

Pense grande, seja

**URI**

# UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES

Departamento de Ciências da Saúde  
Curso de Graduação em Enfermagem

VII SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VI MOSTRA CIENTÍFICA DO CURSO DE  
ENFERMAGEM

II ENCONTRO DOS TRABALHADORES  
DOS MUNICÍPIOS DA 19 CRS

*DISCUTINDO ACERCA DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO  
DAS AÇÕES RELACIONADAS AO HIV/AIDS*

**ANAIS**

Organizadora:  
**Alessandra Regina Müller Germani**



**VII SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM,  
VI MOSTRA CIENTÍFICA DO CURSO DE  
ENFERMAGEM E II ENCONTRO DOS  
TRABALHADORES DOS MUNICÍPIOS DA 19ª CRS**

*DISCUTINDO ACERCA DA IMPLANTAÇÃO E  
IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES RELACIONADAS AO HIV/AIDS*

**ANAIS**

**REITORIA**

**Reitor:**

Bruno Ademar Mentges

**Pró-Reitora de Ensino:**

Helena Confortin

**Pró-Reitor de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação:**

Sandro Rogério Vargas Ustra

**Pró-Reitor de Administração:**

Clóvis Quadros Hempel

**CAMPUS DE ERECHIM**

**Diretor Geral:**

Luiz Mário Spinelli

**Diretor Acadêmico:**

Arnaldo Nogaro

**Diretor Administrativo:**

Paulo José Sponchiado

**CAMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN**

**Diretor Geral:**

César Luis Pinheiro

**Diretora Acadêmica:**

Edite Maria Sudbrack

**Diretor Administrativo:**

Nestor Henrique De Cesaro

**CAMPUS DE SANTO ÂNGELO**

**Diretor Geral:**

Gilberto Pacheco

**Diretora Acadêmica:**

Dinalva Agissé Alves de Souza

**Diretora Administrativa:**

Rosane Maria Seibert

**CAMPUS DE SANTIAGO**

**Diretor Geral:**

Clovis Fernando Bem Brum

**Diretora Acadêmica:**

Maria Saléti Reolon

**Diretor Administrativo:**

Francisco de Assis Górski

**EXTENSÃO DE CERRO LARGO**

**Diretora Geral:**

Marlene Teresinha Trott

**EXTENSÃO DE SÃO LUIZ GONZAGA**

**Diretora Geral:**

Sonia Regina Bressan Vieira



**ANAIS DA  
VII SEMANA ACADÊMICA  
DO CURSO DE GRADUAÇÃO  
EM ENFERMAGEM, VI  
MOSTRA CIENTÍFICA DO  
CURSO DE ENFERMAGEM E II  
ENCONTRO DOS  
TRABALHADORES DOS  
MUNICÍPIOS DA 19ª CRS**

*DISCUTINDO ACERCA DA  
IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO  
DAS AÇÕES RELACIONADAS AO  
HIV/AIDS*

**NOVEMBRO DE 2009  
FREDERICO WESTPHALEN - RS**

**ORGANIZAÇÃO DO EVENTO**

Universidade Regional Integrada do Alto  
Uruguai e das Missões – Campus de  
Frederico Westphalen  
Departamento de Ciências da Saúde  
Curso de Enfermagem

**Comissão Organizadora**

19ª Coordenadoria Regional de Saúde  
Coordenação e Professores do Curso de  
Graduação em Enfermagem  
Acadêmicos do VI Semestre do Curso de  
Graduação em Enfermagem

**Comissão Científica**

Alessandra R. Müller Germani  
José Francisco Soares

UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES  
CAMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**VII SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM,  
VI MOSTRA CIENTÍFICA DO CURSO DE  
ENFERMAGEM E II ENCONTRO DOS  
TRABALHADORES DOS MUNICÍPIOS DA 19ª CRS**

*DISCUTINDO ACERCA DA IMPLANTAÇÃO E  
IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES RELACIONADAS AO HIV/AIDS*

# ANAIS

Organizadores:  
**Alessandra Regina Müller Germani**  
**José Francisco Soares**

FREDERICO WESTPHALEN – RS



2009

ANAIS DA VII SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM  
ENFERMAGEM, VI MOSTRA CIENTÍFICA DO CURSO DE ENFERMAGEM E II  
ENCONTRO DOS TRABALHADORES DOS MUNICÍPIOS DA 19ª CRS  
© Copyright 2009– URI

**Organização:** Alessandra Regina Müller Germani, José Francisco Soares  
**Revisão metodológica:** Franciele da Silva Nascimento  
**Diagramação:** Franciele da Silva Nascimento  
**Capa/Arte:** Sara Spolti Pazuch  
**RevisãoLinguística:** Wilson Cadoná

**O conteúdo dos textos é de responsabilidade exclusiva dos(as) autores(as).  
Permitida a reprodução, desde que citada a fonte.**

S47a Semana acadêmica do curso de graduação em enfermagem (7.: 2009 :  
Frederico Westphalen, RS)  
Anais [recurso eletrônico] [da] VII Semana Acadêmica do Curso de  
Graduação em Enfermagem, VI Mostra Científica do Curso de  
Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª  
CRS: discutindo acerca da implementação das ações relacionadas ao  
HIV/AIDS [e-book] / organizadora Alessandra Regina Müller  
Germani, José Francisco Soares. – Frederico Westphalen : URI, 2009.  
117p.

ISBN 978-85-7796-053-8

1. Enfermagem. 2. Diagnóstico. 3. Profissionais de enfermagem. 4.  
Oncologia. I. Germani, Alessandra Regina Müller, org. II. Soares, José  
Francisco, org. III. Título.

CDU 616-083(063)

Bibliotecária Gabriela de Oliveira Vieira CRB 10/2044



**Editora: URI**

URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prédio 8, Sala 108  
Campus de Frederico Westphalen  
Rua Assis Brasil, 709 - CEP 98400-000  
Tel.: 55 3744 9223 - Fax: 55 3744-9265  
E-mail: editorauri@yahoo.com.br, editora@fw.uri.br

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	9
RESUMOS EXPANDIDOS	
A ENFERMAGEM DIANTE DO PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA ONCOLÓGICA: UM RESGATE TEÓRICO <i>Michele Sigonini, Carla Argenta</i> .....	11
A IMPORTÂNCIA DO TOQUE PARA A EXECUÇÃO DA PRESTAÇÃO DO CUIDADO <i>Deise G. Busatto, Andréia Piovesan, Jonathan da Rosa, Carla Argenta</i> .....	14
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA A PACIENTES COM RISCO DE DESENVOLVER ÚLCERA POR PRESSÃO INTERNADOS NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA (CTI) ADULTA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA <i>Evelice Aline Massing, Carla Argenta</i> .....	16
ANÁLISE DOS PRINCÍPIOS DA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA EFETIVAÇÃO DA PROPOSTA DE HUMANIZAÇÃO <i>Deise Gabriela Busatto, Andréia Piovesan, Jonathan da Rosa, Carla Argenta</i> .....	21
A PRÁTICA GERENCIAL DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO(A) NO AMBIENTE HOSPITALAR <i>Caroline Ottobelli</i> .....	23
ATIVIDADES LÚDICO-EDUCATIVAS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM UMA ESCOLA DE EDUCAÇÃO INFANTIL <i>Luisa Denise Portes de Lima, Evelice Aline Massing, Luciane Flach, Cleidiane Rigodanzo, Michele Sigonini, Elisangela Argenta Zanatta</i> .....	26
BUSCANDO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO A SAÚDE DOS ADOLESCENTES: UMA REFLEXÃO TEÓRICA <i>Rejane Ceolin, Elisangela Argenta Zanatta</i> .....	30
DISCUTINDO A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE <i>Carlise Rigon Dalla Nora, Fabiana Mânica, Priscila Orlandi Barth, Luciane Milani, Alessandra Regina Müller Germani</i> .....	34
DST /AIDS – REFLETINDO A CERCA DA TEMÁTICA <i>Ezequeile Müller, Fabiana Mânica, Luciane Milani, Luisa Denise de Lima, Alessandra Regina Müller</i> .....	40
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA <i>Luciane Milani, Luisa Denise de Portes de Lima, Ezequeile Müller, Elisangela Argenta Zanatta</i> .....	44
GESTÃO DA MUDANÇA ORGANIZACIONAL: UM BREVE APROFUNDAMENTO TEÓRICO <i>Jonathan da Rosa, Andréia Piovesan, Alessandra Regina Muller Germani</i> .....	47
GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS, PATRIMÔNIO E MEDICAMENTOS – UMA EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA <i>Luciane Milani, Luisa Denise de Lima Portes, Fabiana Mânica, Alessandra Regina Müller Germani</i> .....	50

MIÍASE: RELATO DE CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA <i>Andréia Piovesan, Deise Gabriela Busatto, Jonathan da Rosa, Andrei Rogério Trindade, Carla Argenta.....</i>	53
O DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES JUNTO AOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS: A BUSCA PELA REINserÇÃO NA COMUNIDADE <i>Caroline Ottobelli, Adriana Rotoli.....</i>	55
O OLHAR PSICOLÓGICO EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA-PROJETO DE CLÍNICA AMPLIADA <i>Juliana Frighetto, Kamila Quadros Trautmann, Jane Marise Conterno Aquino, Marisa Pigatto....</i>	59
PAPEL DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO FRENTE À UTILIZAÇÃO DAS PRÁTICAS COMPLEMENTARES <i>Cristiane Pedó, Jéssica Martins da Silva, Claudiane Faccin, Silvia Franchini, Débora Raquel Ceretta, Alessandra R. Müller Germani.....</i>	61
RELATO DO INÍCIO DO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DO PROJETO GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE: A BUSCA PELA CONCRETIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ERVAL SECO-RS <i>Luisa Denise Portes de Lima, Luciane Milani, Priscila Barth, Fabiana Mânica, Alessandra Regina Müller Germani .....</i>	63
UM BREVE RELATO DE EXPERIÊNCIA ACADÊMICA EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE SALA DE ESPERA <i>Jonathan da Rosa, Cássia Jordana Krug Wendt, Priscila Orlandi Barth, Alessandra Regina Müller Germani.....</i>	66
UMA VIVÊNCIA ACADÊMICA NA GESTÃO – RELATO DE BOLSISTA VOLUNTÁRIO EM UM PROJETO DE EXTENSÃO <i>Priscila Orlandi Barth, Carlise Rigon Dalla Nora, Fabiana Manica, Alessandra Regina Muller Germani .....</i>	69
VIVENCIADO A VISITA DOMICILIAR NO ESTÁGIO EXTRACURRICULAR: DA TEORIA A PRÁTICA <i>Andréia Piovesan, Jonathan da Rosa, Alessandra Regina Muller Germani .....</i>	72
VIVENCIANDO A PRÁTICA PEDAGÓGICA DOS DOCENTES NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- UMA REVISÃO DE LITERATURA <i>Carlise Rigon Dalla Nora, Fabiana Mânica, Alessandra Regina Müller Germani .....</i>	74
<b>RESUMOS SIMPLES</b>	
A APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA VISITA DOMICILIAR <i>Carla Basso, Kiciosan da Silva Bernardi Galli .....</i>	79
A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O SEU PAPEL NO PLANEJAMENTO FAMILIAR <i>Gisele Gambin, Luciana Kovalski.....</i>	80
APLICANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA <i>Caroline Ottobelli .....</i>	81
ADQUIRINDO NOVOS CONHECIMENTOS DA ÉTICA E GLOBALIZAÇÃO DO CUIDADO <i>Jéssica Martins da Silva, Cristiane Pedó, Claudiane Faccin, Silvia Franchini, Alessandra Regina Müller Germani .....</i>	82
A EDUCAÇÃO EM SAÚDE ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DE OFICINAS TERAPÊUTICAS NOS GRUPOS DA TERCEIRA IDADE <i>Gisele Gambin, Claudia Polesso.....</i>	83

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA E DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE DO IDOSO <i>Caroline Marangon Dourado, Adriana Rotoli</i> .....	84
A IMPORTÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES EDUCATIVAS COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS <i>Carla Basso, Renata Meneghel, Adriana Rotoli</i> .....	85
ATIVIDADES TEORICO- PRATICAS EM FUNDAMENTOS DO CUIDADO HUMANO II: RELATO DE EXPERIÊNCIA ACADÊMICA <i>Daiane Campos Farezin, José Francisco Pereira Soares</i> .....	86
BUSCANDO A REINSERÇÃO DOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS JUNTO À COMUNIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA <i>Caroline Ottobelli, Patricia Covatti, Adriana Rotoli</i> .....	87
CONTRIBUIÇÕES DA MONITORIA NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM <i>Renata Albarello, Carla Argenta</i> .....	88
CONTRIBUIÇÃO DAS VIVÊNCIAS EDUCATIVAS NO ÂMBITO ACADÊMICO <i>Luciane Flach, Luisa Denise Portes de Lima, Alessandra Regina Muller Germani</i> .....	89
DESENVOLVENDO ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM PARCERIA COM O DIA DO DESAFIO <i>Cristiane Pedó, Carla Argenta</i> .....	90
DESMAME PRECOCE: UM DESAFIO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE <i>Caroline Marangon Dourado, Caroline Ottobelli</i> .....	91
EFETIVANDO AÇÕES DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER <i>Ana Paula Coldebella Kirch, Renata Albarello, Elisangela Argenta Zanatta</i> .....	92
ESTIMULANDO O ALEITAMENTO MATERNO DENTRO DO HOSPITAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA <i>Caroline Ottobelli, Caroline Dourado</i> .....	93
ESTRATÉGIAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA E COLO DE UTERO <i>Flávio José Albarello, Gisele Gambin, Soeli dos Santos</i> .....	94
EXPERIÊNCIA ACADÊMICA NA DISCIPLINA DE PESQUISA EM ENFERMAGEM <i>Luisa Denise Portes de Lima, Luciane Flach, Alessandra Regina Müller Germani</i> .....	95
EXPERIÊNCIA ACADÊMICA NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DO HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO-RS <i>Evelice Aline Massing, Carla Argenta</i> .....	96
EXPERIÊNCIA ACADÊMICA REALIZADA EM MUTIRÕES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN-RS <i>Evelice Aline Massing, Alessandra Müller Germani</i> .....	98
EXPERIÊNCIA ACADÊMICA REALIZADA NA DISCIPLINA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA URI- CAMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN-RS <i>Evelice Aline Massing, Alessandra Müller Germani</i> .....	99
EXPERIÊNCIA ACADÊMICA REALIZADA NA DISCIPLINA DE SAÚDE COLETIVA III NO “MAPEAMENTO DO BAIRRO APARECIDA DO MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN-RS” <i>Evelice Aline Massing, Alessandra Müller Germani</i> .....	100



