as atividades desenvolvidas por um grupo de acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó-SC, durante o desenvolvimento das Atividades Teórico Práticas- ATPs, do componente curricular Cuidados de Enfermagem em Atenção Básica de Saúde. As atividades do grupo ocorreram no Centro de Saúde da Família “Vereador Victor Batista Nunes”, do bairro Jardim América, na cidade de Chapecó, no período entre 02 de Junho a 04 de Julho de 2014. Na última tarde de atividades na UBS, os acadêmicos, juntamente com a professora, realizaram um momento de encerramento das ATPs e de interação entre os membros da equipe. Primeiramente os profissionais, grande parte ACSs, foram recepcionados e o objetivo da atividade foi exposto. Posteriormente, foi realizada uma dinâmica de trabalho em grupo, durante a qual os participantes puderam participar para resolver determinada situação e alcançar o resultado positivo, percebendo a importância da ajuda mútua e da equipe no trabalho. Ainda considerando o trabalho em grupo, todos assistiram a um vídeo que reforçou a reflexão sobre esse tema. Para finalizar esse momento, acadêmicos, professora, ACSs e demais profissionais presentes, cantaram a música “Amor I Love you”, de Marisa Monte, com o objetivo de

ressaltar a importância do sentimento ao próximo e a si mesmo. Ao concluirmos essa atividade, foi servido um delicioso lanche para as ACSs e para o restante dos profissionais da equipe, os quais compareceram conforme a disponibilidade em sua agenda, visto que a UBS não fechou durante a realização dessa atividade.

Resultados: percebeu-se, durante a realização dessas ações, grande interesse e contentamento por parte dos profissionais presentes, sendo que alguns destes relataram a falta de atividades como essa, concordando com os benefícios da mesma. As dinâmicas utilizadas permitiram com que cada profissional presente pudesse participar e contribuir, assim como é necessário durante a atuação profissional e a assistência prestada ao usuário, ou seja, a participação e cooperação de cada profissional da equipe. No entanto, pode-se citar como uma fragilidade, a ausência de alguns profissionais, pois a atividade foi realizada durante o horário de atendimento da unidade, desta forma, alguns profissionais não puderam estar presentes durante toda a programação, apenas as ACSs puderam permanecer desde o início até o término. **Considerações finais e Contribuições para a Enfermagem:** Acredita-se que esta atividade foi positiva, pois proporcionou um momento de integração entre profissionais e acadêmicos, além de ser uma forma de agradecer pelo acolhimento e cooperação dos profissionais desta UBS. Através dos positivos e proveitosos resultados dessas dinâmicas, percebe-se a importância de momentos de interação entre os membros da equipe de saúde, os quais muitas vezes não têm a oportunidade de desfrutar de momentos como esses devido à grande carga de trabalho. Esses momentos de interação e descontração são fundamentais na manutenção da “saúde” do ambiente de trabalho e do trabalho em equipe, pois profissionais unidos trabalhando em um ambiente saudável e prazeroso são capazes de desenvolver trabalhos muito mais eficientes e produtivos, concretizando de fato a interdisciplinaridade. Essa experiência também contribui no amadurecimento acadêmico dos estudantes, os quais perceberam a função essencial de cada membro da equipe de saúde e os benefícios de uma equipe unida. Considerando o cargo de coordenador de unidade, muitas vezes assumido pelo enfermeiro, bem como o perfil de gerenciamento, característico da enfermagem, percebe-se a necessidade e a importância do enfermeiro proporcionar momentos de interação entre os demais membros da equipe, seja através de atividades como acima citadas ou através de outras estratégias. Segundo o Ministério da Saúde, o enfermeiro possui atribuições específicas de sua prática profissional, entre elas: planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe e contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe¹. Frente a isso,

fica evidente a relação que a enfermagem possui com os demais profissionais da equipe de saúde, inclusive sua responsabilidade em realizar atividades de educação permanente com estes, momento que também pode ser usado para estimular a integração entre os profissionais.

Palavras-Chave: Atenção primária à saúde, Estratégia saúde da família, Equipes de saúde, Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 12 Maio 2015.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em 12 Maio 2015.
- [3] Costa, MML. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): contextualização de sua implementação na Atenção Básica à Saúde no Brasil. [Trabalho de Conclusão de Curso] Brasília: Universidade de Brasília; 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/4945>. Acesso em 12 Maio 2015.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

ESPAÇOS E INICIATIVAS COMUNITÁRIAS COMO POTENCIAIS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

MARIÂNGELA WEBER¹, LORIZETE GALLON¹, VANISE DAL PIVA¹, MARIA ELISABETH KLEBA¹

1. Acadêmicas. Curso de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó)

RESUMO

Introdução: No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem produzido mudanças expressivas nos processos de gestão e atenção à saúde, ampliando o acesso da população aos serviços e instituindo novas relações entre gestores, profissionais e usuários. Um dos objetivos desse sistema é a assistência dos indivíduos, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de ressaltar a saúde como um direito¹. Nessa direção, o Ministério da Saúde (MS) elaborou, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), reformulada em 2014, para incrementar ações de promoção da saúde no território e garantir a consonância com princípios e diretrizes do SUS². Várias estratégias têm sido utilizadas para implantar ações de promoção da saúde no Brasil, entre as quais destaca-se o Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007 pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, com vistas à “integração” e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica³. Para a enfermagem, o PSE constitui-se em importante oportunidade de estabelecer maiores vínculos com a comunidade, bem como de realizar ações em parceria junto aos espaços comunitários, como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). **Objetivo:** Esta pesquisa buscou conhecer potenciais existentes na comunidade, com vistas ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde no âmbito do PSE em um município do oeste catarinense. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida no território de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), incluindo-se a Escola Municipal de Ensino Fundamental (EMEF), na cidade de Pinhalzinho, região oeste de Santa Catarina. Participaram da pesquisa 32 escolares regularmente matriculados no 4º e 5º ano da EMEF selecionada e cinco lideranças vinculadas à

organizações governamentais e não governamentais que desenvolvem atividades com crianças e adolescentes no território, as quais foram indicadas por profissionais da UBS. Os dados foram coletados, de setembro à novembro de 2014, por meio de entrevistas aplicadas às lideranças e de bricolagem desenvolvida com os alunos. As entrevistas foram registradas em áudio e posteriormente transcritas. Para este estudo, foram consideradas as normas referentes à pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelas lideranças e alunos, com autorização dos pais e da escola. **Resultados e Discussão:** As entidades indicadas pela equipe incluíam os escoteiros, a pastoral da saúde e a Câmara Junior Internacional (JCI) como organizações governamentais o setor de esportes e da cultura, sendo que desenvolvem trabalhos com todas as faixas etária no município. Atuam em média há 10 anos no município, no entanto, três não possuem espaço físico adequado para desenvolver atividades, e duas cobram taxas dos integrantes para manter a organização e o funcionamento. **Espaços para desenvolvimento da promoção da saúde:** Foram fortemente caracterizados como ambientes favoráveis as praças do município, apesar de uma liderança considerar as mesmas como espaço perigoso, no qual as crianças não podem ir desacompanhadas. Também foram destacadas atividades desenvolvidas pelos setores da cultura e do esporte, ainda que estas pudesse ter maior diversidade atendendo preferências específicas. As crianças indicaram que praticam atividades esportivas com frequência, aproveitando espaços físicos disponíveis no bairro, como o ginásio e a quadra de areia. Gostam também de andar de bicicleta, ouvir música e desenhar, referindo, entretanto, que o bairro não dispõe de espaços adequados para tais práticas. Apenas uma criança frequenta aula de dança e desenho, sendo que as demais referem ser a demanda para aulas de música maior do que a oferta, o que foi confirmado pela representante do

setor da cultura, que destaca a precariedade do espaço físico e a falta de profissionais como motivos da demanda reprimida. **Iniciativas comunitárias:** Apesar de as entidades desenvolverem diferentes atividades no município, duas não beneficiam o público alvo desta pesquisa. O grupo de escoteiros, por exemplo, envolve crianças e jovens de outros territórios do município, desenvolvendo atividades como acampamento e dinâmicas de equipe uma vez por semana. O JCI promove anualmente o projeto oratória, com alunos do 7º e 8º ano, nas escolas públicas do município. A pastoral da criança desenvolve ações com mulheres grávidas e crianças até seis anos, tais como avaliação nutricional, acompanhamento da caderneta de vacina, encaminhamento de casos de desnutrição para a UBS, além de ensinar as mães o preparo da multi-mistura e auxiliar a pastoral da saúde orientando sobre o uso de plantas medicinais. As atividades do setor do esporte envolvem crianças, adolescentes e adultos, duas vezes por semana, exceto no período de recesso escolar. As atividades desenvolvidas neste setor incluem: taekwondo, futsal, futebol de campo, tênis de mesa e voleibol. Por sua vez, o setor da cultura oferece aulas de balé, música, violão, desenho, dança contemporânea e de rua, jazz e patinação. Possui cronograma com local, data e horário estabelecido, sendo, a maioria das atividades duas vezes por semana. É responsabilidade do setor da cultura, também, a biblioteca pública, o museu e seções de cinema. As atividades desenvolvidas pelas instituições são destinadas a população em geral, mas prioritariamente para crianças e adolescentes. Possuem variadas iniciativas para diminuição dos riscos e vulnerabilidades desta faixa etária, sendo que contemplam em sua maioria ações de entretenimento e trabalho em equipe. **Estratégias para melhorar a qualidade de vida das crianças e adolescentes:** Para algumas lideranças, os setores da cultura e do esporte deveriam investir mais, buscando saber o que as crianças gostam de praticar, divulgando as ações oferecidas, especialmente junto as famílias da comunidade. Para estas, os espaços públicos que oferecem atividades as crianças e adolescentes devem ter profissionais para orientá-las, inclusive nos finais de semana, junto as praças e ginásios. Outra sugestão é de descentralizar atividades culturais e esportivas, para ampliar e facilitar o acesso da população as atividades. Entre as dificuldades de os alunos da escola participarem destas atividades, é o acesso ao local, a existência de uma rodovia que separa o território estudado do centro da cidade e a inexistência de transporte público até o local das atividades. Duas lideranças defendem maiores investimentos para ampliar espaços de lazer, para que crianças, adolescentes e familiares possam usufruir destes para brincar, conversar, realizar eventos e proporcionar mais encontros entre outros moradores.

Desta forma poderão ser fortalecidos os vínculos entre as pessoas da comunidade, favorecendo o bom usufruto do tempo livre. **Considerações Finais:** Esta pesquisa permitiu uma reflexão sobre a realidade do ambiente que crianças e coordenadores das entidades convivem. Contribuiu ainda, para identificação dos recursos existentes e que se caracterizam como potenciais para planejamento de ações de promoção da saúde no âmbito escolar, considerando o PSE. **Contribuições para a enfermagem:** Este estudo proporcionou um conhecimento ampliado sobre promoção da saúde e suas implicações na atuação interssetorial, envolvendo a articulação de ações do serviço de saúde com demais órgãos públicos e comunidade em geral. Para a enfermagem, mostrou necessidade e viabilidade de promover parcerias com outros setores e com a comunidade, com vistas à favorecer maior autonomia no cuidado de si e das coletividades, maior reciprocidade entre pessoas, entidades e organizações governamentais. A educação em saúde, importante dimensão do trabalho da enfermagem, encontra no PSE uma estratégia potencial de constituir elos de ligação na rede da atenção básica em favor da saúde integral dos escolares.

Palavras-Chave: Saúde da Família, Saúde Escolar, Promoção da Saúde, Participação da Comunidade.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 setembro 1990.
- [2] Brasil. Portaria n 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- [3] Brasil. Decreto nº 6286 de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola–PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 06 dezembro 2007.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 3: Construindo conhecimento do ensino na Enfermagem

ESTIMULANDO A PREVENÇÃO DA SAÚDE DA MULHER: UMA PRÁTICA ACADÊMICA DE SALA DE ESPERA

KELLY APARECIDA ZANELLA¹, VANILLA ELOÁ FRANCESCHI¹, ANGELA MARIA GOMES¹, TÁLITA SANTOS¹, MARISA GOMES DOS SANTOS¹, CLAUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO²

1. Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) - Campus Chapecó; 2. Enfermeiro. Doutorando (UFSC) e Mestre (UFBA) em Enfermagem, Professor Assistente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) - Campus Chapecó, integrante do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/PEN/UFSC), Colaborador UNASUS/UFSC em Atenção Básica para o Programa Mais Médicos e o PROVAB, Pesquisador NESCO e EAI/UNIVASF, VSQV/UFBA.

RESUMO

Introdução: A promoção da saúde nas práticas de educação é aquela que busca sensibilizar os usuários para o controle de suas vidas por meio da participação em grupo, buscando transformar a realidade social. Assim podemos compreender que a prevenção dos agravos à saúde não é tratada de maneira isolada, mas como uma das metas a serem atingidas para uma melhoria da qualidade de vida e para a justiça social dos usuários. O Câncer de mama e colo de útero foi o primeiro tema proposto a ser trabalhado no CSF do Jardim América, nas terças e quintas feiras visto que nesses dias havia coleta de preventivo. Conforme o INCA câncer de mama é o mais comum entre as mulheres e o segundo tipo mais frequente no mundo, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado precocemente, o prognóstico é relativamente bom, mas no Brasil as taxas de mortalidade por câncer de mama se mantêm elevadas, por consequência do diagnóstico precoce não acontecer, geralmente é descoberto em estádios mais avançados. Já o câncer de colo de útero, mais conhecido como de cervical, causado por infecção persistente de alguns tipos do Papilomavírus Humano- HPV. Essa infecção genital por este vírus é comum e não causa a doença na maioria das vezes, mas em alguns casos pode evoluir para o câncer. As alterações podem ser percebidas facilmente no exame de preventivo, mais conhecido como Papanicolau, também são curáveis na maioria das vezes. Por isso é importante a realização anual deste exame. É o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás somente do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil¹. A Linha de Cuidado do Câncer da Mama tem o propósito de garantir à mulher o acesso

humanizado e integral às ações e serviços distintos para promover a prevenção do câncer de mama, acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo aceitável. Para o controle do câncer do colo do útero, a melhora do acesso aos serviços de saúde e à informação são questões centrais. Isso necessita de mudanças nos serviços de saúde, com ampliação da cobertura e alterações dos processos de trabalho, articulação intersetorial, com setores do públicos e sociedade civil organizada². **Objetivo:** Esse tema foi escolhido devido ao aumento de mulheres na abrangência do território do CSF Jardim América, com o diagnóstico de câncer de mama e para conscientizá-las da importância de fazer o preventivo para prevenir o câncer de colo de útero, já que havia muitas faltosas no exame. Aumentar o empoderamento da população feminina para que realizem exames para prevenção do câncer e que essas atividades virem rotina nas Unidades de Saúde. **Métodos:** A educação em saúde teve início com uma fala sobre o que é câncer de mama, como é diagnosticado, para falar dos sintomas uma das acadêmicas se vestiu de Super Mama com uma capa cor de rosa, com a camiseta da campanha do câncer de mama, com balões nas mamas, uma peruca e óculos cor de rosa, explicando as mulheres os sintomas para as mesmas ficarem atentas a qualquer sinal diferente, também utilizou-se este momento para falar as mulheres o quanto elas são importantes e o quanto é importante elas cuidarem de si, na sequência foi falado formas de prevenção e como é realizado o tratamento, explicando as mulheres sobre o auto exame das mamas, como ele deve ser feito e a importância delas aceitarem e pedir para o profissional da saúde fazer e também delas realizarem o mesmo em casa, após a fala do câncer de mama foi passado a mama amiga onde as participantes

puderam palpar a mama a procura do nódulo. O câncer de colo de útero também seguiu a proposta do câncer de mama, falando do que é, como é diagnosticado, formas de prevenção ressaltando a importância do exame Papanicolau e o tratamento. No final foi realizada uma dinâmica onde as participantes tiravam de uma caixinha uma pergunta sobre os temas trabalhados e elas tinham a oportunidade de dizer se a pergunta era mito ou verdade e justificar a sua resposta, se surgia alguma dúvida sobre a pergunta a mesma era sanada, após todas participantes tirarem a pergunta e responderem, a super mama entregou uma lembrança com o símbolo do câncer de mama para as mesmas não esquecerem da educação em saúde. A pesquisa para essa educação se deu com auxílio dos slides e das aulas de Cuidados de enfermagem em atenção básica de saúde e com artigos científicos. **Resultados:** Espera-se que aumente a procura para realização de exames preventivos para o câncer de mama e de colo de útero, que aconteçam mais diagnósticos precoces e principalmente que a população feminina adquira conhecimento e sensibilização cada vez maior sobre esse problema. Conforme o MS essas ações devem se tornar determinantes sociais no processo saúde-doença e promovam uma melhor qualidade na vida das pessoas, que elas encontram informações específicas para seu agravo de saúde e específicas para sua região e que o sistema de saúde esteja sempre atuante na comunidade. O processo de instrumentalização da mulher vem crescendo nos últimos anos para que a detecção precoce ocorra sempre². **Conclusões e Contribuições ou implicações para a Enfermagem:** A enfermagem se apresenta na linha de frente para manter e aumentar cada vez mais essas atividades de educação em saúde para consequentemente diminuição dos casos de câncer de mama e colo de útero no Brasil. Que as educações em saúde de diferentes assuntos se tornam rotina no dia a dia das unidades de saúde. Após término da educação em saúde observa-se o quanto existe dúvidas sobre cada patologia pelas mulheres, instigando ainda mais a enfermagem a manter a atividade como rotina. Espera-se que essas ações de saúde se tornem práticas contínuas na Unidade de Saúde para assim aumentar a adesão das mulheres na procura por diagnósticos mais precoces e também o controle de exames e sinais e sintomas específicos da doença. Pode-se encontrar dificuldade na adesão dessas práticas tanto pelo profissional como pelo usuário, manter educação permanente também para o profissional.

Palavras-Chave: Câncer de mama, Câncer de colo de útero, Educação em saúde, Formação profissional em saúde, Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1]. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. 2015. [acesso em 07 Maio 2015]. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>>.
- [2]. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Cadernos da Biblioteca Virtual em Saúde: Brasília. 13ª Ed. 2013.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

ESTRATÉGIAS PARA O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE) EM CURSOS DE GRADUAÇÃO: UM ESTUDO DESCRITIVO

MARITANIA ORLANDI¹, JULIA VALERIA DE OLIVEIRA VARGAS BITENCOURT¹, KÁTIA LILIAN SEDREZ CELICH², MARISA GOMES DOS SANTOS, ODILA MIGLIORINI³, TAIZE SBARDELLO⁴

1. Acadêmicas da 7ª fase do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS; 2. Professora Mestre da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, do Núcleo de Pesquisa Educação em Saúde e Enfermagem: EDEN; 3. Doutora em Gerontologia Biomédica – PUCRS. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS; 4. Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS.

RESUMO

Introdução: O ensino do Processo de Enfermagem (PE) nos cursos de Graduação perpassa os componentes curriculares ao longo do curso, quando enfocamos a especificidade desta profissão. Esta composição temática assume este caráter na medida em que, por meio do PE, se propõe um método para execução das ações de enfermagem. Neste sentido, os cuidados que a enfermagem desenvolve, nos diferentes ciclos da vida, e em diferentes níveis de atenção, são cenários de assistência nos quais o enfermeiro pode e deve, sem exceção, apropriar-se de uma metodologia que sistematize cientificamente a sua práxis. São inúmeros os autores que debatem e apontam para o PE como eixo norteador da assistência de enfermagem, salientando que a adoção de uma metodologia traduz o compromisso profissional e social do enfermeiro com a comunidade¹. O PE aplicado no cuidado às pessoas pode proporcionar individualidade, integralidade e também fornecer diretrizes para a organização profissional². O PE auxilia na identificação do fenômeno de saúde do indivíduo, família e comunidade, bem como a fazer julgamentos sobre ele, e ainda definir ações que o fenômeno demanda e quais resultados esperar de sua implementação³. Além disso, assegura ao profissional o exercício de suas atividades privativas expressas na lei que dispõe que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do PE em ambientes públicos ou privados, devem ser realizados de modo deliberado e sistemático⁴. Outros autores ainda destacam que se trata de um processo de qualificação profissional, propiciando a cientificidade à profissão, desencadeando autonomia no cuidado, valorização e reconhecimento, conduzindo a definição do papel do enfermeiro e espaço de atuação saindo do cuidado intuitivo e assistemático¹. Sendo

assim, considerando-se a relevância do desenvolvimento do PE para a profissão da enfermagem, torna-se crucial que no período de formação acadêmica, no qual, o discente esta conhecendo e reconhecendo elementos vitais em seu processo formativo, seja oportunizado ao mesmo, uma íntima aproximação com a sua prática, tomando por base, o desenho metodológico prescrito nos modelos existentes de PE. Neste sentido, o docente constitui-se no facilitador e mediador da dinâmica em que ocorre o ensino-aprendizagem do PE, o qual deve ter como orientação as competências definidas no Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso, a serem desenvolvidas, a partir de atitudes valorativas, assimilação de conhecimentos teórico-práticos, e a aquisição de habilidades para a sua aplicação⁵. Logo, o ensino do PE na Graduação, deverá suprir esta logística de aprendizado, de tal forma, que o acadêmico durante o curso, possa cumprir com esta prerrogativa nos diversos cenários, onde vivencia o cuidado, assim como, o formando em seu estágio final do curso, e por fim, o profissional em seu cotidiano assistencial. **Objetivo:** Diante disso, a presente pesquisa tem como objetivo descrever as estratégias para aplicação prática do PE adotadas no ensino por docentes de universidades da cidade de Chapecó no Oeste Catarinense que possui três Cursos de Graduação em Enfermagem oriundos respectivamente de Universidade Federal, Estadual e Comunitária. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa à docentes enfermeiros dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Universidades da cidade de Chapecó e que desenvolvam Componentes Curriculares (CC) específicos da enfermagem. Os docentes incluídos no estudo terão que ter ministrado e concluído pelo menos uma fase no curso de Graduação em Enfermagem. Serão excluídos do estudo os docentes recém admitidos e que

declararem não trabalhar com o PE de forma alguma, mesmo em componentes curriculares da área específica. Após aprovação do Comitê de ética e pesquisa da UFFS, cujo protocolo é 36029614.5.0000.5564 e parecer número: 836.044, assim como a aprovação dos colegiados de enfermagem dos respectivos cursos, foi realizado contato prévio com os docentes por e-mail e ou telefone, abordando-os quanto ao interesse em participar do estudo, e o momento o qual desejavam obter o questionário para o preenchimento e a respectiva devolutiva, assim, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue aos participantes do estudo o questionário estruturado, o qual tem como instrumento de avaliação a escala Likert, que possibilita registrar o nível de concordância ou discordância das declarações dadas, é uma escala psicométrica utilizada em pesquisa quantitativa. A pontuação oscila entre 1 e 4, quando ao assinalar a opção 1, o respondente declara optar pelo item concordo totalmente, quando assinalar a opção 2, opta pelo item concordo parcialmente, ao assinalar a opção 3, opta pelo item discordo totalmente, já a opção 4 relaciona-se à possibilidade de não aplicabilidade da variável em questão. Considerando, portanto o objeto deste estudo as variáveis as quais se pretende descrever são: idade, tempo de experiência na docência e tempo de experiência com a aplicação do PE, sexo, escolaridade e local em que os docentes desenvolvem a atividade prática. Estas variáveis serão mensuradas por meio de perguntas diretas lançadas em um questionário, podendo ser expressas na etapa analítica em frequências absolutas, em gráficos ou apenas descritas. Permitirá ao pesquisador emitir inferências quanto à competência do profissional com a temática em foco, correlacionando-a com as estratégias que os docentes da respectiva instituição utilizam para o ensino do PE, de tal forma, que este modelo de processo de trabalho possa ser replicado na prática em campo, na situação da formação, como também profissional. Quanto às demais variáveis; tempo que o docente dispensa para o ensino do PE; ensino do PE partindo da patologia ou situação de saúde do usuário; modos de aplicação prática do PE em sala de aula e campo de prática; local onde realiza o registro do PE no prontuário do usuário; caracterização da aplicação das etapas do PE e caracterização do processo de continuidade do ensino do PE, estas estão questionadas por meio da escala likert e suas respectivas opções e mensuradas durante a análise por meio de frequências relativas. Neste processo, obteve-se 100% da participação dos docentes da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, 80% dos docentes da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC e da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ. **Análise dos dados:** A análise estatística de dados será realizada a partir dos testes de

estatística descritiva com suas respectivas frequências relativas e ou absolutas. A estatística descritiva é usada para a síntese dos dados, desta forma, se obtém parâmetros que se relacionam a uma determinada amostra que pode ou não ser representativa de uma população, permitindo, por fim, estabelecer-se a estatística inferencial, mesmo que, esta tenha a limitação de não se caracterizar por ser generalizável. **Resultados:** Os dados obtidos no presente estudo acerca da temática investigada fomentarão subsídios para qualificar o ensino do PE nos cursos de Graduação em enfermagem de maneira que o acadêmico possa cumprir com esta prerrogativa nos diversos cenários, onde vivencia o cuidado, assim como, o formando em seu estágio final do curso, e por fim, o profissional em seu cotidiano assistencial. **Considerações finais:** Almeja-se que o presente estudo possibilite revelar as estratégias para aplicação prática do PE adotadas no ensino por docentes dos cursos de enfermagem das universidades da cidade de Chapecó, podendo contribuir para a melhoria das estratégias atuais, bem como para a inovação/ implementação de novas metodologias voltadas para o processo de ensino e aprendizagem do Processo de enfermagem, unificando esse processo entre as universidades.

Palavras-Chave: Processo de enfermagem, Graduação, docentes, componente curricular.

REFERÊNCIAS

- [1]. Castilho NC, Ribeiro PM, Chirelli MQ. A Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Serviço de Saúde Hospitalar do Brasil. *Texto e Contexto Enferm.* Florianópolis. 2009; 18(2):280-9.
- [2]. Santos JFE, Santos RM, Almeida LMWS, Costa LMC. O espaço do processo de enfermagem na prática profissional: um exercício de reflexão. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol3num2artigo6.pdf>>
- [3]. Garcia TR, Nobrega MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Ver Enferm.* 2009; 13(1):188-93
- [4]. Brasil, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº359 de 15 de outubro de 2009: Dispõe sobre a SAE e o PE e dá outras providências. Rio de Janeiro, COFEN; 2009.
- [5]. Amorim FCM. O Ensino do Processo de Enfermagem sob a ótica docente. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFPI, Teresina. 2009.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

FACILIDADES DOS EDUCADORES AO DESENVOLVEREM A TEMÁTICA ORIENTAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA

JOSEANI BANDEIRA¹, CRHIS NETTO DE BRUM², SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE², TASSIANA POTRICH², JOICE SCHMALFFUSS²

1. Enfermeira. Graduada em Enfermagem. Relator. Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó; 2. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó; 3. Enfermeiro(a) Campus Chapecó. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

RESUMO

Introdução: A educação brasileira, a partir do ano de 1996, apresenta nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), os temas transversais os quais dizem respeito a conteúdos de caráter social que devem ser incluídos no currículo, dentre eles, está à orientação sexual¹. Para isso, estipulou-se o Programa Saúde Prevenção nas Escolas (SPE). O SPE representa um marco na integração saúde-educação ao privilegiar a escola como espaço para articulação das políticas voltadas para os adolescentes e jovens. Visa contribuir para a realização e desenvolvimento do tema transversal relacionado à orientação sexual de maneira a permitir uma integração entre as áreas da saúde e da educação, ao considerarem o espaço escolar a partir de uma construção de diferentes abordagens interdisciplinares, intersetoriais e complementares². Diante disso, percebe-se que a escola não é somente um lugar de aprendizagem teórica, mas também um espaço de vivências e transformações bem como um espaço singular para a incorporação de conhecimentos sobre saúde³. A escola, ao definir a Orientação Sexual como um dos temas a serem desenvolvidos na sua base curricular, necessita remeter a uma definição clara dos princípios que deverão nortear esse trabalho e sua total explicitação para toda a comunidade escolar envolvida no processo educativo dos educandos. Esses princípios determinarão desde a postura diante das questões relacionadas ao sexo, e suas manifestações na escola, até a escolha de conteúdos a serem trabalhados junto aos educandos. A coerência entre os princípios adotados e a prática cotidiana da escola deverá pautar todo o trabalho. Para garantir essa coerência, ao tratar de tema associado à tão grande multiplicidade de valores, a escola precisa estar consciente da necessidade de abrir um espaço para reflexão como parte do processo de formação

permanente de todos os envolvidos no processo educativo, tanto para os educandos quanto para os educadores⁴. Diante desse cenário, em conformidade com uma pesquisa realizada com educadores em todo o Brasil por Zagury⁵, os educadores, mesmo apresentando algumas facilidades, de modo geral, apresentam dificuldades, embora estejam razoavelmente motivados para trabalhar com o tema transversal da orientação sexual em sala de aula. Além disso, mostraram inseguranças e inúmeros questionamentos sobre o tema em questão. Pela complexidade, bem como pela relevância social e repercussões na família e na sociedade, a orientação Sexual, constituem hoje campos específicos. Nesse sentido, tem a prerrogativa de aliar profissionais das diversas áreas para auxiliar os educadores nessa construção, como por exemplo, o enfermeiro⁴. Cabe salientar que é nos educadores que os educandos depositam sua confiança para abordar os assuntos relacionados à sexualidade. Este ator escolar está incumbido da missão de trabalhar o tema orientação sexual de maneira transversal, não enfocando somente no enfoque biológico, mas também, nas questões que englobem: os valores, a moral, a ética, os sentimentos e a cultura, bem como preparar esses jovens para exercer sua sexualidade de forma responsável, com vistas a minimizar a vulnerabilidade dos mesmos. **Objetivo:** Identificar as facilidades dos professores em abordar a temática da orientação sexual na escola. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo narrativa. Teve como pergunta de pesquisa: Quais são as facilidades e/ou dificuldades dos educadores ao desenvolverem a temática orientação sexual na escola? As palavras-chave utilizadas para compor a estratégia de busca foram selecionadas em conformidade com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS), a partir da pergunta de pesquisa. Dessa maneira, foram selecionadas: docente; educador; professor; educação

sexual e sexualidade. A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) na base de dados eletrônica, nos seus respectivos formulários avançados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), nas Bibliotecas virtuais: saúde do adolescente (ADOLEC) e na *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Encontrou-se 155 estudos. Primeiramente, ocorreu a da leitura dos títulos e resumos nas bases de dados, a qual foi aplicada à pergunta de pesquisa seguido dos critérios de inclusão e exclusão, permaneceram 23 artigos. Excluíram-se os artigos repetidos entre as bases de dados. Após realizou-se a leitura dos artigos na íntegra, sendo selecionados 8 artigos para análise. A análise foi por meio do referencial de análise de conteúdo. Os artigos selecionados foram codificados com a letra A de artigo, seguido de um número arábico. **Resultados:** O tema facilidade, após a análise, apresentou as seguintes temáticas de estudo: estabelecimentos de confiança entre educando, educador e/ou família (A2, A5, A6); estratégias de ensino aprendizagem (A4 e A6) e transversalidade (A8). Em relação à temática sobre estabelecimentos de confiança e afetividade entre educando e educador e/ou família, compreende-se que este, ajude, já que é uma ferramenta que auxilia no processo ensino aprendizagem do jovem. Contribui para seu desenvolvimento enquanto cidadão autônomo. Em relação às temáticas estratégias de ensino aprendizagem, como por exemplo, os materiais audiovisuais e dinâmicas de grupos são tidos como fonte de discussão do tema orientação sexual. O uso do material audiovisual como filmes, vídeos, teatros entre outros materiais são bastante eficientes para se trabalhar orientação sexual em sala de aula com adolescentes. A utilização desses materiais possibilita relacionar a realidade e o cotidiano dos jovens com o conteúdo a ser abordado em sala de aula com uma linguagem facilitadora, o que impulsiona a introdução e discussões de temas reais, propiciando a compreensão, aprofundamento, enriquecimento e fixação dos conteúdos. Busca-se por meio da utilização desses materiais audiovisuais uma melhor interação entre educador/educando proporcionando também a quebra da rotina educando/giz/lousa e mantendo a sala de aula como um espaço para debater sobre orientação sexual do ponto de vista não apenas biológico, mas também emocional psicológico e social. A dinâmica de grupo é importante, pois por meio dela consegue-se atingir os objetivos mais facilmente, a partir do compartilhamento de ideias e experiências, abrindo espaços para discussões e consequentemente mudanças de comportamento dos jovens em relação a sua sexualidade Já não que se refere à transversalidade da orientação sexual, muitas vezes os

educadores ficam presos aos conteúdos estabelecidos ou então não se veem na obrigação de aplicar esse tema transversal de extrema importância aos adolescentes. Porém é na escola, na sala de aula, no interior das inúmeras disciplinas, o espaço ideal para discutir educação sexual. Além de possibilitar a criação e alternativas que estimulem os alunos a adquirirem concepções, posturas, responsabilidades e valores. **Conclusões e Contribuições para a Enfermagem:** A sexualidade faz parte de todo ser humano e seu auge talvez se dê na adolescência onde são vivenciadas grandes transformações tanto no corpo como na mente de cada pessoa. Estas mudanças precisam ser acompanhadas de perto, e é muitas vezes no educador que o educando busca sanar suas dúvidas. Pode se perceber que os educadores ao trabalharem a temática orientação sexual possuem algumas facilidades ao abordá-la com os educandos. Essas facilidades devem ser aprimoradas para que se consiga trabalhar de forma completa a orientação sexual. Por isso se faz de extrema importância que um enfermeiro esteja presente na escola para auxiliar o educador em como abordar essa temática em aula e também orientar o educando que veja a ter dúvidas sobre a orientação sexual.

Palavras-Chave: Docente, educador, professor, sexualidade, educação sexual.

REFERÊNCIAS

- [1]. Brasil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf> Acesso em: 2 março 2014.
- [2]. Brum CN, Zuge SS, Brum AA, Carvalho LC. educação preventiva com deficientes auditivos: desafio para profissionais da saúde e educação. REAS. [Internet]. 2013; 2(2 Esp):99-106. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/470/411> Acesso em: 31 maio 2014.
- [3]. Lopes GT, *et al.* O enfermeiro no ensino fundamental: desafios na prevenção ao consumo de álcool. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007; 11(4):712–6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a25.pdf> Acessado em 22 de maio 2014.
- [4]. Brum CN. Compreensão das facilidades e dificuldades no processo de educação em saúde: uma perspectiva do professor na escola em tempos de aids. Monografia de Conclusão de Curso. 2007. Universidade Federal de Santa Maria.
- [5]. Zagury T. O professor refém: para pais e professores entenderem por que fracassa a educação no Brasil. 4ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 3: Construindo conhecimento do ensino na Enfermagem

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE GRAVE: UMA NOVA FERRAMENTA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

ÚRSSULA RITZEL¹, LETICIA DE LIMA TRINDADE², RODRIGO MOMOLI³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina-UDESC; 2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da UDESC; 3. Enfermeiro. Coordenador do CEREST- Chapecó, supervisor de estágio.

RESUMO

Introdução: A saúde do trabalhador vem sendo discutida desde 1990 com a Lei 8080, emergindo como uma importante política pública brasileira, voltada para uma grande parcela da população e que deve ser capaz de intervir positivamente nas relações entre trabalhador e condições de trabalho¹. Nesse contexto destaca-se a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), a partir da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, os quais vem promovendo a prática de ações de prevenção, promoção e vigilância em saúde do trabalhador no país². O CEREST é uma unidade especializada que realiza ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde do trabalhador, voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS)³. Existem atualmente 210 CEREST habilitados no Brasil, sendo 26 estaduais e 184 regionais. Em Santa Catarina são sete centros, um estadual e seis regionais. Os polos regionais ficam em Blumenau, Joinville, Lages, Criciúma, Chapecó e Florianópolis, nesta última cidade encontra-se também fica o polo estadual. Sendo que os estaduais participam da elaboração e execução da Política de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora e os regionais dão o suporte técnico para ações de vigilância em saúde. O CEREST da Macrorregião de Chapecó está em funcionamento desde abril de 2007 e abrange 76 municípios mais de 730 mil habitantes e 15 mil km². O Serviço é responsável por informatizar os dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação de agravos à saúde do trabalhador e em cima destas notificações faz vigilância em saúde, vistoriando empresas, entre outras atribuições. Para que os profissionais notifiquem, os servidores do CEREST fazem capacitações nos municípios de abrangências para que tenham dados de qualidade e completos em seu banco de dados. A falta de notificações de acidente de trabalho dificulta o desenvolvimento de ações consequentemente à melhoria das condições do trabalho e a vida do trabalhador⁴. Nesse sentido, o objetivo do

presente trabalho é relatar o panorama de registro de capacitações agravos em Saúde do Trabalhador notificados no CEREST nos últimos anos e o processo de elaboração de uma ficha de investigação dos acidentes graves relacionados ao trabalho. **Metodologia:** Para mapeamento dos registros do CEREST buscou-se os dados no o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e para a elaboração desta ficha foram utilizados Anamnese Ocupacional: Manual de Preenchimento da Ficha Resumo de Atendimento Ambulatorial em Saúde do Trabalhador (FIRAAS) do Ministério da Saúde e também o guia de análise acidentes de trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego, da Secretaria de Inspeção do Trabalho e do Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho. A experiência foi oportunizada durante a realização do Estágio Curricular Supervisionado II, parte do processo de formação em um curso de graduação em Enfermagem. **Discussão:** No ano de 2012 obteve-se 47 capacitações em Chapecó com profissionais da saúde sobre fluxo de notificações compulsórias de agravos a saúde do trabalhador e em toda a Macrorregião 25 capacitações. No ano seguinte foram 30 capacitações na Macrorregião e 14 em Chapecó. Em 2014 foram 30 capacitações em Chapecó e 25 na Macrorregião. Conforme o trabalho de capacitação/conscientização realizado pela equipe do CEREST, desde 2012, o número de notificações vem crescendo significativamente, no ano de 2010, foram 1.301 notificações e em 2014 subiu para 7.206. Dos acidentes acontecidos em 2014, os considerados leves somaram 5.896 notificações, destas 496 eram registros de doenças ocupacionais, 159 foram relacionados à exposição a material biológico, acidente com mutilação envolveram 110 registros, 585 foram classificados como acidentes graves e 13 fatais Agravos em propriedades rurais totalizaram 1527 notificações de acidentes de trabalho em 2014. As vistorias em empresas são realizadas a partir de acidentes de trabalho graves ou recorrentes de denúncias oriundas de Ministério Público. No ano de 2013 foram cinco vistorias na Macrorregião e 89 em

Chapecó, 2014 foram oito no Macrorregião e 113 em Chapecó. O primeiro trimestre de 2015 permitiu a realização de duas vistorias na Macrorregião e 57 vistorias em Chapecó sendo que 34 empresas foram visitadas, ou seja, uma empresa pode ser vistoriada mais que uma vez em um ano, destes 14 processos foram finalizadas e 20 estão em acompanhamento⁵. Para completar essa vigilância foi criada uma ficha de investigação de acidente grave, a qual permite resgatar informações recentes dos acidentados, sem intermédio da empresa. A ficha permite melhor apurar as circunstâncias em que o acidente aconteceu e apontar possíveis erros e corrigi-los, evitando novos acidentes, melhorando seu local de trabalho, logo, sua qualidade de vida. A ficha foi composta de perguntas abertas e fechadas, as quais são divididas em três momentos: a identificação do trabalhador, seus hábitos de vida e seu trabalho. Para o Ministério do Trabalho e Emprego⁶ o acidente grave é qualquer acidente que gera amputações ou esmagamentos, perda de visão, lesão ou doença que leve a perda permanente de funções orgânicas, fraturas que necessitem de intervenção cirúrgica ou que tenham elevado risco de causar incapacidade permanente, queimaduras que atinjam toda a face ou mais de 30% da superfície corporal ou outros agravos que resultem em incapacidade para as atividades habituais por mais de 30 dias. **Considerações Finais e Contribuições para a Enfermagem:** Atualmente o número de notificações de agravos vem crescendo, graças ao trabalho que está sendo realizado pelo CEREST em toda Macrorregião e em Chapecó. As capacitações estão servindo para que os gestores de saúde saibam identificar o que são acidentes leves, graves ou de trajeto. Estratégias como a ficha de investigação dos acidentes graves podem qualificar o processo de registro e acompanhamento destes agravos qualificando a atuação das equipes, sinalizando aos serviços os elementos do trabalho que favorecem os acidentes, entre outros aspectos primordiais para os avanços na área. A experiência, ainda oportunizou um importante aprendizado acadêmico, potencializando o olhar do egresso em enfermagem acerca dos dispositivos que podem contribuir com a gestão em saúde, no campo da vigilância em saúde, com ênfase não somente no trabalhador em seu local de trabalho, mas também como usuário do SUS.

Palavras-Chave: Serviços de Saúde do Trabalhador, Trabalhadores, Saúde do Trabalhador.