EXPERIÊNCIA ACADÊMICA NA DISCIPLINA DE SAÚDE COLETIVA IIA <i>Luisa Denise Portes de Lima, Jonathan da Rosa, Andréia Piovesan, Alessandra Regina Müller Germani</i> .....	101
EXPERIÊNCIAS PRÉ-PROFISSIONAIS DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA <i>Luciane Flach, Alessandra Regina Muller Germani</i> .....	103
EXPERIÊNCIA ACADÊMICA REALIZADA NO HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE FREDERICO WETPHALEN- RS <i>Evelice Aline Massing, Carla Argenta</i> .....	104
GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE – VIVENCIANDO A LINHA DE AÇÃO REFERENTE À GESTÃO DE MATERIAIS, PATRIMÔNIO E MEDICAMENTOS <i>Luciane Milani, Carlise Rigon Dalla Nora, Priscila Orland Barth, Alessandra Regina Müller Germani</i> .....	106
GRUPOS DE SAÚDE: ESTRATÉGIA DE CONTROLE PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETE <i>MELLITUS</i> <i>Gisele Gambin, Claudia Polesso</i> .....	107
GRUPOS EM UNIDADE PSIQUIATRICA DE HOSPITAL GERAL <i>Juliana Frighetto, Kamila Quadros Trautmann, Juliane Sari Barros</i> .....	109
PLANEJAMENTO FAMILIAR: DIREITO BÁSICO DE CIDADANIA <i>Gisele Gambin, Luciana Kovalsky</i> .....	110
PRÁTICA DE SALA DE ESPERA: UM RELATO ACADÊMICO <i>Cássia Jordana Krug Wendt, Jonathan da Rosa, Priscila Orlandi Barth, Alessandra Regina Müller Germani</i> .....	111
PROJETO RÁDIO: FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE <i>Marília Marcolin, Ana Paula Coldebella Kirch, Carla Argenta</i> .....	112
PROTAGONISMO DO ENFERMEIRO EM GRUPOS DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ACADÊMICA <i>Jonathan da Rosa, Andréia Piovesan, Deise G. Busatto, Marcia Casaril do Santos Cargnin</i> .....	114
SAÚDE DA MULHER – DESENVOLVENDO AÇÕES DE ENFERMAGEM <i>Adrieli Pivetta, Aleti Silva de Jesus, Debora Dalegrave, Elisangela Argenta Zanatta</i> .....	115
UM PROJETO DIFERENTE: ESCOLA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE <i>Gisele Gambi, Flávio José Albarello, Iliane Rezer Bertão</i> .....	116

## **APRESENTAÇÃO**

A VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen, VI Feira de Mostra de Trabalhos Científicos em Saúde e II Encontro dos Trabalhadores da 19ª Coordenadoria de Saúde ocorreu nos dias 04, 05 e 06 de novembro de 2009, no Campus da URI – Frederico Westphalen. “**Interdisciplinaridade nas ações voltadas á promoção da saúde e prevenção da AIDS: uma nova perspectiva para os serviços de Saúde**” foi o tema central dos debates no evento. Para isso, contamos com a contribuição do conhecimento de profissionais de diferentes áreas: Geralda Riogotti e Sabino Bertão - Médicos, Maria Augusta Balsan e Alessandra Regina Muller Germani - Enfermeiras, Grupo de profissionais do CTA, de Palmeira das Missões, entre outros.

Os trabalhos da Mostra Científica foram apresentados para uma Comissão Científica, constituída por professores da URI – Campus de Frederico Westphalen e a coordenação do Curso, na forma de pôsteres. Esse momento possibilitou a realização da avaliação científica dos trabalhos, traduzindo a preocupação do Curso com a qualidade das produções expostas na Mostra Científica. Como meio de valorizar os trabalhos científicos apresentados na Mostra, reuniram-se, na presente publicação, os resumos simples e expandidos dos pôsteres apresentados.

**Alessandra Regina Muller Germani**

Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem

URI – Campus de Frederico Westphalen

# **RESUMOS EXPANDIDOS**

## **A ENFERMAGEM DIANTE DO PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA ONCOLÓGICA: UM RESGATE TEÓRICO**

Michele Sigonini\*

Carla Argenta\*\*

Quando as pessoas recebem o diagnóstico de câncer, abalam-se emocionalmente, pois esta é uma doença que causa sofrimento físico e emocional. Neste sentido, Barbosa (2003) coloca que tudo pode mudar na vida das pessoas que passam por esta situação, sendo que algumas dessas pessoas modificam totalmente seus hábitos e passam a rever conceitos, valores, crenças, comportamentos e atitudes, promovendo uma grande mudança em suas vidas. Vale enfatizar que, no momento em que a pessoa recebe o diagnóstico confirmado de câncer, seu estado emocional é abalado. Isso resulta muitas vezes em mudanças bruscas em sua vida, deixando a pessoa completamente desanimada, pensando que não terá forças suficientes para enfrentar o tratamento, que é muito demorado e doloroso. Para Fontes e Alvim (2008), a pessoa que é acometida por uma doença crônica incorpora essa condição no seu processo de viver, o que requer mudanças no seu estilo de vida. Por vezes, essas mudanças se traduzem em redução ou perda da capacidade de autocuidado e de agir com autonomia. Ressalta-se que no cotidiano em que a pessoa com câncer vive, esta pode vir a apresentar transtornos emocionais, cognitivos e comportamentais, relacionados ao fato de sua vida estar ligada a uma doença grave. Contudo, a ameaça que esta doença traz, de incapacidades ou riscos de vida torna-se difícil de ser compreendida emocionalmente pelo doente. Partindo deste pressuposto, podemos colocar que a pessoa portadora desta enfermidade passa a ter sua vida toda voltada para o tratamento e recuperação da doença. Sendo que a mesma passa a deixar sua vida sócio-cultural, afetiva e familiar de lado, focando somente na doença a qual foi acometida. A temática deste artigo, assistência prestada à pessoa com câncer, surgiu através de inquietações vivenciadas em estágios a área hospitalar, das disciplinas de Enfermagem Aplicada a Pacientes de Alto Risco e Gerenciamento do Cuidado do Serviço de Saúde II, disciplinas integrantes o VI e VII semestre, quando estive em contato com pacientes acamados que apresentavam grande potencial para desenvolver úlcera por pressão. A partir disto foi utilizada como metodologia de pesquisa, a revisão bibliográfica, que inclui livros, periódicos científicos para o desenvolvimento do contexto. O câncer é uma enfermidade que traz impactos sociais e econômicos importantes, devido à abrangência de sua ocorrência. Cabe enfatizar que esta doença crônica tem seu prognóstico nem sempre favorável ao tratamento, tornando-se muitas vezes difícil de ser tolerado. No entanto, câncer é uma doença que traz consigo o estigma da morte, do sofrimento e da dor. Porém, ao contrário do que ocorria no passado, quando o portador de câncer era considerado apenas em termos de tempo de sobrevida e tipos de tratamento disponíveis, hoje em dia, a preocupação é mais ampla e principalmente com a qualidade de vida destas pessoas (FURTADO, 2006). Atualmente com os avanços na oncologia, permite-nos aflorar os interesses pela investigação dos aspectos que excedem as condições físicas, os fatores psicossociais

---

\* Acadêmica do VIII Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Orientadora do relato. Enfermeira. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

existentes, o número de casos, o desenvolvimento da doença, o tratamento e a absolvição da mesma. O câncer pode ser caracterizado como o crescimento desordenado e descontrolado de células que invadem tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras regiões do corpo, fato este chamado de metástase. Essas células podem ser agressivas e incontroláveis, formando assim os tumores, os quais podem ser benignos ou malignos (BARBOSA, 2003). Cabe ressaltar que, com o possível diagnóstico, até a confirmação da doença e o seu respectivo tratamento implicam diretamente no estilo de vida da pessoa. Para algumas, a confirmação do câncer pode mudar tudo em suas vidas, e estas passam a rever conceitos, valores, crenças, comportamentos e atitudes, promovendo uma mudança inesperada em suas vidas. Diante do diagnóstico de câncer, o paciente reproduz o medo da morte, que é algo muito presente, sendo um sentimento que provoca angústia, depressão, raiva, irritabilidade, chegando a ponto de muitos pacientes recusarem o tratamento, assegurando que não existe mais a cura para sua doença. Segundo Sales e Espósito (2002), o impacto da doença crônica é tão ríspido que representa para o paciente um momento difícil de adaptação frente a sua doença, a qual o faz viver com medo, tensão entre a pessoa que ele era e a pessoa que virá a ser. Contudo, através deste sentimento, a pessoa passa a conviver de forma inautêntica com a equipe de enfermagem, retraindo-se com palavras, gestos e sua maneira de expressar suas necessidades em relação ao cuidado. Portanto, a equipe de enfermagem passa a ver o paciente como um ser humano que apresenta suas características próprias, seus valores, suas crenças, seus sentimentos. Sendo assim, é capaz de interagir com o outro e conviver com uma doença que lhe exige uma maior adaptação, mudanças de hábitos e de sua vida. É fundamental que a enfermeira entenda o impacto que é causado pelo câncer nas pessoas, pois isso lhe possibilitará estabelecer estratégias de cuidado. A enfermeira deve produzir no cuidado a capacidade de interagir com o paciente, exercitando o diálogo, colocando-se disponível para escutar o que o aflige, pode não resolver a situação objetiva da doença e os aspectos dela decorrentes, mas certamente contribuirá para minimizar a sensação de medo e angústia manifestada pelo seu surgimento (FONTES; ALVIM, 2008). Imbuídos nisso, ao se trabalhar com o cuidado da pessoa portadora de câncer, o profissional enfermeiro deve ajudá-lo a encarar seus sentimentos, através do diálogo, sendo que o mesmo deve ser de forma clara e objetiva. Diante desta atitude, o enfermeiro pode deixar o paciente mais calmo e tranquilo para a realização de seu respectivo tratamento. Vale enfatizar que o número de pessoas que buscam instituições de saúde para a realização do tratamento contra o câncer, deva conduzir todos a uma postura reflexiva em relação à forma de como estas são tratadas pelos profissionais de saúde. Apesar de conceitualmente visar à dignidade e a totalidade do ser humano, ao observarmos a realidade das instituições, percebe-se que o processo de cuidar ao longo de tempo adquiriu características puramente tecnicistas e reducionistas. (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007). Partindo deste pressuposto, cabe aos profissionais da saúde, assumir uma postura de cuidados adequada. Ressaltando que estes cuidados devem envolver a pessoa a ser cuidada, fazendo com que a mesma participe do processo de cuidados, contribuindo com a equipe para que seu tratamento tenha uma evolução mais rápida. Quando o paciente com câncer precisa ser hospitalizado, ele passa por muita apreensão e sofrimento, pois é afastado de tudo que lhe é familiar, e teme o abandono, o isolamento, a distância da família, do trabalho e do seu meio social. Esse paciente, além de temer por sua vida ou por sequelas que possam ocorrer, sente-se despersonalizado, vulnerável e frágil diante dos procedimentos e rotinas hospitalares (FURTADO, 2006). Considerando a preocupação do ser que adoece por câncer, em relação ao cuidado que recebe dos profissionais da saúde, estes oferecem um cuidado que sacia as necessidades do paciente, contribuindo desta forma para os cuidados a serem desenvolvidos nos pacientes oncológicos. Todavia, busca-se compreender as necessidades dos mesmos, em busca

de novos caminhos para os cuidados oferecidos a estes pacientes. Portanto, em muitos destes casos os indivíduos deixam de ser considerados como seres capazes de tomar suas próprias decisões, e passam a ser um ser atuante a um ser humilhado. Tornando-se assim, um ser não mais próprio, mas sim, um querer de outras pessoas, sendo que as suas necessidades de cuidados não são mais suas, pois estas pertencem às pessoas que os cuidam, às quais regem todo o seu tratamento. Portanto, enfatizamos que o viver com câncer é um viver intenso, é abrir-se intensamente aos sentimentos, onde se acaba tornando um ser frágil e sem forças, pelo fato de estar frente a uma doença vinculada à morte e ao projeto de vida da pessoa. Todavia torna-se necessário que os profissionais da saúde assumam o cuidado a ser fornecido a estas pessoas, orientando-as estes quanto à patologia e seu respectivo tratamento, fazendo-o de forma clara, objetiva, com um vocabulário simples e de fácil entendimento. Contudo, apesar dos avanços alcançados em relação ao tratamento do câncer, o medo da morte se revelou como algo que acompanha a pessoa durante toda a sua trajetória de enfrentamento da doença. Apesar da possibilidade de vir a ocorrer a recidiva da doença, isso é visto como algo que causa preocupação às pessoas, assim a angustia, o medo que a doença retorne estão interligados com a possibilidade de levar o mesmo à morte.