REFERÊNCIAS

- [1]. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005. [Internet] 2005. Acesso em: 23 abr. 2015. Brasília: Presidência da República. Disponível em:

http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portarian_243_7_12092014.pdf

- [2]. Ministério da Saúde, Portaria nº2728 de 11 de novembro de 2009. [Internet] 2009. Acesso em: 23 abr. 2015. Brasília: Presidência da República.. Disponível em: www.saude.rs.gov.br/upload/1337000615_Portaria%20MS%20n%C2%BA%202728%202009%20RENAST.pdf Acesso em: 11 mar. 2015
- [3]. Furlaneto LD, Santos MML. Educação em Saúde Com Equipes de Enfermagem na Região da EFAPI- Chapecó com relação a Agravos da Saúde do Trabalho Fundamentado na Teoria de Imogene King. Unochapecó: Chapecó, 2013.
- [4]. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Sistema Nacional de Notificação de Agravos de Notificação. CEREST: Chapecó; 2015.
- [5]. Ministério do Trabalho e Emprego. Guia de Análise de Acidentes de Trabalho. Secretaria de inspeção do trabalho- Departamento de segurança e saúde no trabalho. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego,. [Internet]. 2010. Acesso em 14 abril de 2015. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CD8QFjAF&url=http%3A%2Fportal.mte.gov.br%2Fdata%2Ffiles%2FFF8080812D8C0D42012D94E6D33776D7%2FGuia%2520AT%2520pdf%2520para%2520internet.pdf&ei=xlktVf7kFebksATP5IGoDg&usq=AFOjCNFI65-5uaJN-fUUn2ZxhV4_YGFmpA&bvm=bv.90790515.d.cWc



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 3: Construindo conhecimento do ensino na Enfermagem

FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA COLETIVA: CONSTRUINDO VÍNCULOS ENTRE ENFERMEIROS(AS) E ACADÊMICOS(AS) EM ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO

SABRINA EICKHOFF¹, CAROLINA BERNARDO¹, CLÁUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO², MICHELA LETÍCIA DA SILVA PERTILE³, SAIONARA VITÓRIA BARIMACKER⁵

1. Acadêmica do 9º fase do curso de Enfermagem Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS; 2. Enfermeiro, Doutorando (UFSC) e Mestre (UFBA) em Enfermagem, Professor Assistente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) - Campus Chapecó, integrante do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/PEN/UFSC), Colaborador UNASUS/UFSC em Atenção Básica para o Programa Mais Médicos e o PROVAB, Pesquisador NESCO e EAI/UNIVASF, VSQV/UFBA; 3. Mestra em Política Sociais e Dinâmicas Regionais na UNOCHAPECÓ, professora substituta na Universidade Federal da Fronteira Sul; 4. Enfermeira Assistencial da Secretaria de Saúde do Município de Chapecó-SC, com Especialização em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina – ESP.

RESUMO

Introdução: A graduação em enfermagem prepara os(as) acadêmicos(as) para atividades de gestão, assistenciais, enaltecendo o olhar para a integralidade das redes de serviço bem como a compreensão de cenários diversos que estão envolvidos diretamente ou indiretamente nos processos de saúde-doença. Desde questões amplas como da macro-política, bem como a gestão do cuidado de cada sujeito. Compreendendo todas estas complexidades, experimenta-se muitos sentimentos diversos neste processo de ensino-aprendizagem durante a graduação. Desde a exaustão de estudos, as ansiedades pelos desafios, as responsabilidades técnico-assistenciais e políticas de um processo de formação calcado no compromisso com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. O espaço do estágio supervisionado é um momento especial e essencial à formação do aluno, pois há a interação da teoria com a prática, proporcionando a reflexão sobre o contexto profissional do enfermeiro, desenvolvendo um pensamento crítico reflexivo sobre a realidade disposta, instigando novas idéias e tendo em vista possibilitar diferentes olhares sobre uma mesma situação. Traz consigo questões pertinentes sobre nossa condição do inacabado que sempre se permite aprender algo novo seja como estudante ou como enfermeiro formado atuando nos serviços de serviços. Tem como função primordial aprofundar o conhecimento e habilidades em áreas distintas, e não

se torna importante somente para o aluno, como também, para todo o sistema, pois instiga novas mudanças e aprimoramento. Este espaço deve ser considerado como um procedimento didático-pedagógico que conduz o aluno a situar, observar e aplicar criteriosamente e reflexivamente a teoria, sem perder de vista a realidade de sua inserção¹. Porém, estamos habituados a olhar as subjetividades e falar dos significados que acontecem no meio acadêmico, muitas vezes não refletimos como esta relação é vivenciada pelo enfermeiro da unidade que abre as portas da sua comunidade e do seu fazer diário para que possamos construir essa relação e permitir estes processos do outro se tornar enfermeiro. O trabalho se justifica pela necessidade de produção acadêmica sobre o referido assunto, pois, observa-se nas bases de dados nacionais uma lacuna no que tange o relato dessas experiências entre o desafio do enfermeiro supervisor nesta articulação com as instituições de ensino, pois na prática esta articulação contribui tanto para a formação acadêmica quanto na melhora dos serviços prestados na atenção básica, porém, não se evidencia a sistematização dessas vivências, tão pouco registros destas. O objetivo deste trabalho é registrar um relato de experiência exitoso, e reflexões acerca destas relações na construção do conhecimento dos enfermeiros na saúde coletiva. **Metodologia:** Relato de experiência descritivo exploratório a partir da vivência do estágio curricular supervisionado I,

realizado em uma unidade de saúde do município de Chapecó - SC. O mesmo iniciou na primeira semana do mês de março e terá fim na última semana de junho/ 2015. Este trabalho é fruto da percepção das acadêmicas do curso de Enfermagem 9º período da UFFS, em conjunto dois professores supervisores vinculados a UFFS - Universidade Federal da Fronteira Sul, e a enfermeira supervisora, vinculada a unidade de saúde. **Discussão:** O processo de aprendizagem se dá para além da universidade, portanto o ensino-aprendizagem se dá em sala de aula e ao mesmo tempo o serviço de saúde contribui para a formação acadêmica, sendo processos que se complementam e extrapolam limites institucionais. Uma vez que, a formação não acontece somente dentro dos muros da universidade, e sim em consonância com o mundo e mediatizado por ele como já apontava Freire². A troca de experiência que há entre os acadêmicos (as) e o enfermeiro(a) no estágio supervisionado se torna necessária, pois, há momentos de discussão clínica, de gestão e organização do serviço, sugestão de novas ideias favorecendo a experiência entre a instituição de ensino e a instituição de saúde. Estas práticas encontram-se legalmente estabelecidas pela resolução do COFEN 441/2013 que “Dispõe sobre participação do Enfermeiro na supervisão de atividade prática e estágio supervisionado de estudantes dos diferentes níveis da formação profissional de Enfermagem”³. Ainda assim adentrar o serviço de saúde depende de uma série de consensos, pactuações e organização tanto dos serviços quanto da universidade. Ainda assim muitas vezes o enfermeiro (a) entende o(a) estagiário(a) como um “fardo”, maior demanda de trabalho e ainda, como a possibilidade de questionamento crítico com tendência negativa ao seu trabalho. Não percebe estes (as) ou observa como uma ferramenta necessária a abertura de novos horizontes, renovação de idéias, técnicas e novas possibilidades para as coisas que passam despercebidas aos olhos da equipe, em função do círculo vicioso em que a mesma encontra-se inserida. Com isso, acaba afastando-se, dificultando esse vínculo, para se sentir mais confortável e seguro, porém deixa de realizar trabalhos significativos que poderiam vir a somar para ambas as partes envolvidas e para a comunidade. **Considerações Finais e Contribuições para a Enfermagem:** A partir da experiência em se dar oportunidade para o estagiário colocar em prática os conhecimentos adquiridos na universidade, várias expectativas de melhoria no processo de trabalho da equipe foram surgindo. E não somente ficaram na expectativa, com a orientação do enfermeiro foram

sendo colocadas em prática. Ao final, percebeu-se que da parceria surgiram frutos que irão perdurar não somente no processo de trabalho da equipe como também na bagagem de conhecimento do Enfermeiro (a), do (a) estagiário(a) e de toda a equipe. A aproximação foi permeada por observações e intervenções nas reflexões acerca das decisões e ainda sobre as tomadas de decisões, procurou-se respeitar os limites das relações e com as dificuldades na Unidade de Saúde por conta da estrutura dos serviços além do Diagnóstico Situacional, construiu-se uma relação não somente com a coordenação, mas também com outros(as) profissionais que demonstravam mais resistências à estas vivências. Identificou-se também que a relação de confiança é primordial nesse contexto, onde entender o estagiário como um futuro profissional, o qual já demonstra postura ética e profissionalismos também se fez importante no estreitamento do vínculo. Percebeu-se que a parceria entre a universidade e o serviço de saúde só vem a somar conhecimentos para todos os atores envolvidos que há possibilidades de construções positivas, mas este processo de troca de saberes exige dedicação, compreensão e respeito de ambas as partes. Isso fortalece o vínculo e ajuda na formação de profissionais melhor preparados (as) e empoderados (as) para os desafios da construção e fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS e suas Redes de Atenção à Saúde, bem como, resulta na qualidade da assistência na Atenção Básica.

Palavras-Chave: Enfermagem, Estágios, Integração docente-assistencial.

REFERÊNCIAS

- [1]. Ito EE. Estágio Curricular Segundo A Percepção de Enfermeiros Assistenciais de um Hospital de Ensino. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] Universidade de São Paulo. 2005.
- [2]. Freire, P. Pedagogia do Oprimido. 9 ed., Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra. 1981.
- [3]. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 441/2013 de 15 de maio de 2013. Dispõe sobre a participação do Enfermeiro na supervisão de atividade prática e estágio supervisionado. [acesso em 13 de maio de 2015] Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4412013_19664.html Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó/SC.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 2: Construindo conhecimento da extensão na Enfermagem

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

VANESSA SCHORR¹, CAMILA MARCON¹, EDLAMAR KÁTIA ADAMY², CARLA ARGENTA², JUSTINA LORENZETTI³, JACIRA BATISTA OLIVEIRA⁶

1. Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Centro de Educação Superior do Oeste (CEO); 2. Enfermeira, Mestre, Professora efetiva do Departamento de Enfermagem da UDESC, CEO; 3. Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho, Enfermeira assistencial do Hospital Regional do Oeste (HRO); 4. Enfermeira, Especialista em oncologia e cardiologia, Enfermeira da Educação Continuada do HRO.

RESUMO

Introdução: Segundo Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o profissional de enfermagem tem como função exclusiva realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado de Enfermagem, considera que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE. Já, o PE, é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, e compreende: histórico (anamnese e exame físico), diagnóstico, planejamento, implementação (intervenções) e avaliação de enfermagem¹. Este trabalho refere-se às vivências da integração ensino-serviço na implementação do PE a partir da implantação do Programa de Extensão intitulado: “Programa de formação para profissionais de enfermagem da atenção hospitalar em Educação Permanente em Saúde”, do departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). **Objetivo:** Descrever as vivências da integração ensino-serviço durante o processo de implantação e implementação do PE no setor de radioterapia de um hospital referência do Sistema Único de Saúde (SUS). **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência através das atividades realizadas em conjunto com a Enfermeira responsável do setor de radioterapia, bem como com a Enfermeira do setor de educação continuada, de um Hospital de referência do Oeste de Santa Catarina. As atividades iniciaram em fevereiro de 2015 com encontros semanais, toda quinta-feira, em uma construção coletiva, utilizando-se da técnica de rodas de conversa. Num primeiro momento, realizou-se um acompanhamento *in loco* da rotina do

setor de radioterapia durante um período de duas semanas, para identificar o processo de trabalho da Enfermeira e a viabilidade da implantação e implementação do PE. Na sequência, iniciou-se a construção dos instrumentos para o PE, com a primeira etapa, que se refere à anamnese e o exame físico, construído com base em um documento já utilizado pela Enfermeira do setor e adequado a partir da consulta de enfermagem e do referencial bibliográfico². Realizaram-se rodas de conversa entre docentes, discentes, Enfermeira do setor e Enfermeira do setor de Educação Continuada para analisar o instrumento e adequar, caso fosse necessário, para posteriormente aplicar durante a consulta de enfermagem. Esta validação foi realizada com cinco pacientes em atendimento no setor de radioterapia. A segunda etapa do PE se constitui pelo Diagnóstico de Enfermagem (DE), e para esta etapa utilizou-se a Taxonomia de *Nursing Diagnoses: definitions e classification* (NANDA-I - 2012-2014) para a construção do instrumento, que procedeu-se a partir da leitura de todos os DE e sua definição, onde foram selecionados os que se adequavam aos usuários atendidos no setor de radioterapia. Na sequência, fez-se a seleção das características definidoras e os fatores relacionados, construindo-se uma tabela no *Microsoft Word Office 2010* onde os DE foram organizados a partir dos 13 domínios apresentados pela Taxonomia de NANDA-I. Esta etapa de construção de instrumento contendo os DE foi revisado pelos mesmos membros que constituíram as demais rodas de conversa, e foram selecionados os DE relevantes. No momento está se desenvolvendo o plano das intervenções de enfermagem, para o qual será utilizada a Taxonomia *Nursing Interventions Classification* (NIC), e a vivência dos cuidados de enfermagem prestados no setor de radioterapia desde a implantação deste serviço. Para esta

etapa, será efetuada a leitura e seleção prévia das intervenções mais apropriadas para o setor de radioterapia e seguirá a mesma metodologia para a seleção das intervenções mais relevantes. Para abranger todas as etapas do PE, ao finalizar esta etapa, dar-se-á início à implementação dos cuidados e aos resultados de enfermagem, compreendendo a quarta e quinta etapa do PE, respectivamente. Desta forma, o histórico, DE, intervenções e resultados serão registradas em instrumento próprio anexada ao prontuário do usuário. Ao finalizar a construção e a revisão dos instrumentos pelos integrantes deste processo, os mesmos serão validados na prática clínica para efetivar a implementação do PE neste setor como projeto piloto a ser estendidos aos demais setores do hospital.

Resultados: Durante o processo de construção dos instrumentos e da revisão, evidenciou-se que foi e está sendo de fundamental importância a inserção tanto da universidade quanto do serviço para a realização dos mesmos. Esta metodologia proporcionou a colaboração e participação efetiva dos sujeitos como um todo para que o processo de construção ocorresse de forma conjunta, com a contribuição de conhecimentos teóricos e práticos. Observou-se ainda que a Enfermeira apresenta grande conhecimento prático neste e em outros setores, porém, foi possível identificar a necessidade de uma aproximação maior com a linguagem padronizada NANDA, NIC e NOC. A fusão do conhecimento teórico com o conhecimento prático proporcionou a organização do PE a partir da realidade do serviço, baseado em evidências científicas e utilizando uma linguagem padronizada, visando organizar o processo de trabalho de enfermagem, melhorar a qualidade da assistência e a segurança do usuário. A formulação de parcerias entre os serviços e a academia mobilizam os cenários de ensino e aprendizagem para o campo do trabalho. O fortalecimento destas parcerias apresenta-se como estratégia para a melhoria da qualidade da assistência e da formação profissional e contribui para a (re)significação do serviço como espaço de cuidado e educação^{3,4}. Esta ação contribui para a formação do enfermeiro de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as quais propõem o desenvolvimento do profissional crítico, humanizado e cujas ações e reflexões se ancorem aos princípios e diretrizes do SUS.

Conclusão e Contribuições para a Enfermagem: As atividades previstas contribuem para o fortalecimento da integração com o serviço de saúde, pois ocorre nos reais cenários da prática, condição fundamental para o êxito da atenção à saúde qualificada e voltada aos princípios do SUS. Tem-se como expectativa que o PE seja realmente efetivado neste setor e estendido aos demais setores do hospital, a partir da construção dos instrumentos específicos e das discussões que emergem das rodas de conversa, visando contribuir para o

processo de trabalho, para a SAE, bem como para melhorar a qualidade de assistência e a segurança do usuário. O PE é fundamental para o raciocínio clínico dos profissionais enfermeiros, além de proporcionar uma maneira organizada e sistemática de pensar no atendimento que deve ser prestado ao paciente, possibilita uma orientação e planejamento dos cuidados⁵. Por se tratar de um Hospital de referência para a região Oeste e Meio Oeste de Santa Catarina, Norte do Rio Grande do Sul e Sudoeste do Paraná, vislumbramos a implantação e a implementação do PE em interface com os princípios e diretrizes do SUS, dentre eles a integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolubilidade e humanização visando um atendimento de excelência e qualidade.

Palavras-Chave: Enfermagem, Educação Permanente, Processos de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1]. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen-358/2009. Brasília, DF; 2009 [acesso em 20 abr 2015]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- [2]. Barros ALBL de. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2010.
- [3]. Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. Texto E Contexto Enfermagem. 2009; 18.
- [4]. Souza KV de, Ribeiro CL, Assis LTM, *et al.* Roteiro de coleta de dados de enfermagem em alojamento conjunto: contribuições da articulação ensino-aprendizagem. Escola Anna Nery; 2012; 16.
- [5]. Alfaro-lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico. 8 ed. Porto Alegre: Artmed. 2014.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

MULHERES EM IDADE FÉRTIL: PREVALÊNCIA DA MORTALIDADE NO ESTADO DO PARANÁ

TAIZE SBARDELOTTO¹, ÉRICA DE BRITO PITILIN², TASSIANA POTRICH², RAFAELA BEDIN¹, DAIANE SCHUCK¹, GRAZIELI NUNES MACHADO¹

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó/SC; 2. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora assistencial do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó/SC.

RESUMO

Introdução: A ocorrência de óbito de mulheres em idade reprodutiva corresponde a 16% do total de óbitos femininos em todo o Brasil, indicando as fragilidades e as falhas dos serviços de saúde no cuidado à saúde das mulheres, resultando muitas vezes em mortes evitáveis e passíveis de resolução¹. O período compreendido entre 10 a 49 anos de idade é a fase em que as mulheres estão expostas a riscos associados à vida sexual e reprodutiva responsáveis por 14% das mortes neste segmento populacional no mundo². A avaliação dos óbitos de mulheres em idade fértil demonstra um indicador indireto sobre a qualidade da assistência à saúde da mulher. As estatísticas de mortalidade, apesar de constituírem um indicador de informação tardio, são consideradas como um dos principais indicadores de diagnósticos de uma região com representatividade ideal para o perfil de saúde, até mesmo em países desenvolvidos. Apesar da existência de instrumentos legais que normatizam a investigação de óbitos femininos em³ idade reprodutiva, a diversidade dos serviços brasileiros de vigilância contribui para uma execução assistemática ou, até mesmo, a não realização desse procedimento⁴. As mudanças que ocorreram nos hábitos e costumes dessas mulheres tornaram-nas cada vez mais expostas a novos riscos de adoecer e morrer, o que faz da investigação de seus óbitos uma estratégia necessária para o direcionamento das ações de políticas públicas¹. **Objetivo:** Investigar a ocorrência de óbitos em mulheres em idade reprodutiva, entre 10 a 49 anos de idade, analisando os períodos de 1996 e 2010 no estado do Paraná. **Método:** Trata-se de um estudo transversal conduzido com dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), correspondente aos dados das Declarações de Óbitos (DO) de mulheres entre 10 a 49 anos no Paraná, no ano de 1996 e 2010. Os dados foram obtidos pelo download da DO, disponibilizada no Departamento de Informática do SUS

(DataSus). Foram incluídos todos os óbitos declarados de mulheres em idade fértil. As variáveis independentes foram à idade, escolaridade, raça/cor e causa básica do óbito. Os coeficientes específicos de mortalidade foram calculados dividindo-se o número de óbitos por determinadas causas pelo total de óbitos ocorridos em mulheres de 10 a 49 anos no mesmo período, multiplicando-se por 100.000. A causa básica do óbito foi codificada de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID-10). Posteriormente, as causas de óbito foram agrupadas por faixa etária das mulheres, permitindo o conhecimento da distribuição percentual dos grupos de causas específicos. O período de 1996 foi selecionado por se tratar do primeiro ano disponível no sistema e 2010, o último ano. Os dados foram analisados pelo programa SPSS for Windows Versão 18.0. Foi utilizado o teste do Qui-quadrado para verificar a diferença da proporção entre as variáveis estudadas e as principais causas encontradas. A qualidade do ajuste foi avaliada pelo teste de Hosmer-Lemeshow. Para todos os testes estatísticos inferenciais foi utilizado nível de significância pré-estabelecido em $p < 0.05$. **Resultados:** No Estado do Paraná em 1996, 3767 mulheres paranaenses, entre 10 a 49 anos de idade foram a óbito, o que corresponde a 17,0% do total de óbitos, enquanto que em 2010 os dados encontrados foram de 13,2% (3703 óbitos). A média de idade para os dois períodos foi 43,5 anos (10,4). Para 1996, 64,3% dos óbitos ocorreram para mulheres que nunca haviam estudado, 54,4% entre as casadas e 5,6% da raça/cor branca. Para o ano de 2010, os óbitos ocorreram em 23,2% das mulheres com 8 a 11 anos de estudos, 51,1% solteiras e a maioria da cor branca. As causas externas foram as mais frequentes com coeficientes de 23,4 e 23,6 para os dois anos, respectivamente. Para o período de 1996, as doenças do aparelho circulatório com 21,0 óbitos para cada 100 mil mulheres foram a segunda causa mais frequente, seguida das neoplasias (17,5 óbitos). Em

2010, as neoplasias foram a segunda causa mais frequente com 22,7 óbitos por 100 mil mulheres seguida das doenças do aparelho circulatório (16,6). Quanto ao grupo de causas específicas mais evidentes encontradas em relação às faixas etárias, no ano de 1996, os acidentes automobilísticos foram os mais evidentes entre 20 e 29 anos (71%) e em 2010, 56% das causas de óbitos foram decorrentes de agressão/disparo com armas de fogo. Na faixa etária de 40 a 49 anos, no período de 1996, os óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) corresponderam 30,2%, seguidos por 22,8% das causas por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 22,0% das causas de Câncer de mama. Em 2010, o câncer de mama foi elencado como a causa de óbito mais recorrente ocupando a primeira posição para esse grupo etário (29,4%), não reduzindo os índices quando associada à escolaridade. Nota-se que na comparação entre as principais causas de óbitos, segundo variáveis sociodemográficas pode-se obter uma maior prevalência por causas externas entre mulheres de 15 a 19 anos, com mais de 12 anos de estudo e solteiras. Como segunda causa de óbitos nas mulheres em idade reprodutiva, entre os períodos de 1996 e 2010, os óbitos por Doenças Cardiovasculares (DCV) prevaleceram nas mulheres entre 40 a 49 anos, apresentando redução de 40% dessas causas no último ano, seguindo as tendências das mortes de mulheres em idade reprodutivas no Brasil¹. Pode-se perceber a relevância dos dados investigados entre os óbitos ocorridos por causas externas, na faixa etária de 15 a 19 anos, doze ou mais anos de estudo e entre as solteiras, enquanto que para as doenças do aparelho circulatório a significância estatística foi presente em mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos e negras. A distribuição etária dessas mulheres denota que a contribuição proporcional para o total de óbitos femininos em idade reprodutiva acompanhou o aumento da idade. A partir desta análise foi possível observar uma redução de 3,8% na proporção de óbitos nas mulheres entre 10 a 49 anos, quando comparados os períodos de 1996 e 2010. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** A partir do estudo pode-se perceber que as principais causas de mortalidade em mulheres no período reprodutivo no estado do Paraná foram aquelas pertinentes ao desenvolvimento urbano. Os índices voltados às causas externas nos remeteram ao risco elevado para a população mais jovem, tendo à violência e os acidentes de trânsito a necessidade do avanço e implementação de políticas públicas mais eficientes voltadas para o enfrentamento do problema em suas raízes. É necessário garantir à mulher condições para que não ocorram complicações em seu ciclo reprodutivo, sendo assim, nota-se a importância de se assistir mulheres com doenças crônicas não transmissíveis, possibilitando a melhor qualidade de vida para esta população. A partir da comparação entre os anos de

1996 a 2010, notou-se que as causas com maiores índices de óbitos são ainda as mesmas, apontando para as necessidades de reorganizações no âmbito da saúde da mulher, uma vez que o objetivo central da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher consiste em contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil. Além disso, as melhorias advindas destas questões podem ocorrer por meio do processamento das informações obtidas utilizadas de maneira estratégica pelos gestores dos programas de saúde, o que pode permitir um planejamento para a reformulação de medidas nas condições de saúde destes grupos específicos. Os indicadores de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva refletem a qualidade de atendimento prestado na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS) para as mulheres. Desse modo, pode contribuir para o profissional da enfermagem reavaliar a sua assistência prestada e planejada a curto, médio e longo prazo para as mulheres. Pode contribuir também para que o enfermeiro utilize estes indicadores como facilitadores para o gerenciamento do cuidado. Vale ressaltar também que o conhecimento destes dados é de direito dos cidadãos, usuários do SUS, os quais indicam para a população a devolutiva referente à eficácia dos serviços que são oferecidos pelo sistema.

Palavras-Chave: Saúde da mulher, Saúde reprodutiva, Mortalidade.

REFERÊNCIAS

- [1]. Ribeiro KT, Gotlieb SLD. Mortalidade feminina na idade reprodutiva, Brasil 1980-2000. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP; 2008: 29-03; Caxambu, Minas Gerais, Brasil.
- [2]. World Health Organization (WHO). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank; Switzerland: World Health Organization; 2012.
- [3]. Jorge MHPM, Laurentti R, Nubila HBVD. O óbito e sua investigação. Reflexões sobre alguns aspectos relevantes. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(4):561-76.
- [4]. Mota SMM, Gama SGN, Filha MMT. A investigação do óbito em mulher em idade fértil para estimar a mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009; 18(1):55-64.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

NATUREZA E TENDÊNCIA DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE A PATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA

DHIANE TERRIBILE¹, LUANA PATRÍCIA VALANDRO², MARINEZ SOSTER DOS SANTOS², TASSIANA POTRICH³, SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE⁴, CRHIS NETTO DE BRUM⁵

1. Enfermeira. Graduada em Enfermagem. Hospital Regional do Oeste; 2. Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó; 3. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade da Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó; 4. Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria; 5. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó.

RESUMO

Introdução: A paternidade na adolescência promove mudanças e estabelece novos papéis, como o de ser adolescente e ser pai frente à família e a sociedade, podendo significar um marco da sua inserção no mundo adulto¹. Tornar-se pai nesta fase da vida ocasiona inúmeras implicações, a qual se destaca o aumento das responsabilidades, redução da liberdade e a inserção no mercado de trabalho², dentre outras. Neste contexto, os pais adolescentes, enfrentam uma difícil tarefa enquanto seres humanos: assumirem-se como adultos superando as dificuldades da adolescência e, ainda, educar-se e educar seus filhos, além de prover-lhes sustento. Outra característica marcante é de o pai adolescente muitas vezes se distanciar da gestação e da paternidade, que pode ser tanto pela família, que passa a assumir sozinho os cuidados com a gestante, como pela sociedade em geral que acaba considerando o adolescente como irresponsável e reprovando a paternidade nessa fase. Mesmo quando um adolescente deseja assumir um papel ativo como pai, as instituições sociais parecem-lhe recusar esse direito, pois existem inúmeros serviços para cuidar da gestante adolescente, mas são poucos os que se preocupam com o pai adolescente³. **Objetivo:** Identificar a natureza e a tendência das produções científicas sobre a paternidade na adolescência. **Método:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo narrativa, que tem como pergunta de pesquisa: Qual a natureza e a tendência das produções científicas sobre a paternidade na adolescência? Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa original, com resumo disponível na base de dados, apresentando-se na íntegra online e gratuito, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: teses, capítulos de teses, dissertações, capítulos de dissertações, monografias, livros, capítulos de livros e manuais ministeriais e anais de eventos. O

recorte temporal foi de 1990, ano de publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), até 2013. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados eletrônica: LILACS e MEDLINE. Para a busca dos artigos foi utilizado os seguintes descritores: "saúde do adolescente" OR "adolescente" AND "paternidade" OR "paternidade responsável". A busca em março de 2014. Foram encontrados 320 estudos, sendo 203 na LILACS e 117 na MEDLINE. Primeiramente, realizou-se a leitura dos títulos e resumos, os quais foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, permaneceram 23 artigos, destes um estava repetido entre as bases de dados. Restaram 22 artigos para serem capturados na íntegra. Entretanto, 7 artigos não estavam disponíveis online e 2 foram excluídos por se tratarem de revisões, totalizaram 13 artigos para serem analisados. Foi realizada a extração das informações, as quais foram analisadas segundo a natureza e tendência dos estudos. A natureza é preestabelecida por meio das unidades de natureza (que se referem ao foco da área temática do estudo): perfil epidemiológico; sociocultural; e político⁴. Para este estudo foi acrescentada a natureza existencial. E a tendência (contribuições e recomendações que os estudos expõe): prevenção; promoção; proteção; e assistência⁴. Os artigos foram identificados pela letra P de produção, seguida de uma numeração (P1, P2, P3... sucessivamente). **Resultados:** Na análise da natureza das produções científicas evidenciou-se que cinco correspondem a estudos do perfil epidemiológico, seguidos pelas produções de natureza sócio-cultural (quatro), existencial (três) e política (um). Os estudos de perfil-epidemiológico contemplaram questões relacionadas à escolaridade (P1-P5), renda (P3, P4, P5), trabalho (P1-P3, P5), consumo de álcool e drogas (P2, P5), estado civil (P1-P2) e início da atividade sexual (P2). Os pais adolescentes

apresentaram baixa escolaridade e altos índices de abandono escolar (P1-P5). Os estudos também apontaram que os adolescentes possuem trabalho informal (P1) ou ainda são dependentes financeiramente de seus progenitores (P2, P5). Além disso, apresentam uma baixa renda mensal (P3). A interrupção precoce dos estudos leva à diminuição da capacidade desses adolescentes competirem no mercado de trabalho, pois limita as oportunidades de emprego a postos que não exigem qualificação e que dão baixa remuneração⁵. Quanto ao estado civil, as produções anunciam que a maioria dos pais adolescentes são solteiros (P1-P2) e tiveram o início da vida sexual antes dos 16 anos de idade (P2). Além disso, consomem drogas consideradas lícitas, como por exemplo, o álcool e o tabaco (P2, P5). Os estudos de natureza sociocultural apresentaram as questões sociais e culturais em relação à vivência da paternidade (P6-P9). Socialmente o homem é visto como provedor da família e a mulher cabe o cuidado com os filhos e a casa (P6-P8). Demonstram ainda a questão cultural do exercício da sexualidade (P7) e da responsabilidade reprodutiva como obrigação feminina (P9). O pai tem seu papel no contexto da paternidade como mantenedor, como aquele que traz o sustento para a manutenção dos filhos¹. Porém o pai adolescente, muitas vezes é mantido pelo seu próprio provedor². No que diz respeito ao exercício da sexualidade, para os meninos, a atividade sexual é estimulada pela sociedade (P7). Entretanto, culturalmente a responsabilidade reprodutiva é atribuída à mulher (P9). Os jovens sofrem pressão social para iniciarem sua vida sexual, e durante o namoro passam essa pressão para suas parceiras. Os estudos de natureza política abordaram questões do acesso aos serviços de saúde e da implementação e implantação de políticas voltadas para o pai adolescente (P10). O adolescente que experimenta a paternidade, em algumas situações, não recebe apoio dos serviços saúde e, na maioria das vezes, eles não reconhecem qual o papel do setor como apoio ao período de gravidez e à paternidade na adolescência⁵. A natureza existencial dos estudos focaliza questões sentimentais, atitudes, ações em relação à paternidade na adolescência (P11-P13). A vivência da paternidade ocasiona diferentes sentimentos nos adolescentes, para alguns é algo desejado, porém outros encaram o fato como um acontecimento negativo (P11- P12). É natural ocorrerem sentimentos ambivalentes em relação aos filhos. Tanto homens quanto mulheres podem ter sentimentos que vão desde a empolgação com a notícia até os sentimentos de ansiedade e medo em relação à responsabilidade de cuidar do filho². A análise da tendência das produções científicas revelou um número significativo de artigos de assistência (seis), seguida da promoção (três), proteção (dois) e prevenção (dois). Na tendência de prevenção os estudos reforçam a necessidade de oportunizar a esses

jovens acesso a informação, reflexão sobre seus projetos de vida, debates sobre o exercício da sexualidade, além de trabalhar com o enfoque preventivo de forma interdisciplinar e multissetorial (P1, P9). A sexualidade é um processo que desabrocha na adolescência gerando desejos e sentimentos diferenciados, por isso esse assunto não pode ser menosprezado. Criar espaços de diálogo entre adolescentes, professores, profissionais de saúde, pais e a comunidade é importante no sentido de construir uma resposta social com o intuito de superar as vulnerabilidades da adolescência. As produções com a tendência de promoção se fundamentaram na educação como base sólida para a construção familiar e para vivenciar o processo da parentalidade (P4), também ressaltam a importância da educação permanente para que os profissionais de saúde possam promover a saúde e garantir suporte ao pai adolescente (P3, P12). Os profissionais da saúde e da educação em conjunto devem realizar um esforço sincronizado no sentido de promover a ocorrência de uma paternidade responsável. Isso implica em uma gravidez com condições de seguimento, de forma amparada e sustentável. Os estudos de tendência assistencial apontaram questões relativas à inclusão dos jovens pais nos serviços de saúde (P2, P5-P7, P10), a participação dos homens na saúde reprodutiva (P6- P7) e ao apoio familiar recebido (P10-P11). É necessário inserir o homem no processo gravídico-puerperal da adolescente, atuando não como expectador, mas como participante do desenvolvimento da gravidez. O pai adolescente, precisa ainda estar inserido no contexto da saúde reprodutiva, participando das decisões, dividindo as responsabilidades e o cuidado com os filhos¹. Os estudos da tendência proteção evidenciaram os papéis de gênero e a inclusão do homem na vida do filho (P8, P13). É fundamental o envolvimento afetivo e cuidado no mundo familiar por parte do homem, pois uma relação de carinho permite que pais e filhos experimentem a plenitude de suas relações sociais. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** A análise de natureza e tendência das produções científicas sobre a paternidade na adolescência demonstrou a necessidade de ampliar os estudos de natureza política que possibilitem implementar estratégias que venham a contribuir para as políticas públicas de criação de espaços voltados ao pai adolescente. Identificou-se também a necessidade de publicações nas tendências de proteção e prevenção. Essas abordagens podem contribuir para melhorar as práticas de saúde dirigidas a prevenção da paternidade durante a adolescência e ao apoio fornecido aos jovens pais. Após a análise das produções, percebe-se uma lacuna nos serviços de saúde no que tange ao universo masculino principalmente, com o pai adolescente, pois este parece invisível diante do olhar dos profissionais. Destaca-se ainda, a necessidade de se desenvolver

espaços de interlocução coletiva a fim de socializar o fenômeno da paternidade nos serviços de saúde bem como na sociedade. É preciso que os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro que atua diretamente com a comunidade, percebam que a gravidez na adolescência não é somente responsabilidade feminina, mas que os pais adolescentes também precisam ser envolvidos como atores nesse processo.

Palavras-Chave: Saúde do Adolescente, Paternidade, Adolescente.

REFERÊNCIAS

- [1]. Barreto ACM, Almeida IS, Ribeiro IB, Tavares KFA. Paternidade na Adolescência: tendências da produção científica. *Adolescência e Saúde*. 2010; 7(2):54-9.
- [2]. Paulino GPA, Patias ND, Dias ACG. Paternidade Adolescente: Um Estudo sobre Autopercepções do Fenômeno. *Psicologia em Pesquisa*. 2013; 7(2):230-41.
- [3]. Gomes SMTA. Maternidade e paternidade responsáveis na adolescência. *Adolesc Saude*. 2006; 3(3):11-17.
- [4]. Zuge SS, Padoin SMM, Brum CN, Paula CC, Magnago TSBS, Santos EEP. Adhesión a la terapia antirretroviral en adultos con HIV/SIDA: la naturaleza y la evolución de la producción científica. *Enfermeria Comunitaria*. 2010; 8(2).
- [5]. Corrêa ACL, Meincke SMK, Bueno MEN, Soares MC, Gonçalves KD, Canieles IM. Paternidade na adolescência: atenção básica como rede de apoio. *J Nurs Health*. 2013; 3(1):51-61.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

NÍVEL DE ESTRESSE DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SETOR DE NEUROLOGIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

JÉSSICA ALVES¹, PAOLA MARITSSA DACOL¹, CAMILA PASQUALOTTO¹, LORRAINE CICHOWICZ¹, CLEIDE TONIOLLO²

1. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Enfermeira. Mestre em Envelhecimento Humano. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

RESUMO

Introdução: O estresse na sociedade moderna explica-se pelas modificações sociais que vêm definindo a vida e novos padrões de saúde-doença, e possui uma forte influência sobre a estrutura de trabalho. Entretanto, baseando-se no estudo da física, o estresse é entendido como o grau de deformidade que uma estrutura sofre, quando submetida a algum esforço, dividindo-se em três fases (alerta, resistência e exaustão). Da mesma forma, é considerado uma resposta adaptativa do organismo frente a novas situações, especificamente as ameaçadoras, sendo assim um processo natural, individual, com variações sobre a percepção de tensão e manifestações psicológicas diversas. No ambiente de trabalho se refere a uma situação na qual a pessoa vê o local como ameaçador à sua necessidade de crescimento pessoal e profissional ou à sua saúde física e psíquica, prejudicando a sua relação com o trabalho, tornando-o muito excessivo. Estudar o estresse em trabalhadores de saúde tem sido importante porque, dependendo do grau do mesmo, aparecem doenças que levam ao absenteísmo, causando prejuízo para o trabalhador e a instituição empregadora. Deste modo, interfere na vida pessoal e social, bem como na qualidade da assistência prestada ao usuário dos serviços de saúde, tendo em vista que o profissional irá transparecer o sentimento que permeia dentro de si. Diante da crescente demanda de usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e a constante preocupação com a saúde dos profissionais é necessário que medidas sejam tomadas em relação ao estresse no ambiente de trabalho, pois este pode interferir negativamente no cuidado prestado a população. O aperfeiçoamento desse sistema se dá através da identificação das fragilidades, análise dos problemas e sua resolutividade. Para tanto, é necessário que as mudanças sejam implementadas no início de todo esse

processo, ou seja, na saúde dos profissionais da área de saúde. Ações de promoção à saúde do trabalhador e estratégias de enfrentamento das dificuldades encontradas no dia a dia podem fazer com que o local de trabalho se torne harmonioso, objetivando resultados de qualidade na assistência. **Objetivo:** Observar o estresse da equipe durante a sua rotina de trabalho no setor de Neurologia de um Hospital Público. **Metodologia:** Estudo elaborado através de observação dos profissionais de Enfermagem da Neurologia de um Hospital Público do Oeste de Santa Catarina, no período de 01 de agosto de 2014 à 30 de agosto de 2014. Foi realizada a análise do estresse dos profissionais, utilizando-se de observação e diálogo informal, sendo esta pontuada por meio da Escala Analógica Visual descrita por Mizobuchi e Cury (2007), atribuindo-se uma nota individual do estresse. Posteriormente foi realizado um cálculo relativo à média da equipe de Enfermagem. De acordo com o resultado obtido, foram realizadas técnicas de terapia alternativa (meditação, trilha sensitiva, aromaterapia) com o intuito de minimizar o nível de estresse profissional, sendo que os profissionais fizeram uma avaliação após a realização de cada intervenção proposta pelas acadêmicas. **Resultados e Discussão:** Evidenciou-se que o estresse dos profissionais em suas tarefas diárias, está relacionado com as frequentes divergências entre a equipe de trabalho, privação de participação dos mesmos em decisões, planejamento das atividades e insegurança com relação a estabilidade no trabalho. Destaca-se ainda o conflito de relacionamento e emocional que é decorrente da incompatibilidade interpessoal, ocasionando tensão, irritação entre a equipe, deixando o ambiente desfavorável ao cuidado humanístico ao paciente. Ao observar os profissionais, nota-se que o nível de estresse aumenta quando realizam atividades/tarefas que não são

de sua competência. Outro fator observado que aumenta o nível de estresse da equipe são as chamadas constantes dos pacientes, sem motivo aparente, acarretando no atraso das demais tarefas. As advertências e punições impostas pela instituição também o qual geram desconforto, devido ao afastamento e punições financeiras. A vigilância constante tanto por parte administrativa quanto dos colegas de equipe e familiares, gera pressão psicológica aumentando o nível de estresse da equipe, onde muitas vezes essa observação não ocorre de forma saudável. Foram realizados métodos de intervenção individuais para amenizar o estresse profissional, através de terapias alternativas, entre elas a meditação, o qual foi utilizado música com sons da natureza, incensos para harmonização do ambiente e meditação induzida, onde remetia os profissionais a analisar-se em sua integralidade, como um corpo e uma alma, lembrando-os que são seres humanos, com espiritualidade e não só matéria. Cada sessão de meditação durou em torno de vinte minutos, a profissional deitou-se em divã, foi coberta com um cobertor, deixando-a o mais confortável possível em um ambiente com semi luz permitindo o relaxamento. A trilha sensitiva conduziu o participante a perceber intensamente seus sentidos, como a visão, audição, o olfato e tato de forma lúdica, utilizou-se materiais básicos como tapetes de várias texturas, secador de cabelo para expor os pés ao ar quente e frio, água sobre um saco plástico, luva de procedimento com água, uma estagiária para a sensibilidade do toque ao outro, música ambiente para a audição, uso de aromaterapia e finalizando com o espelho para reflexo da participante com intuito do autocuidado. A participante foi vendada para privar-se da visão e o ambiente ficou extremamente sem diálogo privando-a da fala, desde o início da atividade, chegando ao final, frente ao espelho retirava-se a venda e dizia-se as seguintes palavras: “Agora você irá ver a coisa mais importante do mundo”, ou seja, sua própria imagem, neste momento induzia-se para uma reflexão sobre a importância da mesma como um ser humano que necessita de cuidados. Levou em torno de quinze a vinte minutos por participante. A última terapia realizada foi alongamentos físicos, com intuito de praticar atividades elaboradas para relaxamento muscular, alívio de tensão, diminuição do estresse e quebra de rotina. A atividade realizou-se por uma acadêmica, a mesma conduzia os alongamentos físicos, de membros, tronco e cabeça/pescoço, com duração em torno de quinze minutos. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** O ambiente hospitalar possui diversos fatores que acarretam sofrimento aos profissionais que nele atuam, sendo a enfermagem a profissão que apresenta alto nível de estresse ocupacional. Em âmbito profissional, o estresse acarreta diversos sintomas físicos, psíquicos e cognitivos, exigindo respostas

adaptativas prolongadas, para suportar e tolerar agentes estressores, pois estes comprometem as funções exercidas pelo profissional. A excessiva carga de trabalho está diretamente ligada com alto nível de tensão e riscos para si e para com os outros. Destacam-se ainda os problemas de relacionamento interpessoal entre os trabalhadores assistenciais, gerando-se assim um desconforto, divergências e atritos perante a equipe, o que acaba prejudicando tanto profissional quanto paciente. É importante ressaltar que os profissionais de Enfermagem precisam ter capacidade de agir sob tensão, alta habilidade psicomotora e aptidão devido a demanda elevada de pacientes com as mais diversas condições clínicas. A vigilância constante tanto por parte administrativa quanto dos colegas de equipe e familiares, gera pressão psicológica aumentando o nível de estresse. Salienta-se que os profissionais da saúde possuem formação para o cuidar, mas muitos têm dificuldade em praticar o cuidado de si mesmos. Portanto todo profissional da área da saúde deve preocupar-se consigo, permitindo que execute uma assistência efetiva e de qualidade. Prestar cuidado a si é criar uma conduta de princípios, valores pela vida, preocupações ao bem viver através da promoção da saúde para a melhoria do convívio interpessoal. Enfatiza-se a necessidade de estabelecer formas de autocuidado para manter uma harmonia entre corpo, mente e espírito, proporcionando bem-estar físico e mental dos profissionais da área da saúde para que também haja melhoria na assistência prestada no âmbito do SUS.

Palavras-Chave: Estresse, Equipe de Enfermagem, Saúde do Trabalhador.

REFERÊNCIAS

- [1] Costa DT, Martins MCF. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo. 2011; 45(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500023&lng=en&nrm=iso
- [2] Paschoalini B. *et al.* Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo. 2008; 21(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300017&lng=en&nrm=iso
- [3] Selegim MR *et al.* Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre. 2012; 33(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300022&lng=en&nrm=iso

- [4] Silva IJ *et al.* Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo., 2009; 43(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300028&lng=en&nrm=iso



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

O CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE OS CUIDADOS NO PERÍODO GRAVIDICO CONSIDERANDO OS MITOS E CRENÇAS

DULCE ANDRÉIA OLIVEIRA¹, JÉSSICA CARLE TIMATTANA¹, MAYTHÊ CRISTINA JUNG¹, ALCIMARA BENEDETT²

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ); 2. Enfermeira. Doutora. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó).

RESUMO

Introdução: O presente estudo refere-se a uma pesquisa quantitativa sobre o conhecimento de gestantes considerando os mitos e crenças no período gravídico. A gestação é considerada um processo normal na vida da mulher, sendo um momento especial onde cada uma vivencia a gravidez de forma singular diferente, ocorrendo mudanças nos níveis físico, emocional, social e familiar¹. O conhecimento da família a respeito da gestação como também as crenças e práticas são bastante valorizados pelas gestantes e direciona os seus cuidados durante esse período². **Objetivo:** O estudo tem por objetivo identificar o conhecimento de gestantes sobre os cuidados no período gravídico, considerando os mitos e crenças, residentes na área de abrangência de uma unidade de saúde da região oeste do município de Chapecó - SC. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, desenvolvido através de uma prática assistencial que será apresentado como trabalho de conclusão de curso (TCC) pelas acadêmicas da 9ª fase do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Participaram do estudo 45 gestantes residentes na área de abrangência de uma unidade de saúde da região oeste do município de Chapecó. Os critérios de inclusão foram mulheres que estivessem no período gravídico, maiores de 18 anos de idade e que aceitem participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas do estudo, gestantes que estivessem em processo de internação hospitalar durante a pesquisa ou alguma outra situação que impedisse este contato. A coleta de dados foi realizada entre março e abril de 2015, por meio da aplicação de um questionário semiestruturado realizado através de uma visita domiciliar. A análise dos dados se deu através da tabulação no Microsoft Excel. **Resultados:** O estudo

aponta quedas 45 gestantes participantes, a maioria respondeu que para prurido cutâneo utilizam creme 13 (28,88%), coçam com a palma da mão 13 (28,88%), utilizam óleo 4 (8,88%), utilizam creme e coçam com a mão 4 (8,88%), utilizam creme e óleo 2 (4,44%), fazem massagem 2 (4,44%), não teve 2 (4,44%), utiliza creme e passa toalha 1 (2,22%), utiliza creme e massagem 1 (2,22%), não faz nada 1 (2,22%), coça com as unhas e escova de cabelo 1 (2,22%) e utiliza óleo e passa toalha 1 (2,22%). Para êmese a maioria respondeu que não teve 13 (28,88%), não faz nada 13 (28,88%), teve e utilizam medicamento 13 (28,88%), ingerem chá 3 (6,66%), ingere frutas 1 (2,22%), ingere chás e medicamentos 1 (2,22%) e espera passar e depois come 1 (2,22%). Em relação a náuseas a maioria respondeu que não teve 15 (33,33%), teve e não faz nada 14 (31,11%), utilizam medicamento 8 (17,77%), ingerem chá 2 (4,44%), ingerem chá e medicamento 2 (4,44%), soro caseiro 1 (2,22%), come frutas e utiliza medicamento 1 (2,22%), deita do lado esquerdo 1 (2,22%) e massagem no abdômen 1 (2,22%). Náuseas e vômitos são distúrbios muito comuns no início da gravidez. Os sintomas podem variar de discreta sensação de náusea quando a mulher eleva a cabeça ao acordar, a vômitos frequentes e persistentes, que assumem uma condição grave. Geralmente desaparecem ao fim do primeiro trimestre³. Quando perguntado sobre azia, a maioria respondeu que não teve 14 (31,11%), utilizam medicamentos 6 (13,33%), não faz nada 6 (13,33%), ingerem leite de magnésio 3 (6,66%), ingerem hidróxido de alumínio 2 (4,44%), ingerem frutas 2 (4,44%), ingere chás 2 (4,44%), chupa gelo e toma leite gelado 1 (2,22%), utiliza medicamento e leite de magnésio 1 (2,22%), ingere alimentos 1 (2,22%), ingere água 1 (2,22%), chupa gelo 1 (2,22%), ingere sulfato de magnésio 1 (2,22%), suco de limão 1 (2,22%), chupa gelo e toma

leite de magnésio 1 (2,22%) e ingere hidróxido de alumínio, toma água gelada e suco de limão 1 (2,22%). Em relação ao edema provocado na gestação, a maioria relatou que eleva os membros inferiores 14 (31,11%), não teve 11 (24,44%), não faz nada 4 (8,88%), elevam os membros inferiores e fazem salmoura 4 (8,88%), elevam membros inferiores e fazem massagem 4 (8,88%), imergem os pés em água gelada 2 (4,44%), repousa deitada 1 (2,22%), imerge os pés em água morna 1 (2,22%), realiza caminhadas 1 (2,22%), repouso sentada e eleva os membros inferiores 1 (2,22%), eleva os membros inferiores e usa medicamentos spray 1 (2,22%) e eleva os membros inferiores, faz salmoura e massagem 1 (2,22%). O edema das pernas é considerado normal na gravidez, podendo ficar limitados aos pés e tornozelos ou se estender até as coxas e incluir também a vulva. Para minimizar o edema dos membros inferiores a gestante deve sentar-se com os pés apoiados em uma cadeira, ou elevar os pés por períodos curtos, várias vezes ao dia, além de caminhar frequentemente podem aliviar o desconforto³. Em relação às manchas (cloasmas) no rosto, a maioria respondeu que para sua prevenção utilizam protetor solar 17 (37,77%), utilizam creme hidratante 13 (28,88%), não teve 10 (22,22%), não faz nada 2 (4,44%), utilizam creme hidratante e protetor solar 2 (4,44%) e usa protetor solar e creme clareador 1 (2,22%). A maioria das mulheres fazem a prevenção correta dos cloasmas já que os mesmos são mais evidentes quando expostos ao sol. Quanto às dores nas mamas, a maioria das mulheres responderam que realizam massagem para amenizar as dores 15 (33,33%), fazem massagem 15 (33,33%), não teve 12 (26,66%), teve e não faz nada 12 (26,66%), utilizam esponja vegetal durante o banho 2 (4,44%), compressa quente 1 (2,22%), utiliza pomada 1 (2,22%), massagem e creme 1 (2,22%) e não usa sutiã 1 (2,22%). Durante a gestação as mamas aumentam de tamanho, tem alterações em sua consistência e sofre aumento na vascularização, que pode vir acompanhada de sensibilidade aumentada, sensação dolorosa, de plenitude ou de peso, que regredem em aproximadamente dez semanas de gestação⁴. Para a prevenção de estrias na barriga, a maioria das gestantes responderam que utilizam creme e óleo 18 (40%), utilizam óleo 7 (15,55%), não faz nada 6 (13,33%), utilizam creme 6 (13,33%), utilizam creme, óleo e massagem 3 (6,66%), não teve 2 (4,44%), utilizam óleo e massagem 2 (4,44%) e não faz nada, porque passa para o bebê 1 (2,22%). Durante a última parte da gravidez desenvolvem-se frequentemente estrias irregulares, onduladas, ligeiramente deprimidas na pele do abdômen, mamas e parte superior das coxas. Essas estrias são denominadas estrias gravídicas, sendo que as estrias recentes são de coloração rósea-clara ou azulada. Depois do parto elas assumem um aspecto brilhante de

tecido cicatricial. Algumas mulheres são mais susceptíveis do que outras ao aparecimento de estrias³. Para os cuidados em relação à lombalgia, a maioria das gestantes responderam que realizam repouso deitada 14 (31,11%), não teve 7 (15,55%), não faz nada 6 (13,33%), fazem massagem 3 (6,66%), utilizam medicamento 2 (4,44%), repouso deitada e massagem 2 (4,44%), repouso sentada ou deitada 2 (4,44%), compressas quentes, alongamento e hidroginástica 1 (2,22%), repouso e massagem 1 (2,22%), repouso sentada 1 (2,22%), repouso deitada, medicamento e massagem 1 (2,22%), repouso sentada e utiliza medicamento 1 (2,22%), repouso deitada e faz caminhada 1 (2,22%), compressas quentes 1 (2,22%), compressa quente e massagem 1 (2,22%) e repouso deitada e utiliza medicamentos 1 (2,22%). Em relação à constipação, a maioria respondeu que não tiveram/não teve até o momento da gestação 18 (40%), ingerem frutas 12 (26,66%), comem frutas e ingere mais água 4 (8,88%), não faz nada 2 (4,44%), ingere frutas e iogurte 2 (4,44%), utiliza medicamento 1 (2,22%), faz massagem 1 (2,22%), ingere frutas e linhaça 1 (2,22%), ingere frutas leite de magnésio e beterraba 1 (2,22%), ingere frutas e legumes 1 (2,22%), modificação na alimentação 1 (2,22%) e ingere fibras, óleo de linhaça e água 1 (2,22%). O relaxamento intestinal é a principal causa da constipação na gravidez, mas o tônus diminuído dos músculos abdominais distendidos também pode ser um fator contribuinte³. Quanto a infecção urinária, a maioria das mulheres responderam que não tiveram 37 (82,22%) e 8 (17,77%), tiveram e realizaram tratamento com antibióticos respondendo positivamente a terapêutica. Quanto a relação sexual durante a gestação, a maioria das mulheres responderam que mantém relação sexual neste período 42 (93,33%) sendo que destas, duas mulheres relataram diminuição do libido, e uma mulher o aumento dele. Além de 3 (6,66%) mulheres relataram não manter relação sexual durante a gestação. O desejo sexual durante a gestação pode variar de uma mulher para a outra. Intensificando-se em algumas mulheres à medida que ela passa a ter nova consciência do seu corpo. Em outras mulheres essa consciência pode causar repugnância ao relacionamento sexual e até mesmo temer prejudicar o bebê³. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** A partir do exposto neste estudo, observou-se que os cuidados na gestação estão permeados pelas crenças e práticas familiares e culturais como também por algumas condutas terapêuticas médicas. Dessa forma espera-se que o estudo possibilite que os profissionais de enfermagem prestem uma melhor assistência no cuidado com a gestante respeitando assim sua cultura, valores e crenças.

Palavras-Chave: Gravidez, Conhecimento, Cultura..

REFERÊNCIAS

- [1]. Iserhard ARM, Búdo ML, Neves ET, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. Escola Anna Nery Revista Enfermagem 2009; 13(1):116-22 .
- [2]. Sanfelice C, Ressel LB, Stumm KE, Pimenta LF. Crenças e práticas do período gestacional. Revista Saúde Santa Maria. 2013; 39(2):35-48.
- [3]. Ziegel E, Cranley M. Enfermagem obstétrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
- [4]. Barros SM. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Barueri: Manole; 2006.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR APÓS A RESOLUÇÃO DO COFEN 293/2004: UMA REVISÃO NARRATIVA

KEITY SAUANA **TIBES**¹, ANA GABRIELA CAVALCANTI CARNEIRO **MONTEIRO**¹, MARISTELA **BOSCO**¹, JULIA VALERIA DE OLIVEIRA VARGAS **BITENCOURT**², SILVIA SILVA DE **SOUZA**³, TATIANA GAFFURI DA **SILVA**⁴

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Chapecó, Santa Catarina, Brasil; 2. Professora. Mestre da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, do Núcleo de Pesquisa Educação em Saúde e Enfermagem: EDEN; 3. Professora. Mestre da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Chapecó, Santa Catarina, Brasil; 4. Professora. Mestre da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

RESUMO

Introdução: a garantia da segurança e qualidade da assistência ao paciente nas instituições hospitalares remete a uma caracterização do quantitativo dos profissionais de enfermagem. O dimensionamento de pessoal é definido, como um processo sistemático com objetivo de previsão da quantidade e qualidade por categoria presente na equipe (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) necessária para atender, direta ou indiretamente, às necessidades de assistência de enfermagem requeridas pelos pacientes¹. Em uma instituição de saúde, essa atividade é uma atribuição privativa do Profissional Enfermeiro, conferida pelo artigo 8º do Decreto-Lei n.º 94.406/87. Neste cenário, os autores corroboram que, o prognóstico do quantitativo e do qualitativo de pessoal de enfermagem é uma organização adstrita do conhecimento do Enfermeiro, assim como o conhecimento da carga de trabalho existente nas unidades, carga essa que depende das necessidades de assistência dos pacientes que consequentemente irá determinar o padrão de cuidado que deverá ser realizado². **Objetivo:** Ao ponderar as consequências de um mau gerenciamento de enfermagem quanto ao dimensionamento de pessoas e os prejuízos que a falta de um número adequado de trabalhadores de enfermagem para a qualidade do cuidado podem acarretar aos pacientes, questiona-se: Como se configura a produção científica da enfermagem após regulamentação do COFEN que fixa o quadro de pessoal da enfermagem? Dessa forma, o objetivo é analisar a produção científica da enfermagem, após a resolução 293/2004 do COFEN, sobre o

dimensionamento de pessoas a nível hospitalar. **Método:** trata-se de uma revisão narrativa de literatura, desenvolvido a partir de um protocolo composto pelas seguintes etapas: identificação de tema e temática, seleção da questão norteadora de pesquisa, desenvolvimento dos objetivos, definição dos critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos em bases de dados, organização das informações a serem retiradas dos artigos, avaliação do conteúdo e análise, interpretação e apresentação de síntese do conhecimento evidenciado³. A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), em bases de dados eletrônicas. As bases utilizadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). O formulário avançado de pesquisa foi preenchido em tais bases de dados com os seguintes descritores de assunto dimensionamento [Palavras] and enfermagem [Palavras] and hospitalar [Palavras]. **Resultados:** cálculos para quantificar o pessoal são necessários para estabelecer um método adaptado às reais necessidades dos diferentes serviços. Identifica-se, que o processo de quantificar os profissionais de enfermagem para a prática de uma assistência segura é uma situação complexa e abrangente, contudo além de organizar fórmulas e cálculos há a necessidade de se elencar os indicativos qualitativos no dimensionamento de pessoal, como base para o processo de dimensionamento. É essencial uma reflexão minuciosa acerca da busca por estratégias para a determinação dos aspectos qualitativos

como fatores indispensáveis na deliberação de profissionais da enfermagem para o trabalho em instituições hospitalares. Além de formular estratégias para dimensionar os profissionais eficazes, a busca pela satisfação dos pacientes, da instituição e dos próprios profissionais deve ser parte inerente do processo de dimensionamento para que se dê então a realização de um cuidado de enfermagem seguro. A aplicação do sistema de classificação de pacientes permite ao enfermeiro ampliação do conhecimento das necessidades da sua unidade de atuação, além do desenvolvimento de habilidades garantindo um gerenciamento com autonomia. O Sistema de Classificação de Paciente é definido como uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o quantitativo de pessoal, para atender as necessidades bio-psico-sócio-espirituais do paciente. Pode-se perceber que a discussão envolvendo dimensionamento não está restrita somente ao cálculo adequado do pessoal necessário para o atendimento, pois abrange questões institucionais, éticas e financeiras que influenciam na organização de quantitativo adequado às necessidades dos serviços expondo uma realidade ainda defasada em relação ao número de profissionais. No contexto do trabalho em saúde, e especificamente no âmbito da gestão, as transformações ocorridas na sociedade impulsionam o uso de novas abordagens gerenciais e conduzindo os gerentes a buscar alternativas para organizar o trabalho. Essas novas abordagens trazem conceitos de flexibilidade, redução da hierarquia, trabalho em equipe e descentralização das decisões, visando à satisfação dos pacientes e trabalhadores, bem como a questões de produtividade e responsabilidade compartilhada. Portanto, é imprescindível a adequação das instituições hospitalares ao quantitativo de profissionais, especialmente na categoria da enfermagem, além da aplicação efetiva dos modelos de dimensionamento pessoal para garantir a qualidade e segurança na assistência. **Considerações finais e Contribuições para a Enfermagem:** Reflete-se que quando o número de profissionais na equipe de enfermagem é reduzido, a assistência pode ser comprometida pela exposição dos pacientes aos riscos de danos e aumento do tempo de internação em razão da proporcionalidade que existe entre os recursos humanos e os cuidados prestados, para o profissional de enfermagem a redução desse número provoca um prejuízo à saúde pela sobrecarga de trabalho gerada. Para a prevenção dos riscos e prejuízos relacionados ao dimensionamento de pessoal inadequado, o enfermeiro deve organizar o quadro quanti-qualitativo de profissionais necessários à prestação da assistência de enfermagem segura e sem riscos. Desta feita, não basta

unicamente o quantitativo de pessoal, é necessário também a implantação de uma política permanente de treinamento e desenvolvimento de pessoal para que qualidade esteja constantemente aliada à quantidade. Ao ponderar as consequências de um mau gerenciamento de enfermagem quanto ao dimensionamento de pessoas e os prejuízos que a falta de um número adequado de trabalhadores de enfermagem para a qualidade do cuidado podem acarretar aos pacientes, se impõe uma atitude profissional do enfermeiro que acene para as questões sociais, políticas e econômicas, permitindo ao mesmo, articular com os gestores políticos e dos próprios serviços uma mudança de visão da perspectiva capitalista e neoliberal que ainda predomina no mundo para uma mudança paradigmática, na qual o ser humano seja o centro dos interesses dos serviços de saúde, e não a produtividade, valorando a qualidade da assistência de enfermagem em supremacia aos custos, efetivando um modelo de saúde, no qual o ser humano seja de fato o centro das atenções.

Palavras-Chave: Dimensionamento, Enfermagem, Hospitalar.

REFERÊNCIAS

- [1]. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem- COFEN. A Lei do Cofen resolução 293/2004 de dimensionamento 2004. [Internet]. [Acesso em 10 de out. 2014]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html. Acesso em 01/05/2015.
- [2]. Nicola AL, Anselmi ML. Metodologia de dimensionamento de pessoal de enfermagem: um instrumento gerencial. 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais do Brasil-UNIOESTE/Campus Cascavel. [internet] 2005 [Acesso em 05 de mai.2015] Disponível em: [http://cac-
php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau27.pdf](http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau27.pdf)
- [3]. Chemin BF. Manual da Univates para Trabalhos Acadêmicos. Lajeado (RS) Fundação Vale do Taquari de Educação e Desenvolvimento Social – FUVATES. 2ª Edição.[Internet] 2012 [Acesso em 05 de mai. 2015] Disponível em: http://www.univates.br/media/manual/Manual_2012_57782.pdf



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 2: Construindo conhecimento da extensão na Enfermagem

O INÍCIO DAS AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM UM TERRITÓRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

BRUNA VALMORBIDA¹, MAIARA ARIANE NICHEL¹, FERNANDA KARLA METELSKI²

¹. Acadêmica da 9ª fase do curso de Enfermagem com Ênfase em Saúde Pública da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) – Centro de Educação Superior do Oeste (CEO); ². Enfermeira. Mestra em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais. Professora Colaboradora UDESC – CEO. Enfermeira da Secretaria de Saúde de Chapecó.

RESUMO

Introdução: No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização e pode ser considerada como o local onde ocorre o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Nesse sentido, a AB deve ser orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social¹. AAB tem na Estratégia da Saúde da Família (ESF) o seu principal modelo de reorganização. As Unidades Básicas de Saúde instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenham um papel central na garantia de acesso à saúde para a população a uma atenção à saúde de qualidade. O Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito². AAB está normatizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e prevê a inserção das equipes de saúde da família no território sob sua responsabilidade e o desenvolvimento de ações com articulação intersetorial, como é o caso do Programa Saúde na Escola (PSE). O PSE é uma estratégia de integração entre saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e está voltada às crianças, adolescentes e adultos da educação pública brasileira². O PSE está constituído por cinco componentes: (1) avaliação das condições de saúde das crianças e adolescentes que estão na escola pública; (2) promoção da saúde e ações de prevenção de doenças e de agravos à saúde, o projeto saúde e prevenção nas escolas integram-se neste componente; (3) educação continuada e capacitação dos profissionais da educação e da saúde para trabalhar com os jovens; (4) monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; (5) o monitoramento e avaliação do programa como um todo². Este programa

vem mostrando-se como uma nova política, tratando da saúde e educação de forma integral e ampla, contribuindo na formação da cidadania, permitindo a melhoria das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação de crianças e adolescentes, favorecendo a participação dos estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral³. **Objetivo:** O objetivo deste relato de experiência é descrever as ações relacionadas ao PSE que foram desenvolvidas na primeira etapa do Estágio Curricular Supervisionado II referente à Saúde Pública, em uma escola pertencente à área de abrangência de um Centro de Saúde da Família (CSF) de Chapecó/SC. **Método:** O CSF ainda não havia iniciado as ações previstas nos componentes do PSE, por isso, em primeiro lugar foi necessário estabelecer o contato com a escola para iniciar a organização das atividades. As atividades foram distribuídas de modo que os estudantes da segunda etapa e os estudantes do Estágio Curricular Supervisionado I pudessem dar continuidade nas ações iniciadas em conjunto com a equipe de saúde da família e a escola, pois esta possui 520 estudantes, o que inviabilizaria a participação de todos os acadêmicos em todos os componentes do PSE, devido ao curto intervalo de tempo do estágio. Para as autoras coube iniciar a avaliação das condições de saúde dos jovens do 9º ano, que somam o total de 41 jovens. No primeiro momento foi desenvolvido o Planejamento Estratégico Situacional (PES) durante uma reunião de equipe no CSF, onde foram levantados os problemas de saúde que envolve os jovens daquele território, em busca de identificar as possíveis causas desses problemas (momento explicativo), e discutir as necessidades de ações em saúde voltadas à esse público. No momento normativo foram priorizadas as atividades a serem iniciadas em relação às ações que as acadêmicas poderiam estar apoiando. No momento tático operacional foi realizado contato com a Escola pela equipe do CSF, sendo discutido o início do PSE e acordadas as datas das ações. Foram realizadas avaliações das condições de saúde dos

jovens em duas turmas do 9º ano, entre os meses de março e abril de 2015. Participaram diretamente da intervenção feita na escola as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e as acadêmicas, neste primeiro momento. Foi realizada a aferição das medidas antropométricas (peso, altura); calculado o IMC para avaliação do estado nutricional dos jovens; feito o registro na caderneta de saúde do adolescente; e prestadas orientações gerais sobre as mesmas no momento da entrega. Os dados foram digitados em um banco de dados no programa Excel e tabulados pelo programa Epi Info7. **Resultado:** Pode-se perceber que a idade predominante é de 14 anos, o que se relaciona a idade correspondente ao ano escolar. Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), foram utilizados os parâmetros descritos na caderneta de saúde do adolescente para a realização da classificação. Apresentou maior prevalência entre os adolescentes a “eutrofia”, com 27 jovens (65,9%) sendo 17 femininos e 10 masculinos; seguida da classificação de “sobrepeso” com 8 jovens (19,5%) sendo 2 femininos e 6 masculinos; posteriormente, a classificação de “magreza” com 4 jovens (9,8%) sendo 3 femininos e 1 masculino; e por último “obesidade” com 2 jovens (4,9%) sendo 1 feminino e 1 masculino. A avaliação da composição corporal em adolescentes é de grande relevância, pois expressa as condições de vida e de saúde da população no momento e futuramente permite relacionar aos hábitos de vida que esses jovens tiveram no passado⁴. **Conclusão e Contribuições para enfermagem:** Pode-se perceber que a idade predominante dos adolescentes do 9º Ano foi 14 anos, ou seja, adequada para o ano escolar, e o sexo feminino foi o predominante em ambas as turmas. Quando calculado o IMC, observou-se que 27 (65,9%) adolescentes, 17 femininos e 10 masculinos apresentam resultado normal, o que sugere que esses adolescentes apresentam hábitos de alimentação saudáveis. Foram observados 8 (19,5%) casos de obesidade 6 masculinos e 2 femininos, e todos com idade superior a 15 anos, o que sugere uma relação entre o aumento de peso e idade tardia para o ano escolar. A magreza apresentou 4 (9,8%) casos na idade de 14 anos. O foco para prevenção da obesidade e a educação nutricional na fase da adolescência é muito importante, pois ganha como aliada o âmbito escolar, onde pode utilizar métodos mais abrangentes em um período maior⁵. Este estágio permitiu finalizar a avaliação antropométrica dos estudantes do 9º ano, contudo o para a conclusão do componente I ainda deverão ser desenvolvidas ao menos a avaliação de saúde bucal, atualização do calendário vacinal e avaliação oftalmológica. Salienta-se a importância do desenvolvimento das ações do PSE para a Enfermagem uma vez que permite a aproximação e a avaliação do crescimento e desenvolvimento dos adolescentes, além de possibilitar a realização de orientações, tendo a

caderneta de saúde do adolescente como instrumento facilitador, e favorecer o trabalho integrado à equipe de saúde da família e a escola durante o processo de formação acadêmica.

Palavras-Chave: Programa Saúde na Escola, Estratégia de Saúde da Família, Avaliação em Saúde.

REFERÊNCIAS

- [1]. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 2014. Disponível em: <http://www.dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php> Acesso em: 18 mar. 2015
- [2]. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Cartilha Programa Saúde na Escola: Passo a Passo para Adesão. Brasília. 2014. 22p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_passo_adexaoPSE2014.pdf Acesso em: 18 mar 2015b.
- [3]. Brasil, Ministério da Educação, 2013. Programa Saúde na Escola. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16795:programa-saude-na-escola-saiba-mais&catid=195&Itemid=164 Acesso em: 18 mar 2015.
- [4]. Carvalho WR, *et al.* Influência da composição corporal sobre a massa óssea em crianças e adolescentes. Revista da Associação Médica Brasileira. 2011; 56(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/> Acesso em: 15 Mar. 2015.
- [5]. Vargas; Izabel Cristina da Silva, *et al.* Avaliação de programa de prevenção de obesidade em adolescentes de escolas públicas. Revista Saúde Pública. 2011; 45:11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1874.pdf> Acesso em: 14 mai 2015.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 2: Construindo conhecimento da extensão na Enfermagem

O LÚDICO COMO INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE A CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS

THAIS PAVELSKI¹, LUCINEIA FERRAZ²

1. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem-ênfase sem saúde pública da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC; 2. Professora Mestre do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.

RESUMO

Introdução: A admissão hospitalar é algo que modifica o cotidiano da criança, interferindo na sua unidade familiar, envolvendo aqueles que fazem parte de seu dia-a-dia. Ao hospitalizar-se, independente de sua faixa etária, o paciente é obrigado a romper todas suas atividades sociais e a ficar longe da família, e conhecidos. Assim o paciente entra em um cotidiano não familiar, situação esta que o deixa vulnerável, amedrontado, angustiado e triste, pois é forçado a se adaptar a uma nova realidade. O que pode desenvolver sentimentos confusos na criança e em sua família, associando o ambiente hospitalar a experiências dolorosas. Portanto, o manejo de tal situação apresenta-se como uma tarefa complexa para a família e a criança hospitalizada, exigindo da equipe de saúde, em especial da enfermagem, uma assistência diferenciada e peculiar a este processo¹. A necessidade de brincar não deve ser eliminada quando as crianças adoecem ou são hospitalizadas, uma vez que a brincadeira desempenha papéis importantes como a capacidade de sentir-se mais segura em um ambiente estranho e com pessoas desconhecidas. No ambiente hospitalar, o brincar tende a transformar o ambiente das enfermarias em um local prazeroso e que permita uma adaptação melhor às novas condições que as crianças encontram e têm de enfrentar². Ao trabalhar com atividades expressivas no seu cotidiano, como, por exemplo, desenhos, pintura, modelagem e jogos, a criança experimenta um processo de criação, sendo, ao mesmo tempo, algo estruturante, o que implica na transformação de significados. Como o brincar é um processo natural e complexo que serve a várias funções, entre elas a comunicação, as atividades lúdicas podem ser empregadas como um instrumento para restabelecer a relação de ajuda, na medida em que subsidia a expressão não verbal da criança. Enquanto uma visão holística do tratamento hospitalar, a proposta

de atividades lúdicas no ambiente de internação pediátrica propicia à criança e ao seu familiar/acompanhante um meio de criar um elo entre este novo ambiente, com todas suas peculiaridades, além de seu mundo interno e externo. Vários autores ressaltam que, usando o brinquedo como estratégia para diminuição do estresse provocado pela hospitalização e melhora no comportamento das crianças neste período, obtêm-se um resultado positivo. A assistência de enfermagem à criança não corresponde apenas à técnica e aos conhecimentos relacionados às patologias, mas também aos cuidados como um todo, contemplando o físico-emocional e a família. Por isso faz-se necessário à abordagem do recurso lúdico na formação acadêmica e profissional, como pré-requisito para a qualidade da assistência³. O lúdico, além de proporcionar o estabelecimento de vínculo com a equipe que cuida e as crianças/adolescentes e seus familiares, pode ainda ser utilizado como um instrumento de educação em saúde. Sendo que a educação em saúde pode ser entendida como um recurso que permite ao indivíduo ampliar seus conhecimentos sobre sua própria saúde e, com isso tomar decisões quanto ao seu modo de viver, seus hábitos, costumes e conseqüentemente ter oportunidade de melhorar sua qualidade de vida por meio do seu envolvimento nas decisões relacionadas à sua saúde⁴. **Objetivos:** Promover a saúde das crianças e adolescentes hospitalizados utilizando o lúdico como instrumento de educação em saúde; proporcionar a criança e aos adolescentes hospitalizados o brincar, como forma de lazer e integração; familiarizar as crianças com os materiais e procedimentos utilizados em seu tratamento através do brinquedo terapêutico, como forma de minimizar o estresse da internação. **Método:** As atividades foram desenvolvidas no Hospital da Criança Augusta Muller Bohner de Chapecó-SC, com crianças e adolescentes de 0 a 12 anos de idade,

hospitalizados e seus familiares/acompanhantes. As temáticas desenvolvidas nestes encontros foram: Aspectos do crescimento e desenvolvimento infantil; Alimentação saudável; Principais patologias que acometem crianças e adolescentes, sua prevenção e tratamento; Higiene pessoal, bucal e do ambiente; Cuidados com a Saúde; Primeiros socorros e prevenção de acidentes na infância e adolescência. Como estratégia metodológica para efetivar as ações de educação em saúde durante a hospitalização infantil, podemos destacar as atividades lúdico-educativas como jogos educativos, trabalhos em grupos, teatros de fantoches, desenhos, pinturas, contação de histórias, brinquedo terapêutico, folders educativos entre outros. Cada encontro teve duração de 4h e ao final dos mesmos eram realizadas avaliações da atividade educativa através de conversas, depoimentos, observação e dinâmicas de avaliação de conteúdo para verificar a aprendizagem dos envolvidos. **Resultados:** Percebemos que as ações desenvolvidas proporcionaram à criança hospitalizada, bem como seu familiar/acompanhante, a vivência do brincar tão importante para o desenvolvimento saudável da criança, mas também uma forma de lazer e vínculo/integração entre os acadêmicos de enfermagem, professor e esta população, assim nestes encontros tentava-se reduzir as consequências negativas provocadas pela hospitalização infantil, tanto para as crianças quanto seus acompanhantes. Também no desenvolvimento das atividades procurávamos debater e/ou orienta-los, por meio das atividades lúdico-educativas, ações de cuidado à saúde, bem como sanar suas dúvidas sobre as patologias da internação, seu tratamento e sua prevenção. Ainda, familiarizávamos as crianças com materiais de procedimentos utilizados em seu tratamento através do uso do brinquedo terapêutico, como forma de minimizar o estresse da internação. Também possibilitou-se aos acadêmicos não só o exercício das atividades lúdico-educativas no tratamento de crianças e dos adolescentes hospitalizados, mas principalmente o vínculo. Colaborando também, para a troca de conhecimentos sobre assuntos relativos à saúde da criança e adolescente, bem como proporcionou a troca de conhecimentos para uma atuação de enfermagem mais humanística na hospitalização infantil. Contribuindo para a facilitação na comunicação entre as crianças, o visível prazer destas na realização das atividades o que repercute diretamente na recuperação da saúde e no processo de adaptação às rotinas do hospital. **Considerações finais e Contribuições ou implicações para a enfermagem:** Podemos concluir que as atividades lúdico-educativas são uma forte aliada dos profissionais que buscam estratégias criativas, envolventes e eficazes para desenvolver a educação em saúde. Proporcionar conhecimentos através das mesmas torna-se um processo prazeroso tanto para o profissional

quanto para o indivíduo no momento da troca de informações, especialmente quando o foco de atenção são crianças e adolescentes. O projeto abordou a experiência do brincar numa dimensão importante do desenvolvimento infantil afetado pela hospitalização, contribuindo para a diminuição da angústia da criança e seus familiares/acompanhantes, aproximando-as de atividades lúdicas-educativas, propiciando a promoção e a educação em saúde. O brincar oportunizou à criança o desenvolvimento de potenciais importantes para o seu desenvolvimento como a atenção, além de facilitar a aprendizagem dos temas trabalhados que ocorreu por meio da imitação, da memorização, da imaginação, da reflexão, da descoberta e da socialização. Importante destacar que o brincar se insere como uma tentativa de transformar o ambiente hospitalar, proporcionando condições psicológicas melhores para as crianças e seus familiares. Podemos afirmar assim que o lúdico pode ser uma forma criativa e descontraída de promover a educação em saúde. Vale ressaltar que a Educação em Saúde não deve ser entendida como uma maneira de ensinar as pessoas a mudarem comportamento, mas sim como uma forma de ajudá-las a compreender os problemas e buscar sua solução, pois o educar em saúde deve estar pautado no diálogo, na troca de saberes, deve ser um intercâmbio entre o saber científico e o saber popular em que cada um deles tem muito a ensinar e a aprender. Podemos ressaltar que atividades como estas proporcionam, através do brincar, o conhecimento em saúde aos envolvidos, assim como uma forma alternativa e eficaz para auxiliar as crianças e adolescentes e seus familiares/acompanhantes, no enfrentamento de sua internação. Bem como, a educação em saúde possibilita que os profissionais estabeleçam e/ou desenvolvam atitudes de inovação/renovação, construindo espaços de reflexão, de troca de saberes, gerando assim, uma modificação mútua, em que todos os indivíduos aprendem. Finalizando, pode-se dizer que este contribui para a construção de troca de conhecimentos entre os envolvidos, facilitando o estabelecimento de vínculo/integração entre a equipe de enfermagem e a população alvo e ainda, através da utilização do brincar, ajuda a minimizar o estresse da hospitalização infantil.

Palavras-Chave: Educação em saúde, Crianças, Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1]. Azevedo DM, Santos JJS, Justino MAR, Miranda FAN, & Simpson CA. O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião de acompanhantes. Revista eletrônica de enfermagem, 2008; 10(1).
- [2]. Leite TMC, Shimo AKK. O brinquedo no hospital: uma análise da produção acadêmica dos enfermeiros brasileiros. Esc. Anna Nery 2007; 11(2): 343-350.

- [3]. Lemos LMD, Pereira WJ, Andrade JS, Andrade ASA. Vamos cuidar com brinquedos? Revista brasileira de enfermagem 2010; 63(6):950-5.
- [4]. Junqueira MFPS. A mãe, seu filho e o brincar: um relato de experiência. Revista Estudos de Psicologia 2003; 8(1).



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 3: Construindo conhecimento do ensino na Enfermagem

O PROCESSO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: EXPERIÊNCIA DA INSERÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM FLORIANÓPOLIS

GREICI CAPELLARI FABRIZIO¹, ROBERTO ANTONIO FERREIRA CUNHA¹, MAYRA MANERICH², RENATA SCHIMDT SILVANO², YANÁ TAMARA TOMASI¹

1. Enfermeira, Residente (R1) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC; 2. Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC, especialista em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde e Saúde da Família.

RESUMO

Introdução: A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (LEPE) nº 7.498/86 de 1986¹, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, regulamenta o exercício da Enfermagem. Sendo que Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e, Parteira podem exercer a profissão no país. De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução COFEN 311/2007² a Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos técnicos e científicos, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde, assumindo assim o comprometimento com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. Nesse âmbito os profissionais atuam exercendo sua autonomia, em concomitância com os preceitos éticos e legais. Nesse sentido, o processo de trabalho dos profissionais enfermeiros, embasando suas ações, está atrelado a protocolos municipais, os quais possibilitam a ampliação da autonomia profissional, além de ampliar o leque de atuação do enfermeiro no âmbito da atenção básica. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTIF), nesse contexto, surge como uma possibilidade de inserção destes profissionais na Atenção Primária a Saúde (APS), contribuindo para o aprimoramento e qualificação do profissional enfermeiro, nos quatro âmbitos de atuação: assistência, gerência, pesquisa e ensino. Neste sentido, o programa REMULTISF do município de Florianópolis tem possibilitado aos residentes de enfermagem o conhecimento e atuação frente a diferentes protocolos municipais, que fazem parte do processo de trabalho da enfermagem, além de recente processo de estruturação da Sistematização da

Assistência de Enfermagem (SAE) nas unidades de Atenção Básica. **Objetivo:** Tendo em vista a importância do processo de trabalho da enfermagem, em especial do enfermeiro, objetivou-se descrever como ocorre esse processo e quais as implicações deste na complementação da formação de residentes. **Método:** Para tanto foram descritas as experiências desse processo, associado a inserção de residentes, no qual participaram duas residentes de enfermagem da REMULTISF, juntamente com seus preceptores. Residentes lotadas nos Centros de Saúde (CS) Itacorubi e Barra da Lagoa, os quais estão situados no Distrito Sanitário Leste e compõe a rede de APS de Florianópolis. O CS Itacorubi abrange uma população de 13.846 habitantes segundo Sistema de Cadastro Familiar (CADFAM), está organizado dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF); conta com 04 equipes de saúde da família e 02 equipes de saúde bucal, além dos profissionais que compõe o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O CS da Barra da Lagoa abrange uma população de 10.517 pessoas segundo o CADFAM; conta com 2 equipes de saúde da família e 2 de saúde bucal, além do atendimento prestado também pelo NASF. Ambas as unidades participam do processo de implantação da SAE na Atenção Básica e também da construção e avaliação contínua dos protocolos municipais. **Resultados e Discussão:** O serviço de Atenção Primária a Saúde do município de Florianópolis está organizado por meio da Carteira de serviços da APS do município de Florianópolis³, a qual tem o objetivo de melhorar a qualidade, ampliar a abrangência e diminuir as iniquidades na oferta de ações e serviços, estabelecendo normas e diretrizes para que as equipes e serviços de saúde, de forma que sejam adotados os

mesmos fluxos de atendimentos e o processo de trabalho ocorra de forma igualitária na rede. Desta forma, organizando a gestão do trabalho das equipes e serviços de atenção primária, definindo as atividades assistenciais oferecidas no âmbito da atenção primária, definindo os padrões de desempenho para profissionais, equipes e serviços de atenção primária, definindo as necessidades de educação permanente e desenvolvimento profissional continuado para profissionais e equipes de atenção primária, organização das atividades docente-assistenciais de graduação e pós-graduação desenvolvidas na rede de saúde municipal. Conforme Carteira de serviços da APS do município de Florianópolis³, o profissional enfermeiro está inserido nesse contexto com competências mínimas para a sua função. As quais envolvem: Territorialização com mapeamento da área, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. Nesse sentido, após a identificação destes, é trabalhado com listas, por equipe, por meio das quais se observou a possibilidade de organizar esses grupos, famílias e indivíduos, atualizando-as diariamente para facilitar o controle da vigilância em saúde; realizar atendimento clínico individual e coletivo (Consulta de Enfermagem) em todas as faixas etárias e em domicílio, quando houver necessidade, considerando as necessidades e características locais; realizar atendimento de demanda programada, espontânea e classificação de risco/vulnerabilidade, sendo que esses atendimentos também podem ocorrer na forma de interconsulta, nesta, geralmente, dois ou mais profissionais, avaliam o caso e discutem a conduta que julgam adequada; elaborar, executar e avaliar projetos terapêuticos em conjunto com a Equipe de Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família; realizar Vigilância em Saúde (busca ativa, notificação e acompanhamento de agravos de notificação compulsória e outros de importância local, entre outros); realizar diagnóstico de enfermagem, avaliação de resultados e prescrição da assistência de enfermagem, incluindo solicitação de exames complementares e prescrição de medicações da competência do enfermeiro de acordo com protocolos e/ou normativas municipais ou validados pelo município. Atualmente, relacionados a assistência de enfermagem, dispomos de 02 protocolos: Protocolo de Atenção Integral a Saúde da Mulher e de Atenção a HAS, DM, tabagismo, alcoolismo e dislipidemias. Realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos; supervisionar/coordenar Equipe de Enfermagem, incluindo planejamento, organização, supervisão, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem e das ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Supervisionar Imunização (Rede de frio, sala de vacina, campanhas de vacina, faltosos, cobertura, entre outros); realizar

controle de infecção incluindo monitoramento da esterilização e armazenamento de material. Ser co-responsável junto com o coordenador da unidade no monitoramento, envio dentro do prazo e qualidade dos registros dos relatórios pertinentes ao Enfermeiro; realizar os encaminhamentos relacionados aos materiais de enfermagem quanto à padronização, qualidade e queixas técnicas; planejar, executar e acompanhar o desenvolvimento de atividades docente-assistenciais na unidade, incluindo preceptoria direta de estudantes de graduação e/ou pós-graduação. As informações e os registros são encontrados no Cadastro do Sistema de Prontuário Eletrônico do Centro de Saúde (INFO Saúde) e no CADFAM. O primeiro é atualizado por todos os profissionais e o segundo é sustentado pelos ACS. Os registros são realizados na forma de SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano), atualização da Lista de Problemas e a utilização das classificações CIAP (Classificação Internacional da Atenção Primária) e CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), o registro dessas informações associados aos procedimentos, consulta, entre outros, é essencial visto que os dados gerados por eles podem ser usados como indicadores de avaliação, planejamento e qualidade dos serviços prestados. Como nó crítico nesse processo podemos destacar a falta de profissionais na rede para a garantia do processo de trabalho, em que pode-se observar falta de profissionais atuantes na ESF, com a incompleta formação de equipes. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** Através desta experiência, foi possível observar que a regulamentação por meio de protocolos e cartilha das ações do profissional enfermeiro embasam as práticas diárias da enfermagem, e desta forma, garantem a esse profissional autonomia e respaldo técnico para estar desenvolvendo o que é da sua competência. A possibilidade de vivenciar estas práticas durante o período da residência tem contribuído significativamente na construção de nosso perfil profissional e olhar integral ao indivíduo, família e comunidade. Assim, reafirma-se a importância que o aprimoramento constante da prática do profissional enfermeiro pode ocorrer em diferentes cenários, dentre eles na APS, e faz-se necessário sua busca e atualização continua, tendo como objetivo melhoria do serviço e do atendimento prestado.