**Palavras-chave:** Oncologia. Diagnóstico. Profissionais de Enfermagem.

## A IMPORTÂNCIA DO TOQUE PARA A EXECUÇÃO DA PRESTAÇÃO DO CUIDADO

Deise G. Busatto\*  
Andréia Piovesan\*\*  
Jonathan da Rosa\*\*\*  
Carla Argenta\*\*\*\*

Vários estudos já comprovaram que o contato físico provoca alterações neurais, glandulares, musculares e mentais que contribuem para o restabelecimento dos pacientes hospitalizados. Nesse sentido, a busca pela efetivação da proposta de humanização na prestação do cuidado pode ser comprovada no cotidiano do atendimento dos profissionais de enfermagem, porém podemos evidenciar a resistência de muitos profissionais que acabam não incorporando este novo panorama/proposta no seu dia a dia. No entanto, ainda a visão da necessidade da afetividade é vista pelo enfermeiro com maior relevância frente a outros profissionais de saúde. Assim, muitos estudos comprovam que o profissional enfermeiro é o profissional que mais utiliza do toque como ferramenta da promoção do cuidado. Segundo Dias (2008), todas as facetas do ato de tocar têm íntima relação no exercício profissional da enfermagem, pois usamos da palpação uma importante ferramenta na execução do processo de enfermagem. O toque é um meio de comunicação não-verbal que é essencial durante toda a vida do ser humano, transmitindo afeto, segurança e proteção. Na doença também pode significar apoio, amparo e valorização da pessoa (DAVIS, 1991 apud GALA et al., 2003). Desse modo, com intuito de comover, sensibilizar e entrar em contato com os princípios de humanização nas práticas técnicas do cotidiano profissional, essa preocupação de sensibilidade é o que nos diferencia dos outros profissionais e o que nos torna profissionais mais humanos e não máquinas na execução dos procedimentos. Não obstante é o toque que faz com que ocorra a aproximação do profissional com o cliente, reconhecendo-o como ser humano e não meramente biológico. Cruz e Varela (2002) apontam que a chegada de uma pessoa ao setor cirúrgico é sempre precedida da sensação de medo, seja pelo ato cirúrgico, pelo medo da anestesia, medo do desconhecido entre tantos medos e do desconforto pelo momento em que se encontra. Assim, proporcionar ao paciente um cuidado especial é imprescindível, ou seja, proporcionar um atendimento mais humano em que pese o respeito e a carinho, valorizando-o e compreendendo esse momento, muitas vezes aterrorizante e ameaçador para o paciente, são estratégias que comprovadamente diminuem o estresse emocional que este está passando. Nesse aspecto, o toque se torna uma das ferramentas que o profissional enfermeiro pode utilizar para efetivar esse cuidado mais sensível durante o seu processo de trabalho, especialmente no setor cirúrgico, que por si só é um ambiente que transmite ameaça e insegurança ao paciente. Neste viés apresenta-se esta reflexão bibliográfica proposta durante as atividades acadêmicas junto ao bloco cirúrgico do Hospital

---

\* Acadêmica do VI Semestre da URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Acadêmica do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus Frederico Westphalen, Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde, na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\*\* Acadêmico do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen, Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde, na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\*\*\* Enf. professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

Santo Antônio – HSA, do município de Tenente Portela – RS. A referida atividade ocorreu durante o mês de outubro de 2009 e contemplou uma das propostas da Disciplina de Saúde do Adulto II, quando do seu estágio curricular na unidade hospitalar. Dessa forma, esta atividade reflexiva pôde proporcionar aos acadêmicos a oportunidade de vivenciar na prática a atuação do enfermeiro em saúde hospitalar, assim como, proporcionou aos discentes a experiência refletir sobre o cuidado humanizado com os clientes/pacientes, especialmente no foco do toque como ferramenta de sensibilidade e respeito pelo sujeito. Dias et al. (2008), reconhece que os cuidados prestados pela enfermagem partem de duas esferas distintas, uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar do outro ser. Assim, o toque está em conjunto no contexto das manifestações não verbais o que acaba facilitando na habilidade técnica, solidária e compreensiva. Sendo de conhecimento de todos que a pele é um órgão que transforma os estímulos físicos por intermédio de comunicadores químicos em estímulos psíquicos. Portanto é desta forma que o contato produz a sensação de apoio, de consolo, de companhia e de presença amiga. Já quando o profissional é rude e agressivo faz com que ocorra o desprezo e rejeito dele por parte do cliente, dificultando a relação enfermeiro paciente e a própria execução das tarefas técnicas que são exigidas para com a saúde e bem estar do cliente. Nesse sentido, a necessidade de mudanças dos processos de produção de saúde deve ser encarada como uma proposta de subsídio para a prestação do cuidado. Assim, é esse cuidado com a humanização dos seus gestos e sensibilidade humana que se apresenta com intuito de melhorar e diferenciar o atendimento com o outro, amenizando o estresse e a angústia que o cliente passa no momento da internação hospitalar. Desse modo, o profissional enfermeiro precisa estar disposto a novas mudanças, sempre buscando a melhor forma de avaliar e estabelecer as necessidades da sua clientela. Sendo que um simples toque representa muitas vezes o vago que faltava para estabelecer a relação mais próxima e respeitosa entre o profissional e o indivíduo. Todavia, para efetivação deste toque é necessária a predisposição dos dois seres humanos, ou seja, o profissional enfermeiro e o cliente têm que estarem necessariamente abertos para essa sensibilidade, podendo ser empregado como subsídio nos procedimentos invasivos, o que não impede de manter a técnica exigida para o momento. Neste sentido a atitude do tocar é considerada um sinal gradual da evolução ao cuidado humanizado. Assim, para a construção de uma prestação de serviço qualificado para a saúde do indivíduo o enfermeiro deve levar em consideração a proposta de humanização para a execução do seu trabalho tendo em vista as dimensões humanas fundamentais, como o carinho o aconchego e o respeito maximizado pela vida humana. Diante destas questões podemos entender que a afetividade com o cliente/paciente, evidenciada pela utilização do toque, ou seja, o relacionamento empático é a essência do propósito da enfermagem. E em especial, em ambientes do bloco cirúrgico, esse cuidado diferenciado se torna mais necessário e evidente para uma boa qualidade do bem estar do paciente ao passo que este se encontra em um momento de vulnerabilidade emocional, diante muitas vezes, de pessoas desconhecidas, bem como distante dos seus familiares e entes queridos. Assim, quando atuamos de forma humanizada, respeitando e reconhecendo o sujeito como ser humano repleto de singularidades, nosso atuar nesses momentos se efetiva de forma diferenciada, o que contribui para o bem estar do paciente e para uma melhor recuperação no pós-cirúrgico.

**Palavras-chave:** Centro Cirúrgico. Cuidado Humanizado. Toque.



# **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA A PACIENTES COM RISCO DE DESENVOLVER ÚLCERA POR PRESSÃO INTERNADOS NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA (CTI) ADULTA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Evelice Aline Massing\*  
Carla Argenta\*\*

Para Machado (2004), na maioria dos hospitais encontramos os Centros de Terapia Intensiva, que são unidades que prestam os cuidados diretos aos pacientes que precisam de assistência por 24 horas, para assim prevenir a evolução do estado clínico do paciente para crítico, devido à agressão dos órgãos vitais ou das demais estruturas do organismo, evitando-se assim o comprometimento vital. Para tanto, os pacientes que encontram-se internados no Centro de Terapia Intensiva em estado grave de saúde, em geral permanecem por um longo período nesta unidade até se recuperar por completo. Sendo assim, o estado geral do paciente começa a se debilitar, sendo que, emocionalmente o mesmo fica deprimido, por estar longe de seus familiares com déficit de afeto e o carinho. Cabe enfatizar que Machado (2004) descreve que, devido ao estágio de desconhecimento e à ignorância do seu quadro clínico, o paciente apresenta sentimentos de agitação, rebeldia e tem o seu estado emocional afetado, apresentando transtornos mentais, angústia sobre o lugar onde está, de saber como está se recuperando e medo sobre seu tratamento, medo de estar sozinho sem alguém da família por perto, afetando o seu estado emocional, o que leva à demora de sua recuperação. Todavia, estes fatores são grandes responsáveis pela permanência do pacientes nesta unidade, o que contribui para o risco do mesmo em desenvolver úlcera por pressão. Contudo, a úlcera encontra-se muito presente no Centro de Terapia Intensiva, por se tratar de um setor do hospital onde encontram-se pacientes com quadro clínico muito agravado, e seu estado psicológico deprimido, pelo fato de permanecerem por muito tempo internados nesta unidade com o vínculo familiar ausente. Partindo deste pressuposto, é que se pode avaliar que estes entre outros fatores é que levam o paciente a desenvolver a úlcera por pressão. Sendo que, quanto mais tempo o paciente permanecer internado no Centro de Terapia Intensiva, mais propenso ele esta em desenvolver a mesma. Para tanto, assim o paciente permanecerá acamado no leito, geralmente por um longo período na mesma posição, sendo esse mais um dos fatores que o leva a desenvolver úlcera por pressão. Cabe assim, aos profissionais da enfermagem prestar assistência aos pacientes com medidas de prevenção e tratamento para evitar que os mesmos venham a desenvolver tal agravante. Tornando-se viável a aplicação das escalas de prevenção e dos demais cuidados pela equipe de enfermagem, como medidas de prevenção, no entanto, se estes forem aplicados corretamente e diariamente nos pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva, pode se obter bons resultados em relação aos cuidados a serem prestados diretamente nos pacientes que apresentam o risco de desenvolver úlcera por pressão. Portanto, é de suma importância a aplicação de cuidados preventivos nos pacientes com risco de desenvolver a úlcera por pressão

---

\* Acadêmica do VIII Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Orientadora do relato. Enfermeira. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

que se encontram acamados nestas unidades. Contudo, através destes cuidados os profissionais da enfermagem estarão fornecendo ao paciente um pouco mais de conforto em relação ao seu estado físico e psicológico que foram totalmente afetados. A temática deste artigo surgiu através de inquietações vivenciadas em estágios na área hospitalar, das disciplinas de Enfermagem Aplicada a Pacientes de Alto Risco e Gerenciamento do Cuidado do Serviço de Saúde II, disciplinas integrantes o VI e VII semestre, quando estive em contato com pacientes acamados que apresentavam grande potencial para desenvolver úlcera por pressão. A partir disto foi utilizada como metodologia de pesquisa, a revisão bibliográfica, a qual inclui livros, periódicos científicos para o desenvolvimento do contexto. Cabe enfatizar, que o Centro de Terapia Intensiva é o ambiente da área hospitalar mais agressivo para o paciente, e seus familiares por se tratar de uma unidade que atende somente pacientes em estado crítico, entre a vida e a morte. Todavia, esta unidade é uma das mais importantes do âmbito hospitalar, pois é nesta que se concentra a grande maioria dos pacientes sendo a unidade mais complexa do hospital por isso possui equipamentos de alta complexidade que só através destes que muitos pacientes se mantêm vivos. Para Maia e Monteiro (2007), cabe enfatizar que, é devido à longa permanência de internação nesta unidade, grande parte dos pacientes acabam desenvolvendo lesões na pele, lesões estas que surgem subsequentemente pelo estado debilitado em que o paciente se encontra, devido as suas condições clínicas, devido aos fatores inerentes as suas patologias. Portanto, o aparecimento dessas lesões poderia ser evitado com cuidados específicos prestados à pele dos mesmos, através do uso de materiais e equipamentos que proporcionam o alívio da pressão que o paciente sofre quando permanece por um longo período deitado na mesma posição em seu leito. É devido ao tempo de internação do paciente e pela falta de cuidados da equipe de enfermagem que aos poucos vão se desenvolvendo os primeiros sinais da úlcera por pressão, sendo que é de extrema competência destes profissionais prestar os cuidados aos pacientes acamados para de fato impedir que estes venham a desenvolver a úlcera por pressão. Tornando-se necessário prestar os cuidados aos pacientes através de medidas de conforto pelo fato dos mesmos permanecerem impossibilitados de se autoajudar, estando totalmente dependentes dos cuidados da equipe de enfermagem. Cabe enfatizar, que o desenvolvimento da úlcera por pressão em pacientes intensivos também vem a se desenvolver pelo fato destes apresentarem patologias que agravam seu quadro clínico fazendo assim com que os mesmos vão se debilitando, perdem peso, afeta seu estado nutricional, diminui seu nível de consciência, sua pele se desidratando, se tornando mais propensa ao desenvolvimento da úlcera por pressão, e assim aos poucos vão se desencadeando patologias crônicas que contribuem para a permanência do paciente na unidade intensiva sem condições de se movimentar espontaneamente, sendo que todos esse fatores favorecendo o desenvolvimento da úlcera por pressão. Nesse sentido, é importante destacar que outros fatores contribuem para o desenvolvimento da úlcera por pressão, um simples deslizamento do paciente sobre o lençol com dobras em seu leito, ou até mesmo quando a pele do paciente se encontra com dobras e o mesmo vem a ser arrastado pelo leito ao invés de ser levantado pelo lençol móvel, isso pode vir a ocorrer durante uma realização de mudança de decúbito, ou mesmo num reposicionamento adequado do paciente em seu leito. Portanto, esses fatores que contribuem para o desenvolvimento da úlcera por pressão nos pacientes acamados são da falta de cuidados dos profissionais da enfermagem frente às medidas de prevenção a serem prestadas aos pacientes como uma maneira de conforto e prevenção para se impedir o desenvolvimento da úlcera por pressão. De acordo com Hess (2002), o desenvolvimento da úlcera por pressão nos pacientes acamados vem a se desenvolver pela compressão dos tecidos moles de proeminências ósseas que sofrem pressão contra uma superfície externa, durante um longo período. Cabe assim destacar, que as regiões mais propensas do corpo ao desenvolvimento da úlcera por pressão são as regiões coccíneas, região sacral, crista ilíaca, trocantero, região escapular, região frontal e