Palavras-Chave: Enfermagem, Processos de Enfermagem, Atenção Primária a Saúde, Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

- [1]. Brasil. Constituição (1986). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Regulamenta O Exercício da Enfermagem e da Outras Providências. Brasília, 1986. Disponível em:

<http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>

- [2]. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem. Resolução COFEN nº 311 de 08 de fevereiro de 2007. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:
<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>
- [3]. Florianópolis, Prefeitura Municipal. Carteira de serviços da Atenção Primária a Saúde do município de Florianópolis. Florianópolis, 2014.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

O SIGNIFICADO DA PATERNIDADE PARA O SER-PAI-ADOLESCENDO: POSSIBILIDADE PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

DHIANE TERRIBILE¹, LUANA PATRÍCIA VALANDRO¹, MARINEZ SOSTER DOS SANTOS², TASSIANA POTRICH³, SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE⁴, CRHIS NETTO DE BRUM³

1. Enfermeira. Graduada em Enfermagem. Hospital Regional do Oeste; 2. Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó. 3. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade da Federal da Fronteira Sul. Campus Chapecó; 4. Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria.

RESUMO

Introdução: A paternidade na adolescência promove mudanças e estabelece novos papéis, como o de ser adolescente e ser pai frente à família e a sociedade¹. Ao defrontar-se com essa possibilidade o adolescente pode vir a apresentar dificuldades em lidar com tal situação, pois passa a vivenciar algo que assumiria somente na vida adulta². Porém, essas dificuldades podem ser enfrentadas mais facilmente se existir uma estrutura de apoio que os auxilie nos momentos de dúvidas, a exemplo dos serviços de saúde. Esse apoio pode estimular a participação ativa do pai na gestação, na criação e educação do filho². Pois muitas vezes, o pai adolescente distancia-se da gestação e da paternidade simplesmente porque é afastado, tanto pela família, que passa a assumir sozinha os cuidados com a gestante, como pela sociedade que acaba considerando o adolescente como irresponsável e reprovando a paternidade nessa fase. Mesmo quando um adolescente deseja assumir um papel ativo como pai as instituições, tanto de saúde como de educação, parecem-lhe recusar esse direito, pois existem inúmeros serviços para cuidar da gestante adolescente, mas são poucos que se preocupam com o pai adolescente³. **Objetivo:** Compreender o significado da vivência do adolescente acerca da paternidade. **Método:** Pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica sustentada no referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger. O cenário para produção dos dados foram dois Centros de Saúde da Família (CSF) do município de Chapecó/SC. Os sujeitos envolvidos foram cinco pais, na faixa etária dos 18 aos 24 anos de idade. Os critérios de inclusão foram: adolescentes que vivenciaram a paternidade em que a companheira estava em acompanhamento de pré-natal ou de puericultura e/ou que sua família fosse cadastrada no CSF. Foram excluídos os pais que

vivenciaram a paternidade de filhos não biológicos. A produção dos dados ocorreu a partir da entrevista fenomenológica com a seguinte questão de pesquisa: Como foi/ é para você ser pai? Após a primeira entrevista, e posterior análise, sentiu-se a necessidade de acrescentar uma segunda questão orientadora: como foi/é o seu dia-a-dia com a descoberta da paternidade? A análise dos dados pautou-se no primeiro momento metódico proposto por Martin Heidegger, a compreensão vaga e mediana^{4,5}. Sendo assim, composição dos resultados e discussão transcorrem pela historiografia; discurso fenomenológico; pelos depoimentos dos adolescentes culminando com o fio condutor⁴. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Chapecó, sob o número do protocolo 753.433 de 20 de agosto de 2014. **Resultados:** A partir das entrevistas e do que foi relatado pelo ser-pai-adolescente, possibilitou construir sua historiografia. A historiografia está sustentada na dimensão ôntica dos sujeitos, neste caso, do ser-pai. Implica no ente histórico uma vez que encontra no seu passado, possibilidades para (re)significar seu presente⁴. Dentre os adolescentes, um tinha 18 anos, um 19 anos; um 21 anos, um, 22 anos e um 24 anos, quatro viviam com a companheira; dois não completaram o ensino fundamental e dois não concluíram o ensino médio, apenas um dos entrevistados concluiu o ensino médio; dois se encontravam no mercado de trabalho formal, dois no informal e um estava desempregado; quatro vivenciavam a paternidade pela primeira vez e apenas um deles havia planejado a gravidez. Em conformidade com os depoimentos, foram desveladas duas unidades de significação: US1 - Sempre sonhou em ser pai, não pensava nisso para agora, quando soube desejou o filho, e, US2 - Não tinha planos para o futuro, com a notícia

começa a planejá-lo. Pensa em viver bem com o filho e a família para ser pai de verdade. Na US1, foi possível desvelar facetas do seu cotidiano ao vivenciar a paternidade, demonstra que ao longo de sua vida desejaram-na e que desde antes sonhava com este momento. Anunciam que queriam ter seus próprios filhos. [...] meu sonho era se pai [...] eu sempre quis ter um filho [...]. (A1)[...] então eu queria ter um filho meu [...]. (A2)O depoimento do ser-pai-adolescente, expressa que não pensava nisso para este momento de sua vida, achava que seria pai no futuro. Aponta para a possibilidade de ser pai após a conclusão dos estudos da companheira. [...] eu achava que ia se pai depois dos 30 anos [...]. (A1)[...] bem mais lá pra frente [...] depois que ela [companheira] terminasse a faculdade [...]. (A3) Na US2, o discurso do ser-pai-adolescente, demonstra que ao saber que seria pai os planos para o futuro foram restabelecidos. A vida de brincadeiras, onde não tinham planos foi deixada de lado. A paternidade trouxe um rumo novo para suas vidas trazendo-lhes mais responsabilidades e compromisso. O filho parece fazer pensar em obrigações e responsabilidades ao revelar o desejo de voltar a estudar. [...] não tinha muito plano de vida [...] pensava só em locuragem [...]. (A1)É... tem que ter bem mais compromisso, néh [...] eu quero voltar estudar ainda [...]. (A3)Com a chegada do filho passa a planejar seu futuro, a apresentar maiores preocupações, pois precisa trabalhar para sustentar o filho. A vivência da paternidade é significada pelo ser-pai-adolescente como o cuidado com que precisa ter, bem como quanto desejo de estar presente na vida do filho. Tem que trabalha [...] construir tudo para o nenê [...]. (A1) [...] ta sempre junto, não me afasta dele [...]. (A2)Tem que cuida [...] trabalha por que o bebê que precisa da gente. (A5) O ser-pai-adolescente revela a vontade de ter uma família estruturada, para que seus filhos possam viver em boas condições afetivas, além disso, querem educá-los, ensinar-lhes o que é certo. Demonstaram ainda, que consideram importante os filhos irem a escola, assim pensam que serão bons pais[...] na verdade eu queria construir uma família [...]. Quero dar educação pra ela [filha] quero sabe se um pai de verdade, passar o que aprendi. (A1)[...] quero que ela [filha] estude [...] pra ela [filha] cresce bem [...] e faz a coisa certa [...]. (A4) O ser-pai-adolescente ao significar a vivência da paternidade expressa que a desejou, mesmo não tendo planejado o filho. Demonstra aumento das responsabilidades e a possibilidade de retornar aos estudos. Revela a vontade de cuidar do filho e estar presente na vida dele. Deseja ter uma família estruturada e preocupa-se com a educação dos filhos, acha importante que frequentem a escola, pois quer ser um pai de verdade. As unidades de significação delinearam o conceito de ser, que é fio condutor para o estabelecimento da compreensão do ser⁴ o qual apontou:

ser-pai-adolescente. A consolidação desse conceito desvela como o ser-pai-adolescente se compreende. Ressalta-se que o “adolescente” foi constituído por meio do que Heidegger aponta sobre a utilização do gerúndio na constituição das palavras. Remete a tudo o que o ser realiza, é o movimento necessário para que a fenomenologia existencialista se mantenha em seu constante vir-a-ser. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** A vivência da paternidade apontou a compreensão do ser-pai-adolescente o qual manifestou o desejo quanto a paternidade, apesar de não tê-la planejado para esta fase de sua vida. O fenômeno trouxe para sua vida o aumento das responsabilidades e dos compromissos. Compreende a paternidade como uma oportunidade para oferecer educação e ensinar-lhe tudo que aprendeu com seus pais. Assim, se mostram em seu cotidiano ao significarem a paternidade como uma possibilidade de mudança em sua vida. Diante disso, o estudo poderá contribuir no direcionamento da assistência prestada ao ser-pai-adolescente, a partir da educação em saúde. Essa educação em saúde poderá ser realizada por meio de uma sensibilização, fazendo com que o ser-pai-adolescente se sinta inserido, a partir da identificação de suas potencialidades e habilidades de cuidado, no que se refere ao crescimento e desenvolvimento de seu filho. Ainda, o enfermeiro poderá estimular a participação do ser-pai-adolescente na consulta de pré-natal e puericultura, permitindo momentos em que ele possa esclarecer suas dúvidas. Este estudo limita-se pelo fato de ter sido desenvolvido o primeiro momento metódico proposto por Heidegger, a compreensão vaga e mediana, apontando para a possibilidade de continuidade da pesquisa ao realizar-se o segundo momento metódico a análise interpretativa, hermenêutica. Destaca-se ainda a dificuldade em encontrar o ser-pai-adolescente nos CSF, além da dificuldade de fazê-lo relatar sobre sua vivência. Porém enfatiza-se a importante contribuição que foi dar voz ao ser-pai-adolescente para que pudesse significar a experiência da paternidade.

Palavras-Chave: Saúde do Adolescente, Paternidade

REFERÊNCIAS

- [1]. Barreto ACM, Almeida IS, Ribeiro IB, Tavares KFA. Paternidade na Adolescência: tendências da produção científica. *Adolescência e Saúde*. 2010; 7(2):54-9.
- [2]. Corrêa ACL, Meincke SMK, Bueno MEN, Soares MC, Gonçalves KD, Canieles IM. Paternidade na adolescência: atenção básica como rede de apoio. *J Nurs Health*. 2013; 3(1):51-61.
- [3]. Gomes SMTA. Maternidade e paternidade responsáveis na adolescência. *AdolescSaude*. 2006; 3(3):11-17.
- [4]. Heidegger M. Ser e tempo. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante Shuback. 4a edição. Petrópolis: Vozes. 2009.

- [5]. Machado AG, Padoin SMM, Paula CC, Vieira LB, Carmo DRP. Análise compreensiva dos significados de estar gestante e ter hiv/aids. Rev. Rene. 2010; 11(2):79-85.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

O TRABALHO DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA RECUPERAÇÃO DE UM FUNCIONÁRIO APÓS ACIDENTE DE TRABALHO

BRUNA RAQUEL KESSLER¹, ROSANA AMORA ASCARI², NARAIANE FERMINO³, CARINE PROVENSI³

1. Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Sul Brasileiro de Pesquisa Extensão e Pós-Graduação (CENSUPEG); 2. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina e Docente do Centro Sul Brasileiro de Pesquisa Extensão e Pós-Graduação (CENSUPEG); 3. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UDESC.

RESUMO

Introdução: O trabalhador que era livre para vender sua força de trabalho, com a Revolução Industrial, tornou-se obrigado a ceder sua liberdade para a máquina na busca pela sobrevivência e acumulação de capital. As jornadas extenuantes, em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde, eram frequentemente incompatíveis com a vida trazendo sérias consequências, tais como, as doenças originadas no trabalho. Porém, estas são percebidas somente em estágios avançados, até porque muitas delas, em suas fases iniciais, apresentam sintomas comuns a outras patologias. Torna-se difícil, sob essa ótica, identificar os processos que as geraram, bem mais amplos que a mera exposição a um agente exclusivo. Neste contexto de exposição a ambientes insalubres, o trabalhador muitas vezes se encontra sob pressão, aumentando o risco de acidente de trabalho. O absenteísmo torna-se cada vez mais frequente, o que diminui a qualidade e a produtividade do trabalhador. Em decorrência do avanço das legislações na área de saúde do trabalhador, as empresas investiram na formação de equipe multidisciplinar para atuação na medicina ocupacional, ou seja, na busca da minimização dos riscos laborais e promoção da saúde do indivíduo no ambiente de trabalho. O enfermeiro exerce papel fundamental na recuperação de um funcionário após um acidente de trabalho, algumas vezes é nele que o funcionário mais confia. As visitas domiciliares e o acompanhamento do funcionário após o acidente de trabalho afetam diretamente o retorno do mesmo à sua antiga função. E quando o retorno ao trabalho exige mudança de função/atividade, o enfermeiro, junto com a equipe multidisciplinar deve fornecer todo o apoio para a adaptação deste funcionário em sua nova função. É

dever do empregador fornecer uma equipe multidisciplinar para proporcionar a seus empregados segurança e higiene no local de trabalho, conforme Decreto da lei nº 7.036 de novembro de 1944. O enfermeiro do trabalho deve fornecer todo apoio que o funcionário necessita após um acidente de trabalho, incluindo a visita domiciliar e o apoio à sua reinserção na empresa após o acidente de trabalho, o que possibilita conhecer melhor a situação do trabalhador e suas necessidades para recuperação. O custo para empresa por funcionário afastado é elevado por gerar gastos e diminuir a produção. Para contrapor esta situação, foram implantadas equipes multidisciplinares, que entre outras coisas, auxiliam o trabalhador na recuperação de sua saúde, diminuindo assim os gastos da empresa em tempo e treinamento para capacitação de outros funcionários. Tendo como ponto de partida a referida legislação, emerge o seguinte questionamento: A demora do retorno do funcionário ao trabalho está vinculada a falta de atenção e acompanhamento do funcionário pela empresa? **Objetivo:** Conhecer o papel da equipe multidisciplinar na reabilitação do trabalhador e sua reinserção na empresa após um acidente de trabalho. **Métodos:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, através dos bancos de dados disponíveis eletronicamente na biblioteca virtual em saúde - BVS. Além disso, foram utilizados livros e outros manuscritos para a discussão dos resultados. O período de estudo compreendeu os meses de abril à junho de 2012. Para seleção dos artigos utilizou-se como critérios de inclusão: artigos publicados no período de 2006 a 2011, produção nacional, disponíveis em texto completo *online*, tendo Brasil como país de publicação no idioma português. Os descritores utilizados para a busca dos artigos foram “Enfermagem do Trabalho”; “Saúde

Ocupacional”; “Reabilitação Profissional” e “Absentismo”, resultando em 3218 manuscritos. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leitura dos títulos e resumos na busca de evidência para responder o objetivo deste estudo, sete artigos foram incluídos na revisão narrativa da literatura, os quais foram lidos na íntegra e seus dados transcritos para um formulário específico possibilitando a análise dos resultados. Por questões éticas, todas as autorias dos manuscritos utilizados nesta revisão foram citadas no capítulo das referências. **Resultados e Discussão:** Nesta revisão de literatura foram encontrados sete artigos. O manuscrito “Aspectos relacionados ao processo de retorno ao trabalho de indivíduos com distúrbios musculoesqueléticos do membro superior: uma bibliografia comentada” aborda sobre o apoio que a empresa e os colegas deveriam oferecer ao indivíduo no retorno ao trabalho, além da reabilitação física e psicológica, do suporte familiar e social. Porém não há programas de reabilitação nas empresas, apesar da necessidade do retorno ao trabalho após doença ou lesão em membro superior, para evitar o desgaste emocional e perdas pessoais para o trabalhador, e custos envolvidos neste processo. Assim, as empresas devem criar um programa de reabilitação, levando em conta que as pessoas devem ser consideradas parceiras das organizações, cujos objetivos tanto pessoais quanto organizacionais caminham em uma mesma direção. O estudo intitulado “Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública” permitiu compreender a necessidade de uma política pública de reabilitação profissional, pois o trabalhador com incapacidade parcial está perdendo seu benefício sem passar por uma reabilitação adequada para sua reinserção no mercado de trabalho, e ao mesmo tempo não é aprovado nos exames de retorno ao trabalho que sua empresa faz. A reabilitação profissional, é um meio de reinclusão social de trabalhadores com restrições, faz parte das conquistas futuras na trajetória da construção de um estado de bem-estar social, o que exige diretrizes claras por parte do Estado, como condutor deste processo, com definições conceituais, legais e intersetoriais, e com o desenvolvimento de projetos locais e regionais¹. Outro estudo relata sobre a importância de um profissional auxiliar no processo de volta ao trabalho, tanto para analisar uma mudança temporária de setor, quanto orientar para deixar os horários flexíveis para continuar o tratamento e adaptar a função às dificuldades no desempenho². As lesões de mãos demandam de um maior tempo de tratamento e de absentismo, resultando em níveis de incapacidade maiores do que em outras condições, porém com um maior tempo de reabilitação a pessoa retorna ao trabalho e de lá o profissional de reabilitação pode acompanhar o desenvolvimento do trabalhador ao longo do processo,

intervindo de acordo com as necessidades apresentadas em cada fase²; Estudo sinaliza como melhorar a ergonomia no trabalho, planejando as condições em que o trabalhador vai desempenhar sua função, ficando a equipe multidisciplinar responsável para encontrar formas de minimizar as inadequações do ambiente de trabalho. A reabilitação pós-trauma só é evidente em casos que se preocupam com a recuperação funcional e emocional e a inserção destas pessoas na comunidade. Porém predomina a visão de que as deficiências de origem traumática acompanham a restrição das atividades e da participação social, com perda da qualidade de vida³. Um artigo relata o retorno do trabalhador a seu posto após acidente de trabalho. Os casos de retorno ao trabalho é muito baixo e o índice de aposentadoria foi alto, devido à média de idade na época da amputação e etiologia vascular prevalente, geralmente associada com outros fatores⁴. O atraso no encaminhamento e na inclusão do amputado em programa de reabilitação, por falta de condições técnicas, é uma característica fortemente determinante do resultado final de todo trabalho da equipe multidisciplinar de reabilitação. O papel do enfermeiro na reabilitação de pacientes foi abordado num estudo em que os autores sinalizam a importância de um bom relacionamento entre membros da equipe multidisciplinar e as qualificações do enfermeiro para que haja um bom processo de reabilitação⁵. A efetividade da equipe está diretamente vinculada com o nível de esforço coletivo empreendido pelos membros para produzir os resultados da tarefa, da quantidade de conhecimentos e habilidades que esses trazem para desenvolvê-la e do grau de adequação das estratégias de desempenho por eles escolhidas. **Considerações finais e Contribuições para a Enfermagem:** Podemos concluir que a equipe multidisciplinar está diretamente envolvida no retorno ao trabalho do funcionário, pois a partir desta o paciente recebe informações, cuidados e reabilitação para voltar o mais rápido possível ao seu posto de trabalho. Contudo, ainda não há políticas públicas específicas para a temática em questão. Observou-se, a necessidade de um profissional para orientar a volta do funcionário ao trabalho na empresa com todas suas necessidades asseguradas. A área de saúde ocupacional permite o planejamento das ações da equipe multidisciplinar, a sistematização da assistência, a discussão das decisões a serem tomadas e o desenvolvimento de atividades que promovam o bem-estar físico e psíquico do trabalhador.

Palavras-Chave: Enfermagem do Trabalho, Saúde Ocupacional, Reabilitação Profissional, Absenteísmo.

REFERÊNCIAS

- [1]. Maeno M, Vilela RAG. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Rev. bras. Saúde Ocupacional*, São Paulo. 2010; 35(121):87-99.
- [2]. Cabral LHA, Sampaio RF, Figueiredo IM, Mancini MC. Fatores associados ao retorno ao trabalho após um trauma de mão: uma abordagem quali-quantitativa. *Rev Bras Fisioter.* [online]. 2010; 14(2):149-57.
- [3]. Carlo MMRP, Elui VMC, Santana CS, Scarpelini S, Alves ALA, Salim FM. Trauma, reabilitação e qualidade de vida. *Medicina. Medicina – Simpósio: Cirurgia de Urgência e Trauma*, Capítulo IV, Ribeirão Preto. 2007; 40(3):335-44.
- [4]. Guarino P, Chamlian TR, Masiero D. Retorno ao trabalho em amputados dos membros inferiores. *Acta Fisiatr*, 2007; 14(2):100-3.
- [5]. Andrade LT, Araújo EG, Andrade KRP, Soares DM, Cianca TCM. Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília. 2010; 63(6):1056-60.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA SAÚDE DA CRIANÇA

ALESSANDRA PAIZ¹, TASSIANA POTRICH², ÉRICA DE BRITO PITILIN², VANESSA APARECIDA GASPARIN³, IASMIM CRISTINA ZILIO³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó/SC; 2. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Professora Assistencial da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó/SC; 3. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó/SC.

RESUMO

Introdução: O Único de Saúde (SUS) tem como princípios norteadores a universalidade, a equidade e a integralidade de atenção à saúde da população brasileira, os quais são capazes de garantir o acesso universal desta aos bens e serviços que garantam sua saúde e bem estar, de forma equitativa e integral. Como diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam como deve ser estruturado esse novo modelo de atenção à saúde estão a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social¹. Visando garantir a efetivação desses princípios e diretrizes, como importante estratégia de consolidação do SUS, o Ministério da Saúde regulamentou em 1991 o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS). Este programa foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde, principalmente na região Nordeste do país². O Agente Comunitário de saúde (ACS) constitui-se como ligação entre a comunidade e os serviços de saúde, sendo responsáveis por reconhecer as adversidades e necessidades de saúde da população. No que se refere à saúde da criança, podem, em companhia com a equipe de saúde da família, identificar e planejar estratégias que possibilitam contribuir para o crescimento e desenvolvimento saudável do público infantil. Os ACS compreendem hoje, no Brasil, mais de 200 mil profissionais atuantes espalhados por todo o território nacional, fazendo parte de equipes multiprofissionais nas Estratégias da Saúde da Família (ESF), ou ainda atuando como PACS nos municípios que ainda não aderiram à ESF nas unidades de saúde³. No estado de Santa Catarina há um total de 9.270 ACS, cobrindo todos os municípios do estado, sendo que em Chapecó esses profissionais somam um total de 267 ACS, atuando em seu território, visitando todas as famílias, dando maior ênfase aos grupos que requerem maior atenção, em especial as crianças de 0 a 5 anos⁴. A

necessidade de realizar este estudo se justificou, pois apesar do PACS estar vigente no país já há alguns anos e a profissão ser regulamentada desde 2002 pela lei número 10507 ainda encontram-se dificuldades para a atuação desses profissionais. Isso é percebido principalmente em relação à saúde da criança, por esta ser uma temática tão singular e específica, exigindo um conhecimento mais amplo por parte desses profissionais.

Objetivo: Descrever as dificuldades e facilidades da atuação do ACS na saúde da criança. **Método:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A questão de pesquisa compreendeu: O que se têm publicado na literatura científica sobre a atuação do agente comunitário de saúde frente à saúde da criança? A busca bibliográfica ocorreu em abril de 2014 e foi desenvolvida na Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), e na Base de Dados da Enfermagem (BDENF). Utilizaram-se os descritores "Agente comunitário de saúde and lactente or criança or saúde da criança and enfermagem". Para a seleção dos estudos, adotou-se os seguintes critérios de inclusão: responder à temática, estar online, gratuitos e disponíveis na íntegra; nos idiomas português ou inglês ou espanhol. Como critérios de exclusão: artigos incompletos, teses, dissertações ou manuais ministeriais e capítulos de livros. Foram identificadas 501 produções, sendo que, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão totalizaram-se 12 produções selecionadas para o estudo. Para a coleta de dados dos artigos selecionados construiu-se um quadro pelas próprias autoras, contendo os seguintes itens: referência, procedência do estudo, objetivo, delineamento e principais resultados. **Resultados:** Dos doze estudos, seis foram realizados no Brasil, um estudo realizado nos Estados Unidos, um estudo na Holanda, três estudos realizados na África (Uganda, Kênya e Zâmbia) e um estudo realizado em

Bangladesh. Quanto ao delineamento da pesquisa, 10 estudos com abordagem qualitativa (83,33%) e dois estudos com abordagem quantitativa (16,66%). Quanto à área do conhecimento foram encontrados 6 artigos da medicina (50%), 1 artigo de ACS (8,33%), 1 artigo da enfermagem (8,33%), 1 artigo da nutrição (8,33%), 1 artigo da odontologia, medicina e enfermagem (8,33%) e 2 artigos publicados pelo Departamento de Saúde da Criança da Unicef e Organização Mundial de Saúde (16,6%). Quanto ao ano de publicação, 5 artigos foram publicados no ano de 2012 (41,66%), 2 artigos no ano de 2011 (16,66%), 1 artigo no ano de 2010 (8,33%), 2 artigos no ano de 2009 (16,66%), 1 artigo em 2008 (8,33%) e 1 em 2002 (8,33%). No que diz respeito as facilidades encontradas na atuação dos ACS frente à saúde da criança, tem-se os seguintes pontos: o fato dos ACS serem pessoas da própria comunidade, residirem no território da ESF, facilita o desenvolvimento do trabalho desse profissional pela proximidade que têm com a realidade do local. Esses profissionais realizam visitas domiciliares pelo menos uma vez a cada mês para as famílias de seu território. Pelo fato de estarem sempre em contato com a comunidade, os ACS estabelecem vínculo e relação de confiança, escutando de forma ativa as necessidades de saúde dessa população repassando para os demais profissionais da equipe de saúde para que os encaminhamentos necessários sejam feitos. Outro fator facilitador para o trabalho dos ACS é o bom recebimento destes por parte da comunidade. As famílias são receptivas, estabelecem conversa com esses profissionais, relatam sua situação de saúde e tiram dúvidas acerca de cuidados com as crianças. Esses profissionais respondem e orientam aquilo que tem segurança, nos assuntos em que possuem dúvidas, recorrem ao enfermeiro da unidade de saúde e retornam ao domicílio para levar a orientação e sanar a dúvida das famílias. No que tange as dificuldades encontradas na atuação dos ACS frente à saúde da criança tem-se a falta de planejamento para a realização das visitas domiciliares às famílias com crianças. Estas visitas são realizadas, muitas vezes, somente com a finalidade de obtenção dos dados para alimentar os sistemas de informação e de forma muito rápida, não ouvindo de forma ativa as necessidades de saúde das crianças e dessa forma não obtendo dados valiosos e não realizando atividades de educação em saúde. Outra dificuldade encontrada são as grandes extensões territoriais, as quais fazem com que os profissionais dispensem muito tempo com o deslocamento, restando pouco tempo para a realização das visitas, ou também diminuindo o número de famílias visitadas a cada dia. Além disso, o fato de não encontrar as mães em casa é um impedimento, pois dessa forma não realizam a visita e ainda necessitam retornar àquele domicílio em outro dia. **Considerações finais e Contribuições para a Enfermagem:** Diante do

exposto, do ACS no âmbito da criança pode-se perceber que esses profissionais possuem um leque muito grande de opções e possibilidade de desenvolvimento de atividades no domicílio. Essas atividades contribuem para efetivar as ações que são de competência desses profissionais, bem como garantir as ações propostas pelo PAISC como garantia da saúde das crianças de 0 a 5 anos. Uma cobertura territorial assegurado pelo ESF e tendo presente constantemente a visita dos ACS, contribui para um menor desenvolvimento de agravos na população infantil, pois estando em constante acompanhamento pela equipe de saúde irá crescer e desenvolver-se de forma saudável. Vale ressaltar a importância do profissional enfermeiro em identificar as dificuldades no trabalho das ACS e, a partir disto, oportunizar espaços de discussão e reflexão que possam auxiliar esses profissionais no desempenho de suas funções. Desta forma consigam realizar uma escuta qualificada, diagnosticar necessidades de saúde e, juntamente com a equipe, oportunizar um atendimento qualificado à essa população. Assim, a criança/família se sentirá assistida e o ACS se sentirá preparado para desenvolver seu papel na comunidade.

Palavras-Chave: Agente Comunitário de Saúde; Saúde da criança; Atenção primária a saúde.

REFERÊNCIAS

- [1]. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. O sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.
- [2]. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. Caderno de Saúde Pública. 2010; 26(6):123-33.
- [3]. Nascimento GM, David HMSL. Avaliação de risco no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo. Revista de Enfermagem da UFRJ. 2008; 4(16):66-79.
- [4]. Ministério da Saúde. Sistemas de Informação em Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Brasília: Ministério da Saúde: 2014. [acesso 28jun. 2014]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipas.asp



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

O USO DE METÓDOS PEDAGÓGICOS NO PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM NA PERCEPÇÃO DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM

DAIANE SCHUCK¹, LEILA SCHMATZ¹, MARIZETE PIGATO TOLDO¹, JULIA VALÉRIA DE OLIVEIRA VARGAS BITENCOURT², KÁTIA LILIAN SEDREZ CELICH³, LEONI ZENEVICZ³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, campus Chapecó/SC; 2. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistencial do Curso de Bacharel em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, campus Chapecó/SC; 3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Assistencial do Curso de Bacharel em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, campus Chapecó/SC.

RESUMO

Introdução: Vivemos em uma sociedade que cresce e se desenvolve rapidamente, na qual o conhecimento tem se tornado uma ferramenta indispensável para essa transformação e evolução. As novas tecnologias de comunicação acabam por gerarem transformações no modelo de educação, já que impulsionam muitas das mudanças nas estratégias educativas. Dessa forma devemos ser capazes de acompanhar esse crescimento, capazes de analisar situações complexas, de optar de maneira rápida e refletida por estratégias adaptadas aos objetivos e exigências éticas, de escolher entre uma ampla gama de conhecimentos, técnicas e instrumentos, e modificar, de maneira crítica, nossas ações e resultados¹. A enfermagem ao longo de sua história tem feito esforços para desenvolver-se profissionalmente, buscando um raciocínio cada vez mais crítico reflexivo. De acordo com a história, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias tradicionais ou paternalistas, na qual o educador é quem detém todo o conhecimento e o transmite, e ao educando, que é visto como um recipiente vazio a ser preenchido com informações, cabe a retenção e repetição do mesmo. Esses modelos de educação além de serem opressivos, não permitem que o estudante questione e use sua criatividade, nem tão pouco exponha sua opinião, levando a acomodação do mesmo². Na tentativa de reformulação e renovação do modelo de educação entram as metodologias ativas. As metodologias ativas compreendem um conjunto de estratégias de ensino em que o estudante é o protagonista central, corresponsável pela sua trajetória educacional, e o professor se apresenta como coadjuvante, um facilitador das experiências relacionadas ao processo de aprendizagem; assume um papel de mediador/facilitador, apoiando,

ajudando, desafiando, provocando e incentivando a construção do conhecimento³. **Objetivos:** Dessa forma, este estudo teve como objetivo analisar a visão que os estudantes do Curso de Enfermagem de uma Universidade Federal do Oeste no Sul do Brasil possuem sobre o processo de ensino/aprendizagem ao longo da graduação. **Métodos:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, realizado com estudantes das 6ª, 8ª e 10ª fases, justificando-se tal seleção, considerando que no semestre de coleta de dados, ocorrido de setembro a outubro de 2014, estavam cursando somente as fases pares, visto que, na referida instituição a entrada é anual. Ressaltando-se que adotou-se como critérios de inclusão a exigência de que o estudante já tivesse desenvolvido atividade prática em serviços de saúde, que se inicia na 4ª fase, em um período de tempo não inferior a um semestre; portanto foram excluídos os estudantes das 2ª e 4ª fases, referente ao período de coleta de dados. Como método de coleta dados, foi utilizado a formação do grupo focal, agendando-se um grupo focal para cada fase participante do estudo, conforme disponibilidade e viabilidade do grupo, logo, foram realizados um total de 3 grupos focais. Para nortear o debate sobre a temática utilizou-se um formulário semiestruturado de pesquisa, havendo permissão para a gravação do diálogo do grupo. As falas transcritas foram identificadas por fase e não por participante individualmente e as fases foram codificadas por cores: amarelo, verde e vermelho. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) cujo protocolo é: 25949313.5.0000.5564. O número de participantes de cada grupo focal foi composto por todos os estudantes de cada fase que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE), os mesmos foram abordados, em sala de aula, havendo autorização prévia do professor que encontrava-se em atividade com a turma, quando conversou-se com os estudantes explicando a proposta da pesquisa. Para a 6ª fase o grupo formou-se com 10 participantes, na 8ª foram 7 participantes e na 10ª foram 9 participantes. **Resultados:** A partir da análise de dados coletados emergiram 3 categorias: Estrutura Curricular e Metodologias de Ensino/Aprendizagem; Ferramentas Pedagógicas e Formação Crítica e Reflexiva do Estudante em Enfermagem. A proposta pedagógica da universidade em estudo elenca em seus princípios compromissos como o contexto histórico, socioeconômico e político da educação superior, onde através da democratização realiza atividades de ensino, pesquisa e extensão. Desta forma busca que a formação dos graduandos seja de forma que possibilite autonomia para pensar e agir, assim, sejam capazes de autoconstruir seu conhecimento, desenvolver suas habilidades e de atuar no mercado de trabalho sendo um profissional responsável, crítico/reflexivo, comprometido e apto a tomadas de decisão. Portanto, quanto a abordagem do processo pedagógico, os estudantes relatam dificuldades e rupturas, destacando que os métodos de ensino/aprendizagem adotados por vezes não incluem o estudante, de modo, que possam, se perceber co-participantes desse processo, sinalizando a adoção de métodos diversificados, isto é, tradicionais e não tradicionais. Assim sendo, destacaram, que quando os métodos de ensino são inovadores, os conteúdos tornam-se relevantes, favorecendo a curiosidade para o aprendizado e envolvimento. Quando questionados sobre as estratégias de ensino que mais lhe chamaram atenção, relatam o uso do estudo dirigido, passe e repassa, quiz, gincanas, portfólio, seminários entre outros. Sendo essas ferramentas de uma forma geral, avaliadas de maneira positiva. Grande parte destas são consideradas métodos ativos de aprendizado que caracterizam uma proposta de metodologia inovadora, com novos desafios a serem superados, inserindo, assim, o estudante no contexto do aprendizado como sujeito ativo na construção de seu conhecimento. A respeito da ferramenta pedagógica seminário os estudantes referem que o conteúdo da matéria é dividido em grupos e são eles quem elaboram e apresentam, assumindo o papel do professor. Muitas vezes os seminários acabam deixando lacunas onde apenas o professor capacitado teria condições adequadas de suprir. Reforçam que estes seminários são lançados a eles, sem uma construção conjunta e orientada pelo professor. Evidenciou-se assim, que a ferramenta pedagógica seminário é um ponto a ser analisado e repensado pelos professores. É importante que os professores estabeleçam um roteiro, o qual norteie os estudantes. O professor deve orientar os estudantes previamente e deixar claro os pontos-chaves que

precisam ser apresentados durante o seminário, bem como quais serão os critérios de avaliação. Em relação à terceira categoria, referente ao processo de formação construído na coletividade, os estudantes sentem-se preocupados com os trabalhos realizados em grupo na sala de aula, sem direcionamento, ou aleatórios, com repercussão possivelmente insignificante para a futura prática profissional do enfermeiro. Mas demonstram que a socialização é importante, pois o aprendizado construído de forma coletiva contribui para o desenvolvimento profissional, porém este deve ser adaptado e direcionado a situações vivenciadas no futuro cotidiano profissional, para que dessa forma enriqueça o conhecimento científico, reportando aos estudantes a possibilidade de refletir criticamente e expressar sua opinião. O professor necessita ser facilitador, criar vínculo com o estudante, buscando a interação e participação deste, ativa na graduação e na sociedade, estimulando a ser um indivíduo crítico/reflexivo, com iniciativa e responsabilidade. **Conclusão e Contribuições para Enfermagem:** Verificamos o uso de metodologias inovadoras em alguns componentes curriculares e os estudantes percebem a importância do professor atuar como facilitador no seu processo de ensino/aprendizado, sendo que na relação entre professor e aluno essa forma de atuação do professor contribui para o desenvolvimento do aluno crítico/reflexivo. Para os estudantes as ferramentas pedagógicas adotadas pelo professor facilitador fornecem suporte e incrementam a dinâmica em sala de aula, cativando o interesse pelo assunto apresentado. Proporcionando cada vez mais a iniciativa em ser um aluno crítico, reflexivo e participativo. Todavia não basta trazer ferramentas de ensino, depende da forma de apropriação destas para ser adequadas ou não no processo de formação crítico/reflexivo. Propomos a substituição do ensino tradicional com ferramentas pedagógicas inovadoras, bem elaboradas e apropriadas para o desenvolvimento da autonomia, do agir e do pensar durante a graduação para possível aplicabilidade na sociedade em que os estudantes estão inseridos e no seu futuro profissional. O tipo de formação pedagógica que o estudante recebe durante a graduação é de grande relevância e implica diretamente para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois este será futuramente um profissional a trabalhar no sistema. Dessa maneira, necessita ser um indivíduo crítico/reflexivo, capaz de agir, interagir e tomar decisões de forma concisa e dinâmica no seu ambiente de trabalho. Diante ao exposto, faz-se necessário uma redefinição dos processos de formação e adequação dos currículos através de projetos pedagógicos, cujas exigências requeiram a preparação de profissionais mais qualificados e comprometidos em efetuar as mudanças necessárias no fortalecimento e na consolidação do nosso SUS⁴.

Palavras-Chave: Aprendizagem; Estudantes de Enfermagem; Educação.

REFERÊNCIAS

- [1]. Wall ML, Prado ML, Carraro TE. A experiência de realizar um Estágio Docência aplicando metodologias ativas. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(3): 515-19.
- [2]. Mitre SM et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2008; 13(2): 2133-44.
- [3]. Prado ML et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc Anna Nery.* 2012; 16(1): 172-77.
- [4]. Costa RKS, Miranda FAN. Opinião do graduando de enfermagem sobre a formação do enfermeiro para o SUS: uma análise da FAEN/UERN. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010; 14(1):39-47.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 3: Construindo conhecimento do ensino na Enfermagem

O VELHO TRANSFORMANDO-SE EM NOVO: UMA EXPERIENCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA HIPERTENSOS EDIABÉTICOS NA COMUNIDADE

THAISA CARLA SFREDO¹, ANA KARLA SCHEIBNER¹, ANGÉLICA ZANETTINI¹, CAMILA DERVANOSKI¹, MARIZETE PIGATO TOLDO¹, JEANE BARROS DE SOUZA²

1. Acadêmica de Enfermagem - Bacharelado da Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Chapecó; 2. Mestre em Saúde Pública, docente orientadora do projeto de extensão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Chapecó.