posterior do osso occipital, região dos cotovelos, ombros, região posterior da coxa, entre outras. Todavia, podemos afirmar que a úlcera por pressão se desenvolve com mais frequência em regiões do corpo de grandes proeminências ósseas, sendo esta então desenvolvida pela compressão da parte do corpo em que se concentra o maior peso do paciente, e sob o lado do corpo em que o mesmo está deitado com mais frequência, sendo estas regiões comprimidas sobre a superfície dura do colchão impedindo assim a circulação de sangue e possivelmente de oxigênio para os tecidos do corpo da região que está a sofrer o atrito, causando assim o início do desenvolvimento da úlcera por pressão nos pacientes acamados. Portanto, ressaltamos que o desenvolvimento da úlcera por pressão nos pacientes intensivos traz como principal complicação o retardo da recuperação do paciente, fazendo assim com que o mesmo permaneça por mais tempo internado no Centro de Terapia Intensiva, até se recuperar dos danos causados pelo desenvolvimento da úlcera por pressão. No entanto, justificamos o desenvolvimento da úlcera por pressão nos pacientes intensivos acamados como uma complicação grave que se desenvolve na pele, que causa ao mesmo tempo desconforto, dor, sofrimento físico e psicológico, expondo assim o paciente a possíveis complicações; que é sem dúvida um grande obstáculo para a equipe de enfermagem, que é responsável pela qualidade da assistência dos serviços de saúde prestada aos pacientes. Todavia, torna-se ainda mais relevante colocar que vai da competência dos profissionais da enfermagem a prevenção e o tratamento da úlcera por pressão nos pacientes acamados nas unidades intensivas. Portanto, para se buscar a prevenção e o tratamento da úlcera por pressão é preciso que os profissionais da enfermagem estejam cientes do seu papel frente aos cuidados a serem prestados nos pacientes que se encontram internados nas unidades intensivas. Para que a partir disso possam ser aplicadas medidas que previnam o desenvolvimento da mesma. No entanto, a prevenção da úlcera por pressão deve partir dos cuidados prestados pelos profissionais da enfermagem que entram em contato direto diariamente com a pele dos pacientes, identificando assim os pacientes que apresentam risco em desenvolvê-la, realizando os cuidados preventivos nos pacientes, que são prestados com o intuito de diminuir o risco do desenvolvimento da úlcera por pressão. Cabe enfatizar, que as medidas preventivas a serem aplicadas nos pacientes que apresentam risco de desenvolver úlcera por pressão devem ser realizadas nas regiões que estão mais suscetíveis ao desenvolvimento destas, onde os pacientes apresentam proeminências ósseas que estão sofrendo pressão, por isso é importante a realização da aplicação de travesseiros, colchão piramidal de espuma, colchão de água ou de ar, coxins de espuma, com a realização da mudança de decúbito a cada duas horas, realização de massagens com óleos e hidratantes na pele como medidas para se impedir o desenvolvimento desta ferida. Essas são algumas das medidas preventivas que partem do dever da equipe de enfermagem da unidade, a fim de impedir a formação da úlcera por pressão em pacientes acamados. Vale ressaltar, que as medidas de prevenção da úlcera por pressão devem ser aplicadas pela equipe de enfermagem após se ter a real situação das condições da pele do paciente e com a presença dos sinais iniciais do desenvolvimento da mesma. Todavia, com a aplicação diariamente das escalas de prevenção do desenvolvimento da úlcera por pressão os profissionais da enfermagem estarão prestando aos pacientes os cuidados que lhe trazem mais conforto e não prejudicam tanto seu estado psicológico. Hess (2002) coloca que a utilização diária das escalas de prevenção da úlcera por pressão no Centro de Terapia Intensiva beneficia os profissionais da enfermagem a diminuir o risco de os pacientes acamados desenvolverem a mesma. No entanto, as escalas possuem parâmetros numéricos que pontuam conforme o estado geral do paciente e subescalas que indicam as condições em que o paciente se encontra, quanto à percepção sensorial, à atividade, à umidade da pele, à mobilidade, às condições nutricionais, à fricção o cisalhamento, à idade do paciente, ao sexo, o índice de massa corpórea (IMC), às medicações que o paciente faz uso, à continência, ao apetite do paciente, se passou por algum tipo de cirurgia/trauma, à subnutrição do

tecido celular, ou se apresenta deficiência neurológica. As escalas a serem utilizadas diariamente pela equipe de enfermagem para identificar os pacientes que apresentam risco de desenvolver úlcera por pressão são as escalas de Braden e Waterlow. O paciente é avaliado pelas escalas conforme a sua pontuação; na escala de Braden quanto menor o escore maior o risco do paciente em desenvolver úlcera por pressão, na escala de Waterlow quanto mais alto o escore maior será o risco do paciente em desenvolver úlcera por pressão. Vale ressaltar, que Rocha e Barros (2006), colocam que a escala de Waterlow é a única escala de prevenção à úlcera por pressão que avalia as reais situações da pele do paciente, como um fator de risco. Sendo que esta escala foi elaborada baseada na escala de Norton, que, porém, apresenta um maior número de itens que avaliam o paciente acamado que apresenta risco de desenvolver a úlcera por pressão. Portanto, é de grande valia que a equipe de enfermagem tenha como método de prevenção para o desenvolvimento da úlcera por pressão a aplicação da escala de Waterlow pelo fato desta apresentar parâmetros que avaliam desde o estado clínico geral do paciente, se passou por intervenção cirúrgica, ou não, até as condições da pele que o mesmo apresenta, entre outros fatores. Segundo, Sousa, Santo e Silva (2006), a escala de Braden que tem por objetivo impedir o desenvolvimento da úlcera por pressão, sendo que esta aborda fatores em relação ao cisalhamento, à fricção, à umidade da pele, em relação à exposição desta, à umidade, à desnutrição do paciente pelo fato de o mesmo permanecer por muito tempo sem se alimentar adequadamente e à atividade motora onde o paciente apresenta as condições de se movimentar no leito ou não. Por isso, cabe ressaltar que a aplicação das escalas de prevenção mais os cuidados gerais que se deve ter em relação à pele dos pacientes acamados na unidade intensiva que estão impossibilitados de se autoajudar são de fato as melhores medidas a serem aplicadas diariamente nestes pacientes para se impedir o desenvolvimento da úlcera por pressão. Contudo, através da aplicação diária destes cuidados nos pacientes, além de se prevenir o desenvolvimento da úlcera por pressão, esta se proporcionando um melhor conforto aos mesmos e assim impede-se de causar maiores danos ao estado psicológico do paciente. Portanto, estes cuidados prestados aos pacientes partem dos cuidados prestados pelos profissionais da enfermagem durante a permanência dos pacientes na unidade intensiva. Todavia, cabe total responsabilidade ao profissional enfermeiro o cuidado prestado aos pacientes acamados no Centro de Terapia Intensiva com potencial de desenvolver úlcera por pressão. Tendo este o dever de fornecer aos pacientes medidas de conforto, alívio da dor e assim ao mesmo tempo lhe passando afeto carinho e proteção. Vale enfatizar, que o enfermeiro tem uma missão importantíssima no cuidado com a saúde e com a vida do ser humano, procurando sempre renovar a vida do paciente, no momento que ele se encontra com a saúde debilitada. Conforme Dias (et al., 2006), a enfermagem está plenamente ligada ao cuidado, prestando assim assistência e cuidados aos pacientes e promovendo a sua saúde, e prolongando a sobrevivência das pessoas. O enfermeiro de fato deve usar sua criatividade e habilidade pessoal e profissional, tendo assim a percepção e a sensibilidade de antecipar e perceber as necessidades dos pacientes, prestando assim a assistência de enfermagem aos pacientes. Partindo deste pressuposto, cabe ao enfermeiro o papel de cuidar dos pacientes internados na unidade intensiva, e assim cabendo a este a responsabilidade de gerenciar/coordenar a equipe de enfermagem da unidade do hospitalar pela qual é responsável, para que estes profissionais exerçam com competência e qualidade os cuidados aos pacientes internados na unidade impedindo assim que estes possam vir a desenvolver a úlcera por pressão e maiores complicações em seu quadro clínico. Portanto, para Nascimento e Trentini (2004), cabe enfatizar que o cuidado de enfermagem, prestado aos pacientes acamados no Centro de Terapia Intensiva, torna-se humanizado a partir do momento em que houver um maior envolvimento dos profissionais da enfermagem com o paciente e seus familiares, para assim compartilharem experiências e informações juntos sendo que através do diálogo os profissionais

da enfermagem passam transmitir segurança e confiança aos familiares em relação aos cuidados a serem prestados ao paciente. Cabe ao profissional enfermeiro ser capaz de refletir com a equipe da unidade pela qual é responsável, sobre o que está se vivenciando com o paciente naquele momento, para juntos encontrarem medidas frente ao problema de saúde do mesmo, e assim lhe prestar um cuidado mais humanizado, sempre levando em consideração que se deve fornecer assistência e informações aos familiares do pacientes passando a este mais tranquilidade sobre o quadro clínico do paciente. Partindo deste pressuposto, quando são prestados os cuidados integrais aos pacientes ao mesmo tempo previne-se que os mesmos venham a desenvolver a úlcera por pressão. Por isso é fundamental que a equipe de enfermagem atue sempre em conjunto prestando os cuidados aos pacientes para fornecer a estes mais conforto e uma rápida e boa melhora no seu quadro clínico. Portanto, o Centro de Terapia Intensiva é a mais complexa unidade que a instituição hospitalar possui, estando neste setor concentrados os equipamentos que, na sua maioria, mantêm o paciente vivo. Por isso, esta unidade é vista por todas as pessoas com receio e medo, por se tratar de um ambiente onde se encontra a maioria dos pacientes que estão entre a vida e a morte. Contudo, cabe enfatizar que os desenvolvimentos da úlcera por pressão nos pacientes internados nos Centro de Terapia Intensiva são de total responsabilidade da falta de cuidados prestados pelos profissionais da enfermagem que prestam assistência aos pacientes acamados que se encontram impossibilitados de se autoajudar. No entanto, torna-se fundamental que os profissionais da enfermagem prestem os cuidados de prevenção aos pacientes acamados para evitar que estes venham a desenvolver a úlcera por pressão. Todavia, vale ressaltar que é necessário sensibilizar os profissionais da enfermagem atuantes nesta unidade para que os cuidados diariamente com os pacientes acamados sejam realizados com o intuito de prevenir o risco de os mesmos desenvolverem úlcera por pressão. O que porventura acabará auxiliando na recuperação do seu quadro clínico levando assim o paciente a se recuperar mais rápido, o que o deixa mais motivado na sua recuperação até a alta desta unidade.

**Palavras-chave:** Pacientes. Desenvolvimento da Úlcera por Pressão. Centro de Terapia Intensiva. Papel da Enfermagem na Prevenção e Tratamento.

## ANÁLISE DOS PRINCÍPIOS DA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA EFETIVAÇÃO DA PROPOSTA DE HUMANIZAÇÃO

Deise Gabriela Busatto\*

Andréia Piovesan\*\*

Jonathan da Rosa\*\*\*

Carla Argenta\*\*\*\*

Há tempos que a doença parou de ser o foco da atenção ao paciente. A prestação da assistência passou a valorizar a qualidade do cuidado e reconhecer as reais necessidades do paciente, com isso o profissional passou a ser valorizado tornando – se referência para eventuais retornos na instituição. A necessidade de mudanças para a prestação da assistência para os indivíduos é uma questão que envolve ação e o comportamento dos profissionais de saúde. Desse modo, o relacionamento mais afetivo entre o profissional enfermeiro e o indivíduo faz com que haja a criação de um maior vínculo entre os membros, e o que acaba fortalecendo a confiança do usuário frente ao profissional é o serviço de saúde. Contudo, motivados e com base na disciplina do Cuidado do Adulto II, no 6º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI-FW, ministrada pela Prof. Enf. Carla Argenta, no decorrer da matéria foram muitas vezes mencionadas as questões referentes à Política de Humanização, tema este que durante a realização das práticas desenvolvidas no bloco cirúrgico do Hospital Santo Antônio do Município de Tenente Portela aumentaram nossa curiosidade no aprofundamento dos conhecimentos dos dispositivos da Política Nacional de Humanização. No entanto, a proposta da humanização do cuidado na prática é evidenciada com diversas lacunas, ou seja, são encontradas diferentes características e definições na sua concepção e no seu desenvolvimento, o que dificulta sua visualização por parte dos usuários e dos próprios profissionais de saúde. Com isso, as dimensões de prática da humanização devem ter ênfase no conhecimento técnico científico, e nas vivências do cotidiano sendo específica para cada estilo de vida, a saúde é um bem do indivíduo deve ser tratada como tal, o vínculo com os usuários garante para o profissional seu papel de protagonistas do sistema de saúde. A necessidade de realizar mudanças nos processos de produção de saúde exige mudanças nos processos de subjetivação, os princípios do SUS só se efetivam por meio de experiências concretas a partir de sujeitos concretos que em sintonia transformam as suas próprias práticas de saúde (MOTA, 2006). Diante destes fatos a Política Nacional de Humanização do SUS define a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. O fortalecimento e articulação do processo de humanização tornam a instituição mais harmônica. Desta forma deve ocorrer a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores e os gestores. Com o saber técnico vindo da formação universitária o homem não consegue ampliar o

---

\* Acadêmica do VI Semestre do Curso de Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Acadêmica do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus Frederico Westphalen, Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde, na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\*\* Acadêmico do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen, Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde, na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\*\*\* Orientadora do relato. Enfermeira. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

conhecimento percebendo que não é somente o sujeito do trabalho, mas sim, o sujeito inteiro, com sua singularidade (NOGUEIRA, 2003). O profissional ao sair da academia acaba se habituando e se projetando apenas para suas atribuições técnicas, restringindo-se de atender o indivíduo como um todo sem prestar atenção para as outras necessidades, emoções e valores do paciente. A demanda de procedimentos a serem executados e a falta da mão de obra acabam comprometendo esta atenção sendo que é onde o enfermeiro demonstra ser um profissional diferenciado, sendo que esta demanda acaba servindo como desculpa na não efetivação da PNH. Sendo priorizada a importância do trabalhador como elemento fundamental para a humanização do atendimento, devendo ser implementadas ações de investimento em termos de número suficiente de pessoal, salários e condições de trabalho adequadas, bem como atividades educativas que permitam o desenvolvimento de competência para o cuidar (CASATE, 2004). Como já mencionado anteriormente o profissional, assim como as questões para prestação do atendimento envolvem uma série de questões, a necessidade de uma estruturação material onde pode ser recebido o paciente dignamente e um local onde o profissional se sente bem para atuar são fundamentais. Devendo sempre ser considerada a autonomia do indivíduo, sendo o grau de corresponsabilidade na produção de saúde de dever do sujeito. O ser admitido na instituição de serviço irá permanecer com seus sentimentos, suas ideias, enfim, com sua história de vida, devendo ser mantido um elo com seu meio familiar e social, enfocando-o como um todo. Diante disso o profissional deve prestar atenção nas queixas do paciente, dar atenção a seus relatos e sempre o ouvir de forma respeitosa e digna. O estabelecimento do vínculo solidário e de participação coletiva do processo de gestão. Diante disso o mapeamento assim como a interação da demanda social, coletiva e subjetiva de saúde, pela defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual. Sendo dever dos profissionais de saúde se isentar de qualquer julgamento frente a estes indivíduos. As reflexões e tarefas envolvem o campo ético, desta forma o profissional tende a se preocupar com as consequências de seus atos. Nesta perspectiva os modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho. Sendo a proposta de um trabalho coletivo acolhedor, mais ágil e mais resolutivo. Cabe ressaltar que as instituições estão envoltas de sistemas complexos, diversas profissões e setores, onde estes trabalhadores estão habituados de intensas emoções. O compromisso da qualificação, a melhora as condições de trabalho e do atendimento prestado para a população, assim o processo de formação e articulação dos serviços e práticas de saúde devem ser efetivados. Nesse cenário o SUS se torna mais humano construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos. Sendo assim a proposta de humanização da assistência na saúde busca a melhoria da qualidade de atendimento do usuário e das condições de trabalho dos profissionais, assim como a redução dos custos excessivos e desnecessários decorrentes da ignorância do descaso e do despreparo que ainda permeiam as relações de saúde em nosso país. Convém finalmente, salientar que toda e qualquer medida modificadora onde envolve os padrões comportamentais, assim como as atitudes e valores propostos para efetivar e tornar as práticas humanas envolvem um processo de conscientização e sensibilização. Para ocorrer a compreensão da humanização é necessário que o profissional se relacione a um modo que perceba a verdadeira necessidade do paciente no contexto dos serviços de saúde, onde o saber/fazer ultrapasse as fronteiras entre humano e máquina. Sabe-se que estas mudanças são amplas, complexas e demoradas pela resistência dos profissionais que podem ser acompanhadas ao longo do processo de efetivação.

**Palavras-chave:** Humanização. Profissionais. Efetivação.

## **A PRÁTICA GERENCIAL DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO(A) NO AMBIENTE HOSPITALAR**

Caroline Ottobelli\*

O processo de trabalho da enfermagem dentro do ambiente hospitalar é marcante em dois pontos, em seu potencial assistencial e administrativo. Seu potencial assistencial garante aos clientes e familiares, um atendimento digno e humanizado demonstrando ser a enfermagem o ponto central e norteador do processo de recuperação, enquanto que seu cunho administrativo, conforme Prochnow (2004), é garantia de organização formal do trabalho sendo voltada para a racionalidade e para a rentabilidade econômica, com uma hierarquia de poder. Conforme Elias e Navarro (2006), o ambiente hospitalar, no qual, muitos profissionais enfermeiros estão inseridos, compreendem locais onde os pacientes/clientes estão internados com o objetivo de recuperação da saúde. Nestes locais, os profissionais enfermeiros desempenham ações de cunho assistencial e administrativo ou gerencial. O trabalho de enfermagem como instrumento do processo de trabalho em saúde subdivide-se em vários processos de trabalho como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do(a) enfermeiro(a) (PERES; CIAMPONE, p. 02, 2006). Conforme os referidos autores, o gerenciamento realizado pelo enfermeiro resulta da composição histórica da força de trabalho em enfermagem que sempre promoveu sua divisão técnica e social. Seja pelas vantagens obtidas ao ocupar espaços de poder mais elevados nessa cadeia hierárquica, o processo de trabalho gerencial foi mantido como privativo do enfermeiro, reforçando o status quo dessa categoria profissional aliado à garantia de sua responsabilidade legal sobre a equipe. O exercício da gerência em enfermagem é uma atividade intrínseca ao profissional enfermeiro(a). Conforme Marcon et al. (2004), a atividade gerencial é privativa do enfermeiro, caracterizando-se como ação provedora de recursos humanos, físicos e materiais no desenvolvimento do cuidado e/ou da educação. De acordo com Peres e Ciampone (2006), a gerência exercida pelo profissional enfermeiro(a) se configurada como ferramenta do processo do cuidar, podendo ser entendida como um processo de trabalho específico com o objeto de trabalho (recursos humanos e organização do trabalho), tendo como finalidade recursos humanos qualificados e trabalho organizado para assim obter as condições adequadas de assistência e de trabalho, buscando desenvolver a atenção à saúde. Desse modo, os objetos de trabalho do enfermeiro no processo de trabalho gerencial são: a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem. Os meios/instrumentos são: recursos físicos, financeiros, materiais e os saberes administrativos que utilizam ferramentas específicas para serem operacionalizados. Esses instrumentos/ferramentas específicas compreendem o planejamento, a coordenação, a direção e o controle. Dessa maneira, podemos compreender que o exercício da gerência da enfermagem permite a obtenção de uma organização de todo o processo de trabalho que envolve uma equipe, no caso, equipe de enfermagem. Além disso, o gerenciamento do cuidado possibilita a criação de estratégias que visam à modificação das práticas de saúde, possibilitando uma melhor assistência de enfermagem. O trabalho profissional do enfermeiro tem como propósito a prestação de serviços. No contexto hospitalar, esta prestação de serviços tem sido traduzida pelo exercício

---

\* Enfermeira, Pós-graduada em Saúde do Trabalhador, membro do Grupo de Pesquisa em Saúde, professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen - RS.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8



administrativo assumido por ele. De acordo com Trevizan et al. (2004, p. 03), o exercício gerencial do(a) enfermeiro(a) desenvolvido dentro do ambiente hospitalar deve privilegiar a assistência ao paciente; portanto, deve ser norteado pela compreensão e pelo conhecimento do paciente como pessoa e de suas necessidades específicas. Este conhecimento orientará as ações do enfermeiro, no sentido de fazer implementar a assistência de enfermagem que os pacientes necessitam. Para tanto, de acordo com os referidos autores, o(a) enfermeiro(a) deverá adequar princípios e medidas administrativas para a decisão e solução de problemas específicos, e para a administração de seu pessoal". Este exercício pressupõe o uso de liderança por parte do enfermeiro. Nesse sentido, a gerência pode ser colocada como área estratégica para a transformação das práticas de saúde, pela sua posição intermediária entre as estruturas centrais, com poder de definição de diretrizes políticas e a prestação direta de serviços (AGUIAR et al., 2005). Portanto, a gerência pode ser encarada como um instrumento para a efetivação das políticas, pois ela pode favorecer a manutenção ou a transformação de um determinado contexto. Portanto, a função gerencial do profissional enfermeiro(a) pode ser percebida como sendo um instrumento capaz de organizar o processo de trabalho com o objetivo de torná-lo mais qualificado e produtivo na oferta de uma assistência de enfermagem universal, igualitária e integral, atuando através da liderança. Nesse sentido, Aguiar et al. (2005, p. 04), trazem que: "A liderança é algo essencial no processo de trabalho gerencial do enfermeiro. Trata-se basicamente da coordenação de grupos, destacando que nas organizações, o significado atribuído à liderança, aos líderes e ao grupo refletem a filosofia, a política de pessoal e as propostas de trabalho, promovendo a organização dos serviços de saúde". Além disso, cabe também ao exercício gerencial da enfermagem, o qual é tido hoje como um novo modelo de gestão, exercer um caráter articulador e integrativo diante do processo de organização de serviços de saúde e fundamentado-se na efetivação de políticas sociais e, em específico, as de saúde (GRECO, 2004). Diante disso, esse novo modelo de gestão exige cada vez mais que os profissionais envolvidos tenham uma performance gerencial diferenciada e também tem sido colocado, muitas vezes, como estratégico para a viabilização de novos modelos de saúde (PETERLINI; ZAGONENL, 2006). Atualmente, entretanto, o exercício da gerência da enfermagem não é mais visto como um trabalho subdividido, como era tido anteriormente, De acordo com Prochnow (2005, p. 07), no cotidiano, a enfermagem brasileira tem se empenhado junto às instituições de saúde, para desenvolver as atividades administrativas inerentes à gerência das unidades, não mais como um trabalho subdividido, centrado nas funções, e sim, como trabalho articulado, integrado com os demais serviços, compartilhado, numa relação de troca e ajuda mútua, que envolve os diversos atores presentes nesse sistema de cuidado. Para tanto, o exercício da gerência da enfermagem compreende uma das principais atividades desenvolvidas pelo profissional enfermeiro(a) a qual tem por objetivo, promover a organização da equipe e do ambiente para o desenvolvimento dos cuidados integrais aos pacientes. Compreende assim, uma atividade que possibilita ao(a) enfermeiro(a) organizar todo o processo de trabalho, o que promoverá melhorias, tanto na atenção, quanto na relação com e entre a equipe. O exercício da gerência em enfermagem é uma atividade inerente ao profissional enfermeiro(a). De acordo com Marcon et al. (2004), a atividade gerencial é privativa do enfermeiro, caracterizando-se como ação provedora de recursos humanos, físicos e materiais no desenvolvimento do cuidado e/ou da educação. A função gerencial do profissional enfermeiro(a) pode ser conceituada como sendo um instrumento capaz de política e tecnicamente, organizar o processo de trabalho com o objetivo de torná-lo mais qualificado e produtivo na oferta de uma assistência de enfermagem universal, igualitária e integral. Além do mais, a gerência em enfermagem tem sido colocada como área estratégica para a transformação das práticas de saúde, pela sua posição intermediária entre as estruturas centrais, com poder de definição de diretrizes políticas e a prestação direta de

serviços (AGUIAR, 2005). Dessa maneira, frente à necessidade de estarmos, de forma crescente e contínua, estudando o exercício da gerência em enfermagem, a compreensão a respeito deste processo é primordial. Também, por meio do entendimento acerca dele é possível promover mudanças significativas dentro das ambientes de trabalho onde estes profissionais enfermeiros(as) estão inseridos.