RESUMO

Introdução: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas, representam o maior custo para os sistemas de saúde de todo o mundo com grande impacto econômico para os portadores, suas famílias e a sociedade em geral dos países. Estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que as DCNTs já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. No Brasil, em 2008 as DCNT responderam por 62,8% do total das mortes por causa conhecida e séries históricas de estatísticas de mortalidade indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 30 e de 90. Fatores de risco comuns e potencialmente modificáveis como ausência de uma dieta saudável, sedentarismo e uso de cigarro explicam a maior parte destas mortes, que são expressas através de fatores de risco intermediários como hipertensão arterial, hiperglicemia, deterioração do perfil lipídico e obesidade. As transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus assumiram ônus crescente e preocupante. Ambas são doenças muito frequentes, constituindo sérios problemas de saúde pública. A Hipertensão Arterial e um problema crônico bastante comum. Sua prevalência é alta e aumenta em faixas etárias maiores. É responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, dietas pouco saudáveis e a obesidade são

os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência do Diabetes. As consequências humanas, sociais e econômicas do diabetes são devastadoras para o mundo: 4 milhões de mortes por ano são determinadas por essa doença e suas complicações, representando 9% do total de mortes. O grande impacto econômico da doença ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. No Brasil, o Diabetes e a Hipertensão constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde. Através da estruturação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, a realização de atividades educativas foi se consolidando, sendo possível encontrar experiências com grupos operativos em todo o país, principalmente trabalhos com hipertensos e diabéticos, devido aos altos índices registrados dessas doenças crônicas. O presente resumo apresenta a vivência das acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Chapecó/SC, referente à experiência desenvolvida no Centro de Saúde da Família Jardim América em Chapecó/SC, onde foi realizada uma atividade de educação em saúde para um grupo de hipertensos e diabéticos da comunidade, durante o período de atividades teórico práticas na unidade de saúde, no segundo semestre de 2014. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é compartilhar experiências sobre a realização de um grupo para hipertensos e diabéticos para pacientes cadastrados em um Centro de saúde da Família da cidade de Chapecó/SC. **Metodologia:** Ao realizar atividade teórico-prática, na quinta fase do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Chapecó/SC, numa unidade saúde da família, na comunidade do bairro Jardim América, Chapecó/SC, foi possível atuar com diversas ações educativas na comunidade, sendo uma

delas a realização de um encontro, com o objetivo de sensibilizar usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes quanto á importância do autocuidado e o papel da família no contexto dessas doenças crônicas. O encontro deu-se início com a leitura de um poema, referindo sobre a importância de todos que lá estavam presentes e sobre a necessidade do autocuidado, contando com aproximadamente oitenta participantes. Em seguida, realizou-se uma dinâmica com balões, a fim de buscar a integração de todos e posteriormente a enfermeira, coordenadora da unidade, refletiu junto dos participantes sobre a chegada do final do ano e agradeceu a todos que participaram dos encontros que ocorreram ao longo do ano. Em seguida, foi realizado um bingo onde foram sorteados brindes e a partir de então, foram distribuídas senhas para organizar o atendimento, onde foi verificado a pressão arterial, bem como realizado hemoglicoteste (HGT) e orientações individuais para cada participante, que posteriormente recebia a receita médica para continuidade de seu tratamento, contando com o apoio das acadêmicas de enfermagem e de toda a equipe da ESF. **Resultados e Discussão:** Ficou evidente o papel de protagonista que a equipe de saúde pode ter em uma comunidade, em especial o enfermeiro que possui grande autonomia para fazer com que os usuários sintam-se empoderados e possam realizar seu auto-cuidado de forma cada vez mais satisfatória para si e para sua família. Outro fator importante foi a participação em grande escala da comunidade, fazendo destes encontros uma potencial ferramenta de educação em saúde, empoderamento e autonomia dos usuários. **Considerações finais e Contribuições para a Enfermagem:** Através desta experiência, foi possível perceber claramente a importância e o impacto que as antigas atividades educativas exercem na comunidade, transformando-se em novas ações a cada dia. Também evidenciou-se a importância do trabalho em equipe, trazendo-nos grande aprendizado como acadêmicos, na ânsia de tornarmos seres mais engajados para o bem-estar comum e buscarmos a responsabilização um com o outro e com nós mesmos. É imprescindível que a equipe de saúde possa sair da área física da unidade de saúde e adentrar realmente nos locais onde a comunidade se reúne, fazendo parte do ambiente em que vivem estas pessoas, a fim de saber quais são suas reais potencialidades e fragilidades e a partir disso, embasar suas ações e obter melhores resultados na qualidade de vida da comunidade assistida.

Palavras-Chave: Hipertensão, Diabetes, Educação em Saúde, Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

- [1]. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes CNHD; 2011 [acesso em 11 maio 2015]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/vigitel.pdf>



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE QUANTO AO USO DE MEDICAMENTOS: REVISÃO INTEGRATIVA

JÉSSICA COSTA MAIA¹, GUSTAVO FELIPPE DA SILVA², OLVANI MARTINS DA SILVA³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; 2. Farmacêutico. Doutor. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; 3. Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Docente do Curso de Enfermagem - UDESC.

RESUMO

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) é a perda gradual e irreversível de nefros funcionantes, ocasionando prejuízo do equilíbrio homeostático do organismo, que pela redução da função do rim compromete outros órgãos¹. A hemodiálise é uma modalidade de tratamento substitutivo da função renal que garante a sobrevivência dos pacientes compensando a incapacidade da funcionalidade dos rins e proporcionando uma melhora na qualidade de vida. Apesar do avanço no tratamento hemodialítico ter sido aprimorado, algumas complicações ainda ocorrem durante o procedimento e, devido essas complicações, o tratamento depende também de uma excessiva terapia medicamentosa para converter os sintomas decorrentes das alterações fisiológicas, tratar as doenças associadas e potencializar a terapia hemodialítica. Com isso, o conhecimento do paciente sobre suas medicações se torna importante para uma melhor adesão e eficácia do tratamento. O déficit de conhecimento dos medicamentos prescritos pode-se tornar uma das barreiras presentes, pois muitos dos medicamentos utilizados pelos pacientes são desconhecidos por eles, que ocorre pela falta de adesão ao tratamento, de fazerem o uso sem saber sua posologia e seus efeitos adversos e pela falta de informações e orientações dos profissionais. As equipes de saúde que trabalham em unidades de tratamento renal precisam possuir conhecimentos específicos para caracterizar, identificar e obter alternativas de análises de riscos e/ou falhas, assegurando a qualidade da assistência prestada². A Enfermagem atua diretamente nas ações assistenciais, possuindo grande responsabilidade, e encontra-se em posição privilegiada na detecção de complicações, na redução de incidentes que podem atingir o paciente e em condutas educativas, orientações para melhorar e/ou minimizar problemas². O papel do profissional de enfermagem é garantir uma assistência de qualidade e integral, para que possa esclarecer todo o processo do

tratamento e sanar dúvidas repassando todas as informações necessárias para o conhecimento do paciente. Assim, a informação e a educação do paciente sobre os cuidados com os medicamentos e o conhecimento dos mesmos, são bases para um tratamento efetivo, visando a qualidade de vida. Pois quanto maior o conhecimento sobre seu tratamento, maior será a adesão e a qualidade deste, o que trará resultados positivos para a sua integralidade¹. **Objetivos:** Investigar através da literatura científica as orientações de enfermagem dispensadas ao paciente em tratamento de hemodiálise quanto ao uso de medicamentos. **Método:** Estudo de revisão integrativa de literatura, com abordagem qualitativa, seguindo a metodologia de Ganong (1987), a qual contempla as seguintes fases: definição da questão de pesquisa; dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; seleção dos estudos; inclusão dos estudos selecionados; análise e discussão dos resultados. Para a efetivação deste estudo, primeiramente foi elaborado um protocolo o qual foi avaliado por dois revisores ad hoc para a sua validação. Após iniciou-se a busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde a qual congrega as seguintes bases: “Ciências da Saúde em Geral”: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Biblioteca Cochrane, Biblioteca Científica Eletrônica em Linha (SciELO). “Áreas Especializadas”: CidSaúde, DESASTRES, HISA, HOMEINDEX, LEYES, MEDCARIB, REPIDISCA. “Organismos Internacionais”: PAHO, WHOLIS (BVS/BIREME, 2015). Como critérios de inclusão foram estudos publicados no formato de artigo científico, relatos de experiência, ensaios teóricos e reflexões, revisões integrativas. Trabalhos abordando a temática sobre a conduta da enfermagem na orientação ao paciente renal crônico em tratamento de hemodiálise

quanto ao uso de medicamentos. No idioma português e espanhol, publicados no período de 2010 a 2015 disponíveis online em forma de textos completos. Como exclusão foram os estudos duplicados. Para as buscas na base de dados utilizaram-se os descritores Cuidados de Enfermagem, Hemodiálise, Doença Renal Crônica, Papel do Profissional de Enfermagem, Conhecimento do Paciente sobre a Medicação, formando os seguintes termos: 1. Cuidados de Enfermagem *and* Hemodiálise; 2. Cuidados de Enfermagem *and* Doença Renal Crônica; 3. Cuidados de Enfermagem *and* Papel do Profissional de Enfermagem; 4. Cuidados de Enfermagem *and* Conhecimento do Paciente sobre a Medicação; 5. Hemodiálise *and* Doença Renal Crônica; 6. Hemodiálise *and* Papel do Profissional de Enfermagem; 7. Hemodiálise *and* Conhecimento do Paciente sobre a Medicação; 8. Doença Renal Crônica *and* Papel do Profissional de Enfermagem; 9. Doença Renal Crônica *and* Conhecimento do Paciente sobre a Medicação; 10. Papel do Profissional de Enfermagem *and* Conhecimento do Paciente sobre a Medicação. O indicador booleano “AND” foi utilizado na hierarquização vertical em todos os termos. A busca foi através de uma pesquisa exploratória dos estudos, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão. Dos artigos inclusos no primeiro momento realizava-se a leitura dos títulos, eliminando-os por temática, em seguida realizava-se a leitura de seus resumos, onde eram considerados apenas os pertinentes a responder os objetivos. Desta forma temos: Cuidados de Enfermagem *and* Hemodiálise 395 estudos = resultou em zero estudo; Cuidados de Enfermagem *and* Doença Renal Crônica 391 = resultou em 2 artigos; Cuidados de Enfermagem *and* Papel do Profissional de Enfermagem 5.873 = resultou em zero estudo; Cuidados de Enfermagem *and* Conhecimento do Paciente sobre a Medicação 8 = resultou em zero estudo; Hemodiálise *and* Doença Renal Crônica 11.866 = resultou em zero estudo; Hemodiálise *and* Papel do Profissional de Enfermagem 188 = resultou em zero estudo; Hemodiálise *and* Conhecimento do Paciente sobre a Medicação 1 = resultou em 1 artigo; Doença Renal Crônica *and* Papel do Profissional de Enfermagem 194 = resultou em zero estudo; Doença Renal Crônica *and* Conhecimento do Paciente sobre a Medicação 4 = resultou em zero estudo; Papel do Profissional de Enfermagem *and* Conhecimento do Paciente sobre a Medicação 2 = resultou em zero estudo. A pesquisa dos artigos na base de dados foi realizada no período de 05 à 08 de Maio de 2015. **Resultados:** Dos artigos selecionados observa-se que os autores utilizaram-se das seguintes abordagens de pesquisa: dois estudos com abordagem metodológica transversal e um do tipo estudo de caso, sendo que a publicação foi nos anos de 2011, 2012 e 2014, nas bases de dados SciELO e LILACS, por meio das revistas *Cuidado é Fundamental*

Online, *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)* e *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. De acordo com os resultados, a não adesão farmacológica compromete a qualidade de vida do doente renal crônico implicando no sucesso do tratamento. E para promover as estratégias de adesão precisa-se de melhorias no processo de orientação por parte dos profissionais envolvidos na assistência aos pacientes sobre a doença e o seu tratamento farmacológico³. Também a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é importante para o planejamento e implementação das condutas na prescrição de enfermagem, destacando que a realização do histórico de enfermagem prioriza atenção integral do paciente, identificando os problemas e dificuldades, possibilitando a formulação dos diagnósticos de enfermagem, da elaboração do planejamento adequado e assim, a avaliação das intervenções a serem realizadas⁴. O ato de cuidar integra a prática diária da enfermagem, e é importante para promover laços entre o doente para o reconhecimento dos valores físicos, espirituais e culturais da dor. Os enfermeiros devem buscar estratégias para amenizar ou sanar a dor através da avaliação terapêutica, orientação e implementação de terapias analgésicas e posteriormente analisar a eficácia da terapêutica implementada. Como resultado das ações implementadas para a diminuição da dor, como a utilização do repouso e compressas frias como escolha do cuidado primário, relegando as condutas medicamentosas como opções secundárias ou coadjuvantes⁵. A partir da SAE o enfermeiro identifica os problemas por meio do Histórico de Enfermagem, sugerindo os Diagnósticos de Enfermagem, e propondo prescrições com respectivas justificativas. Por vezes é notório que a equipe de enfermagem não considera devidamente o que é planejado para o paciente⁴. O trabalho educativo aos pacientes tem como proposta compartilhar as dúvidas, angústias e receios, para buscar alternativas que auxiliem na superação dos seus problemas, no enfrentamento e na adaptação ao novo estilo de vida⁵. **Considerações finais e Contribuições para a Enfermagem:** Observa-se que há falhas na assistência de enfermagem quanto às orientações aos pacientes, e que essas falhas comprometem o sucesso do tratamento, sabendo que o conhecimento do paciente sobre sua doença e medicações são fundamentais para sua melhoria e adesão. A SAE norteia a assistência de enfermagem para uma visão holística do paciente, reconhecendo todas as suas dificuldades e identificando os diagnósticos para a implementação de intervenções, para assim promover uma assistência de qualidade. O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, instituiu como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), onde capacitaria todos os profissionais quanto a assuntos

pertinentes, como a importância das orientações aos pacientes.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem, Hemodiálise, Doença Renal Crônica, Papel do Profissional de Enfermagem, Conhecimento do Paciente sobre a Medicação.

REFERÊNCIAS

- [1]. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2010 [acesso 11 nov. 2014]; 56(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200028
- [2]. Sousa MRG, Silva AEBC, Bezerra ALQ, Freitas JS, Miasso AI. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* 2013Fev [acesso 22mai. 2015]; 47(1): 76-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100010
- [3]. Sgnaolin V, Figueiredo AEPL. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. *J. Bras. Nefrol.* 2012 Jun. [acesso 9 mai. 2015]; 34(2): 109-116. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002012000200002&lng=en
- [4]. Mascarenhas NB, Pereira A, Silva RS, Silva MG. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. *Rev. bras. enferm.* 2011 Fev [acesso 9 mai. 2015]; 64(1): 203-208. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100031&lng=en
- [5]. Silva FS, Silva SYB, Pinheiro MGC, Pinheiro MSF, França RC, Simpson CA. Cuidados paliativos para dor originada da doença mineral óssea da insuficiência renal crônica. *J. rev. pesq. cuid. fundam.* 2014 Abr [acesso 9 mai. 2015]; 6(2): 767-775. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3163/pdf_1280



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

PESQUISA NARRATIVA SOBRE A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO ACERCA DA ESPIRITUALIDADE EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

CRHIS NETTO DE BRUM¹, SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE², DHIANE TERRIBILE³, LUANA PATRÍCIA VALANDRO⁴, MARINEZ SOSTER DOS SANTOS⁴, MARIA ELISABETE CALADO RAMALHO SANTOS⁴

¹. Docente, Doutoranda, Professora do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó (UFFS, SC). Vice-líder do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado da UFFS/SC; ². Docente, Doutorando. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado da UFFS/SC; ³. Enfermeira. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado da UFFS/SC; ⁴. Discente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó (UFFS/SC).

RESUMO

Introdução: Destaca-se, que no cotidiano permeado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), tem a possibilidade de buscar, por meio da espiritualidade, estratégias de resiliência, de modo a melhor enfrentar e/ou minimizar os problemas advindos da condição clínica para as pessoas que vivendo com HIV/Aids. Assim, tem-se na espiritualidade, a possibilidade do sujeito perceber suas experiências de vida no contexto de suas crenças. Além de fornecer propósito e significado para o seu cotidiano, promove a transcendência sobre as circunstâncias, reforçando sentimentos internos e restabelecendo seu convívio social¹. Frente a isso, faz-se necessário refletir e contextualizar tal fenômeno, em face de permitir possibilidades de cuidado a essas pessoas a partir do cuidado com enfoque na espiritualidade. **Objetivo:** Identificar na literatura científica como a produção do conhecimento tem se manifestado acerca da espiritualidade em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Método:** pesquisa narrativa da literatura², com a seguinte questão de pesquisa: como a produção do conhecimento tem se manifestado acerca da espiritualidade em pessoas vivendo com HIV/Aids? Os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo foram: resumos disponíveis nas bases de dados; artigos de pesquisa na temática do estudo que estivessem na íntegra online gratuito; idioma português, inglês ou espanhol; em que o objetivo do estudo refletisse o tema da espiritualidade e HIV/Aids sem reportar a outra condição clínica de saúde. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações, monografias e seus respectivos capítulos; livros; manuais ministeriais e guidelines; artigos que retratassem apenas a religiosidade/religião. Não foi estipulado recorte

temporal, pois a intenção foi de capturar todos os materiais que estivessem disponíveis e respeitassem os critérios previamente estabelecidos. A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); na Sci Verse Scopus; e na Web of Science. O acesso a Scopus e a *Web of Science* foi pelo portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Para tanto, o formulário avançado, das quatro bases de dados foi preenchido por meio da seguinte estratégia de busca: ("HIV") or "síndrome da imunodeficiência adquirida" [Descritor de assunto] and "ESPIRITUALIDADE" [Descritor de assunto], para as bases de dados LILACS e MEDLINE. Para a base de dados Sci Verse Scopus utilizou-se os MESH terms: ("HIV" or "acquired immunodeficiency syndrome") and "spirituality". Já na base de dados Web of Science a partir dos MESH terms: ((HIV* or Sind*) near/4 spirituality*). O levantamento dos estudos ocorreu em setembro de 2014. Encontraram-se 577 artigos. A seleção dos estudos ocorreu em duas etapas: a) leitura dos títulos e resumos, e submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, permaneceram 66 estudos. b) Os 66 estudos foram procurados na íntegra, sendo que, destes, 30 artigos foram excluídos em virtude de: estarem em duas ou mais bases de dados; não serem da temática, estar apenas discorrendo sobre a religiosidade/religião; por não ser pesquisa e por não estarem disponíveis online. Assim, restaram então 36 artigos (Corpus da Pesquisa) para serem analisados na íntegra. Os textos completos foram capturados a partir de suas bases de dados e quando não encontrados,

realizou-se uma busca na CAPES. As informações foram extraídas mediante a utilização de uma ficha de análise documental desenvolvida para este estudo, abrangendo os seguintes itens: referência; ano, procedência, área do conhecimento a qual foi estabelecida por meio da definição contemplada pela CAPES; objetivo; metodologia; sujeitos; produção dos dados; principais resultados; conclusões e o conceito de espiritualidade abordado pelos estudos. A etapa de exploração do material foi desenvolvida a partir da leitura e fichamento dos resultados. Desenvolveu-se uma descrição dos achados no estudo e precedeu-se por meio da discussão entre as convergências e divergências existentes sob a ótica dos autores dos estudos fichados. A apresentação dos resultados ocorreu a partir da frequência relativa e absoluta e contou com quadros e figuras ilustrativas. Em relação aos aspectos éticos, da presente revisão, respeitaram-se as ideias, opiniões, considerações, os conceitos e as definições dos autores, exibidas fidedignamente, descritas e referenciadas segundo as normas do trabalho em questão. **Resultados:** Em relação ao ano dos estudos, os anos de 2006 e 2012 apresentam 25% da publicação, cada um. A procedência dos estudos aponta os Estados Unidos com 83,33%. Quanto à área do conhecimento, 41,66% dos artigos pertence à Enfermagem. Já, no que se refere à metodologia, 75% dos estudos tem o delineamento quantitativo e 33,33% são estudos transversais. Sobre os sujeitos participantes das pesquisas, 69,44% são pacientes adultos vivendo com HIV/Aids. E, 77,77% utilizaram escalas e instrumentos validados para produzir seus dados, 22,23% acessam os sujeitos por meio de entrevistas semiestruturadas; grupos e questionários. Os estudos manifestaram que 77,77% definem um conceito para espiritualidade. Os estudos apontam que a vivência espiritual se dá principalmente por meio da vontade de viver, o que faz com que a adesão à terapia medicamentosa seja realizada. Destaca-se, desse modo, a importância da expressão de uma espiritualidade saudável sem interferência negativa no processo de adesão à terapia medicamentosa. O cuidado associado à dimensão espiritualidade foi associada com a diminuição dos sintomas relacionados ao HIV. O componente existencial da espiritualidade é um contribuinte essencial para a saúde de adultos vivendo com HIV. Além disso, uma significativa relação positiva foi mostrada entre contagem de células CD4 e bem-estar espiritual. A espiritualidade é um componente importante na vida e cuidado das pessoas que vivem com HIV³. Os estudos analisados também demonstraram que a espiritualidade tem um efeito positivo sobre a saúde mental e física das pessoas vivendo com HIV/Aids. Ressalta-se que a dimensão espiritual está relacionado não apenas ao sobrevivência das pessoas, mas também, encontram-se associadas com medidas psicossociais e referem

benefícios como: diminuição da angústia, aumento de sentimentos como de esperança, de otimismo, menos ansiedade, bem como se relaciona com comportamentos benéficos, a exemplo: sexo seguro, menor uso de álcool, menos uso de tabaco, sentem-se com maior vontade de revelar seu diagnóstico ao parceiro, e fisiológica com um menor nível de cortisol no sangue⁴. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** A necessidade é real, contudo, constata-se que são incipientes caminhos para a realização do cuidado espiritual, como uma possibilidade de cuidado de enfermagem para as pessoas vivendo com HIV/Aids. As tecnologias de cuidado focada nesta dimensão apresentam lacunas que precisam ser preenchidas, primeiramente por meio de reflexões e de investigações, em que os sujeitos do cuidado sejam co-participes. Os profissionais de saúde que cuidam dessas pessoas necessitam considerar a dimensão espiritual seu cotidiano de cuidado, uma vez que a espiritualidade, é um fator importante na maneira como os sujeitos enfrentam a problemática do HIV/Aids e suas consequências, as quais puderam ser evidenciadas por meio da realização desta pesquisa.

Palavras-Chave: Espiritualidade, HIV, Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1]. Vance DE. Religion, spirituality, and older adults with HIV: critical personal and social resources for an aging epidemic. *ClinIntervAging*. 2011; (6):101-9.
- [2]. Rother ET. Revisão sistemática versus revisão narrativa. Editorial. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2):vi.
- [3]. Simoni JM, Martone MG, Kerwin, JF. Spirituality and Psychological Adaptation Among Women With HIV/AIDS: Implications for Counseling. *Journal of Counseling Psychology* 2002; 49(2):139-47.
- [4]. Ironson G. The Ironson: Woods Spirituality/Religiousness Index Is Associated With Long Survival, Health Behaviors, Less Distress, and Low Cortisol in People With HIV/AIDS. *Ann Behav Med*. 2002; 24(1):34-48.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO: INVESTIGANDO O CONHECIMENTO/DESCONHECIMENTO DAS PARTURIENTES

TAIANA ZANATTA PEDROSO¹, ANA GABRIELA CAVALCANTI CARNEIRO MONTEIRO², KEITY SAUANA TIBES³, MARISTELA BOSCO⁴, JÚLIA VALÉRIA DE OLIVEIRA VARGAS BITENCOURT², ALEXANDER GARCIA PARKER³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS); 2. Professora Mestre da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), do Núcleo de Pesquisa Educação em Saúde e Enfermagem: EDEN; 3. Professor Mestre da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

RESUMO

Introdução: O parto normal é o mais aconselhado pelo ministério da saúde, desde que se disponha de todos os recursos para que ele ocorra com segurança. Para a Organização Mundial de Sade (OMS), o objetivo da assistência ao parto é manter mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança de ambos. Neste contexto, o Ministério da Saúde (MS) implantou no ano de 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania, garantindo à mulher a qualidade da assistência¹. **Objetivo:** Analisar a política da humanização no parto a partir da vivência das puérperas. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter descritivo exploratório que aborda a vivência das puérperas sobre a assistência humanizada no pré-parto, parto e pós-parto. O referido estudo foi desenvolvido em um hospital localizado no Oeste Catarinense, na cidade de Chapecó, que se constitui em referência no atendimento a gestante de alto risco. Realizada na Unidade de Maternidade, onde as puérperas foram convidadas, no momento do pós-parto, a participar do estudo. Os convites foram realizados através de visitas nas enfermarias às quais estas pacientes estavam internadas, explicando-se a natureza do estudo e os seus respectivos objetivos. A coleta de dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética da UFFS, cujo protocolo é: nº 22553113.600005564 de aprovação da Plataforma Brasil, sendo utilizado um formulário semi estruturado para a execução de entrevistas gravadas após o aceite, foi apresentado o

termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e a solicitação das assinaturas das puérperas. Participaram neste estudo 29 puérperas durante o período de uma semana, em julho de 2014, quando se deu a saturação dos dados. Como critérios de inclusão/exclusão, as puérperas excetuando, menores de 18 anos, e as expostas a condicionamentos específicos, tais como presidiárias, indígenas, internas de centros de reabilitação, mulheres com transtornos mentais, e outras populações especiais, de acordo com a resolução 466/2012². No tratamento dos dados utilizou-se da análise temática proposta por Bardin (2011) resultando então na categorização das temáticas obtidas. **Resultados:** As participantes do estudo foram puérperas com idade entre 18 e 42 anos, estando 16 na faixa etária dos 18 a 25 anos; 16 não possuem vínculo empregatício; e quanto à escolaridade o nível médio predominou, sendo as demais distribuídas entre o ensino fundamental e superior. Relacionado ao parto propriamente dito, foram realizados 11 partos normais e 18 partos cesáreo; 15 eram primigestas e todas as participantes realizaram pré-natal. No que tange ao objetivo do estudo, quanto aos significados expressos pelas puérperas participantes a cerca da Política de Humanização do parto, primeiramente ouviu-se qual o entendimento destas mulheres, no período puerperal, sobre o modo humanizado de parir e suas implicações durante o trabalho de parto, parto e puerpério, através de suas vivências. Dessa forma, enfatiza-se que a frase humanização no parto é utilizada pelo MS, desde o fim dos anos 90 para se referir às várias políticas públicas fomentadas pela OMS com o apoio de diversas entidades profissionais. E especificadamente no Brasil, o PHPN, como destacado previamente, foi instituído ainda nos anos 2000 e, mesmo com todo o movimento pela humanização no parto, essa concepção não se encontra consolidada na prática assistencial bem como não é de

conhecimento de muitas mulheres quando afirmam que desconhecem a expressão. O desconhecimento pleno da política e ou expressão “humanização do parto” remete a uma reflexão sobre quais os elementos contributivos para tal realidade. Percebe-se que podem ser enumerados vários motivos explicativos, para o desconhecimento de algumas puérperas, sobre a humanização vigente neste estudo, entretanto, sem dúvida, nenhum deles é suficiente para justificar a ineficácia da operacionalização da política, o que definitivamente, deve ser criticado e refletido, quanto ao desenvolvimento de estratégias efetivamente eficazes. E sem dúvida com atuação fortalecida da enfermagem. Outro aspecto percebido é que mesmo para as mulheres que conhecem a expressão humanização, ou seja, de alguma forma, já tiveram contato com a política, estas distorcem seu significado. A distorção do significado pode ser justificada, pela inoperância da compreensão do que de fato a política preconiza. Sendo assim, é fundamental que o profissional da saúde, tenha pleno entendimento da política, para que possa assumir o papel, que lhe é devido, de disseminador e veiculador da mesma, identificando e se envolvendo com as distorções de entendimento, que por ventura ocorrerem. Segundo a OMS, o objetivo da assistência ao parto é manter mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança de ambos. Dessa maneira, a OMS recomenda que o profissional de saúde intervenha no nascimento de uma criança somente quando necessário. Apesar dessa recomendação, a incidência do parto cesáreo está aumentando em diversos países, pois se trata de uma intervenção cirúrgica originalmente concebida para reduzir o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto³. Outras técnicas consideradas pelo MS como prejudiciais ao parto continuam sendo utilizadas rotineiramente nos hospitais, caracterizando uma assistência desvinculada das evidências científicas, dentre elas a utilização rotineira de ocitócitos, episiotomia e posição de litotomia. Ainda o MS reforça a importância das atividades educativas a serem realizadas junto a gestantes em grupo ou individualmente, pode ser entendida como importante dispositivo para a humanização do atendimento, pois, enquanto realizadas, os profissionais têm a oportunidade de (re)conhecerem a individualidade de cada mulher/gestante. O conceito de humanização do parto se confunde, muitas vezes, com o conceito de humanização da própria assistência hospitalar. O cuidado humanizado começa quando a equipe multiprofissional é capaz de detectar, sentir e interagir com as pacientes e familiares; é capaz de estabelecer uma relação de respeito ao ser humano e aos seus direitos essenciais⁴. Por hora o parto domiciliar planejado vem se apresentando como opção para mulheres que buscam realizar um parto mais natural

e independente das rotinas e normas das instituições hospitalares. Desta maneira, percebe-se que o local do parto não é apenas um cenário, pois influencia e condiciona as relações que se procedem. Por se tratar o ambiente domiciliar mais acolhedor é associado por algumas das entrevistadas como um parto humanizado, o que poderia elucidar a confusão, entre parto humanizado e domiciliar. O conhecimento das puérperas no tocante aos direitos que lhes são dispensados, também foi foco de interesse para este estudo. O conceito de parto humanizado traz consigo uma série de direitos relacionados à parturiente e à criança, dos quais podemos destacar o direito à saúde na gravidez através da realização de um pré-natal, parto e pós-parto de qualidade; os trabalhistas, que envolvem o vínculo de trabalho entre gestante/empregador/empresa; e os sociais, expressos através do atendimento preferencial no comércio e outros serviços. Pode-se evidenciar que enquanto gestantes, as parturientes pouco conhecem os procedimentos necessários e que lhes são garantidos como direito, desde o início da gestação até o pós-parto imediato. Pode-se relacionar essa falta de conhecimento a uma implantação ainda superficial do PHPN, pois este é base para garantir os parâmetros mínimos assistenciais para a gestante. Além de empoderar essa mulher tornando-a mais partícipe do seu processo de gravidez e parto, reduzindo assim os índices de complicações e morbimortalidade materna⁵. **Considerações finais e Contribuições para enfermagem:** A pesquisa permitiu obtermos resultados inquietantes, pois se percebeu que as gestantes, que mais necessitam de informação e educação em saúde, expressam um conhecimento ainda inconsistente em relação ao seu pré-natal, parto e pós parto enquanto no período gestacional. A partir das respostas pode-se conhecer uma realidade comprometida, pois somente uma pequena proporção das gestantes entrevistadas conhecia os procedimentos a serem realizados durante este processo e, mesmo assim os conheciam de maneira superficial. Um dos pilares do PHPN é o esclarecimento que a mulher deve receber acerca dos seus direitos reprodutivos e que deve garantir seu empoderamento e, conseqüentemente, uma participação ativa durante todo o seu processo de gestação e parto. Este estudo demonstra a necessidade de o PHPN interagir mais efetivamente com a mulher, produzindo um processo real de educação. Evidenciou-se com a realização deste estudo a necessidade de intensificar o processo educativo entre as gestantes, durante o pré-natal, permitindo que o seu conhecimento seja mais amplo. A ampliação e difusão desse conhecimento permitirá uma relação gestante/serviço de saúde com mais equidade além de melhorar a qualidade da atenção, com importante impacto sobre a morbi mortalidade materno infantil, e efetivação da política do parto humanizado.

Palavras-Chave: Parto humanizado, Enfermagem, Parturiente.

REFERÊNCIAS

- [1]. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto – Humanização no Pré-Natal e Nascimento. [Internet] 2002 [Acesso em 18 de nov. 2013] Brasília, DF . Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
- [2]. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.[Internet] 2012 [Acesso em 10 de jul. 2013] Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- [3]. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011 [Acesso em 20 de mar. 2015]; 45(1):185-194. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000100021&script=sci_arttext
- [4]. Priszulnik G, Maia AC. Parto Humanizado: influências no segmento saúde. *O Mundo da Saúde*. [Internet] 2009 [Acesso em 10 de jan. 2015] São Paulo, 33(1):80-88. Disponível em:
http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/66/80a88.pdf.
- [5]. Mendoza S, Raúl A. *et al.* Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Intenet]. 2007 [Acesso em 29 de mar. 2015]; 23(9):2157-2166. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2007000900023&script=sci_arttext



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM GESTANTES COMO PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO INDUZIDA PELA GRAVIDEZ: REVISÃO INTEGRATIVA

CRISTIANE CARLA ALBRECHT¹, KÁREN REGINA GREGOLIN¹, DÉBORA CRISTINA FÁVERO¹, DÉBORA TAVARES RESENDE E SILVA ABATE², ÉRICA DE BRITO PITILIN³, JOICE MOREIRA SCHMALFUSS³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó - SC; 2. Doutora. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó - SC; 3. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó - SC.

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial é uma doença que afeta grande parte da população, trazendo consigo múltiplos danos à saúde, os quais são irreversíveis, necessitando de um tratamento contínuo e principalmente reeducação do seu estilo de vida, tanto nas atividades físicas quanto mentais, como alimentação e exercícios físicos. Adaptando esses afazeres ao novo estilo de viver, prolonga-se a qualidade e o tempo de vida. Para o diagnóstico de Hipertensão Induzida pela Gravidez (HIPG) são observados os níveis pressóricos que se caracterizam pelo aumento significativo. De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a pressão arterial (PA) aumentada é definida pelos seguintes números: PA sistólica >140 mmHg e PA diastólica > 90 mmHg. Durante a doença há um grande risco de complicações cardiovasculares onde muitos órgãos são afetados, e múltiplas modificações metabólicas se sucedem¹. As complicações fetais variam conforme a idade gestacional e entre os problemas que podem ocorrer podemos citar a diminuição do crescimento, descolamento prematuro da placenta, parto prematuro e morte perinatal. Existem várias formas clínicas, sendo que fazem parte dessa classificação: hipertensão gestacional, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e eclâmpsia². Para poder ser diminuído os índices de mortalidade e morbidade decorrentes da Hipertensão Arterial, precisamos manter um controle dos níveis tensionais, os quais são proporcionados por meio do tratamento medicamentoso e do não-medicamentoso. O mais indicado seria iniciar pelo tratamento não-medicamentoso, porém quando os níveis pressóricos se encontram muito elevados é necessária intervenção com tratamento medicamentoso. **Objetivos:** Analisar as bases científicas em busca de pesquisas realizadas na área de hipertensão gestacional, para

obtermos informações mais precisas sobre as influências da realização da atividade física para a Hipertensão Induzida pela gravidez e o que há de novo nesse contexto, e assim podermos identificar as lacunas presentes nas produções científicas. **Método:** O presente estudo selecionou como método de pesquisa a revisão integrativa. Dessa maneira, a estruturação do estudo, delimitou-se nas etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), como a definição da pergunta, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e, por fim, a síntese do conhecimento³. A coleta de dados foi realizada por meio da consulta em três bases de dados: LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*), MEDLINE (*National Library of Medicine, USA*) e PUBMED (*National Library of Medicine, USA*). O levantamento dos estudos ocorreu no período de dezembro de 2014 à janeiro de 2015. Para selecioná-los, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “terapia por exercício”, “hipertensão induzida pela gravidez”, “cuidado pré-natal” e “pré-eclâmpsia”, permitindo que se realizasse uma busca avançada com dois descritores ao mesmo tempo, pelos operadores booleanos “[AND]” e “[OR]”. **Resultados e Discussões:** Foram encontrados por meio de busca dos descritores e palavras citados acima 5.711 publicações, destas, 5.657 foram excluídas da pesquisa por não responderem à questão norteadora, e que contemplassem o objetivo da pesquisa, para posterior análise foram 54 publicações. Dessas, foram excluídos 18 estudos por não estarem disponíveis *online* gratuitos na íntegra e 22 por estarem repetidos. Portanto, restaram 14 publicações que respondem à questão norteadora. A avaliação desses artigos deu-se pela leitura e releitura na íntegra dos materiais selecionados com avaliação crítica e

sistematização dos dados. Foi realizada a análise dos 14 artigos que posterior a comparação onde percebemos que entre os estudos há controvérsias em relação aos exercícios físicos, de que estes tragam benefícios ou prejuízos para as gestantes, pois alguns estudos apontam que eles diminuem o risco para pré-eclâmpsia, já outros dizem que eles induzem para o agravamento do quadro. Porém, prevalecem em maior número as publicações que trazem os exercícios físicos como forma de evitar a Hipertensão Induzida pela Gravidez, onde uma das explicações mais usadas para esse quadro é que o exercício físico contribui para o controle dos níveis de pressão arterial. E para uma melhora dos resultados existe a necessidade da realização de exercícios antes, durante e após a gravidez, e todos os exercícios com acompanhamento com profissional especializado na forma e medida certa, oferecendo a gestante e o feto menos riscos para complicações. Portanto, é de extrema importância a orientação e o incentivo para as gestantes de alto risco participar da consulta pré-natal a qual possui métodos que minimizam os riscos que podem acometer tanto gestante como o feto. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** Durante a gravidez a mulher passa tanto por mudanças físicas, psicológicas ou sociais, justificando a demanda dessa população. Com base nisso, deve-se acolher essas usuárias de forma a solucionar suas complicações e manter seu bem-estar. Sabendo que o enfermeiro é um dos profissionais que acolhe essas usuárias, é de extrema importância que este, tenha a responsabilidade de informar, e acompanhar essas gestantes tanto de alto ou baixo risco, uma das formas de se realizar esse cuidado é desenvolvida durante o pré-natal através de recomendações e cuidados os quais evitem os prejuízos tanto para a mãe quanto ao feto⁴. Por isso nas Unidades Básicas de Saúde são realizadas reuniões com gestantes para que os profissionais consigam ter um real entendimento e acompanhamento de cada caso de uma forma especial, para atender suas necessidades e suprir dúvidas. Através do Sistema Único de Saúde as gestantes possuem o direito de realizar o pré-natal com o enfermeiro em sua Unidade Básica de Saúde na referida Estratégia Saúde da Família (ESF) a qual pertencem se houver alguma complicação, esta será encaminhada aos serviços de especialidades. Os dados obtidos pela pesquisa podem servir de ferramenta para informar os gestores e profissionais da saúde em relação à influência dos exercícios físicos durante a gestação, e assim implementarem estratégias as quais beneficiem as mulheres gestantes acometidas pela Hipertensão Induzida pela Gravidez⁵. A enfermagem tem um papel fundamental neste contexto, pois ela está lidando diretamente com esse público, estando sujeita a qualquer momento se deparar com diversos tipos de complicações da gravidez, portanto, é de grande importância o

conhecimento da enfermagem nesse contexto, para esta orientar de forma certa e segura e amparada cientificamente, e assim contribuindo para a melhora do funcionamento e qualidade do nosso SUS.

Palavras-Chave: Terapia por Exercício; Cuidado Pré-Natal; Pré-Eclâmpsia.

REFERÊNCIAS

- [1]. Freire CMV, Tedoldi CL. Hipertensão arterial na gestação. *Arq. Bras. Cardiol*, 2009; 93(6):159-65.
- [2]. Gomes AS, Chaves AFL, Silva RB, Damasceno AKC, Franco GFM, Oriá MOB. Análise dos níveis pressóricos em gestantes no diagnóstico precoce da síndrome hipertensiva gestacional. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2013; 15(4).
- [3]. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.
- [4]. Gouveia HG, Lopes MHB. M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. *Rev Lat Enf*, 2004; 12 (2):175-82.
- [5]. Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Públ*, 2005; 39(5):768-74.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 3 – Construindo conhecimento do ensino na Enfermagem

PROBLEMATIZANDO SABERES COM AGENTES COMUNITÁRIAS(OS) DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE GRADUANDAS(OS) EM ENFERMAGEM

TÁLITA SANTOS¹, MARISA GOMES DOS SANTOS¹, KELLY APARECIDA ZANELLA¹, CAMILA DERVANOSKI¹, ANGELA MARIA GOMES¹, CLAUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO²

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) - Campus Chapecó; ² Enfermeiro, Doutorando (UFSC) e Mestre (UFBA) em Enfermagem, Professor Assistente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) - Campus Chapecó, Docente integrante da coordenação do VER-SUS Oeste Catarinense, integrante do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/PEN/UFSC), Colaborador UNASUS/UFSC em Atenção Básica para o Programa Mais Médicos e o PROVAB, Pesquisador NESCO e EAI/UNIVASF, VSQV/UFBA.