**Palavras-chave:** Gerência em Enfermagem. Profissionais Enfermeiros. Ambiente Hospitalar.

## **ATIVIDADES LÚDICO-EDUCATIVAS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM UMA ESCOLA DE EDUCAÇÃO INFANTIL**

Luisa Denise Portes de Lima\*  
Evelice Aline Massing\*\*  
Luciane Flach\*\*  
Cleidiane Rigodanzo\*\*  
Michele Sigonini\*\*  
Elisangela Argenta Zanatta\*\*\*

No contexto no qual a população está inserida e relacionada às grandes modificações que estão ocorrendo no cotidiano do funcionamento da estrutura familiar, destacam-se as transformações sócio-econômicas que propiciam alterações no relacionamento entre indivíduos bem como o exercício da função da mulher fora do ambiente familiar devido à necessidade de contribuição para a sobrevivência da família ou mesmo por realização profissional. Associada a isto destaca-se uma preocupação pertinente à maternidade e à educação das crianças em espaços coletivos como forma de soluções para os cuidados da criança através de creches, escolinhas e berçários. Assim o público alvo que frequenta, em especial a creche, compreende uma faixa etária de 0-5 anos, o que permite à criança ter o primeiro contato com o processo de aprendizagem, servindo de base para a posterior a chegada dos anos intermediários ou escolares. Cabe ressaltar, que neste período as crianças passam por várias mudanças significativas, tais como o afastamento dos pais, a capacidade de interação com outras crianças e adultos e o desenvolvimento motor mais habilidoso, o qual propicia bases para aprender a alcançar independência para frequentar a escola. Nesse sentido, o desenvolvimento biológico, psicossocial, cognitivo, espiritual, social combinados durante o período pré-escolar (3 a 5 anos) preparam os pré-escolares para a mudança mais significativa em seus estilos de vida – a entrada para a escola. O controle dos sistemas corporais, a experiência de períodos curtos e prolongados de separação dos pais, a capacidade de se integrar de forma corporativa com outras crianças e adultos, o uso da linguagem para o símbolo mental e o espectro de atenção e a memória aumentados as capacitam para o próximo período importante: os anos escolares (WONG; WHARLEY, 1999). Assim, cabe destacar a relevância da realização de atividades de educação em saúde para as crianças nesta faixa etária como forma de promover uma infância saudável e com qualidade de vida. Imbuídos deste espírito, torna-se indispensável a participação do profissional enfermeiro no acompanhamento, controle e avaliação das crianças, tendo em vista que o mesmo é um viabilizador de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Partindo deste pressuposto destacamos a abordagem de temáticas como a higiene corporal e bucal que, conforme Maranhão e Sarti (2007, p. 258), “O cuidado cotidiano da criança, base da promoção de sua saúde, inclui atividades que integram igualmente sua educação: acolher, alimentar, limpar, confortar, proteger, consolar e prover ambiente lúdico e interações, que lhe

---

\* Acadêmica do VIII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - FW, bolsista voluntária de Projeto de Extensão, Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde na linha Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\* Acadêmicas do VIII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI.

\*\*\* Orientadora, Enfermeira, Mestre e Coordenadora de Ciências da Saúde da URI.

propiciam situações de aprendizagem sobre si mesma [...]”. Nessa perspectiva, o desenvolvimento de atividades educativas referentes à higienização, visam fazer com que a criança perceba e compreenda a valorização de atitudes e comportamentos favoráveis à saúde em relação à higiene pessoal e bucal, bem como o desenvolvimento das responsabilidades no cuidado com o próprio corpo. Todavia, vale destacar que a manutenção da higiene corporal e bucal proporciona à criança um ambiente limpo e adequado, contribuindo para a manutenção de uma vida saudável tanto individualmente quanto socialmente. Frente a essas considerações destacamos que o objetivo central deste relato consiste em apresentar a experiência do desenvolvimento de ações educativas realizadas no decorrer das atividades teórico-práticas da disciplina Saúde da Criança e do Adolescente, com crianças do Jardim em uma Escola de Educação Infantil do município de Frederico Westphalen/RS. No segundo semestre de 2009, através da proposta da realização das atividades teórico-práticas relacionadas à disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente desenvolveram-se ações educativas com as crianças em idade pré-escolar- mais especificamente do Jardim, na faixa etária de 3 anos e meio a 5 anos. Assim, para darmos início ao desenvolvimento das atividades no primeiro momento, o grupo promoveu uma discussão para a escolha do local onde seriam realizadas as atividades, após este momento foi estabelecido contato com a diretora responsável pela coordenação da Escola para agendamento de uma visita e definição das temáticas a serem trabalhadas, ficando as temáticas sobre Higiene Corporal e Curva do Crescimento. Desse modo, a partir das temáticas pré-definidas, realizamos a busca de materiais bibliográficos referentes a estas temáticas bem como a confecção de materiais, sendo avental colorido, fantoches, casa de fantoches, roupa de palhaço, TNT, fantasia do palhaço, árvore da surpresa, balões, sabonete líquido, gráfico da Curva do crescimento, fita métrica e balança para o desenvolvimento das atividades educativas. Assim para a organização do grupo em relação às atividades desenvolvidas, organizaram-se os materiais em sala de aula como a colagem da árvore da surpresa no quadro negro, cujos galhos eram balões com brinquedos dentro; a escolha do local para a casa de fantoches; a maquiagem e vestimenta da roupa de palhaço e para despertar a atenção das crianças as acadêmicas responsáveis pela atividade usaram aventais coloridos. Em seguida a professora responsável pela turma, dirigiu-se juntamente com os alunos até a sala onde estávamos e a palhaça começou a interação com os mesmos, o que contribuiu para a promoção da interação entre acadêmicos e os alunos. Desta forma, no primeiro momento foi apresentado o Teatro: Higiene: “preguiça de tomar Banho”, os personagens interagiram com as crianças, abordando a relevância da higiene corporal, destacando os prejuízos pertinentes a não realização da limpeza corporal e como ela poderá interferir no relacionamento social e pessoal. Posteriormente houve apresentação do grupo de acadêmicas com os alunos e vice-versa e em seguida foi iniciada a discussão e reflexão sobre a higiene pessoal abordando-se o modo e a prática da limpeza no sentido céfalo-caudal; a lavagem das mãos e cuidados com a realização de prática e utilização do sabonete líquido produzido pelo Curso de Farmácia da URI, sendo distribuído um frasco para cada aluno; e Saúde Bucal com a parte prática. No segundo momento, foi realizada a avaliação do crescimento das crianças por meio da aferição do peso e da altura por meio da fita métrica colada na parede e a pesagem com a balança, e foram anotados os valores correspondentes de cada aluno, como observado na tabela a seguir. Cabe ressaltar que foi solicitado a cada criança, após a verificação do peso e da altura, a perfuração do balão, o qual continha brinquedos, estando este na árvore da surpresa. Para a elaboração desta árvore adequamos a dinâmica da “Árvore da Sociedade” que, segundo Heerdet e Paim (2004, p. 87), consiste em “refletir sobre as raízes que sustentam o grupo, a sociedade, utilizando como material, o desenho de uma árvore. Nessa perspectiva, a dinâmica da árvore da sociedade foi adequada para a árvore da surpresa, a qual tinha por intuito contribuir na estimulação da criança para a realização das medidas antropométricas. Ao término

das atividades foi realizado agradecimento às crianças e à Escolinha Nossa Senhora Aparecida. Face ao exposto, destacamos a área física da Escolinha como sendo ambiente acolhedor e espaço para a educação de crianças de diferentes faixas etárias. Assim na entrada da escola estão situados os brinquedos, tais como balanço e roda giratória no terreno com gramas. Partindo para a parte interna da instituição, apresenta-se a secretaria, o almoxarifado, o banheiro para funcionários, o banheiro para as crianças, a cozinha, o refeitório com brinquedos, as salas do Berçário 1, Berçário 2, Maternal 1, Maternal 2 e o Jardim. Desse modo, em relação à sala do berçário 1, a mesma apresenta oito berçários e as paredes então enfeitadas com EVA colorido de borboletas e palhaço; tem um cavalinho de brinquedo e tapete no chão, além de um pia e armário contendo bolas e na porta um palhacinho de EVA. Já na sala no Berçário 2, esta apresenta treze colchonetes e uma mesa contendo onze cadeiras pequenas e nas paredes da sala estão anexados cartazes com imagens de família, a face de uma palhaço de EVA com o nome de cada criança, os trabalhos realizados pelas crianças, os personagens da turma da Mônica, porquinho, o palhaço com o nome e a data de aniversário de cada criança; além disso tem uma estante com brinquedos de montagem e uma pia para higiene das mãos. Na sala do Maternal 1 e Maternal 2, ambas apresentam mesa e cadeira pequenas além de tapete no chão e sofá pequeno. Vale enfatizar que as paredes da sala são cercadas de enfeites como palhaço, menino e menina elaborados a partir de EVA, trabalhos realizados pelos alunos bem como uma caixa contendo brinquedos. Diante disso, a sala do Jardim é composta por mesas com cadeiras pequenas; tapete no chão, quadro negro, cortinas; nas paredes encontram-se os trabalhos elaborados pelas crianças e também materiais de enfeites e forma de apresentação didática de aula e brinquedos. Para a organização do processo de trabalho na escolinha, em relação aos funcionários que atuam neste local e suas formações, nove são professores e todas têm magistério/educação infantil, sendo seis pedagogas e três biólogas; uma diretora que possui magistério; quatro atendente e três funcionários/uma da sanificação e duas cozinheiras. Em relação ao público que frequenta a escolinha são 66 alunos na faixa etária de 0-5 anos; e a divisão de turmas são berçário 1 no qual estão oito alunos com faixa etária de 0 a 1 ano e meio de idade; berçário 2 são 12 alunos com idade de 1 ano e meio a 2 anos e meio; Maternal 1 com 11 alunos de dois anos e meio a 3 anos; o maternal 2 são 17 alunos de 3 a 3 anos e meio de idade e o jardim de 3 anos e meio a 5 anos. Cabe ressaltar que as patologias mais frequentes que acometem os alunos são resfriados, surto de afta e uma convulsão. A respeito da realização da curva de crescimento para as crianças de 0-5 anos, cabe ressaltar que a mesma é um método de medir, monitorar e avaliar o desenvolvimento e crescimento das crianças, possibilitando a identificação do estado de desnutrição, sobrepeso, obesidade e a nutrição. Assim, torna-se imprescindível a utilização da Curva de Crescimento uma vez que permite o conhecimento dos parâmetros necessários para avaliação da boa nutrição, saúde e desenvolvimento infantil e partindo da realização das medidas antropométricas-peso e altura, destacamos os valores apresentados. Frente ao valores apresentados foram estudadas 13 crianças de 4 a 5 anos de idade, procedentes da referida Escola. Assim, nas 13 crianças procedeu-se a avaliação antropométrica-peso/altura, dos quais 08 são do sexo feminino e 05 do sexo masculino, apresentando-se os seguintes resultados: a altura em relação à idade no sexo masculino 20 % das crianças apresentaram de 1,3 a 1,6 metros de altura; 20 % de 1,6 a 1,9; 40% de 1,9 a 1,12 e 20 % de 1,12 a 1,15 metros. Cabe ressaltar que, os resultados foram obtidos por meio da análise da Curva de Crescimento da criança do manual do Ministério da Saúde. Em relação à altura e idade, as crianças do sexo feminino apresentaram os seguintes valores: 12,5 % apresentaram de 1,0 a 1,3 metros de altura; 12,5 % de 1,3 a 1,6; 25 % de 1,6 a 1,9; 25 % de 1,9 a 1,12 e 25 % de 1,12 a 1,5. Cabe ressaltar que uma criança apresentou acima do valor normal da altura, perfazendo um total de 8 % em relação às 13 crianças que tem valor de 100%. Assim, referente a altura tanto do sexo masculino quanto feminino, destacam-se os seguintes parâmetros, sendo um total de 13

crianças, 8 % variaram de 1,0 a 1,3 metros; 15 % variaram de 1,3 a 1,6; 23 % variaram de 1,6 a 1,9; 31 % de 1,9 a 1,12 e 23 % de 1,12 a 1,15 metros de altura. Partindo deste pressuposto em relação ao peso e idade das crianças do sexo masculino 20 % obtiveram 19 Kg; 40 %, 21 Kg, 20 %, 24 Kg 20 %, 25 Kg. Cabe ressaltar que das 5 crianças do sexo masculino, 2 tiveram um valor acima com risco de sobrepeso, perfazendo um total de 15% em relação a 13 crianças. Já as 8 crianças do sexo feminino, 1 obteve 17 kg perfazendo um total de 12,5 %; 1 com 18 Kg, 12,5 %; 1 com 20 Kg, 12,5 %; 2 com 22, 25 %; 2 com 23, 25 % e 1 com 24, perfazendo um total de 12,5 %. Vale enfatizar que três crianças apresentaram valores acima do peso normal, perfazendo um total de 23, 07 em relação às 13 crianças que tem valor de 100%. Assim, em relação ao peso versus idade tanto do sexo masculino como feminino perfizeram-se os seguintes resultados: as crianças tiveram uma variação de 17 a 20 Kg, representado por 8 % de cada categoria; de 21 a 24 Kg obtiveram um valor de 15 % em cada categoria e uma criança apresentou 25 Kg que equivale a 8 % do total. O desenvolvimento das atividades realizadas com as crianças possibilitou-nos a expandir o conhecimento sobre as ações educativas que poderão ser efetuadas pelo profissional enfermeiro com crianças de 0-5 anos, mais especificadamente de 4-5 anos de idade. No bojo desta discussão, salienta-se que as ações educativas visam promover a melhoria da qualidade de vida, proteção e promoção da saúde, contribuindo para o desenvolvimento e crescimento da criança. Assim, destaca-se a relevância da realização desta atividade, uma vez que contribuiu para a promoção da educação em saúde por meio da interação entre as acadêmicas e as crianças no desenvolvimento das atividades pertinentes à temática trabalhada, ou seja, sobre a higiene corporal e o desenvolvimento das práticas, tais como de lavagem das mãos e escovação de dente. Neste sentido, é relevante destacar que ocorreu um processo de ensino aprendizagem, uma vez que as crianças participaram de forma efetiva durante a abordagem da temática bem como na realização das medidas antropométricas, o que permitiu avaliar se as mesmas estavam dentro dos parâmetros considerados normais pelo Ministério da Saúde.