RESUMO

Introdução: Com a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), vem ficando cada vez mais clara a relevância de um profissional para a realização do cuidado integral em saúde, profissional este que em alguns momentos tem sua importância invisibilizada frente aos demais profissionais da equipe e à própria comunidade: a(o) Agente Comunitário de Saúde (ACS). A(o) ACS desenvolve diferentes ações dentro da ESF, e segundo a Política Nacional de Atenção básica (2006)¹ entre tantas, podemos citar: estimular continuamente a organização comunitária; participar da vida da comunidade principalmente através das organizações, estimulando a discussão das questões relativas à melhoria de vida da população; fortalecer elos entre a comunidade e os serviços de saúde; coletar dados sobre aspectos sociais, econômicos, sanitários e culturais; executar dentro do seu nível de competência, ações e atividades básicas de saúde. O trabalho das(os) ACS possui um papel fundamental para a efetividade do serviço público de saúde, pois é ele que possui a facilidade de estabelecer e fortalecer vínculos com a comunidade tendo em vista que está diariamente na comunidade fazendo visitas, recomendações, convites, orientações, dentre outros. Estes profissionais conhecem as fragilidades e potencialidades de comunidade de maneira bem próxima, resultando na necessidade da unidade básica possuir uma linha de comunicação paralela com a(o) ACS, já que o mesmo traz demandas reais da população adscrita e necessidades de cada família. Frente a isso, é preciso provocar reflexões sobre em que circunstância vem se consolidando a prática deste profissional no âmbito dos serviços de saúde da atenção básica; pois em estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2010)² com ACS do município de

Teixeira-PB, evidenciou que os mesmos se reconhecem como importantes para o fortalecimento dos serviços de saúde prestados pela equipe ESF, porém, os mesmos encontram muitos aspectos limitantes para o seu trabalho como a falta de reconhecimento do poder público, problemas socioeconômicos das famílias, falta de capacitações e de reconhecimento profissional. **Objetivo:** Descrever e refletir acerca de vivências de acadêmicas de enfermagem frente à realização de uma atividade de educação em saúde com ACS pertencentes à uma unidade básica de saúde no estado de Santa Catarina. **Metodologia:** Esta atividade de educação ocorreu no ano de 2014, durante o período de atividades teórico-práticas de um componente curricular vinculado ao curso de bacharelado em enfermagem de uma universidade pública federal. A ação em saúde teve como objetivo trabalhar junto às(aos) ACS da unidade, sua importância para um trabalho efetivo e resolutivo na ESF. Esta demanda inicial partiu das profissionais de enfermagem da unidade, que percebiam seus ACS desmotivados e cansados, ressaltando a importância de causar neles um “estímulo motivacional”. Para operacionalização da proposta, foi elaborada uma apresentação expositiva e um vídeo motivacional, para facilitar o diálogo junto aos profissionais, com duração de aproximadamente 20 minutos entre os dois. Para o melhor entrosamento entre os envolvidos, foram realizadas algumas dinâmicas integrativas, objetivando estimular o trabalho em equipe. Como processo avaliativo da atividade e de encerramento da mesma, as acadêmicas ofereceram um “café cultural” à toda a equipe. **Resultados e Discussão:** Após a realização dessa atividade de educação em saúde e nos dias subsequentes, percebeu-se que ocorreu um estímulo junto aos profissionais, pois todos se mostraram

receptivos e bem-dispostos. Resultado disso foi percebido no engajamento das(os) ACS no processo de reconhecimento do território, elaboração do mapa inteligente, atividades educativas nas escolas adscritas ao território, dentre outras atividades prestadas pelas acadêmicas na unidade básica de saúde. Percebemos também, nesses profissionais um incremento no (já existente) ânimo ao realizarem seu trabalho da melhor forma possível, afinal foi demonstrado o quanto ele é importante para o sucesso de um bom processo de trabalho de toda a equipe de saúde e para as pessoas da comunidade onde trabalha e/ou reside. O que foi tentado enfatizar durante a atividade e nos dias de trabalho após e a realização da mesma, foi que este profissional “não é menos e nem mais” que o restante da equipe, afinal cada um possui inúmeros e valiosos saberes referentes à suas atribuições profissionais. Entendemos que, a(o) enfermeira(o) e sua equipe precisam de ACS motivadas(os), para que atendam satisfatoriamente a demanda diária de serviços e para que esses serviços sejam bem prestados, sendo uma constante relação de trocas, visando uma assistência integral a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que passam pela Atenção Básica. Observamos que, após a atividade realizada, os mesmos voltaram a se sentir indispensáveis na consolidação do SUS, na promoção da saúde da comunidade e na prestação de saúde integral.

Considerações finais e Contribuições para a enfermagem: Com essa atividade, foi possível observar de outro ângulo o papel da(o) ACS, compreendendo que essa(e) não se bloqueia diante das dificuldades, e independente de condições adversas, se propõem a sair da zona de conforto e enfrentar as dificuldades diuturnas de acesso, famílias carentes, pessoas visitadas pouco comunicativas e com atitudes por vezes agressivas, e se deparam com situações que põem seu bem estar em risco. Conhecem de perto toda a comunidade, e tentam conhecer as dificuldades de cada família e indivíduo, particularizando o cuidado. Além do mais, através da visita domiciliar, que é uma das principais atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para a(o) ACS, o mesmo desenvolve um processo educativo trabalhando como multiplicador de informações e conhecimentos referentes à promoção da saúde.: Enfatizamos que a(o) enfermeira(o) da unidade, deve manter uma relação respeitosa com as(os) ACS, para que a assistência seja integral a seus usuários. É de competência da(o) profissional de enfermagem manter as(os) ACS atualizadas(os) sobre normas e orientações importantes ao seu trabalho e preconizadas pelo Ministério de Saúde, através de processos formativos permanentes e acompanhamento contínuo do seu trabalho. A(o) ACS pode ser percebida(o) como conhecedor da população, organizador do acesso ao serviço de saúde, vigilante dos riscos e supervisor da aderência aos cuidados propostos

por outros profissionais da equipe. Para as(os) acadêmicas(os), esta oportunidade de contato com as(os) ACS, e em seguida convidando-as(os) para participar e auxiliar no processo de reconhecimento de território e construção do mapa inteligente de micro áreas, foi importante para conhecer o papel deste profissional. Por conseguinte, estes momentos fortalecem a formação acadêmica de enfermagem para instigar futuramente uma atuação profissional mais crítica e reflexiva com relação aos atores envolvidos no processo de trabalho no âmbito da atenção básica, respaldando-se pelos princípios e diretrizes do SUS.

Palavras-Chave: Enfermagem, Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Educação em saúde, Formação profissional em saúde.

REFERÊNCIAS

- [1]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- [2]. Oliveira AR, Chaves AEP, Nogueira JA, Sá LD, Collet N. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010; 12(1):28-36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i1.9511>



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE PREMATURIDADE TARDIA E A CONTRIBUIÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

CAMILA PASQUALOTTO¹, CRISTIANE CASAROTTO¹, LUCINÉIA FERRAZ², ELISANGELA ARGENTA ZANATTA², SILVANA DOS SANTOS ZANOTELLI²

1. Graduandas do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; 2. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

RESUMO

Introdução: O nascimento prematuro é uma das complicações da gravidez que contribui significativamente para o aparecimento de morbidades e mortalidade neonatal, apresentando uma tendência de aumento, o que gera grande preocupação entre as organizações de saúde regionais e globais¹. Um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde demonstrou que a cada ano no mundo nascem 15 milhões de prematuros, sendo que mais de um milhão destes morrem dias após o parto. A prematuridade vem sendo a segunda causa de morte de crianças com menos de cinco anos. A prematuridade está cada vez mais presente no cotidiano das famílias e dos profissionais da área da saúde, e neste contexto estão envolvidos os prematuros tardios, recém-nascidos com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e seis dias, sendo considerados por muitos profissionais como recém-nascidos a termo, devido às suas características e condições de nascimento, mesmo que não tenham completado a gestação. Estima-se que 70% dos nascimentos prematuros sejam de prematuros tardios. Atualmente, a prematuridade tardia é considerada um problema de saúde pública com crescimento gradativo a cada ano. Estes recém-nascidos são considerados por muitos profissionais da saúde como nascidos a termo, por terem peso e tamanho semelhante aos bebês nascidos com idade gestacional adequada, porém apresentam imaturidade em seus sistemas, resultando, muitas vezes em complicações que podem determinar hospitalizações¹. A prematuridade tem sido estudada em diferentes países como causa de mortalidade infantil. Constatam-se diversas causas que levam um bebê a nascer prematuro, como alterações placentárias, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, excesso de líquido amniótico, idade materna (com maior incidência em mães mais jovens), infecções maternas, primiparidade, gemelaridade, baixa escolaridade,

condições socioeconômicas e intervenções cirúrgicas². O nascimento prematuro resulta em contribui para as taxas de mortalidade e incidência de morbidades neurocognitivas, pulmonares e oftalmológicas³. Os prematuros tardios necessitam de acompanhamento de profissionais especializados para sua adaptação e convívio ao meio extrauterino, durante as primeiras horas e dias após o nascimento, bem como acompanhamento adequado durante a infância. O acompanhamento profissional adequado possibilitará crescimento e desenvolvimento saudáveis, com o mínimo de limitações. Entretanto, ressalta-se a importância da realização de uma avaliação gestacional adequada nas consultas de pré-natal auxilia na identificação precoce dos riscos, reduzindo as consequências, evitando complicações e diminuindo a morbimortalidade neonatal². **Objetivos:** O estudo foi desenvolvido como Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina e teve como objetivo geral, Conhecer e descrever a produção científica sobre prematuridade tardia. **Método:** A revisão integrativa de literatura foi a metodologia escolhida para a realização deste estudo. A busca dos artigos foi realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), com os termos prematuridade tardia; prematuro tardio, *late preterm*; e *late prematurity*. As etapas da pesquisa foram conduzidas a partir de um protocolo, seguindo fases pré-estabelecidas: escolha da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; seleção da amostra a partir da aplicação dos critérios; inclusão dos estudos selecionados organizados na matriz, construída a partir do Microsoft Word[®]; análise dos resultados, identificando diferenças e conflitos; discussão e análise dos resultados e apresentação do estudo⁴. A primeira etapa contemplou a elaboração da questão norteadora do estudo: o que tem sido produzido cientificamente sobre

prematividade tardia? Na segunda etapa foram elaborados os critérios de inclusão dos artigos: trabalhos publicados no formato de artigos científicos (artigos originais, revisões sistematizadas); trabalhos que abordassem o tema prematuridade tardia em seres humanos; publicados nos idiomas português, inglês e espanhol; no período de 2009 a 2013; disponíveis online na forma completa. Na terceira etapa ocorreu a seleção dos estudos. Inicialmente houve a busca do quantitativo de trabalhos disponíveis nas bases, leitura individual dos títulos e resumos de todos os trabalhos encontrados, sendo incluídos e salvos todos os estudos que atenderam aos critérios de inclusão. Em seguida houve a leitura completa dos artigos, sendo excluídos os trabalhos que não contemplavam totalmente o tema de interesse. A quarta etapa compreendeu a organização dos trabalhos selecionados em uma matriz contendo: ano de publicação; título; categoria profissional dos autores; país de origem; descritores e palavras-chave; natureza da pesquisa; objetivos; conceito de prematuridade tardia; resultados e conclusões. A análise dos estudos contemplou a quinta etapa, quando realizou-se a leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra, os quais foram organizados em uma tabela e analisadas a partir dos itens relacionados na matriz. **Resultados e Discussão:** Foram localizados 19 artigos completos, resultados de pesquisas publicadas entre os anos de 2009 e 2013. Os Estados Unidos possui o maior número de publicações (12), seguido do Brasil (2) e Chile (2). Após análise integral, observou-se que as publicações encontradas se referem a fatores de risco, intercorrências clínicas e conhecimento médico associados à prematuridade tardia; condições de alimentação dos prematuros tardios; resposta materna à prematuridade tardia; e sobre a repercussão da prematuridade no desenvolvimento infantil. Por meio desta revisão integrativa pode-se concluir que a ocorrência da prematuridade tardia está aumentando, sendo um grande problema de saúde pública pelo custo econômico e social gerado pelo parto prematuro. As publicações são consideradas escassas e predominam estudos norte-americanos e realizados por profissionais da área médica, com ênfase maior aos fatores desencadeadores e complicações da prematuridade. O Brasil possui altas taxas de prematuridade, encontra-se entre os dez países com maior número de partos prematuros, ocupando o décimo lugar, apresentando uma taxa de 9,2%, sendo 279 mil nascimentos prematuros por ano⁵. **Considerações finais e Contribuições para a Enfermagem:** Atualmente, o nascimento prematuro vem sendo uma das causas mais importantes de morbimortalidade neonatal, gerando uma grande preocupação mundial de saúde pelas elevadas taxas de nascimentos prematuros, o que leva a maiores índices de complicações. No entanto, as bases de dados pesquisadas mostram que o Brasil apresenta um número

pequeno de publicações, o que sugere que as pesquisas nesta área ainda são incipientes. É relevante a escassez de estudos realizados por profissionais da área da enfermagem, envolvidos diretamente com os cuidados de prematuros. Outra limitação apresentada relaciona-se ao número final dos artigos, onde a maioria destacava intercorrências e fatores de risco apresentados na prematuridade tardia, deixando lacunas à respeito das alterações futuras desses prematuros, e as condições apresentadas pelas mães e família, necessitando a complementação de outros estudos. Considera-se a importância do incremento nas investigações e publicações brasileiras, uma vez que a prematuridade tardia é uma ocorrência significativa no país; bem como produções científicas desenvolvidas pelos profissionais enfermeiros, os quais vêm desempenhando papel fundamental no cuidado com os prematuros e suas famílias. O estudo sugere a necessidade de outras pesquisas, a fim de suprir necessidades de conhecimento e fortalecer as práticas de cuidado já existentes, contribuindo com a redução da morbimortalidade entre os prematuros tardios.

Palavras-Chave: Prematuro, Enfermagem, Neonatologia.

REFERÊNCIAS

- [1]. Rugolo, LMSS, Manejo do Recém-Nascido Pré-termo Tardio: peculiaridades e cuidados especiais. Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, São Paulo, maio. 2011. [acesso em 19 ago. 2013]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Pre-termo-tardio-052011.pdf>
- [2]. Ramos, HAC; Cuman, RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, 2009; 13(2). [acesso em 16 set. 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200009&lng=en&nrm=iso
- [3]. Araújo, BF. et al. Análise da morbiletalidade neonatal em Recém-Nascidos Pré-Termo tardios. Jornal de Pediatria Online, Porto Alegre. 2012; 88(3). [acesso em 20 maio 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572012000300013&lng=en&nrm=iso
- [4]. Ganong, L.H. Integrative reviews of nursing. Revista Nursing Health, 1987; 10(1):1-11.
- [5]. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília(DF): Ministério da Saúde; n. 32, 2012. [acesso em 09 out. 2014]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cadern_o_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ABSENTEISTAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM SANTA CATARINA, BRASIL

NÁDIA RUBIA HEYLMANN¹, ROSANA AMORA ASCARI², JERUSA FUMAGALLI SCHAFNUNES³

1. Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho do Centro Sul Brasileiro de Pesquisa Extensão e Pós-Graduação (CENSUPEG); 2. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e CENSUPEG; 3. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

RESUMO

Introdução: O absenteísmo refere-se à frequência ou duração do tempo de trabalho perdido quando os profissionais não comparecem ao trabalho, isso corresponde às ausências quando se esperava que os funcionários estivessem presentes. Constituem-se nas faltas, licenças, afastamentos para participação em programas de treinamento e desenvolvimento, entre outros¹. É importante considerar que as causas do absenteísmo nem sempre estão ligadas ao profissional, mas sim à instituição com processos de trabalho deficientes através da repetitividade de atividades, da desmotivação, das condições desfavoráveis do ambiente de trabalho, da precária integração entre os empregados e a organização e dos impactos psicológicos de uma direção deficiente que não visa uma política prevencionista e humanística². A ausência de funcionários no trabalho é influenciado por inúmeros fatores, intrínseco ou extrínseco ao trabalho, que atuam sobre a pessoa tornando o absenteísmo um problema de alta complexidade³. As ausências na enfermagem desorganizam o trabalho de toda uma equipe, ausência na qual traz graves perturbações à realização das atividades e sobrecarga aos demais membros do grupo. Reduz a produção, aumenta o custo operacional e dificulta a substituição dos trabalhadores diretamente. Os fatores relacionados com o absenteísmo feminino vão desde a necessidade de cuidado dos filhos e das tarefas domésticas até a maior suscetibilidade ao estresse e a problemas de saúde. Mesmo que tenha apenas um emprego, é comum a mulher enfrentar a dupla-jornada, representada pela associação do trabalho "fora de casa" com o trabalho doméstico³. Com base no exposto, sentiu-se a necessidade de conhecer a incidência do absenteísmo por doença junto aos trabalhadores de enfermagem e fatores geradores deste absenteísmo, na tentativa de refletir sobre a magnitude desta problemática para subsidiar ações de controle do absenteísmo na equipe de enfermagem de um Hospital

Universitário no estado de Santa Catarina, Brasil. Espera-se que os resultados auxiliem na reorganização do trabalho de forma a minimizar ou até eliminar seus efeitos nocivos à saúde dos trabalhadores de enfermagem, a saber: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. **Objetivo:** Identificar a incidência do absenteísmo por doença junto aos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário no estado de Santa Catarina e caracterizar a população estudada em relação ao gênero, avaliando os motivos de afastamento, categoria, idade e sexo. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, com abordagem quantitativa. Para ter acesso aos registros, do Serviço de Atenção da Saúde do Trabalhador (SAST), foi encaminhado ao hospital universitário um ofício ao representante do setor de RH, solicitando permissão de manuseio as informações coerentes. Que corresponderam ao período de janeiro de 2011 a dezembro de 2011. A coleta de dados obedeceu a um protocolo que preservou o anonimato das informações individuais, ao não se coletar nome e endereço dos funcionários atendidos, mas apenas as informações relativas ao absenteísmo da equipe de enfermagem do referido hospital. Os dados coletados foram organizados em forma de tabelas, analisados de acordo com estatística descritiva simples e discutidos com base na literatura. **Resultados e Discussão:** Este estudo compreende um total de 172 pessoas entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que procuraram o atendimento no Serviço de Atenção à Saúde dos Trabalhadores (SAST) em 2011, destes foram totalizadas 136 consultas entre atestados e afastamentos. De acordo com as características profissionais da equipe de enfermagem do hospital universitário estudado, verificou-se o perfil dos funcionários que recorreram a atestados e/ou licenças médicas no período janeiro de 2011 a dezembro de 2011, onde se encontram distribuídos da seguinte forma: predomínio da categoria técnicos de enfermagem (72,09%), sendo em sua

maioria mulheres (94,19%), na faixa etária de 26 a 35 anos (36,63%), casadas (44,19%), em sua maioria com nenhum filho (63,37%), trabalhadoras no período noturno (38,95 %). Alguns autores relacionam como causa do absenteísmo feminino, o fato de a maioria das mulheres inseridas no mercado de trabalho é responsável pelos afazeres de casa e cuidado com os filhos. Esta dupla jornada repercute em seu cotidiano e durante o seu turno de trabalho, não conseguindo afastar-se dos problemas do lar⁴. Os enfermeiros foram responsáveis por 13,5% (76) dos afastamentos. Estudo aponta que a menor frequência de afastamentos de enfermeiros no trabalho pode ser atribuída ao fato de que, sendo o profissional que responde pela equipe de enfermagem, a responsabilidade do cargo pode determinar uma presença mais constante, e menos cansativa. A ocorrência de uma maior quantidade de atestados entre os técnicos de enfermagem demonstram que quanto mais baixo o nível hierárquico ocupado pelos trabalhadores da equipe de enfermagem, maior a probabilidade de afastamentos por motivo de adoecimento. O número de dias afastados do trabalho, onde podemos observar que das 136 consultas realizadas foram 106, que prevaleceram de 1 a 4 dias de afastamento, isto corresponde (77,94%), seguido de 5 a 10 dias com 28 afastamentos (20,58%) e apenas 2 afastamentos foram de mais de 10 dias com (1,47%). Um estudo constatou que mais de 80% de todas as ausências tem duração igual ou inferior a três dias, contribuindo com menos de 15% dos dias perdidos; e que menos de 10% dos casos são responsáveis por mais de 80% dos dias perdidos. Verifica-se entre todas as categorias estudadas que, a unidade hospitalar de internações clínicas teve maior incidência entre licenças e afastamentos (24,26%), seguido da emergência com (19,85%), a UTI com (14,70%), a unidade de internação cirúrgica teve (11,02%), maternidade e berçário com (7,35%), pediatria (5,88%), centro cirúrgico (5,14%) e oncologia com (4,41%). Verifica-se do grupo estudado apresentando 136 afastamentos, que a maioria foi pro agravos de doenças, sendo que as doenças do olho e anexo prevalecem com 29 casos (21,32%), seguidas de doenças do sistema osteomuscular com 26 casos (19,11%); doenças do aparelho respiratório com 20 casos (14,70%); os atestados médicos por acompanhante 15 casos (11,02%), doenças do geniturinário e algumas doenças infecciosas e parasitárias somam cada uma 10 casos representando (7,35%); doenças do aparelho digestivo foram 9 casos (6,61%), gravidez, parto e puerpério com 8 casos (5,88%); doenças infecciosas intestinais 5 casos (3,67%) e as lesões e envenenamento e fatores que influenciam o estado de saúde e contato com serviço com 2 casos cada, (1,47%). **Conclusões e Contribuições para a Enfermagem:** O absenteísmo foi entendido como as faltas do trabalhador de enfermagem

às atividades laborais principalmente por doença dos olhos e anexos, osteomusculares e doenças do aparelho respiratório. Os dados apontam que a maior incidência é entre os técnicos de enfermagem, trabalhadores da unidade de internação conhecida como clínica médica, local de trabalho com maior índice de frequência equivalente a 33 afastamentos. O maior número de dias perdidos foi entre 1 a 4 dias representando 106 dias de trabalho perdidos. Os índices de absenteísmo por doença entre os trabalhadores de enfermagem da instituição pesquisada apresentam-se elevados, indicando a necessidade de estudos em cada local de trabalho, buscando detectar problemas causais específicos de cada unidade hospitalar e avaliação da organização e posto de trabalho com vistas à melhoria das condições de trabalho e promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem. Há também a necessidade de criação de um banco de dados para aperfeiçoar o registro das faltas, a fim de facilitar seu controle e possibilitar futuras pesquisas, visando à saúde, segurança e boas condições de trabalho dos profissionais de saúde, considerado um recurso valioso pela Organização Mundial de Saúde.

Palavras-Chave: Absenteísmo, Equipe de Enfermagem, Doença Ocupacional, Saúde do Trabalhador.

REFERÊNCIAS

- [1]. Chiavenato I. Recursos humanos. São Paulo: Atlas. 2000.
- [2]. Silva MPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. Rev Latino AmEnferm. 2000; 8(5):44-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n5/12366.pdf>
- [3]. Gehring Junior G, Corrêa Filho, HR, Vieira Neto, JD'A, Ferreira, NA, Vieira SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2007, 10(3):401-409. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n3/10.pdf>
- [4]. Reis RJ, La Rocca PF. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. Rev Saúde Pública 2003; 37(5):616-723. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17477.pdf>
- [5]. Meira JBB. Absenteísmo por enfermidade: sugestões para o seu controle. Rev. Bras. Saúde Ocup.1982; 10(40):68-76.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 2: Construindo conhecimento da extensão na Enfermagem

PROGRAMA DE FORMAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DA ATENÇÃO HOSPITALAR EM EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

CAMILA MARCON¹, VANESSA SCHORR¹, EDLAMAR KÁTIA ADAMY², CARLA ARGENTA², ANA PAULA ARALDI¹, KELI ASTRID HUBERT¹

1. Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Centro de Educação Superior do Oeste (CEO); 2. Enfermeira, Mestre, Professora efetiva do Departamento de Enfermagem da UDESC, CEO.

RESUMO

Introdução: Numa perspectiva transformadora das práticas de saúde e visando¹ aproximar as mesmas dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) articulando educação com o mundo do trabalho em saúde instituiu por meio da Portaria nº 198/GM de fevereiro de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)¹. A PNEPS foi proposta pelo MS como um dispositivo estratégico visando a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, fomentando assim a autoanálise e a autogestão dos trabalhadores da saúde. Em 2007 esta política foi atualizada onde foi delineada uma reestruturação da proposta inicial colocando a educação permanente como parte da gestão e com a adoção de novas estratégias para a sua implementação. Levando em consideração a importância da PNEPS e de se propor ações para sua real implementação, elaborou-se um Programa de Formação organizado em três ações distintas: Ação 1 – Implantar e implementar o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com ênfase na proposta e validação dos protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente. Ação 2 – Implantar e implementar Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE) como projeto piloto no setor de radioterapia e em outros setores a serem definidos. Aprofundar o conhecimento sobre o SAE/PE e a construção de um material didático pedagógico para o estudo da SAE/PE. Ação 3 – Capacitar os trabalhadores para o desenvolvimento de boas práticas de enfermagem. **Objetivo:** Descrever as principais atividades que vem sendo realizadas pelos componentes do Programa de Extensão com os profissionais do Hospital Regional do Oeste (HRO). **Metodologia:** O presente Programa de Extensão tem origem nos pressupostos da aprendizagem significativa.

Este método foi considerado mais apropriado tendo em vista que se aplica à formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde. A opção desta abordagem ocorreu também pelo seu caráter social uma vez que representa papel fundamental na construção do conhecimento sobre o cuidado em saúde que vai para além do biológico, pois é também social². Fazem parte do projeto estudantes, docentes, profissionais de saúde, gestores e profissionais voluntários que atuam no âmbito da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e HRO. Esta proposta vem sendo desenvolvida desde março de 2015 e seguirá até dezembro, com possibilidade de ser ampliada permanentemente, conforme demanda das instituições envolvidas. Este Programa se realizará a partir de três ações, sendo elas: Ação 1: vem sendo realizada por meio de rodas de conversa mensais entre o quadrilátero³, que atua no cuidado à saúde – gestão, assistência, ensino e controle social – as quais acontecem em uma quinta-feira a tarde por semana, nas dependências do HRO. “Rodas de conversa” é um espaço educativo que configura na metodologia participativa, é a forma de fazer educação do trabalho, como trabalhador e não para ele, pois trabalha-se com arranjos gerenciais, além de processos pedagógicos de organização da rede de atenção à saúde, de qualificação das práticas por meio da integralidade da atenção e da produção de aprendizagens significativas³. Os encontros vem sendo conduzidos por meio de metodologias ativas, o que pressupõe o uso de temas geradores a partir do cotidiano e dos nós críticos presentes no processo de trabalho, com vistas a qualificar o atendimento e a segurança do paciente. As rodas de conversa são mediadas pelos docentes e acadêmicos da UDESC e pela coordenação de Educação Permanente do HRO. Os encontros acontecerão durante todo o ano letivo com duração de aproximadamente uma hora cada. Em um dos encontros está previsto um ‘seminário de alinhamento conceitual’, tendo como tema os marcos conceituais e históricos da Educação

Permanente em Saúde e a SAE. Ação 2: Esta ação está sendo desenvolvida a partir de encontros semanais nas dependências do HRO de forma rotativa com o grupo de acordo com a área de atuação de forma que cada setor está se reunindo uma vez ao mês. Os encontros acontecem a partir de Rodas de Educação Permanente em Saúde e nesses estão presentes enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, gestores, escriturários e comissão de humanização do HRO, docentes e discentes da UDESC, e representantes da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN - SC). A Ação 2 iniciou com um projeto piloto no setor de radioterapia do HRO, onde estão sendo construídos instrumentos para todas as etapas do Processo de Enfermagem (PE), sendo constituídos pela anamnese e exame físico, diagnósticos de enfermagem, planejamento, intervenções e resultados de enfermagem. Estes instrumentos estão passando por um processo de revisão pelos docentes e discentes da UDESC, bem como pela enfermeira responsável pelo setor, com a posterior validação dos mesmos pela enfermeira. Ação 3: Esta ação se desenvolverá a partir de cursos com momentos de concentração e dispersão. Os momentos de concentração compreendem espaços de diálogo e debate acerca das políticas de saúde municipal, estadual e nacional. Nestes espaços ocorrerão aulas expositivas e dialogadas com a realização de dinâmicas, discussões de situações problemas e de artigos, onde o docente media e conduz as reflexões com os trabalhadores, sendo eles enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e aberto para a participação de outros profissionais que tiverem o interesse. Já os momentos de dispersão compreendem práticas de imersão no mundo do trabalho a fim de vivenciar os temas e as ações de humanização, acolhimento e de qualificação no atendimento às necessidades de saúde da população. Neste sentido, busca-se a integração da Educação Permanente como instrumento estratégico na qualificação dos serviços de saúde, bem como melhoria da qualidade da atenção ofertada à população. **Resultados:** Para a efetivação da ação 1, está sendo criado o Protocolo de risco de quedas e a implantação da Escala de Morsin, visando contemplar o Programa Nacional de Segurança do Paciente. A ação 2 constitui de um processo inicial de acompanhamento da rotina de trabalho do setor de radioterapia, em que a enfermeira demonstrou interesse em realizar o projeto piloto de implantação do PE, com a posterior construção, revisão e validação de instrumentos de anamnese e exame físico, diagnósticos e intervenções de enfermagem, que contemplam três etapas do PE. Além disso, para esta ação, realizou-se a construção de um manual didático pedagógico contendo informações para o estudo da SAE e do PE, que será revisado por docentes da UDESC, e, com a posterior

impressão e disponibilização para a equipe de enfermagem do HRO, objetivando o aprofundamento do conhecimento sobre os temas propostos. A ação 3 está sendo planejada para dar início no mês de maio, pois primeiramente teve-se que fazer um planejamento e dar início as ações 1 e 2. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** A partir do desenvolvimento das primeiras ações do Programa de Extensão no serviço de saúde, pode-se evidenciar a importância do mesmo para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos Recursos Humanos, além de contribuir para a implantação do PE, melhorando assim a qualidade na assistência e segurança do paciente. Além disso, vale ressaltar que a receptividade dos profissionais de saúde foi fundamental para o desempenho das atividades, contribuindo assim para uma troca de conhecimentos entre ensino-serviço. O desenvolvimento das ações do Programa de Formação para Profissionais da Enfermagem da Atenção Hospitalar em Educação Permanente em Saúde, contribui para o aperfeiçoamento profissional no que se refere a prática privativa do enfermeiro, bem como para fornecer um subsídio para a SAE/PE. O Programa auxilia no enfrentamento dos problemas que emergem no cotidiano do trabalho em saúde e enfermagem, fomentando assim o desenvolvimento dos profissionais de saúde num contexto que venham ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS, que integra a missão do HRO, por meio do comprometimento, busca e atualização do conhecimento em saúde e enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem, Educação Permanente, Formação de recursos humanos, Processos de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1]. Brasil. Portaria n. 198/GM de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.
- [2]. Minayo, MC de S, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008: 108 p.
- [3]. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. IN: Feuerwerker, LCM. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. IN: Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro; 2004; 14 [acesso em 19 abr 2015] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1a04.pdf>



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 3: Construindo conhecimento do ensino na Enfermagem

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UMA POSSIBILIDADE DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DOS ESCOLARES

LEIDINARA BARBOSA DE OLIVEIRA¹, DANIELE SCHOENINGER¹, PAOLA PRESSI¹, CLAUDETE RAULINO¹, ANGÉLICA PAULA PARAVISI¹, SIMONE NOTHAFT²

1. Acadêmicas da 8ª fase do Curso de Enfermagem – UDESC. Bolsista do Projeto de Extensão Ações pedagógicas nos espaços de saúde: contribuições para 15ª Conferência Nacional de Saúde; 2. Docentes no Curso de Enfermagem – UDESC. Membros do Projeto de Extensão Ações pedagógicas nos espaços de saúde: contribuições para 15ª Conferência Nacional de Saúde.

RESUMO

Introdução: O Programa Saúde na Escola (PSE) instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007¹, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, contribui para a construção de um sistema de atenção social, promove a comunicação entre escola e unidade de saúde e fortalece a participação social e comunitária². O PSE instituído pelo Ministério da Saúde e Educação constitui uma estratégia para a integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e saúde, na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde das crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, nos âmbitos das escolas e Estratégia de Saúde da Família (ESF) realizadas pelas equipes de saúde de forma integrada³. Junto aos componentes e ações do PSE, destaca-se a promoção da saúde e prevenção de agravos. O PSE utiliza-se de parceria com o Programa de Saúde da Família¹ para desenvolver ações de saúde na escola tendo como premissa dessa relação a intersetorialidade. As ações do PSE são feitas através de visitas domiciliares e permanentes das ESF às escolas participantes do PSE, avaliando as condições de saúde física e mental dos educandos durante o ano letivo, e programando ações e intervenções conjuntas entre as equipes de saúde e educação. Promovem-se ações de educação permanente em saúde, atividade física, e capacitação profissional para monitoramento da saúde dos estudantes. O PSE vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens

brasileiros, de acordo com o seu meio social. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos. A escola é um espaço privilegiado para as práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, uma importante demanda do Programa Saúde na Escola. **Objetivo:** Relatar a experiência da implantação da primeira e segunda etapa do PSE, por meio da avaliação antropométrica e oftalmológica de alunos do 1º ao 9º ano do período vespertino em uma instituição de ensino municipal da cidade de Chapecó, dando os devidos encaminhamentos após essa avaliação em conjunto com a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS), especialistas de cada área para cada situação encontrada. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência que ocorreu durante a disciplina de Estágio Supervisionado I, do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), que teve como campo de prática uma unidade básica de saúde, tendo em sua área de abrangência a uma escola municipal, com cerca de 478 alunos só no turno vespertino. A atividade ocorreu no período de abril a maio de 2015. Como atividade inicial foi discutida sobre a intervenção juntamente com a equipe do UBS Alta Floresta, que consentiu e orientou o desenvolvimento da atividade fornecendo material necessário. Organizou-se um cronograma que foi apresentado ao diretor da escola solicitando autorização para o início das atividades. A avaliação ocorreu durante cinco dias, nos quais se realizou avaliação antropométrica (peso, medida e Índice de massa corpórea - IMC), oftalmológica, e entrega da caderneta de saúde do adolescente para os estudantes de 10 à 19 anos de idade. Todos os resultados foram devidamente anotados na ficha do programa para controle e acompanhamento dos estudantes. **Resultados e**

Discussão: como resultados da experiência pode ser observado crianças com sobrepeso, baixo peso e acuidade visual prejudicada, chegando a 20/60, na escala Snellen. Os resultados obtidos reforçaram a importância de campanhas para a detecção e prevenção de problemas visuais, justificando a realização de iniciativas como o PSE dessa forma criando condições favoráveis para melhor aproveitamento visual³. Percebeu-se também a diferença de atitude com relação a atividade de acordo com a faixa etária de idade. Os adolescentes foram mais curiosos e apreensivos, sendo que alguns não aceitaram realizar a atividade proposta. Já com as crianças de 06 a 08 anos a avaliação foi mais demorada e cansativa pela difícil compreensão das instruções fornecidas e pouco conhecimento desenvolvido nesta fase escolar. Ao ser entregue a caderneta do adolescente aos estudantes a partir de 10 anos, era explicado do que se tratava e quando voltavam às salas, a curiosidade e os comentários atrapalhavam a aula, e era necessário que os professores interrompessem a atividade que estavam desenvolvendo para abrir espaço e discutir sobre o conteúdo da caderneta. Nesse sentido, o ambiente escolar é entendido como contexto propício para o desenvolvimento de práticas promotoras de saúde, já que exerce influência na construção de valores e estimula o exercício da cidadania⁴.

Considerações finais e Contribuições para a Enfermagem: O PSE é um programa que favorece o trabalho de promoção da saúde pelas ESF, e permite que os profissionais atuem estimulando a criança e o adolescente ao seu cuidado relacionado com a saúde e doença, discutindo sobre os seus determinantes e condicionantes. Além de envolver os educandos, o programa atinge também os educadores e toda a área adscrita da escola, tendo uma abrangência que inclui o território e família dessas crianças e adolescentes. Momentos de discussões sobre questões relacionadas à saúde no espaço escolar favorecem o desenvolvimento da consciência de corresponsabilidade que os estudantes têm sobre sua saúde e sobre o sistema de saúde do qual são usuários. A escola é um espaço rico para o desenvolvimento das atividades do enfermeiro, podendo atuar e aplicar não só o cuidado à saúde e doença, mas sim a prevenção e promoção à saúde, trabalhando com temas relacionados à sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, drogas, conhecimento do corpo humano principalmente com as crianças, importância e incentivo a atividades físicas, alimentação saudável, limpeza e higiene corporal, entre outras. Os estudantes de escolas que estão cadastradas e desenvolvem atividades do PSE, se tornam multiplicadores de conhecimento em todo o território no qual estão inseridos, tornando o processo de promoção de saúde mais eficaz e o fortalecimento do vínculo com o enfermeiro.

Palavras-Chave: Saúde escolar, Promoção da Saúde; saúde da criança, Saúde do Adolescente.

REFERÊNCIAS

- [1]. Vieira AC, Vieira VS. A necessidade de capacitação dos profissionais do programa saúde na escola para inclusão de orientações posturais preventivas no âmbito escolar. *Rev. Ciência em tela*, Rio de Janeiro. 2011; 4(2):1-15.
- [2]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a passo Programa Saúde na Escola / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
- [3]. Granzoto JA, *et al.* Avaliação da acuidade visual em escolares da 1ª série do ensino fundamental. *Rev. Arq Bras Oftalmol*, São Paulo. 2003; 66:167-71.
- [4]. Santos ZMSA, Caetano JA, Moreira FGA. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial: uma tecnologia educativa em saúde. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2011; 16(11):4385-4394.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 2: Construindo conhecimento da extensão na Enfermagem

PROMOÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL NA ATENÇÃO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

BERNADETTE KREUTZ ERDTMANN¹, CARINE PROVENSÍ², LUIZ HENRIQUE DE CESARO²

1. Professora efetiva pela Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Mestre em Enfermagem. Especialista em Administração dos Serviços de Saúde e de Enfermagem e Especialista em Biossegurança; 2. Acadêmica (o) do Curso de Graduação em Enfermagem da UDESC.

RESUMO

Introdução: Trata-se de um projeto de extensão universitária com atividades de promoção da saúde com famílias residentes na área rural. Utiliza-se o Processo de Enfermagem tendo como base teórica o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e Modelo Calgary de Intervenção da Família (MCIF). O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) é composto por uma estrutura multidimensional e integral. Consiste de três categorias principais: a estrutural, de desenvolvimento e a funcional. A Avaliação Estrutural da Família está dividida em subcategorias: interna, cujos componentes a serem observados são a composição da família, gênero, a orientação sexual, a ordem de nascimento, os subsistemas internos à família e os limites que correspondem às funções de cada membro. A subcategoria externa inclui a família extensa caracterizada pela família de origem e a família atual os sistemas mais amplos que são as pessoas das quais a família mantém contatos significativos. A subcategoria contexto divide-se em: etnia que se deriva do conceito que a família atribui a combinação histórica, raça, e classe social e da religião. A raça como contribuinte e fortalecimento da identidade dos participantes familiares. A subcategoria classe social e a vinculação com o próprio conjunto de valores, estilos de vida e comportamentos que influenciam a interação familiar e as práticas de cuidado. A subcategoria espiritualidade e ou religião se refere as crenças religiosas e/ou os rituais e práticas dos membros de uma família e que podem influenciar no processo de viver com mais saúde. A subcategoria ambiente abrange a comunidade, o entorno da família, os vizinhos, bem como os acessos aos serviços das quais a família necessita¹. Para a avaliação estrutural da família é desenhado o genograma e o ecomapa sendo que o genograma nos dá o desenho da estrutura interna da família e o ecomapa que incorpora o genograma representa uma visão ampliada do mundo da família, das relações internas e externos da família¹.

Avaliação de Desenvolvimento da Família: A categoria de desenvolvimento está composta por três subcategorias, a saber: estágios, tarefas e vínculos. A subcategoria estágios aborda o ciclo vital dos componentes da família, verifica e avalia o processo de transição destes ciclos e a repercussão intrafamiliar e as mudanças e os rearranjos necessários para um viver mais harmonioso desta família. Podendo compreender família com filhos pequenos, com adolescentes, saída dos filhos, com idosos e os papéis de cada membro nestas circunstâncias no cuidado à saúde¹. A subcategoria vínculos é importante para a enfermeira reconhecer os vínculos mútuos buscando fortalecer os laços familiares, com amigos, na comunidade enfim, o que é relevante para cada membro. A subcategoria tarefas se refere aos ajustes dos sistemas intrafamiliares e quais os provedores de cuidados¹. Avaliação Funcional da Família se refere a como os indivíduos se comportam uns com os outros, é o aqui e agora da família e está dividida em duas subcategorias: a instrumental e expressiva. A subcategoria instrumental se refere às atividades diárias e rotineiras dos membros da família, tais como, alimentar-se, vestir-se, dormir, medicar-se. As atividades instrumentais da vida cotidiana familiar podem sofrer estresse na presença de uma doença ou de familiar com necessidade de atenção específica. O papel da enfermeira neste processo é vital, pois ela irá planejar os cuidados de modo buscando o (des)estresse familiar¹. A subcategoria expressiva incorpora a formas de comunicação intrafamiliar, a solução de problemas, a definição das funções relativas ao cuidado do ente necessitado. A influência e o poder de algum membro que influencia nas adequações familiares. As crenças de indivíduos e da família com um todo que direcionam o cuidado. E as alianças e uniões que se formam para o enfrentamento, neste caso, inclui a enfermeira¹. Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF) está associado ao MCAF descrito acima, pois após ou simultaneamente a aplicação do MCAF ocorre a intervenção da enfermeira, ou seja, se estabelece o plano

de cuidados de enfermagem àquela família objetivando as mudanças, que visa promover a saúde através do auto cuidado, prevenir doenças e ou agravos, recuperação da saúde e melhorar e sustentar o funcionamento de um ou mais membros da família em relação as respostas positivas frente à vivência como cuidado diário de saúde. Outro importante instrumento de avaliação da saúde da família é a classificação de grau de risco da família, segundo Coelho² são atribuídos pontuações para alguns determinantes que possam afetar a dinâmica de viver com saúde da família. Entre os fatores apresentados temos: fatores socioeconômicos - discute a renda familiar; fatores educacionais - discute a alfabetização do chefe da família; fatores ambientais e estruturais - discutem o abastecimento de água, condições da residência e riscos físicos de segurança do local da residência; fatores clínicos - discutem as patologias prevalentes e os agravos e medicação; fatores estruturais da família - discutem as presenças de crianças, adolescentes, gestantes, idosos com patologias específicas. A todos os fatores é atribuída uma pontuação que gerará o grau de risco da família. Tal classificação melhora a resolatividade dos serviços de saúde à família.

Objetivos: Desenvolver ações de promoção em saúde, prevenção primária e secundária de agravos à saúde integral de famílias residentes do campo, ou seja, na área rural, que cuidam de um membro com necessidades de atenção diária. **Método:** As famílias foram sugeridas pela enfermeira da equipe da Estratégia da Saúde da Família do município de Palmitos/SC responsável da área da qual pertence as famílias, esse projeto concentra-se no atendimento domiciliário de enfermagem a família rural que apresenta necessidade de cuidados da enfermagem, preferencialmente, àquelas famílias que cuidam de indivíduo dependente ou semi-dependente de cuidados para o desenvolvimento das atividades de vida diária (AVD). Na primeira abordagem, é aplicado o Histórico de Enfermagem, através da consulta de enfermagem com utilização de instrumentos de registros tais como MCAF e o instrumento de Classificação de risco da família. Sempre que necessário ocorre contato direto com a equipe de ESF da área de abrangência da família num sistema de referência e contra referência. Para o presente ano será agendada uma oficina com as enfermeiras de todas as ESF do município para discutir o MCAF e MCIF, bem como o roteiro de classificação de risco da família. **Resultados:** No ano de 2014 foram acompanhadas duas famílias e em 2015 acrescentaram-se mais duas famílias, residentes no interior do município de Palmitos/SC, sendo aproximadamente 10 pessoas atingidas diretamente pelo projeto. Foram realizadas oito visitas domiciliares a cada família e prestados cuidados tais verificação dos sinais vitais e principalmente orientações sobre autocuidado à família com idoso com DPOC, tabagista e com sequelas de

AVE, bem como cuidado com ferimentos em outros membros da família. Ocorreu também a necessidade de apoio emocional pelo falecimento de um dos membros da família. Em outra família a avaliação focou mais nas condições de higiene do ambiente e corporal de uma idosa. Também ficou evidenciado o apoio aos demais membros dessa família, que por vezes a intervenção da enfermeira voltava-se a uma jovem senhora com queixas de mal estar difusas. Concomitante está sendo desenvolvida uma pesquisa e a elaboração de um *software* para otimizar a elaboração de genogramas e ecomapas pelas Unidades Básicas de Saúde, sendo estes baseados no modelo de Calgary para sua formulação, na modalidade de TCC. **Conclusão:** A utilização de modelos consolidados para avaliação e intervenção na família propiciou um olhar mais acadêmico da extensão. Os resultados dessa prática permite afirmar de que as famílias que receberam o acompanhamento dos extensionistas expressaram uma imensa satisfação e solicitaram a continuidade da assistência. A classificação de risco da família enquanto instrumento de avaliação nos mostrou riscos moderados para as duas famílias atendidas em 2014, sendo que a principal preocupação recaia nos idosos. Em ambas as famílias conviviam três gerações. As ligações fortes estavam ligadas entre os membros da família e com a igreja e vizinhos. Por outro lado, ligação conflituosa de uma família com um vizinho por problemas de fornecimento de água.

Palavras-Chave: Enfermagem, Autocuidado, Modelo Calgary, Visita domiciliar.

REFERÊNCIAS

- [1]. Wright L, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família. 4ª ed. Rio de Janeiro: ROCA, 2008.
- [2]. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2004, v.1, n.2, p. 19-26. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2145.pdf>. Acesso em: 24 fev 2013.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 2: Construindo conhecimento da extensão na Enfermagem

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM COMUNIDADES RURAIS DO OESTE CATARINENSE ATRAVÉS DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS

KICIOSAN BERNARDI GALLI¹, ROBSON LOVISON², SARA PÍCCOLI²

1. Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão no Trabalho, Professora pela Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; 2. Acadêmica (o) do Curso de Graduação em Enfermagem da UDESC.

RESUMO

Introdução: Desde a antiguidade, a preocupação com o controle das doenças, melhoria do ambiente físico, provisão e abastecimento de água e alimentos, bem como a assistência à saúde fazem parte da vida em comunidade. Para cuidar da saúde, os povos recorriam a tratamentos naturais, como o uso de plantas medicinais, os banhos de imersão, os benzimentos e a oração. Ao longo do tempo novas exigências relativas ao cuidado humano foram sendo incorporados nas mais diversas sociedades¹. Na sociedade ocidental, o modelo biomédico ou medicina convencional, é o método principal para tratar e curar doenças, distanciando-se do enfoque na saúde. Este modelo de saúde que prioriza a superespecialização e tem seu foco na doença, tem gerado certo grau de insatisfação popular, levando muitas pessoas a cuidar da saúde com outros métodos, resgatando tratamentos de saúde milenares como o uso de plantas medicinais, e trazendo para o ocidente formas orientais de tratar a saúde, a exemplo da acupuntura. Decorrente desta insatisfação observou-se a partir do ano de 1960, a intensificação do movimento pelas Práticas Integrativas e Complementares – PICs, motivado por fatores associados à diminuição da morbimortalidade, doenças infectocontagiosas, ao aumento da expectativa de vida e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Aliado a estes fatores, iniciou-se também uma crítica ao poder da medicina convencional sobre os pacientes, a consciência de que ela não resolvia todos os problemas de saúde, a preocupação com os efeitos colaterais dos medicamentos e com o excesso de intervenções cirúrgicas e exames complementares². Em resposta ao movimento pelo uso de terapias alternativas, a Organização Mundial da Saúde - OMS, no ano de 2002, divulga um documento incentivando o uso da Medicina Tradicional, uma terminologia ampla que inclui terapias como meditação, terapias a base de ervas, partes de animais e vegetais, acupuntura, terapias

manuais e terapias espirituais. Segundo a OMS, a Medicina Tradicional compreende um conjunto de crenças e práticas terapêuticas de atenção à saúde não alopática, que procuram atender ao indivíduo de forma holística, tendo como base a confiança e o vínculo terapeuta/usuário³. No Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde, diversas ações foram criadas para garantir o acesso universal, integral e igualitário aos serviços de saúde. Dentre estas ações, destacamos, no ano de 2006, a aprovação de duas ações na saúde pública que foram ao encontro do preconizado pela OMS: a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, este último definindo o conceito de planta medicinal como toda “Espécie vegetal cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos. Chama-se planta fresca aquela coletada no momento de uso e planta seca a que foi precedida de secagem, equivalendo à droga vegetal”⁴. A referida Política também é composta por dois eixos temáticos: eixo agroindustrial e eixo das tradições. No eixo das tradições, o Ministério da Saúde descreve que “as regulamentações devem ser direcionadas a salvaguardar, preservar e apoiar os conhecimentos, práticas, saberes e fazeres tradicionais e populares de plantas medicinais, remédios caseiros e demais produtos para a saúde que se estruturam em princípios ancestrais e imateriais”⁴. A Política Nacional de Plantas medicinais também preconiza a capacitação técnico-científica de todos os indivíduos envolvidos em todas as áreas acerca deste tema, bem como incentiva a produção sustentável de plantas medicinais em comunidades rurais, entendendo que a agricultura familiar apresenta, além da disponibilidade de terra e trabalho, o conhecimento tradicional e longa experiência com práticas agroecológicas⁴. Com a legislação amparando as PICs, vários municípios brasileiros têm implantado em seus serviços públicos de saúde o programa de plantas medicinais/fitoterapia, com acompanhamento dos

resultados na saúde da população e na diminuição de custos para o município⁵, bem como levando em conta o apontamento dos usuários em relação as vantagens do uso de plantas medicinais pela sua eficácia, baixo custo e redução de efeitos colaterais. No entanto, é possível encontrar as plantas medicinais e os fitoterápicos utilizados e comercializados sem os devidos cuidados desde a etapa de colheita até a dosagem correta para o uso, apresentando efeitos colaterais e interações medicamentosas indesejáveis. Diante do exposto, e entendendo que os enfermeiros inseridos nas equipes de Saúde da Família desenvolvem um papel importante junto às comunidades no que tange as atividades de educação popular em saúde, a Graduação em Enfermagem da Udesc desenvolve um projeto de extensão focado no uso de plantas medicinais pela comunidade e pelo serviço público de saúde, incentivando seu uso de forma consciente e segura pela população. **Objetivos:** Desenvolver oficinas de capacitação sobre plantas medicinais junto às mulheres agricultoras no município de Cunha Porã - SC. **Método:** Rodas de conversa sobre temas geradores apontados pelas mulheres agricultoras referentes a utilização das plantas medicinais associando o saber popular ao saber científico. Desde o início do projeto, foram realizados cinco encontros reunindo as mulheres agricultoras de várias comunidades rurais do município, secretário de saúde e equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, representantes da Epagri e Cooperativa Regional Auriverde. **Resultados:** no primeiro encontro a discussão abordou os objetivos do projeto de extensão e a experiência das mulheres em relação ao uso de plantas medicinais em suas comunidades. O segundo encontro teve como tema gerador a elaboração de um horto medicinal, que resultou na solicitação de uma viagem para conhecer *in loco* como se dá a organização e manutenção de um horto medicinal. No terceiro encontro as mulheres agricultoras e equipe do NASF conheceram dois hortos medicinais em Florianópolis – SC e um horto medicinal de Camboriú – SC. O quarto encontro foi a organização de um seminário sobre plantas medicinais e o quinto encontro foi a realização do evento I Encontro de Plantas Medicinais em Cunha Porã, promovido pela UDESC e Prefeitura Municipal de Cunha Porã, com o apoio da EPAGRI, Cooperativa Regional Auriverde e Associação Catarinense de Plantas Medicinais, que abordou o cenário atual da utilização das plantas medicinais pela população e capacitou as equipes do NASF e ESF, bem como as mulheres agricultoras, para a implantação do programa de Plantas Medicinais na Atenção Básica Municipal. **Considerações finais e Contribuições para a Enfermagem:** Quando se iniciou o projeto de extensão no município esperava-se a adesão e participação das mulheres agricultoras e o apoio da Secretaria Municipal de Saúde. A partir do primeiro

encontro, percebeu-se que o município estava não só apoiando, mas confiando no projeto de extensão como uma ferramenta de auxílio para a implantação do Programa de Plantas Medicinais no município. Com a legitimidade das PICs, em especial da fitoterapia no SUS, urge estudar, pesquisar e desenvolver protocolos de atendimento pautados no conhecimento tradicional aliado ao saber científico de forma que a utilização das plantas medicinais tenha eficácia, segurança e resolubilidade para atender as demandas de saúde. Os próximos passos do projeto de extensão são uma nova capacitação técnica para as mulheres agricultoras e equipe do NASF, visando a efetivação do horto medicinal em uma área cedida pela Prefeitura Municipal, que terá sua organização e manutenção pelas mulheres agricultoras participantes do projeto e a elaboração de protocolos de utilização das plantas medicinais mais utilizadas pela população cunhaporense para tratamento de agravos à saúde. A parceria estabelecida com a EPAGRI, Cooperativa Regional Auriverde e Associação Catarinense de Plantas Medicinais fortaleceu o projeto e vislumbra-se a realização da VIII Jornada Catarinense de Plantas Medicinais na região Oeste Catarinense. Ressaltamos que o projeto de extensão vai ao encontro do Programa Nacional de Plantas Medicinais no SUS no que tange as seguintes diretrizes: recursos humanos, conhecimento tradicional e popular, e produção/cultivo de plantas medicinais. As PICs estão paulatinamente inserindo-se no Sistema Único de Saúde e a enfermagem, como profissão da saúde que estabelece vínculos mais profundos com a comunidade onde atua e tem, na sua formação, as bases da promoção em saúde, integralidade na atenção e atuação pautadas no princípio humanístico, as plantas medicinais representam a oportunidade de mais uma área de atuação para o enfermeiro no Sistema Único de Saúde e também no ensino, na pesquisa e na extensão comunitária.

Palavras-Chave: Enfermagem, Extensão, Plantas Medicinais, Terapias Integrativas e Complementares, Mulheres Agricultoras.

REFERÊNCIAS

- [1]. Piriz, Manuelle Arias et al. Uso de plantas medicinais: impactos e perspectivas no cuidado de enfermagem em uma comunidade rural. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2013; 15(4):992-999. (acesso 15 mai. 2015) Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/19773>
- [2]. Otani Márcia Aparecida Padovan, Barros Nelson Filice de. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Mar [cited 2015 May 15]; 16(3):1801-11. (acesso 15 mai. 2015) disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300016

- [3]. Organización Mundial de laSalud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Organización Mundial de laSalud: 2013. (acesso em 15 mai. 2015) Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf?ua=1
- [4]. Brasil. Programa Nacional de Plantas Medicinai s e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (acesso 15 mai. 2015) disponível em:
http://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_plantas_medicinai s_fitoterapicos.pdf
- [5]. Rosa Caroline da, Câmara Sheila Gonçalves, Béria Jorge Umberto. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 Jan [cited 2015 May 15]; 16(1):311-18. (acesso em 04 mai. 2015) Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100033>



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: A ESPERANÇA QUE NUNCA CHOVA

SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE¹, CRHIS NETTO DE BRUM², CÉLIA REGINA MACHADO RECKTENVALD³, DHIANE TERRIBLE³, JOSEANI BANDEIRA³, MARIA ELISABETE CALADO RAMALHO DOS SANTOS³

1. Enfermeiro, Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria, Bolsista CAPES, Universidade Federal de Santa Maria; 2. Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UFFS/SC; 3. Enfermeira, Graduação em Enfermagem, Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado da UFFS/SC; 4. Acadêmica de Enfermagem da UFFS/SC, Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado da UFFS/SC.

RESUMO

Introdução: A qualidade de vida é compreendida a partir de uma concepção individual e multidimensional, a qual é diretamente influenciada por fatores relacionados à educação, à economia e aos aspectos socioculturais e espirituais¹. E diante do exposto, tem ganhado destaque na literatura, questionamentos em relação as alterações que acabam acometendo a vida dos estudantes, que mediante a sua inserção no cotidiano acadêmico, tem passado por distintas modificações em seu estilo de vida, dos quais destaca-se: o sedentarismo, poucas horas de sono, má alimentação, crises hipertensivas, sendo necessário acompanhamento médico e uso de medicamentos, estar distante da família, fragilidade emocional, a moradia em repúblicas e a necessidade de mudar-se com frequência por desentendimento ou questão financeira, alimentação inadequada à base de lanches e preocupações com trabalhos e provas. Tais considerações permitiram uma profunda reflexão acerca da qualidade de vida dos estudantes, em especial os do curso de graduação em enfermagem, em virtude de ser esta uma área do conhecimento que prima pelo cuidado com os demais seres humanos e pauta suas ações na promoção e prevenção da saúde. Entretanto, muitas vezes, esquece-se do cuidado com a sua própria qualidade de vida, os quais os estudantes vivenciam sobrecargas de trabalho semelhantes a de profissionais já inseridos no mercado de trabalho. Isso sinaliza para uma preocupação quanto a possíveis comprometimentos a saúde, iniciados durante a vida acadêmica, e que podem posteriormente ter maiores repercussões em seu contexto profissional e até mesmo pessoal². Assim justifica-se este estudo, uma vez que durante a formação do enfermeiro, inúmeras condições podem potencializar ou interferir a qualidade de vida, e que esta, pode comprometer a saúde física e

mental, profissional, espiritual, social, política e econômica, das quais destaca-se para este estudo a condição psicológica. Diante do exposto, apresenta-se como pergunta de pesquisa: Como os estudantes do curso de graduação em enfermagem percebem a qualidade de vida em seu cotidiano de ensino-aprendizagem? Como objeto de estudo: a qualidade de vida de estudantes que vivenciam o curso de graduação em enfermagem. **Objetivo:** Descrever a percepção sobre a qualidade de vida de estudantes que vivenciam o curso de graduação em enfermagem, na concepção da condição psicológica. **Método:** O presente estudo caracteriza-se como uma investigação qualitativa exploratório-descritiva, desenvolvido na Universidade Federal da Fronteira Sul no Campus de Chapecó (UFFS/SC). Foram incluídos na pesquisa estudantes de graduação do curso de enfermagem a partir da sexta fase do curso. E excluídos: os estudantes que estivessem desenvolvendo outra graduação, concomitante a de enfermagem. A descrição da etapa de campo envolveu, inicialmente, a aproximação e ambientação com o cenário da pesquisa. Posteriormente, foi desenvolvida a produção dos dados, o qual foi utilizada a Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (DCS), fundamentada no Método Criativo e Sensível (MCS). A dinâmica desenvolvida para a produção dos dados foi a Mapa Falante, caracterizada como uma produção artística, visto que consiste na construção de um mapa desenhado pelos participantes a fim de explicitar o objetivo do estudo³. As questões geradoras de debate foram: Como me vejo hoje como estudante(a) de graduação do curso de enfermagem? O que significa qualidade de vida para mim? Como é a minha qualidade de vida? O período para a produção dos dados foi no mês de setembro de 2014, sendo realizada duas dinâmicas, às quais foram audiogravadas em um aparelho do tipo MP3. Para a transcrição dos dados, com o intuito de manter o sigilo

dos participantes, os estudantes foram codificados pela letra "E" de estudante, e um número arábico (E1, E2, E3, sucessivamente). Após a transcrição das dinâmicas, os dados foram analisados conforme a Análise de Discurso Francesa⁴. Este processo consistiu em analisar as unidades do texto para além do conteúdo explícito da frase, possibilitou a leitura dos interdiscursos, valorizando a relação de sentidos na interação com o outro, levando em consideração sua historicidade. A partir da análise de Discurso Francesa foi definida a categoria analítica: Estudantes de enfermagem e suas percepções sobre sua qualidade de vida. Ressalta-se que o projeto passou pela aprovação da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Chapecó (UFFS/SC) e foi devidamente registrado na Plataforma Brasil e encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFFS/SC, recebendo o parecer número 753.435 de 20 de agosto de 2014. O projeto respeitou os preceitos éticos da Resolução de número 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentares da pesquisa envolvendo a participação de seres humanos.

Resultados: A pesquisa foi composta por 16 estudantes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó (UFFS/SC), dos quais sete participaram da primeira DCS, e nove da segunda. A partir da categoria analítica, Estudantes de enfermagem e suas percepções sobre sua qualidade de vida, foi possível identificar o subtema: Condição psicológica: esperança de que no dia nunca chova, o qual aponta que a percepção dos estudantes sobre qualidade de vida estão ligadas a determinadas perspectivas: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência, e sentimentos negativos. Durante a graduação, são vários os sentimentos relatados pelos universitários, momentos de esperança por estar próximo ao final do curso, uma perspectiva de iniciar a carreira com um bom trabalho, e, por vezes, sentimentos de impotência diante de vários obstáculos que a vida acadêmica trás. As características apontadas pelos estudantes neste subtema refletem as motivações e as dificuldades que estão atreladas a qualidade de vida. Assim Paro e Bittencourt⁵ ao identificar as percepções sobre Qualidade de Vida, aponta que estas são determinadas pela prevalência de fatores positivos sobre a Qualidade de vida e também da saúde, ou por fatores negativos, que são desencadeadores de estresse. Desta forma, salienta-se que a perspectiva do estudante é de que nunca chova, e que prevalessam as motivações, permitindo a constituição de uma melhor qualidade de vida. Assim, destaca-se que para os estudantes apresentem melhorias em seu desempenho acadêmico e profissional, depende da compreensão de suas alterações psicoemocionais e da valorização de aspectos que parecem interferir em sua

qualidade de vida. **Considerações Finais:** A partir dos achados neste estudo foi possível perceber que o curso de graduação, exige do estudante uma série de adaptações em seu cotidiano, que são muitas vezes necessárias para a sua formação profissional, entretanto, podem acabar prejudicando sua qualidade de vida e sua condição psicológica. Foi possível perceber, que existe uma variação de sentimentos, que fazem de todo o contexto do estudante, seja o acadêmico, o profissional, ou até o familiar. Estes sentimentos estão atrelados a momentos de esperança pela finalização do curso, uma perspectiva de iniciar a carreira com um bom trabalho, e, por vezes, sentimentos de impotência diante de vários obstáculos que a vida acadêmica acaba proporcionando. Assim, torna-se essencial a discussão sobre a temática qualidade de vida dos estudantes dentro da universidade, buscando desta forma, articular as políticas públicas estudantis. No mesmo contexto, salienta-se a necessidade de elaboração de intervenções que tratem sobre a temática, por meio da instituição de ensino e/ou em conjunto com os professores, considerando momentos que podem estar atrelados aos componentes curriculares, ou por grupos de conversas, escuta ativa, ou até mesmo por meio de projetos de extensão, a fim de buscar, articular e proporcionar caminhos que possam levar a uma melhor qualidade de vida a estes estudantes, com o propósito de melhorar o desempenho dos estudantes e tornar o período da graduação menos estressante.

Palavras-Chave: Estudantes de Enfermagem; Qualidade de vida; enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1]. Arronqui GV, Lacava RMVB, Magalhães SMF, Goldman RE. Percepção de graduandos de enfermagem sobre sua qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2011; 24(6):762-765.
- [2]. Oliveira BM, Mininel VA, Felli VEA. Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011; 64(1):130-135.
- [3]. Cabral IE. Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança bebê: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem. [Tese de doutorado]. Escola de Enf Anna Nery. Rio de Janeiro, 1997; 210 p.
- [4]. Orlandi EP. Análise de Discurso: princípios e procedimentos. 7a ed. Campinas: Pontes; 2009
- [5]. Paro CA, Bittencourt ZZC. Qualidade de Vida de Graduandos da área da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2013; 37(3):365-375.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA ONCOLÓGICA EM CRIANÇAS

LUANA PATRÍCIA VALANDRO¹, CRHIS NETTO DE BRUM², SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE³, DHIANE TERRIBILE⁴, MARINEZ SOSTER DOS SANTOS⁵, MARIA ELISABETE RAMALHO DOS SANTOS⁵

1. Acadêmico de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS); 2. Docente, Doutoranda, Professora do curso de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS); 3. Docente, Doutorando. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado da UFFS/SC; 4. Enfermeira. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado da UFFS/SC; 5. Acadêmico de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

RESUMO

Introdução: Em adultos, o surgimento de câncer normalmente está relacionado à exposição aos fatores de risco, tais como tabagismo, má alimentação e contato constante com produtos químicos. Porém os tumores pediátricos possuem poucas explicações cabíveis, sendo de forma geral relacionados a hereditariedade e/ou fatores genéticos. O câncer infantil representa 0,5% a 3% de todos os tumores na maioria das populações. Trata-se de um grupo de doenças, caracterizadas pelo aparecimento de células modificadas, com tendência de multiplicação rápida, desordenada e agressiva¹. Neste processo, destaca-se que a revelação de doença oncológica acaba se tornando uma difícil tarefa quando atinge a uma criança, uma vez que repercute em todo o seu contexto familiar². Embora a revelação do diagnóstico seja uma responsabilidade médica, acaba tendo repercussões em uma esfera psicossocial e existencial, tendo como consequência o medo, ansiedade, pensamentos sobre a vida, morte, futuro, entre outros. Desta forma, destaca-se que a comunicação de más notícias, principalmente, relacionadas a doenças oncológicas, pode afetar a visão do futuro tanto para a criança, quanto a de sua família, piorando caso a revelação do diagnóstico seja realizada de forma inadequada. Tal ação deve ser realizada de forma planejada e organizada por parte do profissional responsável, de modo que o receptor compreenda todos os aspectos explicados, além de oferecer suporte ao mesmo, caso necessário³⁻⁴⁻⁵. **Objetivo:** O objetivo do respectivo trabalho é identificar nas produções científicas o que vem sendo produzido sobre revelação do diagnóstico de crianças com câncer. **Método:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Teve como pergunta de pesquisa: o que tem sido produzido sobre a revelação do diagnóstico de crianças com câncer? Os descritores

selecionados para compor a estratégia de busca, seguem em conformidade com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS), a partir da pergunta de pesquisa, e foram definidos como: (saúde da criança or criança or crianças) and (neoplasias câncer) and (revelação da verdade or comunicação). A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) na base de dados eletrônica, nos seus respectivos formulários avançados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Para a seleção dos estudos, os critérios de inclusão utilizados foram os seguintes: trabalhos que possuíssem resumos online; que fossem nos idiomas português, inglês ou espanhol; que fossem publicados até o ano de 2014; que respondessem a pergunta de pesquisa; e que estivessem na íntegra e gratuitos online. Já os critérios de exclusão foram: teses, dissertações, capítulos de teses, capítulos de dissertações, monografias, livros, capítulos de livros, manuais ministeriais, anais de eventos, artigos de revisão, reflexão, relatos de experiência e trabalhos que não abordassem o tema. Não houve recorte temporal para a realização da coleta dos estudos. Foram encontrados 10 publicações na LILACS e 411 publicações na MEDLINE, sendo que após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restou 1 artigo na LILACS e 25 artigos na MEDLINE. **Resultados:** Dentre os trabalhos analisados foi possível identificar que as produções tem apontado diferentes formas de realizar a revelação da doença oncológica, e uma delas ocorre por parte dos pais, para seus filhos, porém os estudos apontam opiniões divergentes sobre a questão de revelar ou não a doença para a criança. A revelação do diagnóstico da doença, também pode ser realizada pelo profissional médico, para os pais da criança. Entretanto, percebe-se que para este momento de revelação do diagnóstico de doença oncológica na criança para a

família necessita de uma construção de apoio por parte dos profissionais da saúde. Também foi possível identificar que a revelação do diagnóstico pode ser realizada por meio de uma comunicação imediata, tanto para a criança, quanto para sua família. Entretanto destaca-se, que mesmo sendo de forma imediata deve haver uma atenção especial ao local e ao sujeito a quem será revelado o diagnóstico. Salienta-se que as produções apontam que em determinados países houve uma evolução no método de revelação de diagnóstico por parte da equipe médica, assim como, as diferentes abordagens de comunicação. Outras produções apontam questões psicológicas dos pais após a revelação do diagnóstico de seus filhos, necessitando de uma adaptação dos pais após a revelação e a necessidade de apoio por parte dos profissionais, assim como, não deixar os pais perderem a esperança. A revelação do diagnóstico de doença também apresenta-se relacionada nas produções científicas com o cuidado paliativo, tanto por parte dos profissionais, quando por parte dos pais, destacando-se como um momento difícil e complexo. E por fim, as produções destacam as preferências dos pacientes sobreviventes do câncer em relação a revelação do seu diagnóstico, de modo que a grande maioria preferia ser informado sobre a sua situação de doença.

Conclusão e Contribuições para a Enfermagem: Os resultados apontam o quem vem sendo produzido sobre a revelação do diagnóstico de câncer de crianças. De forma geral, os trabalhos giram em torno da comunicação de profissional para pais, pais para filhos e profissionais para as crianças. Além disso, foram encontrados trabalhos que estudam as questões psicológicas dos pais após a revelação e trabalhos voltados a revelação dentro dos cuidados paliativos. Pode-se perceber que o momento de revelação é difícil, mas mesmo assim, as crianças apontam que gostariam de ser informados sobre sua doença, e não somente os pais. Isso pode contribuir para a evolução e adesão ao tratamento, por parte da criança, assim como, possibilitar ela ser coadjuvante no seu processo saúde-doença. estudo do respectivo tema é de extrema importância para o aprimoramento do conhecimento de enfermagem. Nestes casos as crianças e suas famílias necessitam de um cuidado holístico e afetivo, de modo que sejam percebidas suas reais necessidades. Os enfermeiros estão diariamente em contato com as crianças e famílias e, neste momento de dificuldade, o apoio e o cuidado podem minimizar o impacto da doença. Além disso, a partir do desenvolvimento desta pesquisa, tem-se a possibilidade de aproximar o familiar e o paciente ao serviço de saúde, uma vez que ao dar voz aos seus significados referentes a revelação do diagnóstico bem como as suas especificidades, é possível contribuir para a realização de um cuidado integral.

Palavras-Chave: Crianças, Neoplasias, Revelação da verdade, Comunicação.

REFERÊNCIAS

- [1]. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA. 2008.
- [2]. Brum CN. Significações da revelação do diagnóstico para o adolescente que tem HIV/AIDS: possibilidades para enfermagem. [Dissertação] Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria. 2013.
- [3]. Grinberg M. Comunicação em oncologia e bioética. Rev Assoc Med Bras. 2010; 56(4):375-93.
- [4]. Silva VCE, Zago MMF. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. Rev Bras Enferm. 2005; 58(4):476-80.
- [5]. Mutti CF, Paula CC, Souto MD. Assistência à Saúde da Criança com Câncer na Produção Científica Brasileira. Revista Brasileira de Cancerologia. 2010; 56(1):71-83.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO TRABALHO EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO ONCOLÓGICA

MAIARA BORDIGNON¹, JERUSA FUMAGALLI SCHAFNUNES², LETICIA DE LIMA TRINDADE³

1. Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); 2. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e Universidade Comunitária da Região de Chapecó Unochapecó.

RESUMO

Introdução: Entende-se a satisfação profissional como relacionada ao prazer no trabalho e a insatisfação – considerada oposta a satisfação – pode estar na origem do desprazer e sofrimento laboral que tendem a desfavorecer a qualidade do trabalho¹. O reconhecimento dos aspectos geradores de satisfação ou insatisfação no trabalho e a compreensão das implicações associadas a estes fenômenos podem nortear reflexões quanto à necessidade de mudanças no contexto de trabalho, na busca por promover a saúde dos trabalhadores e, indiretamente, a qualidade dos cuidados aos usuários e suas famílias. Por isso, avaliar a (in)satisfação profissional dos trabalhadores é importante, sobretudo, nos setores em que há atividades que suscitam do trabalhador controle e equilíbrio mental e emocional como o setor da oncologia. Considerando o abordado e a magnitude com que os cânceres têm atingido a população nos últimos tempos e conseqüentemente o aumento da procura por serviços de saúde desta área, realizou-se este estudo com o **objetivo:** De identificar os fatores de satisfação e insatisfação no trabalho dos profissionais de saúde que atuam em uma Unidade de Internação Oncológica. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, realizada junto à equipe de profissionais de saúde de uma Unidade de Internação Oncológica de um Hospital do Estado de Santa Catarina, região Sul do Brasil. Este estudo buscou responder às seguintes questões de pesquisa: quais são os aspectos que trazem satisfação aos trabalhadores que prestam assistência aos usuários em tratamento oncológico? Quais são os fatores que geram insatisfação nestes profissionais? Considerando a obtenção satisfatória de dados, participaram do estudo 31 profissionais de saúde de diferentes categorias, dentre eles assistente social, enfermeiros, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médicos,

nutricionista, psicólogo e técnico em enfermagem. Constituíram-se como critérios de inclusão ser profissional de saúde que assistia diretamente o paciente na Unidade de Internação Oncológica e que atuava há mais de dois meses no setor. Foram excluídos os profissionais que estavam em férias ou afastamento do trabalho e que desenvolviam outras atividades no setor de oncologia que não se referiam à assistência direta aos pacientes. Os dados foram coletados no campo de trabalho dos profissionais no mês de junho de 2013 utilizando-se de entrevista individual e gravada, realizada com auxílio de um roteiro semiestruturado. Dentre as questões norteadoras que compunham este roteiro estavam: Quais aspectos do seu trabalho em oncologia lhe trazem satisfação? Quais aspectos/características do seu trabalho em oncologia lhe trazem insatisfação? Hierarquize os 3(três) principais motivos de sua satisfação no trabalho em oncologia: Hierarquize os 3 (três) principais motivos de sua insatisfação no trabalho em oncologia. Após transcrição na íntegra, as entrevistas foram analisadas conforme a Análise Temática proposta por Bardin, seguindo-se as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação². Inicialmente, a transcrição das entrevistas foi submetida à leitura flutuante para ter contato com o material, destacando-se nos relatos as palavras e/ou trechos relevantes. Houve a categorização dos achados, interpretação e discussão, esta última com auxílio da literatura científica. Considerando as questões norteadoras e os dados encontrados emergiram duas categorias: fontes de satisfação no trabalho em oncologia e fontes de insatisfação no trabalho em oncologia, as quais serão apresentadas na seqüência. O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) (CAAE: 15666813.7.0000.0118). No que se

refere às potencialidades desta pesquisa reconhece-se a população de estudo que abarcou 31 profissionais de saúde de diferentes categorias que prestam assistência na unidade de internação oncológica em um serviço de saúde hospitalar que abrange mais de cem municípios dos três estados do Sul do Brasil. No entanto, apesar de abarcar uma população de estudo representativa há a dificuldade em generalizar os achados dada as diferenças entre os processos de trabalho, aspectos demográficos e culturais nas diferentes regiões do país e, com isso, distintas percepções acerca da satisfação e insatisfação profissional. **Resultados e Discussão:** A idade média dos entrevistados foi de 38,6 anos (mínima de 23 e máxima de 57); o tempo médio transcorrido após formação foi de 7,8 anos e de atuação na Unidade de Internação Oncológica, 4,5 anos. Esses achados são importantes à medida que se convive com a dinamicidade do conhecimento o que aponta para a necessidade de investimentos constantes no processo de formação e aprimoramento dos profissionais de saúde. Dos profissionais investigados, 58,1% referiram não ter escolhido trabalhar na área oncológica, principalmente o pessoal da enfermagem que referiu ser alocado no setor pela gerência de enfermagem. O dado indicia que apesar dos profissionais não terem optado pela oncologia como primeira escolha de atividade, se identificaram com esse setor, aspecto percebido no tempo de permanência. O estudo revelou fontes de satisfação e insatisfação dos profissionais de saúde que atuam na oncologia. Estes se mostraram satisfeitos, predominantemente, na relação com o paciente oncológico e com a prestação de cuidados de qualidade. Nas fontes de insatisfação prevaleceram aspectos do ambiente e condições laborais, com destaque à sobrecarga de trabalho. A finitude do paciente revelou-se como fator importante de insatisfação demonstrando a necessidade de suporte psicológico aos trabalhadores, a abordagem na formação acadêmica e educação permanente quanto ao processo de morte e morrer. Além disso, adaptações pontuais quanto aos recursos humanos e (re)organização da rede de saúde, fortalecendo o processo de referência e contrarreferência se fazem importantes para suprir as novas demandas impostas pelo aumento dos casos de câncer e reduzir as cargas de trabalho dos profissionais, seu desgaste e insatisfação. **Conclusões e Contribuições para a Enfermagem:** O estudo permitiu conhecer características do trabalho no âmbito da oncologia que geram satisfação ou insatisfação nos trabalhadores de saúde que prestam cuidados diretos aos usuários oncológicos. Espera-se que esta pesquisa contribua para sensibilização dos gestores quanto à importância de um olhar para a saúde e subjetividade do trabalhador da oncologia, as quais podem influenciar, dentre outros aspectos, na qualidade da assistência prestada aos pacientes. Logo, entende-se que ouvir os profissionais

identificando suas satisfações e insatisfações no cotidiano de trabalho pode ser um recurso para a busca da qualidade na assistência. Por fim, destaca-se a necessidade de estudos que complementem os achados desta investigação e que envolvam os trabalhadores da saúde nesta relação com ambiente e processo de trabalho no âmbito da oncologia e também de outros setores hospitalares.

Palavras-Chave: Trabalho, Satisfação no trabalho, Pessoal de Saúde, Oncologia.

REFERÊNCIAS

- [1]. Bardin L, Análise de conteúdo. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições. 2009; 70.
- [2]. Martinez M C, Paraguay, A I B B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Psicol Soc Trab, São Paulo, 2003; 6(1):59-78.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 2: Construindo conhecimento da extensão na Enfermagem

SENSIBILIZAÇÃO DO ENFERMEIRO COMO PROTAGONISTA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NO ÂMBITO DA SAÚDE INFANTIL

VANESSA APARECIDA GASPARIN¹, TASSIANA POTRICH², ÉRICA DE BRITO PITILIN², RAFAELA BEDIN³, ALESSANDRA PAIZ³, IASMIM CRISTINA ZILIO³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó/SC; 2. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Professora Assistencial da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó/SC; 2. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá – UEM. Professora Assistencial da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó/SC; 3. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó/SC.

RESUMO

Introdução: Para que a criança cresça, desenvolva-se de maneira saudável e esteja apta a transpassar pelas fases de mudança que ocorrerão em seu organismo, é necessário que ela receba cuidados específicos que serão responsáveis por promover seu bem estar físico, além de prevenir problemas que possam interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor¹. Uma ferramenta capaz de garantir estes cuidados é a consulta de puericultura, a qual teve origem no fim do século XVIII na França². O profissional responsável pela realização da consulta de puericultura, regulamentado pela Lei nº 7.498/86, é o enfermeiro, e também amparado pela Resolução COFEN/159 do Conselho Federal de Enfermagem, que instaura a atribuição da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde em instituição pública e privada e regulamenta as ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames³. Ao profissional enfermeiro, na realização da consulta de puericultura, confere a realização do exame físico na criança; agendamento da primeira consulta com o pediatra; repasse da relação dos nascidos vivos para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e solicitação da busca ativa para identificação dos faltosos do programa; preenchimento do gráfico de peso e estatura nos cartões da criança; verificação e administração das vacinas conforme o calendário básico de vacinação; incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o seis meses; orientação quanto a alimentação complementar após os seis meses; orientação sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor e identificação das dúvidas do acompanhante que participa das consultas visando saná-las¹. Considerando o acompanhamento da criança, o

Ministério da Saúde (MS) propôs um Calendário mínimo de consultas para assistência a criança que descreve o seguinte: no primeiro ano de vida, a criança deve realizar 7 consultas, sendo a primeira com até 15 dias, seguidas sucessivamente pelo 1º mês, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º. No segundo ano da criança, ao menos duas consultas são preconizadas, no 18º e 24º meses. A partir do terceiro ano as consultas passam a ser anuais caso a criança não necessite de maior atenção. Essas faixas etárias são selecionadas por representarem momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de agravos⁴. A realização e consolidação deste projeto no município, é necessária para que ocorra redução dos números de mortalidade infantil, pois de acordo com dados do MS, no município de Chapecó no ano de 2014, vinte crianças menores de um ano vieram a óbito⁵. No entanto, para que a prática da puericultura seja realizada com êxito faz-se necessário não somente estruturas físicas ou equipamentos, mas profissionais qualificados, com preparo específico para a realização da consulta. Embora a puericultura seja uma prática prestada de modo sistemático às crianças assistidas pela Estratégia da Saúde da Família, percebe-se em nosso cotidiano profissionais que não se sentem aptos a realizar a consulta, tampouco interagir tranquilamente com essa atividade³. Dessa forma, visto a importância de um atendimento com qualidade, em uma fase extremamente vulnerável, onde são moldadas as principais características que o ser humano, denota-se a relevância deste projeto. **Objetivo:** Sensibilizar/capacitar o enfermeiro resgatando o seu protagonismo na assistência prestada no crescimento e desenvolvimento da criança em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó - SC. **Método:** Tratar-se-á de uma capacitação

em cinco módulos de encontros presenciais com os enfermeiros efetivos da Secretaria Municipal de Saúde do município de Chapecó - SC. Ao todo são 80 enfermeiros distribuídos em 26 centros de saúde. Os encontros serão realizados no Centro de Eventos do município de Chapecó - SC e visam responder os questionamentos e dúvidas trazidos pelos enfermeiros sobre os temas: realização de puericultura, aleitamento materno, testes de triagem neonatal, doenças prevalentes na infância, alimentação saudável e prevenção do sobrepeso infantil, imunização, saúde bucal, saúde mental e violência infantil, entre outros conforme a necessidade elencada pelos participantes. A metodologia utilizada será delineada por aulas expositivas dialogadas, palestras, treinamentos teórico-práticos por meio de exercícios de simulações, grupos e dinâmicas. Para cada módulo temático, será realizado um levantamento do diagnóstico situacional em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação ao tema abordado, seguido do treinamento/ capacitação dos enfermeiros para avaliação dos índices alcançados antes e após o treinamento. Ao final dos módulos, será entregue para cada participante um CD com todo o material educativo utilizado, na forma de apostila. **Resultados:** Espera-se com a efetividade deste projeto contribuir para a redução da morbimortalidade infantil municipal, como o preconizado pela Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e Rede Cegonha, além de oferecer um cuidado integral e humanizado a estas crianças, levando em consideração o contexto social, cultural, econômico e familiar no qual estão inseridas. Espera-se também que o profissional adquira conhecimento necessário para avaliação da criança, tomada de decisão e orientação ao responsável tornando a consulta eficiente e resolutiva, além de proporcionar segurança ao profissional na realização deste atendimento. Esta atividade também contribuirá no que se refere ao incentivo ao aleitamento materno e ações que assegurem um crescimento e desenvolvimento saudável, assegurado pela consulta de puericultura. **Conclusão e Contribuições para a Enfermagem:** O projeto encontra-se em fase inicial, se aprofundamento do tema conforme cronograma e no momento não apresenta conclusões, apenas resultados esperados. Qualificação na atuação dos profissionais enfermeiros e formação acadêmica em Enfermagem engajada com o crescimento e desenvolvimento infantil, além de minimizar as dúvidas dos profissionais e acadêmicos em relação a temática, sejam elas de cunho teórico ou técnico. Aprimorar a visão destes profissionais no que tange a criança enquanto integrante de um grupo familiar e social, identificando os possíveis fatores de risco e as medidas de promoção e prevenção cabíveis a cada especificidade. Além de uma apropriação em sentido crescente numa conduta na qual o profissional esta respaldado legalmente para realizar.

Vale ressaltar ainda, que estes profissionais estarão mais próximos do preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), possuindo capacidade para ofertar um atendimento integral e equânime, objetivando a prevenção de agravos a esta população, já que o enfermeiro estará próximo a população infantil na atenção básica, considerada a porta de entrada do SUS. A proposta do curso está alicerçada nos princípios e diretrizes que regem o SUS, a qual insere o acadêmico no contexto atual de discussões e reflexões sobre as políticas públicas e as repercussões na Enfermagem.

Palavras-Chave: Cuidados de enfermagem, Saúde da criança, Capacitação profissional.