**Palavras-chave:** Ações educativas. Idade pré-escolar. Higienização.

## **BUSCANDO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO A SAÚDE DOS ADOLESCENTES: UMA REFLEXÃO TEÓRICA**

Rejane Ceolin\*  
Elisangela Argenta Zanatta\*\*

Nas últimas décadas, amplas discussões vêm sendo realizadas sobre a promoção da saúde, a qual vem representando uma estratégia para enfrentar os inúmeros problemas de saúde existentes, na perspectiva da atenção integral a todos os grupos sociais. Posto isso, pode-se compreender que todos os segmentos da população necessitam de atenção peculiar conforme o período de sua vida, desse modo os adolescentes, enfoque desse artigo, merecem atenção especial, pois promover a saúde dessa faixa etária significa ao mesmo tempo investir em uma melhor qualidade de vida futura e na prevenção de agravos. Considerando, portanto, as peculiaridades da adolescência é necessário destacar a importância do processo educativo na atenção aos adolescentes, no contexto da saúde e dos cuidados de enfermagem. Dessa maneira, aliar a educação em saúde às práticas do enfermeiro representa uma estratégia promissora, pois possibilita uma abordagem mais ampla à população e no caso dos adolescentes, permite maior atenção em todo processo de mudança pelo qual os mesmos passam. Segundo Chagas, Ximenes e Jorge (2007), a educação acontece no desenvolvimento das pessoas durante toda a sua vida nos processos de satisfação de suas necessidades, sendo assim, a educação em saúde promove o fortalecimento das populações na tomada de decisões com autonomia, constituindo-se um meio de viabilizar a promoção da saúde. Nessa perspectiva, a educação em saúde pode ser entendida como uma prática desenvolvida junto aos grupos sociais, envolvendo ações entre os sujeitos, através de práticas dialógicas e estratégicas. Nesse sentido, o diálogo e a troca de experiências possibilitam articular a dimensão individual e coletiva do processo educativo, o que permite uma construção compartilhada de conhecimento, bem como de formas de cuidado diferenciadas, de acordo com a necessidade e a realidade vivenciada (ACIOLI, 2008). Para viabilizar a educação em saúde no processo de trabalho do profissional enfermeiro, têm-se as metodologias assistenciais, sendo enfoque desse trabalho, os grupos educativos e a consulta de enfermagem, os quais fornecem suporte ao profissional no desenvolvimento de suas práticas. Desse modo, cabe salientar que as metodologias assistenciais possibilitam maior aproximação entre o profissional e o usuário, bem como uma atenção mais qualificada, uma vez que consideram as reais necessidades de saúde. Para Carraro (2001), as metodologias assistenciais apontam para a aplicação de um método científico no planejamento e desenvolvimento das ações de enfermagem. Dessa maneira, tal planejamento visa organizar e direcionar o desempenho do profissional, facilitando o seu trabalho em saúde. Sendo assim, entende-se tais metodologias como um processo dinâmico, aberto e contínuo, tendo em vista fornecer ao indivíduo satisfação no atendimento recebido, bem como resolutividade na assistência prestada. Posto isso, pode-se compreender que através das metodologias assistenciais tem-se a possibilidade de aliar a teoria com a prática, o que permite respaldar o trabalho do profissional enfermeiro. Além do mais,

---

\* Acadêmica do VIII Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde e aluna voluntária de Projeto de Extensão.

\*\* Enfermeira, Professora, Mestre, Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen – RS.

proporciona maior aproximação com os indivíduos, bem como a troca de saberes, valorizando suas experiências de vida e sua bagagem de conhecimentos. Nesse sentido, a consulta de enfermagem e os grupos educativos se complementam na realização da prática, por meio de uma abordagem individual e coletiva, tendo em vista uma atenção mais qualificada, através das práticas educativas em saúde. Sendo assim, apresenta-se o objetivo deste resumo que é refletir acerca da necessidade de se buscar estratégias de promoção a saúde dos adolescentes, no intuito de realizar uma abordagem integral em todo processo de mudanças pelos quais os mesmos passam. A partir da compreensão de que as metodologias assistenciais permitem instrumentalizar a prática, por meio do planejamento científico e sistematizado das ações, oferecendo maior suporte e segurança no seu desempenho, podem-se destacar os grupos educativos e a consulta de enfermagem como estratégias na atenção a saúde dos adolescentes. No campo da saúde pública a enfermagem vem cada vez mais trabalhando com grupos, uma vez que através destes é possível desenvolver um processo de reflexão, comunicação e interação, possibilitando a expressão de experiências de vida, bem como a troca de conhecimentos. Sendo assim, cabe ao profissional enfermeiro desenvolver ações educativas junto aos grupos sociais, considerando cada contexto e seus aspectos históricos, políticos, sociais e culturais, que influenciam a vida dos indivíduos. Segundo Oliveira, Carvalho e Silva (2008), os adolescentes e jovens geralmente procuram informações, respostas para suas ansiedades e soluções para seus problemas no grupo de amigos e companheiros. Desse modo, verifica-se a importância de desenvolver atividades grupais junto aos adolescentes, como estratégia para a troca de informações e experiências, facilitando a expressão de seus sentimentos e a promoção da sua saúde. De acordo com Dall'Agnol et al. (2007, p. 23), “os grupos representam uma opção no modo de assistir em saúde, no sentido de redefinir os papéis dos sujeitos envolvidos no cuidado, deixando de considerá-los somente como agentes passivos desse processo”. Dessa maneira, para que a prática de grupo tenha resultados positivos, percebe-se a necessidade do incentivo à participação de todos os envolvidos, sendo assim, as atividades propostas devem ser integradoras e problematizadoras, viabilizando as discussões e o compartilhamento de saberes, de forma a promover a educação em saúde e a construção do conhecimento. Dentro dessa perspectiva, a realização de grupos junto aos adolescentes constituíram-se em estratégias para se promover a educação em saúde, momento em que a aprendizagem ocorre através da comunicação e envolvimento dos participantes, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Para isso, a realização da prática de educação em saúde requer um espaço de reflexão, que viabilize o pensar crítico, possibilitando sensibilizar os indivíduos para o autocuidado e autonomia nas decisões quanto a sua saúde, de sua família e comunidade, enquanto sujeito histórico e social. Nesse sentido, a integralidade deve nortear o processo educativo em saúde, visualizando o indivíduo de forma holística, compreendendo as mudanças que ocorrem em cada momento de suas vidas, visando atender suas necessidades nos diversos níveis de complexidade, quais sejam, a promoção, prevenção, atendimento aos agravos e reabilitação. Dessa maneira, o princípio da integralidade deve estar alicerçado em um novo modelo, preparado para ouvir, entender, buscando atender às necessidades das pessoas, grupos e coletividade (MACHADO et al., 2007). Frente a estas questões, pode-se destacar outra metodologia de assistência que possibilita a atenção integral ao indivíduo, bem como a educação em saúde, sendo esta, a consulta de enfermagem, a qual favorece o atendimento às necessidades de saúde de todas as faixas etárias da população, inclusive aos adolescentes, pois viabiliza o diálogo e o bem-estar. A consulta de enfermagem constitui-se em uma competência específica do profissional enfermeiro. Desse modo, Santos et al. (2008) destacam que as ações do enfermeiro na consulta de enfermagem estão previstas na Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no Brasil. Sendo assim, a consulta de enfermagem proporciona impacto no atendimento à



população, visando à resolutividade das suas necessidades de saúde. No entanto, o profissional enfermeiro precisa desenvolver habilidades, sendo que a comunicação merece especial enfoque, uma vez que, permite a interação entre o enfermeiro e o usuário na busca pela promoção da saúde. Para isso, é necessário o exercício da escuta, possibilitando a compreensão das necessidades dos indivíduos, bem como suas complexidades, considerando o contexto em que este se insere e suas experiências de vida. Nesse sentido, a consulta de enfermagem propicia condições para a melhoria da qualidade de vida, através de uma abordagem contextualizada e participativa. A abordagem dialogada requer saber ouvir e intervir com ações compreensivas e humanizadas, favorecendo ao indivíduo expor suas emoções e pensamentos, por meio do respeito na escuta (MACHADO, LEITÃO, HOLANDA, 2005). Portanto, cabe salientar que o acolhimento ao adolescente nos serviços de saúde, bem como o uso do diálogo, permite estabelecer uma relação de confiança entre o profissional e o adolescente. Sendo assim, favorecerá a realização da consulta de enfermagem com mais abertura e eficácia, pois o adolescente sentirá maior segurança em expor seus problemas, dúvidas e inquietações, sendo possível, esclarecer dúvidas e realizar orientações condizentes com cada realidade, prescrever cuidados e fazer encaminhamentos necessários, possibilitando assim, uma compreensão holística e um acompanhamento contínuo. Diante disso, responsabilizar-se com as práticas educativas durante o desenvolvimento de suas ações, constitui-se em um desafio para o profissional enfermeiro, uma vez que, permite atender significativamente as necessidades de saúde dos indivíduos, neste caso os adolescentes. Desse modo, o estabelecimento do vínculo com o adolescente, durante a realização da consulta de enfermagem e dos grupos educativos, possibilita uma atenção integral a esse grupo da população, contribuindo para a efetivação da promoção da saúde. Esta reflexão teórica possibilitou ampliar a compreensão das dimensões educativas na atenção à saúde do adolescente. Por conta disso, pensar ações para atender os adolescentes de forma resolutiva nos serviços de saúde implica comprometimento com esta faixa etária da população, no intuito de atender suas necessidades, não de forma isolada, mas tendo em vista a relação com o contexto no qual estão inseridos. Considerando, portanto, o período da adolescência marcado por mudanças intensas, bem como processos conflituosos, promover a educação e saúde constitui-se um meio essencial na abordagem do adolescente no contexto da saúde e dos cuidados de enfermagem. Dessa maneira, a ação educativa deve ser foco central na prática do profissional enfermeiro, bem como da equipe de saúde, fazendo parte do cuidado junto aos grupos sociais. Dentro dessa perspectiva, Acioli (2008) ressalta alguns princípios para orientar a práticas educativas, enquanto expressão do cuidado de enfermagem, sendo o diálogo, o que permite ouvir o outro, tomar como ponto de partida o conhecimento das pessoas a partir de suas experiências de vida e a troca de saberes. Desse modo, se há uma relação de confiança entre os sujeitos, há também maior aceitação da proposta educativa, sendo assim, articular estes princípios na atenção à saúde dos adolescentes, permite uma construção compartilhada de conhecimentos, bem como um cuidado diferenciado. Nesse enfoque, as metodologias assistenciais constituem-se um método de trabalho, proporcionando suporte às práticas do profissional enfermeiro, onde o planejamento e o desenvolvimento das ações de enfermagem embasam-se em um método científico, possibilitando a relação entre a teoria e a prática no desenvolvimento das atividades. Além disso, as metodologias de assistência viabilizam a educação em saúde, como na realização dos grupos educativos e da consulta de enfermagem, bem como maior aproximação entre o profissional e o usuário, a fim de oferecer uma atenção integral e qualificada. No entanto, para que a realização da consulta de enfermagem e dos grupos educativos sejam efetivos, torna-se necessário estabelecer uma relação de confiança com os adolescentes, de forma a envolvê-los nesse processo, que se dá através da interação e do diálogo. De acordo com Ferreira (2006), o sujeito se constrói e se reconstrói através processo da

conversação, pois é levado a refletir, construir e reconstruir saberes e práticas e assim, tomar decisões sobre como e porque agir de uma determinada maneira e não de outra. Por esta razão, vê-se a possibilidade da educação em saúde enquanto espaço de construção do conhecimento, tendo em vista instrumentalizar os adolescentes para ter autonomia no cuidado com sua saúde. Por conta disso, trabalhar com os adolescentes torna-se um desafio, sendo papel do enfermeiro viabilizar estes espaços de construção e reflexão durante a realização de suas práticas, no intuito de atender significativamente as necessidades de saúde dos indivíduos, neste caso os adolescentes, bem como promover sua saúde. Reconhecendo o cuidado como objeto da enfermagem para atender todas as fases do ciclo vital do ser humano, este objetiva promover o bem-estar, contribuindo também para a prevenção de agravos. Nesse sentido, cuidar de pessoas, em especial dos adolescentes, requer o desenvolvimento de ações de educação em saúde, possibilitando discutir e formular estratégias junto a essa faixa etária da população, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida e saúde.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde. Saúde do Adolescente. Metodologias Assistenciais. Profissional Enfermeiro.