REFERÊNCIAS

- [1]. Vieira VCL, Fernandes CA, Demitto MO, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enferm.* 2012; 17(1):119-25.
- [2]. Assis WD, Collet N, Reichert APS, Sá LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. *Reben.* 2011; 64(1):38-46.
- [3]. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saporoli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm Usp.* 2010; 45(3):566-74.
- [4]. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica- Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.* 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.
- [5]. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Brasília: Ministério da Saúde: 2014. [acesso 04 fev.2015]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 3: Construindo conhecimento do ensino na Enfermagem

SÍNDROME DE *BURNOUT*, AVALIAÇÃO DA CARGA MENTAL NO TRABALHO: ESTUDO COM BOMBEIROS MILITARES, CIDADE DE XANXERÊ-SC

ANGÉLICA ZANETTINI¹, BRUNA TICYANE MÜLLER NARZETTI¹, VALÉRIA DE BETTIO MATTOS²

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Chapecó; 2. Professora orientadora do componente curricular Psicologia Aplicada à Enfermagem, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Chapecó.

RESUMO

Introdução: Com o aumento das imposições no mundo do trabalho, o ser humano está cada vez mais propenso a desenvolver doenças causadas pelos esforços físicos e mentais usados para realizar suas tarefas. Quando um indivíduo submetido a altos níveis de estresse no ambiente de trabalho não consegue canalizá-lo por meio de uso de mecanismos de defesa adequados o esforço dispendido transforma-se em esgotamento, o que muitos estudiosos chamam de *Burnout*¹. O termo de origem inglesa é composto por duas palavras: *burn* que significa “queimar” e *out* que quer dizer “fora”, “exterior”. A tradução mais próxima seria “queimar para fora” ou “consumir-se de dentro para fora”, podendo ser melhor entendido como “combustão completa” iniciando-se com sintomas relacionados a sofrimento psíquico e terminando em problemas físicos, comprometendo todo o desempenho do indivíduo. Os principais sintomas da síndrome são sensação de finitude física e emocional gerando negatividade no comportamento e nas ideias, faltas ao trabalho, agressividade, isolamento, alterações bruscas de humor, irritabilidade, dificuldade de concentração, falhas de memória, quadros de ansiedade e depressão, pessimismo e autoestima prejudicada, podendo ter várias manifestações físicas associadas, como, por exemplo, cansaço, dores de cabeça, crises asmáticas, distúrbios gastrointestinais, insônia, podendo variar de pessoa para pessoa. A utilização de fármacos antidepressivos associados à psicoterapia, juntamente a exercícios de relaxamento podem auxiliar no tratamento da doença aliviando os sintomas². Esta doença é entendida como conceito multidimensional, que envolve a) exaustão emocional decorrente do contato diário com problemas, que o faz sentir-se incapaz de dar mais de si mesmo em nível de afeto; b) despersonalização, ato de desenvolver sentimentos negativos, tornando-se uma pessoa endurecida afetivamente sem envolvimento pessoal no trabalho; c) insatisfação com o trabalho, visão

do trabalho como algo negativo, o que torna deficiente suas habilidades para execução de suas tarefas, bem como atendimento de usuários e clientes de seu trabalho, afetando também sua organização³. **Objetivo:** Avaliar, através deste estudo, a incidência da síndrome de Burnout em profissionais Bombeiros da cidade de Xanxerê/SC, identificar as três dimensões da síndrome, bem como os possíveis sinais e sintomas, sabendo que estes profissionais têm sido referenciados como vulneráveis ao desenvolvimento da síndrome, sobretudo por estarem submetidos à grande carga de tensão emocional e desgaste físico e mental. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de campo de natureza quantitativa. A pesquisa baseou-se em uma coleta sistemática de informações, por meio da aplicação de um questionário. Para fazer parte da pesquisa foram selecionados somente bombeiros militares, que trabalham direta ou indiretamente na prestação de auxílio a emergências, em trabalhos administrativos ou operacionais. A amostra foi composta de 22 bombeiros militares, todos aqueles que aceitaram participar da pesquisa. Primeiramente foi feito um contato com o comandante da Companhia do Corpo de Bombeiros Militares com o intuito de agendar uma reunião cujo objetivo seria explicar o estudo, buscando a autorização para ser executado com os servidores da companhia. Para a aplicação do questionário foi acordado o melhor horário disponível para realização, sendo proposto um horário do expediente que não abrangesse entrada ou saída do trabalho. Os dados foram colhidos após o consentimento do comandante da instituição e dos participantes da pesquisa. Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: uma ficha de identificação contendo perguntas sobre perfil sociográfico e questionário preliminar de identificação das três dimensões da síndrome. Consideram-se as pessoas como predispostas a desenvolver *Burnout* quando pelo menos duas das três dimensões estão alteradas negativamente

(duas dimensões com alta tendência), e como “tendência ao *Burnout*” quando uma das dimensões está alterada (uma dimensão com alta tendência) e as outras estão na média (duas dimensões com média tendência). Os dados foram coletados na instituição de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. A coleta foi realizada em grupo, porém as respostas ao questionário foram individuais. Os dados foram avaliados e analisados por meio da média aritmética para expressar os resultados obtidos no estudo⁴. **Resultados e Discussão:** O perfil deste estudo é caracterizado por 22 indivíduos do sexo masculino. Mediante análise dos resultados, a média quanto à exaustão emocional, os participantes apresentaram baixa frequência de exaustão com relação ao trabalho, à disposição para realizar o trabalho, à vitalidade e ao desânimo. Com relação à dimensão Despersonalização, as médias obtidas não oscilaram tanto. Os índices apresentaram médias parecidas, quase estáveis, quando comparadas às obtidas na dimensão Exaustão Emocional, embora os níveis alto e médio tenham apresentado um índice significativo (30% e 37% respectivamente). Quanto à média da dimensão Realização Pessoal 54% dos participantes apresentaram baixos níveis de realização, 32% níveis médios e 14% apresentaram altos níveis. Como a avaliação desta dimensão é inversamente proporcional às outras já citadas, no qual baixos níveis de Realizações Pessoais caracterizam um resultado positivo para a manifestação de *Burnout*, pode-se confirmar que a maioria dos participantes apresentaram níveis significativos para o desenvolvimento da síndrome em relação à realização quanto ao reconhecimento profissional, à confiança no que faz e a eficiência com que realiza o trabalho. **Conclusão e Contribuição para a Enfermagem:** A partir da análise dos dados, é possível inferir que não há incidência significativa de *Burnout* na categoria em questão investigada. Porém há tendência de desenvolver a síndrome uma vez que pelos resultados obtidos os participantes apresentaram nível baixo de Realização Pessoal (54%), seguido de médios escores em Despersonalização (37%) e baixa frequência em Exaustão Emocional (78%). Analisando cada dimensão separadamente, os resultados da Exaustão Emocional confirmam que a maioria dos participantes do presente estudo não apresenta sintomatologia significativa de esgotamento físico ou mental. Este dado se explica pelo fator resiliência. Muitos destes profissionais desenvolvem uma resistência emocional e física maleável para superar as dificuldades e os altos níveis de estresse, amenizando a carga emocional, superando os fracassos e perdas decorrentes do conteúdo do trabalho realizado⁵. De certa forma a resiliência, termo advindo da Física e definido como capacidade de modular o comportamento, contribui para promoção e manutenção da saúde dos mesmos. Quanto a Despersonalização, os

entrevistados apresentam moderados níveis desta dimensão, revelando que os profissionais Bombeiros podem estar apresentando uma alteração em seus traços de personalidade, podendo começar a agir com certa indiferença e frieza com seus colegas de trabalho, pessoas que atendem no cotidiano laboral e até mesmo com aquelas que fazem parte do seu convívio social mais próximo. Quanto à realização pessoal estes profissionais apresentam reduzido nível desta dimensão, o que pode sugerir que as atividades por eles realizadas podem estar causando insatisfação. Talvez, uma das razões para esta incidência seja o fato de que a profissão bombeiro não é uma profissão na qual, na maioria das vezes, o profissional vê um resultado positivo no final do seu trabalho. No seu cotidiano, o bombeiro militar vive situações nas quais, ao chegar ao local de socorro, já encontram cenários trágicos perante os quais muitas vezes já não há o que fazer para reverter à situação. Através do presente estudo podemos considerar que a investigação foi de grande valia para as acadêmicas de enfermagem, pois aprimoraram/aguçaram o gosto pela pesquisa além da interação e das intervenções propostas para o público alvo decorrentes dos resultados da investigação.

Palavras-Chave: Saúde; incidência, Burnout, Avaliação

REFERÊNCIAS

- [1]. Silva LCF, Lima FB, Caixeta RP. Síndrome de Burnout em profissionais do Corpo de Bombeiros. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 2010; 18(1-2):91-100. [acesso 05 mai 2015] Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/MUD/article/view/2270/2704>
- [2]. Peloso D. O uso do controle emocional pelos bombeiros militares no atendimento pré-hospitalar. Curso de Formação de Soldados. Biblioteca CEBM/SC, Florianópolis; 2012.
- [3]. Soratto L; Pinto RM. Burnout e carga mental no trabalho. In: Codo, W. Educação: carinho e trabalho. São Paulo; 1999.
- [4]. Reinhold HH. O sentido da vida: prevenção de stress e Burnout do professor. [Tese] Campinas: Curso de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2004. [acesso 10 mai 2015] Disponível em: <http://www.aa.med.br/upload/biblioteca/> (...) prevencao de stress burnout (...).pdf
- [5]. Lopes VR. O papel do suporte social no trabalho e da resiliência no aparecimento de burnout: um estudo com bombeiros militares. 2010.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 3: Construindo conhecimento do ensino na Enfermagem

UMA VIVÊNCIA ACADÊMICA DE PRÁTICA EMEDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM OLHAR APROXIMADO À SAÚDE DO HOMEM

CAMILA DERVANOSKI¹, VANILLA ELOÁ FRANCESCHI¹, TÁLITA SANTOS¹, MARISA GOMES DOS SANTOS¹, CLAUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO²

1. Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) - Campus Chapecó. Bolsista de extensão no projeto “*VER-SUS/Oeste: instigando o compromisso ético-político-humanístico de profissionais de saúde em formação com o SUS*” - Edital Nº 804/UFFS/2014; 2. Enfermeiro, Doutorando (UFSC) e Mestre (UFBA) em Enfermagem, Professor Assistente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) - Campus Chapecó, integrante do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/PEN/UFSC), Colaborador UNASUS/UFSC em Atenção Básica para o Programa Mais Médicos e o PROVAB, Pesquisador NESCO e EAI/UNIVASF, VSQV/UFBA.

RESUMO

Introdução: A união da teoria e prática ainda se constitui em um entrave para os cursos na área da saúde, por diversas vezes o conteúdo exposto ao acadêmico em sala de aula é difícil experiência do nas atividades práticas; tendo em vista que o acadêmico, após a formação vai estar inserido no campo de práticas, é muito importante que a teoria seja “palpável” a ele, até para que ele seja individualmente motivado a embasar suas práticas em teorias, o que qualifica e traz excelência ao cuidado. Em se tratando de educação em saúde o acadêmico de enfermagem geralmente sente-se empoderado a desenvolver tal atividade, ao perceber que, ele próprio se transforma em “dispositivo” disseminador de conhecimento, e possui autonomia e conhecimento para tal, o que instigando este a estar sempre se atualizando em prol do público por ele atendido¹. Um dos temas instigantes para as ações de educação em saúde é a saúde do homem, pois apesar das mudanças no perfil e na constituição da família moderna, trazendo também para a mulher algumas das responsabilidades antes totalmente masculinas, ainda recai sobre o homem, em diversas famílias brasileiras, o papel de provedor do lar, seja culturalmente, economicamente ou socialmente falando². Este papel de provedor do lar geralmente possui um “peso” de que o homem não pode demonstrar fraqueza, procurar atendimento médico, muito menos ficar doente, todas estas imposições e pensamentos arraigados fazem com que o homem fique cada vez mais sobrecarregado e longe dos serviços de saúde, buscando os serviços somente em casos extremos, para recuperação de problemas que poderiam ser sanados com promoção e prevenção². Tendo em vista toda esta problemática

durante as atividades teórico-práticas das acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, componente Cuidados de Enfermagem em Atenção Básica, na Unidade de Saúde do Bairro Jardim América da Cidade de Chapecó/ SC, ocorreu ao docente e às acadêmicas pertencentes ao grupo, o desafio de lançar um olhar diferente á saúde do homem, primeiro buscando trazê-lo para junto da Unidade de Saúde e posteriormente trabalhando com o mesmo, buscando uma quebra de paradigmas, orientando-o, empoderando-o, sensibilizando-o, tudo isto justamente usando sua família como motivação, raciocinando com a idéia de que ele só poderia “cuidar de sua família” e ser o “chefe do lar” se estivesse saudável. **Objetivos:** O presente trabalho tem por si, o objetivo de relatar as vivências de acadêmicas do 5º período do curso de enfermagem da Universidade Federal Fronteira Sul – Campus Chapecó, nas atividades de teórico-práticas no componente de Cuidado de Enfermagem na Atenção Básica. A Atividade teórico-prática do componente em questão teve como objetivo principal desenvolver um processo educativo-reflexivo acerca das práticas do cuidado de enfermagem no contexto da atenção básica em saúde pautados nos princípios e diretrizes do SUS. **Método:** As atividades teórico-práticas ocorreram no período do dia 08 à 25 de julho de 2014 na Unidade Básica de Saúde do bairro Jardim América na cidade de Chapecó/SC. Durante o período de práticas foram realizadas diversas atividades que competem ao profissional de enfermagem inserido na atenção básica em saúde. Entre estas atividades, algumas ações de educação em saúde, entre elas uma foi a Saúde do Homem. Saúde do homem foi definido como tema norteador para a realização de uma sala de espera na

unidade de saúde, justificando-se pela baixa adesão dos homens na procura aos serviços de saúde; onde utilizou-se de artigos científicos que enfatizam as barreiras que dificultam a consolidação da política de atenção integral ao homem para dar subsídios congruentes às falas das acadêmicas. A partir desse material científico foram construídos argumentos para uma conversa com os homens presentes na unidade, sendo que a expectativa era que esse público interagisse com o grupo de acadêmicas de maneira satisfatória a fim de transmitir a mensagem proposta de sensibilizar o gênero masculino a aderir a política de saúde do homem, visto que é um grupo de difícil abordagem. Na sequência realizou-se uma dinâmica para ressaltar o papel do homem em cuidar da sua própria saúde e de sua família, já que não é uma tarefa exclusiva da mulher. A dinâmica acima citada consiste em fazer um círculo de pessoas presentes, orientá-las a memorizar quem está a sua direita e esquerda, após solicitar que andem umas entre as outras sem direção, a fim de mesclar o grupo de pessoas, ao final de um minuto todos param e precisam dar as mãos para as pessoas que estavam ao seu lado respectivamente. Por fim estes precisarão retornar a seus lugares sem soltar as mãos, numa missão de cooperação mútua. Ao término da dinâmica revela a moral da atividade que é “A união da família no cuidado com a saúde para o bem de todos”. Para a execução dessa atividade educativa em saúde os recursos utilizados foram, além da conversa, um cartaz pontuando as barreiras que impedem /dificultam o homem a buscar atendimento de saúde. **Resultados:** A partir das atividades teórico-práticas, especialmente nos momentos de educação em saúde foi possível relacionar a teoria com a prática, perceber o quanto a habilidade, interesse e a motivação do profissional de enfermagem pode fazer diferença na comunidade em que o mesmo está inserido, estando nas mãos do profissional enfermeiro muitas das mudanças que almejamos para a profissão e para a saúde da população, com dedicação e empenho pode-se alcançar a qualidade no trabalho desenvolvido. Como acadêmicos, pudemos perceber que, a partir da ampliação do olhar para grupos vulneráveis, por diversas vezes com pouca ou nenhuma visibilidade por parte da equipe de saúde, abre-se uma infinidade de atividades/ações que podem ser desenvolvidas, com tecnologias simples, de baixo custo, disponíveis na própria Unidade de Saúde. Utilizamos como instrumento principal o conhecimento adquirido durante os anos de graduação e porque não, durante a prática, disseminado de forma simples, de fácil entendimento, de “igual para igual”, propiciando uma troca experiências, onde o enfermeiro não se coloca como detentor do saber e sim tenta adentrar a realidade do usuário, buscando conhecê-lo e saber o que ele sabe e no que acredita para, assim, juntos constroem o cuidado em saúde, baseado em

consideração e respeito mútuos. **Considerações finais e Contribuições para a Enfermagem:** Dessa forma, as atividades nos proporcionaram uma melhor relação da teoria com a prática, possibilitando uma visão abrangente e diferenciada, oportunizando nossa formação como seres dinâmicos, sensibilizados e com ações voltadas à humanização, todos estes aspectos são essenciais para nos adequarmos às reais necessidades da população e construirmos a integralidade em saúde que aspiramos e que o usuário do Sistema Único de Saúde tanto necessita. O presente trabalho pode auxiliar no cuidado em enfermagem, instigando os profissionais a ampliarem seu campo de visão, abrindo-se a novas experiências, e obtendo novos e interessantes resultados, tudo isto utilizando ferramentas de baixo custo, disponíveis na Unidade Básica de Saúde.

Palavras-Chave: Unidade básica de saúde, Educação em Saúde, Saúde do homem.

REFERÊNCIAS

- [1]. Silva Filho CC, PINHO, Souza AA, Sarmiento SS, Silva SPC. Vivenciando o SUS no Vale do São Francisco: Importância do protagonismo estudantil e da militância na construção das Políticas de Saúde. II Mostra Nacional de Experiências em Gestão Estratégica e Participativa no SUS (II EXPOGEP). Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Brasília, 2014.
- [2]. Martins AM, Malamut BS. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Revista Saúde Sociedade: São Paulo. 2013; 22(2):429-440.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

VIOLÊNCIA FÍSICA E O TRABALHO DA ENFERMAGEM: OCORRÊNCIAS NO AMBIENTE HOSPITALAR

SÉRGIO MAUS JUNIOR¹, VANESSA SCHORR¹, JERUSA FUMAGALLI SCHAF NUNES¹, ARLETE NORONHA², ÚRSSULA RITZEL¹, LETÍCIA DE LIMA TRINDADE³

1. Acadêmico de Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina, UDESC, Chapecó; 2. Enfermeira graduada pela Universidade do Estado de Santa Catarina, UDESC, Chapecó; 3. Doutora em Enfermagem, Docente na Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC e na Universidade Comunitária Regional de Chapecó – Unochapecó.

RESUMO

Introdução: O trabalho no setor hospitalar é de grande complexidade, requerendo extrema atenção. Como todo trabalho realizado por seres humanos, este também é passível de erro, o que no caso dos profissionais da equipe de enfermagem, tal erro está relacionado diretamente com o cuidado ao paciente¹, tais eventos adversos podem gerar situações de conflito e estresse, e conseqüentemente episódios de violência. A Organização Mundial da Saúde (OMS)², em seu Relatório sobre violência e saúde afirma que a saúde pública tem suas demandas atendidas através das mais diferentes áreas, considerando tanto o individual como o coletivo. Entendendo isso, a OMS conceitua violência de uma forma ampla, abrangendo questões de intenção e poder, atos físicos e/ou não físicos, que possam vir a resultar conseqüentemente em perda, dispêndio, prejuízo a uma pessoa, grupo ou coletivo, representando ou não risco a vida. Nesse sentido, está sendo realizada uma macropesquisa, com objetivo geral de analisar as implicações da violência no trabalho da enfermagem para a saúde psíquica dos trabalhadores e para a cultura de segurança do paciente. Tendo em vista que o estudo encontra-se em andamento, nesse momento apresentam-se dados parciais da pesquisa. **Objetivo:** Analisar a ocorrência da violência física no trabalho da enfermagem no contexto dos setores hospitalares que prestam assistência clínica direta aos usuários. **Metodologia:** Trata-se de um estudo multicêntrico com abordagem quantitativa, desenvolvido em quatro hospitais do sul do Brasil, sendo três localizados no Rio Grande do Sul e um em Santa Catarina. Para o levantamento dos dados sobre a violência está sendo utilizado o *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* proposto pela OMS, traduzido, adaptado e validado no Brasil³. Foram selecionados para o estudo 198 indivíduos, dos 532 profissionais da enfermagem trabalhando atualmente no hospital do

Oeste de SC, de todos os turnos. Como critério de inclusão utilizou-se o tempo de trabalho na área da saúde maior que 12 meses, sendo excluídos os profissionais em licença ou afastamento no período de coleta da pesquisa. Nesse momento são apresentados os dados coletados junto a uma Clínica Cirúrgica Geral; Clínica Cirúrgica em Traumatologia e Ortopedia, Clínica Médica, Neurologia, Oncologia e Emergência, discutindo e problematizando a ocorrência da violência física no trabalho assistencial realizado pela enfermagem nesses locais. A análise de dados será realizada com auxílio do software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) em versão 18.0, através do qual os dados serão codificados, tabulados e analisados. Antes do início da coleta, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, aprovado com parecer nº 933.725 e seguiu todos os cuidados éticos para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resultados:** Foram entrevistados 38 indivíduos, trabalhadores dos setores citados anteriormente, deste 81,57% são profissionais do sexo feminino. A média de idade dos sujeitos foi de 34,18 anos, com idade máxima encontrada de 50 anos e mínima de 22 anos, com uma média de filho de 1,07 por pessoa. Quanto à cor da pele, a maioria considera-se de cor branca (89,47%), com poucos indivíduos (10,53%) declarando-se pardos, não havendo negros ou outros. A maioria dos participantes (55%) possui nível médio de escolaridade, seguido por 36% de nível superior. O restante declarou estar em andamento um curso de graduação. A média de tempo de experiência na área da saúde foi de 8,48 anos, com uma carga horária semanal de trabalho média de 43,42 horas. Ao todo foram entrevistados 13 enfermeiros e 25 técnicos nos setores previamente mencionados, sendo 42,10% trabalhando no período noturno, com um menor representativo no período vespertino (18,42%), e quatro indivíduos trabalham em período diurno (durante manhã e tarde, em horário comercial). Ao serem questionados sobre a

assistência realizada e o trabalho diário, 100% relatou ter contato físico frequente com seus pacientes, sendo que destes 57,90% são adultos e idosos e o restante, além dos adultos e idosos, também são assistem cotidianamente crianças e adolescente. Ao questionar sobre os números de funcionários que trabalham junto com os indivíduos durante seu horário de trabalho, foi encontrado uma média de oito funcionários presentes durante o período laboral, com variações de no máximo 20 e no mínimo quatro. Finalizando a identificação sociodemográfica da população, perguntou-se aos profissionais o quanto eles estavam preocupados com a violência nos seus respectivos locais de trabalho, considerando uma escala de 1 a 5, sendo 1 nem um pouco preocupado e 5 muito preocupado. Analisando os cenários em conjunto, 34,21% estão muito preocupados e outros 13,15% nem um pouco preocupados. O setor com mais indivíduos preocupados foi a Neurologia, seguido da Emergência. Cabe destacar que 21,05% dos entrevistados declararam ter sofrido algum tipo de agressão física nos últimos doze meses, variando de uma a três agressões no período. Em todos os casos a agressão ocorreu vinda de um paciente ou familiar, sem o uso de arma. Em mais de 50% dos casos, a vítima considerou aquela situação típica do local de trabalho. As reações foram das mais diversas, de pedir para o agressor parar, fingir que nada aconteceu, realizar algum registro do evento, relatar para colegas ou chefe a até casos em que não se esboçou reação alguma. Contudo, 75% dos entrevistados afirmou que o incidente não poderia ter sido evitado e em 50% dos casos alguma providencia foi tomada, porém apenas dois indivíduos sinalizaram o responsável pela providencia, sendo em dos casos o enfermeiro. Apesar dos dados acima, quando questionados quanto ao grau de satisfação sobre como o incidente foi resolvido, mais de 85% dos sujeitos estavam muito a totalmente satisfeitos. Na conclusão da entrevista foram indagados se no último ano haviam presenciado situações de violência no local de trabalho e quantas vezes isso ocorreu, ao todo 31,57% responderam positivamente, totalizando 55 situações de violência. Os dados parciais obtidos podem ser relacionados com pesquisa realizada no estado do Rio de Janeiro³ a qual apresentou dados similares, abrangendo toda a equipe de saúde. Nesse estudo a autora menciona que as violências mais comuns são agressão verbal, assédio moral e violência física, normalmente perpetuado por pacientes e familiares. Ainda, verificou-se que, quando analisado o grupo profissional, a equipe de enfermagem é o grupo mais vulnerável à violência no trabalho, ultrapassando 60%.

Conclusões e Contribuições para a Enfermagem: os resultados parciais mostram os perigos mascarados na realidade dos serviços de saúde e no trabalho da enfermagem no cenário hospitalar. O que foi obtido até o momento, é apenas o vislumbre de uma rotina permeada

pela violência física no trabalho da enfermagem nos cenários investigados, os quais requerem o contato direto com usuários, familiares e outros profissionais. espera-se que com a finalização dos resultados seja possível estabelecer um panorama real dos perigos a que esta classe profissional está exposta, assim como planejar e organizar meios de transformar os dados obtidos em ações que visem diminuir a violência, conscientizar os profissionais sobre como identificar e como agir frente a estes fenômenos no ambiente de trabalho, e ainda tornar o ambiente de trabalho mais seguro e agradável para os enfermeiros.

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador, Violência, Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1]. Oliveira RM, *et al.* Estratégias para promover la seguridad del paciente: desde la identificación de riesgos hasta las prácticas basadas en evidencias. Esc. Anna Nery. 2014; 18(1):122-9.
- [2]. Organização Mundial Da Saúde. Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. /OMS. Brasília: SESI/DN; 2010.
- [3]. Palácios M. Relatório preliminar de pesquisa. Violência no trabalho no setor saúde. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2002.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 1: Construindo conhecimento da pesquisa na Enfermagem

VIOLÊNCIA NO PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE – UMA ANÁLISE DA LITERATURA

JEAN HENRIQUE KRÜGER¹, THAIS CRISTINA HERMES¹, ALANA CAMILA SCHNEIDE¹, CARINE VENDRUSCOLO², DAIANA KLOH³, ELISANGELA ARGENTA ZANATTA⁴

1. Acadêmicos de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; 2. Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; 3. Mestre em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; 4. Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve a violência como aquela em que se utiliza da força física ou de domínio para atingir a si mesmo ou outrem, considerando-se também a ameaça, que podem trazer consequências físicas, psicológicas, deficiência e até morte¹. Há muito tempo a violência tem feito parte da vida dos seres humanos, alterando suas características com o passar dos anos diante de transformações políticas, sociais, educacionais, econômicas e culturais². Nos dias atuais, não só continua atingido a população, como também tem alcançado maiores proporções em todo o mundo³. Ainda, segundo Minayo, a violência é considerada um grave problema de saúde pública, e para minimizá-la e combatê-la é necessário que sejam realizadas algumas estratégias, envolvendo diversos setores, inclusive as equipes multiprofissionais³. Para que essas equipes estejam qualificadas para enfrentar de forma efetiva essa situação, é preciso preocupar-se com a abordagem do tema violência na formação dos profissionais de saúde. **Objetivos:** Identificar o que a literatura científica apresenta sobre a temática violência na formação acadêmica em saúde, a fim identificar como a temática violência vem sendo abordada na formação acadêmica em saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo revisão integrativa de literatura. Criou-se um protocolo de pesquisa para organização do processo, e este posteriormente foi validado por dois especialistas na área. A busca pelos artigos publicados entre os anos de 2010 e 2014 que contemplassem o tema pré-definido no protocolo, e que estivessem em português, inglês ou espanhol, foi realizada em dezembro de 2014 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Como descritores, foram utilizados: *violência and docentes and saúde*, *violência and ensino and saúde*, e *violência and aluno and saúde*. Na primeira

busca foram encontrados 872 artigos, destes foram descartados 583 que não contemplavam os anos de publicação definidos, e posteriormente foram excluídos 252 que não abordavam o tema proposto no título ou resumo, totalizando 40 artigos para serem lidos na íntegra. Ao final, apenas 9 artigos foram selecionados, revisados e catalogados em uma planilha de Excel®, composta dos itens: título, autores, categoria profissional, revista, ano, tipo de trabalho, objetivo, metodologia, principais resultados e considerações finais. **Resultados:** Dos artigos selecionados, observou-se que há uma deficiência na abordagem do tema violência no decorrer do processo de formação profissional. Dos nove artigos selecionados, dois artigos apresentam estudos com estudantes de odontologia, quatro com estudantes de medicina, um artigo com estudantes de enfermagem e medicina, dois com estudantes de enfermagem, medicina e odontologia. Grande parte dos artigos selecionados relataram, em algum momento, que a abordagem do tema violência na formação acadêmica, era insuficiente ou inexistente. Muitos acadêmicos entrevistados nas diferentes pesquisas, destacaram que sentem-se inseguros ao se depararem com situações de violência durante as aulas teórico-práticas ou estágio, e que muitas vezes, é apenas em situações como essas que eles se deparam com o tema durante a graduação. Dizem ainda que não são capazes de identificar os casos, a não ser aqueles que apresentavam sinais físicos e visíveis de violência. Outros estudos, ainda, trouxeram a visão do docente sobre a abordagem do tema, relatando reconhecerem a necessidade de este ser trabalhado, porém, nem todos acreditavam que trabalhar a violência era de sua responsabilidade. Alguns, também, relataram não se considerarem aptos para conduzir o assunto em sala de aula, pois estes também não foram preparados para

trabalhar o assunto. Quanto às instituições de ensino, algumas reconheceram a relevância de a violência ser abordada na formação acadêmica, mas destacaram não possuir horas disponíveis em suas grades curriculares para acrescentar novos temas. Alguns estudos trouxeram também relatos de instituições de ensino que disseram não ter interesse à respeito do tema, enquanto outros cursos afirmaram trabalhar o tema e admitiram a sua importância. Mais um resultado encontrado, caracterizando-se como consequência da deficiência na formação acadêmica, foi o de que os serviços de saúde não estão preparados para atender vítimas de violência, no que se refere ao diagnóstico e prevenção pela falta de profissionais capacitados. **Considerações finais e Contribuições para a enfermagem:** A busca por trabalhos relacionados à abordagem da violência na formação acadêmica em saúde mostrou que existe uma carência em grande parte dos cursos dessa área. Entretanto, quando se parte do objetivo da assistência integral à saúde do usuário, sabe-se que a violência faz parte deste contexto e que tem ocorrido com muito mais frequência nos últimos tempos, o que justificaria a efetiva inclusão desta temática no currículo dos cursos da área da saúde. A violência se apresenta de variadas formas, muitas vezes silenciosa, e diante dos resultados, percebe-se que quando o acadêmico ou o profissional não recebeu o mínimo de aprendizado para o reconhecimento e manejo desses casos, ele não se sente seguro para prestar a assistência necessária ou realizar os encaminhamentos devidos. Ainda, com a realização da revisão integrativa de literatura, observou-se que há uma grande necessidade de desenvolver mais pesquisas relacionadas à abordagem da violência em cursos de graduação, com o intuito de avaliar as percepções e vivências dos acadêmicos voltadas a essa temática, e as dificuldades enfrentadas na prática acadêmica devido à deficiência em sua abordagem. Percebeu-se também uma grande necessidade de haver maiores discussões quanto à inclusão desse tema nas grades curriculares de cursos da área da saúde, para que o acadêmico possa desenvolver maior habilidade para lidar com situações relacionadas à violência e para que sua formação seja mais ampla e completa. Os resultados apresentados por essa pesquisa levaram a necessidade de construir um projeto de pesquisa relacionado à temática, que será realizado com docentes e acadêmicos de dois cursos de enfermagem do oeste catarinense a fim de identificar a presença da violência nas matrizes curriculares dessas duas instituições, além disso, de buscar de quais formas ela é abordada pelo docente e a qual a visão de docentes e acadêmicos sobre o tema. Quer-se trazer o tema para discussão, visto sua importância no atendimento e na vida a dia da sociedade. Optou-se pelo curso de enfermagem por ser a profissão que está em contato direto com o usuário vítima de violência e que precisa estar

capacitado para receber, identificar, prestar a assistência e dar os devidos encaminhamentos.

Palavras-Chave: Violência, Docentes, Saúde, Ensino, Aluno.

REFERÊNCIAS

- [1]. Krug EG *et al.* (Ed.). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.
- [2]. Souza MKB, Santana JSS. Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva; Rio de Janeiro; 2009; 14(2):547-555.
- [3]. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NjaineK; Assis SG; Constantino P. (Org.). Impactos da violência na saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz 2009; 21-42.



RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

Eixo 3: Construindo conhecimento do ensino na Enfermagem

VIVÊNCIAS DA MONITORIA NA DISCIPLINA DE SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

CARLA WIECHORECK¹, JERUSA FUMAGALLI SCHAF NUNES¹, EDLAMAR KÁTIA ADAMY², TANIA MARIA ASCARI³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 2. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Assistente da UDESC; 3. Enfermeira. Psicóloga. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Assistente da UDESC.

RESUMO

Introdução: A disciplina de Semiologia e Semiotécnica integra a matriz curricular obrigatória do curso de Enfermagem é desenvolvida nos 3º e 4º semestres, com carga-horária de 144 horas-aula em cada semestre¹. São disciplinas importantes nos cursos de graduação em Enfermagem, pois permitem aos discentes optantes por este curso, o estabelecimento do contato inicial com a prática da Enfermagem, possibilitando o desenvolvimento das habilidades e a construção de conhecimentos quanto às competências desta profissão. Nestas disciplinas, os discentes aprendem os princípios básicos teóricos e práticos da Enfermagem. É de extrema importância que os monitores, auxiliem o processo de ensino-aprendizagem dos discentes e na formação profissional. Neste caso, a monitoria permite que, em grupos, os discentes possam esclarecer suas dúvidas e aprimorar conhecimentos, que não foram contemplados em sala de aula. Então, há a necessidade de melhor atender e acompanhar os discentes, nas atividades práticas, bem como auxiliar o docente no processo de ensinar e aprender. A presença do monitor é imprescindível para o bom desenvolvimento das atividades propostas nas disciplinas². O plano de fundo dessas duas disciplinas consiste na construção das bases que irão subsidiar e consolidar conhecimentos teóricos práticos necessários para a formação profissional do enfermeiro, atendendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É válido dizer, que muitos esforços são direcionados nessa etapa de construção de conhecimentos, na busca de oportunizar aos discentes, vivenciar o processo de ensino aprendizagem de modo que tenham adesão com a realidade e com o trabalho cotidiano do enfermeiro. O programa de monitoria acadêmica desenvolvido pela pró-reitoria de graduação da Universidade Estadual de

Santa Catarina – UDESC desempenha uma função assaz importante no ambiente acadêmico¹. Esse programa dá oportunidades ao discente ser selecionado para monitor, porém é necessário que o mesmo já tenha sido aprovado nas disciplinas. Ao ser selecionado passará a auxiliar o docente/ discente nas aulas teórico-práticas, gerando o aperfeiçoamento e aprofundamento de seu conhecimento e dos discentes, no qual são desenvolvidas habilidades e incentivo ao exercício futuro da profissão de enfermagem. As disciplinas de Semiologia e Semiotécnica I e II possuem duas monitoras, com carga horária de 20 horas semanais, que buscam nas aulas teórico-práticas orientar os discentes através da utilização de materiais disponíveis no laboratório de Semiologia e Semiotécnica¹. A Semiologia e Semiotécnica I ministrada no terceiro semestre do curso aborda conteúdos básicos da enfermagem, é nela que o discente tem as primeiras noções das técnicas de enfermagem. A semiologia é base da prática clínica e não requer apenas habilidades, mas também ações rápidas e precisas, necessitando de raciocínio e conhecimento. A tomada de decisões tem papel fundamental em todo o processo de assistência ao paciente². A Semiologia e Semiotécnica II ministrada no quarto semestre abrange conteúdos mais complexos, que são as técnicas de enfermagem como sondagens, curativos, administração de medicação, dentre outras. **Objetivo:** Apresentar a experiência vivida pelas discentes de enfermagem no desempenho de atividades de monitoria na disciplina Semiologia e Semiotécnica I e II, no curso de enfermagem em uma Instituição Estadual de Ensino Superior de Chapecó, Santa Catarina; como estratégia de auxiliar a reflexão sobre a importância do discente monitor dentro da universidade. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência que descreve as vivências de duas discentes de enfermagem, orientadas por duas docentes do curso de enfermagem na realização

da modalidade de monitoria no processo de ensino das disciplinas de semiologia e semiotécnica I e II, no 1º semestre de 2015. As monitorias na sua maioria são práticas, onde após as aulas teórico-práticas do docente, o monitor orienta e assiste o discente na realização da técnica em laboratório, instigando o discente a fazer uma relação do conteúdo teórico. As monitorias foram realizadas no laboratório de enfermagem (práticas) e em sala de aula (teóricas). Foram disponibilizadas monitorias individualizadas e coletivas, sendo compostas por grupos de estágio, com cerca de cinco discentes ou com toda a turma (25 discentes) conforme a necessidade dos discentes. Muitas monitorias foram realizadas no período noturno em razão da disponibilidade dos discentes e monitoras, bem como de períodos de 'alta' procura. Houve necessidade de pesquisar e buscar materiais didáticos que foram reproduzidos, auxiliando os discentes na compreensão da matéria. Foram realizados simulados práticos, utilizando protótipos do laboratório, nesta estratégia cada discente sorteia uma técnica, e a realiza como se fosse o dia da prova, com observação do monitor, que em seguida aponta as falhas. Foram realizados estudo dirigidos, corrigidos em sala de aula, sanando as dúvidas dos discentes. Privilegiou-se também diálogo com os docentes orientadores sobre questões pertinentes à experiência da monitoria. Ainda como metodologia utilizou-se livros, artigos e revistas para facilitar o processo ensino-aprendizagem. A bolsa de monitoria teve início, para uma monitora no ano de 2014/1 com término em 2015/1 e para a outra em 2014/2 com término em 2015/2, a carga horária é 20 horas semanais, abrangendo cerca de 60 discentes por semestre¹. **Resultados:** O desenvolvimento das monitorias permite uma experiência singular ao monitor, no qual ao compartilhar seu conhecimento e experiência mantém em constante aprendizado; neste contexto buscamos aprofundar conhecimentos acerca do conteúdo trabalhado pelo docente para podermos orientar o discente de maneira mais clara e objetiva, para que haja uma melhor compreensão dos conteúdos. Com o passar das monitorias, fortalecemos nosso elo com os discentes, que passam a confiar em nós, e cada vez mais procurar as monitorias. E também por ser uma disciplina complexa da prática de enfermagem, com conteúdos extensos, é de suma importância que o discente goste da disciplina, para seu melhor entendimento e desempenho. É nestas disciplinas que eles começam a vivenciar a enfermagem, é nela que ocorrem os maiores medos, angústias e dúvidas, é onde o discente começa a se identificar com a enfermagem. O laboratório de semiologia está muito bem equipado, fazendo com que as aulas teórico-práticas sejam realizadas semelhantes às práticas de enfermagem realizadas em hospitais e unidades de saúde. Temos diversos protótipos, que chegam muito próximo da realidade, e que fazem com

que o discente desenvolva as técnicas perfeitamente, simulando situações que serão vivenciadas na realidade posteriormente. As monitorias priorizam aprimoramento na aprendizagem do discente, prevendo utilizá-los no decorrer da vida profissional. A monitoria contribui no enriquecimento da formação da vida acadêmica do discente, proporciona uma recompensa impagável, vendo eles crescerem, certamente evoluímos juntos, e isso futuramente nos fará profissionais mais competentes e talvez educadoras. **Considerações finais e Contribuições para a Enfermagem:** Por meio das atividades os monitores desenvolveram ações teórico-práticas que possibilitaram a solidificação de conhecimentos por parte dos discentes. É comum nesses primeiros contatos com a prática, identificar expressões e sentimentos de medo e insegurança no discente, os quais deixam transparecer seus anseios, dúvidas, expectativas e implicitamente alguns questionamentos como: o que faço agora? Como faço? Quando faço? Será que é assim mesmo? Neste contexto o papel do monitor é apoiar, auxiliar e proporcionar meios de aprendizagem e aquisição da segurança na realização de técnicas. Com o passar do tempo a relação entre monitor e discentes vai se transformando, os vínculos e a confiança vão aos poucos se fortalecendo. Isso contribui para o desenvolvimento pessoal e o preparo técnico e científico para a prática do exercício profissional do monitor e do discente. Um bom monitor, está sempre se atualizando, procura esclarecer as dúvidas e com suas vivências, procura proporcionar um melhor aprendizado aos discentes. As monitorias contribuem também para a formação de profissionais qualificados para exercer a profissão, pois a partir da Universidade são formados profissionais que atuarão nas diversas áreas da enfermagem, certamente com uma boa bagagem, se tornarão profissionais mais capacitados para lidar com as dificuldades do dia-a-dia. Apreendemos a ver o indivíduo de forma integral, não apenas voltado à causa, e sim o que gera a ela, e que observar o paciente é a melhor forma de cuidado, que nem sempre o que está estampado é o real motivo que o trouxe ali. Semiologia e Semiotécnica I e II nos ensinam que devemos saber a técnica, para sermos futuros gerenciadores de uma equipe, mas que é importante antes disso sermos humanos, a técnica com o tempo se aperfeiçoa, porém, um caráter, dificilmente se muda. Então é necessário que a base seja construída com pilares de conhecimento e ética, para que essa estrutura, que cresce no decorrer da graduação seja cada vez mais forte, para se tornar uma estrutura completa no futuro.

Palavras-Chave: Enfermagem; Ensino; Educação em Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1]. UDESC. Resolução N° 091/2014 – CONSUNI-Programa de Monitoria de Ensino de Graduação da UDESC. Disponível em:
http://www.ceo.udesc.br/arquivos/id_submenu/197/091_2014_cni_monitoria.pdf. Acesso em 09 maio 2015.
- [2]. Schmitt MD, Ribeiro MC, Adamy EK, Brum MLB, Zanotelli SS. Contribuições da Monitoria em Semiologia e Semiotécnica para a Formação do Enfermeiro: Relato de Experiência. Udesc em Ação. 7(1). [Acesso 08 mai 2015]. Disponível em:
http://www.revistas.udesc.br/index.php/udescemacao/articula/view/3264/pdf_37