## DISCUTINDO A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Carlise Rigon Dalla Nora\*

Fabiana Mânica\*\*

Priscila Orlandi Barth\*\*\*

Luciane Milani\*\*\*\*

Alessandra Regina Müller Germani\*\*\*\*\*

A luta por um novo Modelo Assistencial de Saúde que fosse universal, igualitário, descentralizado surge no final da década de 70, dando origem ao Movimento da Reforma Sanitária que visava efetivar mudanças no modelo assistencial vigente, modelo denominado biomédico/hegemônico que focalizava somente a doença/cura, centrado na figura do médico, onde o doente era idealizado como um ser frágil e dependente. Nesse contexto, em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foi discutido um novo conceito de saúde passando este a ser entendido como resultante das condições objetivas de vida, tais como alimentação, educação, transporte e lazer, acesso aos serviços de saúde, moradia e acesso à posse de terra. Diante disso os serviços de saúde necessitam fornecer novas formas de acolhimento, humanizando a assistência e melhorando a qualidade dos serviços de saúde prestados à população. Com a aprovação da Constituição Federal de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população. Em seu artigo 196 a Constituição Federal esclarece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Nesse percurso de construção do SUS, novas questões começam a demandar atenção, assim surge a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar pensada em 2000, a qual serve de base para a criação de uma política de Humanização que seja nacional, de caráter transversal que passe por todos os níveis de atenção à saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde propõe em 2003 a Criação da Política Nacional de Humanização- PNH ou Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS-HumanizaSUS. Assim, o projeto de Humanização da Assistência surge em meio a um cenário de desafios ainda presentes na construção do SUS o que exige mudanças no modelo de gestão e na atenção à saúde. Assim essa política preconiza a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde,

---

\* Aluna voluntária do Projeto de Iniciação Científica e Extensão, Membro do grupo de Pesquisa em Saúde e Acadêmica do VIII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Bolsista do Projeto de Iniciação Científica e Aluna Voluntária de projeto de Extensão, Membro do grupo de Pesquisa em Saúde e Acadêmica do VIII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen.

\*\*\* Alunas Voluntárias no projeto de extensão, Membros do grupo de Pesquisa em Saúde e Acadêmicas do VIII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen.

\*\*\*\* Enfermeira, Professora, Mestre, Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

estimulando o protagonismo e autonomia dos sujeitos, e a sua corresponsabilidade nos processos de atenção e gestão. A cogestão e o modo coletivo de produção de saúde e de sujeitos são os eixos norteadores da construção da PNH como política pública (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Portanto, entendo que colocar em discussão a temática Humanização é reativar o movimento constituinte do SUS. Assim a constituição de um atendimento de saúde calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, e a participação social do usuário, demanda a revisão das práticas cotidianas, e a criação de espaços de trabalhos que valorizem a dignidade do trabalhador e usuário. Deste modo, novas ações devem ser criadas para atender as demandas de saúde da população e as necessidades dessa nova visão de assistência humanizada. Com base nessas reflexões, destacamos o objetivo deste estudo o qual seja, apresentar as atividades desenvolvidas no Curso de Graduação em Enfermagem, no VII semestre, na disciplina de Projetos de Intervenção Profissional, momento em que desenvolvemos um projeto intitulado: Política Nacional de Humanização de Assistência no SUS, o qual visa através da metodologia assistencial de enfermagem, sala de espera, despertar discussões e reflexões com os usuários que se encontram na sala de espera da Estratégia de Saúde da Família- ESF 2 do município de Frederico Westphalen- RS. Entendemos como fundamental a necessidade de articular o ensino e a extensão, a fim de propor mudanças nos serviços de saúde, pois isso acrescentará de forma positiva na formação acadêmica, bem como para os serviços de saúde, o projeto certamente irá contribuir muito como os usuários do sistema de saúde, que serão os maiores beneficiados com essa qualidade na prestação dos serviços da rede pública. Segundo Garlet et al. (2006), o desafio para conquistar uma efetiva humanização da assistência reside na possibilidade de mudarmos a maneira como o profissional relaciona-se com a vida e os sofrimentos dos usuários, se não for assim de nada adianta investimentos econômicos e organizacionais na saúde. Na busca de discutir a política de Humanização da Assistência é importante observar a sala de espera como uma estratégia para melhorar a qualidade do atendimento, humanizar os serviços de saúde e possibilitar a interação entre profissional, usuário e familiares, acredito que esta seja a estratégia assistencial que proporciona maior acolhimento aos usuários, além de proporcionar a formação de vínculo e um ambiente que possibilite a troca de conhecimento. Todavia, vale ressaltar a relevância da enfermagem na realização das atividades na sala de espera, visto que este é um momento de troca e construção de saberes, onde é possível identificar as necessidades, desejos e interesses dos usuários do sistema de saúde, bem como é o momento de desenvolver práticas promocionais da saúde além de estabelecer vínculo com os usuários. Para a construção desse estudo foi necessário um amplo estudo bibliográfico, a fim de aprofundar e ampliar os conhecimentos sobre a temática Política de Humanização da Assistência, onde foram realizadas várias consultas aos materiais disponíveis na biblioteca da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus de Frederico Westphalen/RS e bibliotecas Virtuais disponibilizadas por sites oficiais como Ministério da Saúde, Escola de Saúde Pública, SIELO, entre outros sites. Ao término desta etapa, foi feita à leitura e releitura dos materiais, discussões dos temas durante os grupos de estudos do referido projeto, e em seguida, realizado o aprofundamento e ampliação da revisão de literatura, bem como, a organização das fichas de registros dos materiais referentes a essa temática. O projeto deverá passar pela aprovação da secretaria de saúde e pela equipe de saúde, após a aprovação será dado início às atividades, estando essas previstas para acontecerem no primeiro semestre de 2010. Para trabalhar a Política Nacional de Humanização utilizarei a metodologia assistencial sala de espera. Desse modo, acredito que por meio da sala de espera será possível levar até o usuário que faz uso dos serviços públicos de saúde, a relevância da Política Nacional de Humanização no contexto atual. Quanto ao procedimento didático, em um primeiro momento será feita a recepção dos sujeitos, em seguida me apresentarei como Acadêmica do VII semestre do Curso de Graduação em

Enfermagem em seguida se solicitará que eles também se apresentem, a fim de conhecer os usuários. Souza e Lopes (2003) afirmam que a recepção é um ponto estratégico no atendimento de uma Unidade de saúde, por isso devem contar com um profissional qualificado que possa fornecer informações e encaminhamentos corretos. Nesse sentido esses autores acreditam que a enfermeira seja a profissional indicada para esta tarefa pela sua formação de base coletiva e centrada na atenção integral ao ser Humano. Para a discussão das temáticas propostas acreditamos que será necessário em um primeiro momento realizar uma resumida apresentação do projeto de Intervenção Profissional explicando os objetivos do projeto. Dessa forma as atividades na sala de espera estão previstas para acontecerem três vezes na semana, onde em cada sala de espera abordarei algum desses assuntos: o que é Política Nacional de Humanização? Porque ela foi criada? E qual sua importância? Quais seus princípios? Quais os direitos e deveres dos usuários do SUS, o que os usuários entendem por saúde? Incentivaremos a autonomia e protagonismo dos sujeitos na rede SUS. Nos momentos de sala de espera perguntaremos aos usuários se eles sabem do que se trata a PNH, se já ouviram falar, em fim estimularemos a participação dos usuários que frequentam a sala de espera. Dessa forma acredito que devemos problematizar para conseguir dialogar com os usuários, saber o que eles pensam. É fundamental questionar os usuários e a nós mesmos, assim será possível construir um conhecimento comum, onde os usuários sem dúvida têm muito a acrescentar nas discussões. Para abordar a temática proposta é necessário trabalhar os temas de uma forma bem básica, fazendo uso de uma linguagem bem acessível, para que as pessoas consigam compreender. Nesse sentido, para desenvolver as atividades na sala de espera será preciso adotar uma linguagem simples criando espaços para que as pessoas falem de suas sensações, percepções e de suas vivências cotidianas. Neste estudo apresentaremos resumidamente as discussões propostas em nosso projeto de intervenção profissional o qual versa sobre o papel do enfermeiro na consolidação da Política Nacional de Humanização da Assistência. Nesse sentido, percebemos a necessidade de compreender o ser humano como alguém que não se resume meramente a um ser com necessidades biológicas, mas como um sujeito biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados, devendo ser garantida sua dignidade ética, pois isso é fundamental para caminharmos em direção à Humanização da Assistência. Desta forma, uma importante iniciativa no campo da saúde, foi a implantação da Política Nacional de Humanização realizada pelo Ministério da Saúde, em 2003, a qual foi instituída como política pública com o propósito de promover a integralidade das ações de saúde no âmbito da atenção e da gestão em saúde de forma indissociável. Uma proposta que convocou os trabalhadores, gestores e usuários a se comprometerem com o processo de humanização. Uma política não será implementada apenas pela vontade dos órgãos governamentais. Segundo Backes, Koerich e Erdmann (2007), a implementação da Política Nacional de Humanização requer o comprometimento de todos, principalmente daqueles que estão diariamente em contato com os usuários e demais profissionais, os quais mostram através do seu trabalho e atitudes, quais são as características do serviço de saúde que está sendo oferecido à população. Nesse contexto, a enfermagem assumiu uma atitude diferenciada, adquirindo uma postura de coparticipante do processo de cuidar, através do respeito, da ética e do compromisso com os usuários, mediante a criação de vínculo de confiança e de afeto. Sendo assim, destaca-se a assistência voltada, não aos procedimentos técnicos, mas sim na interação da equipe interdisciplinar, comunidade e família. Humanizar a assistência envolve respeitar a individualidade do ser humano. Conforme afirmam Barbosa e Silva (2007), o enfermeiro que presta cuidados próximos ao paciente, deve ser capaz de entender a si mesmo e aos outros, ampliando o conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam a política de Humanização. Nessa perspectiva, o profissional da enfermagem deve possuir a capacidade de perceber e acolher o ser humano e suas diferentes

dimensões, interações e compreender a forma como desenvolve a sua identidade e constrói a sua própria história de vida, portanto ao cuidar, o profissional deve estar presente por inteiro, e dar tudo de si, prestigiar o conhecimento do outro, quando estiver prestando o cuidado. A enfermagem atual tem buscado sua afirmação através da atuação efetiva, tendo como principal preocupação não a patologia, mas o indivíduo, com um enfoque maior na prevenção de doenças, produção e reabilitação da saúde. Cada vez mais a enfermagem caminha para a sua autonomia como profissão integrante da área da saúde. Dessa forma, para se aplicar os conhecimentos de forma sistematizada, é necessário ter habilidade com os instrumentos de assistência da enfermagem, ter sensibilidade para entender os nossos próprios sentimentos e os sentimentos dos outros, ter criatividade, inventar, e criar novas formas de trabalhar, a fim de atrair a atenção dos usuários para as atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. Nesse sentido, para humanizar a assistência em saúde é necessário dar lugar à palavra do usuário, deixar se expressar, bem como proporcionar espaços de diálogos para o profissional da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogos, onde se prene e se promova ações, novas metodologias de assistência, novos programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética das palavras e do respeito mútuo. Dessa forma, as metodologias de assistência da enfermagem se constituem em um processo dinâmico, aberto e contínuo, que visa proporcionar ao paciente as melhores condições de vivenciar de modo mais saudável o processo saúde-doença. Portanto faz-se necessário que o profissional de enfermagem esteja e seja junto ao ser humano e não apenas faça as atividades de assistência. (CARRARO, MARY, 2001). Nesse sentido acredito que por meio do espaço da sala de espera é feito o acolhimento dos usuários pelos profissionais. Com isso, o enfermeiro tem a oportunidade de desenvolver habilidades relacionadas à comunicação e interação, assim a sala de espera não constitui apenas mais uma atividade de enfermagem, e sim um instrumento que permite também a troca de conhecimentos entre os participantes, reconhecimento da realidade sócio-cultural, bem como, crenças e a expressão dos sentimentos dos participantes. De acordo com Japur e Borges (2008), é necessário abrir espaços de diálogo com a população, gerando espaços de reflexão e problematização, que possibilitem a construção de uma relação de coresponsabilidade, favorecendo formas mais humanas e efetivas no processo de trabalho em saúde, tanto para os usuários, como para os profissionais. Nesse contexto vale ressaltar que a humanização como política pública prevê a criação de espaços de construção e trocas de saberes, investindo no trabalho em equipe. Portanto, através das atividades realizadas na sala de espera, podem ser criados espaços de diálogo que por resultado refletem em um serviço mais humano. Nesse contexto, é importante observar que por meio da metodologia assistencial na sala de espera é possível estimular a humanização do atendimento, proporcionar um ambiente de acolhimento aos usuários e familiares que utilizam os serviços de saúde, criando espaços de diálogo, de estreitamento das relações entre o usuário e trabalhador, assim esses espaços se constituem em um alicerce para melhorar a qualidade do atendimento, que por resultado reflete em um serviço mais humano, ampliando o conceito de cuidado biológico para um cuidado integral ao usuário. Tentando estabelecer vínculos com a população é que se estabelecem os momentos de sala de espera, que segundo Teixeira e Veloso (2006) pode ser considerada um espaço dinâmico, onde ocorrem vários fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos. Podemos dizer que a sala de espera ameniza o desgaste físico e emocional associado ao tempo de espera por algum atendimento, espera essa que pode gerar ansiedade, angustia, revolta, tensão, e comentários negativos em torno do atendimento dos serviços públicos de saúde. Nesse cenário, considerando as necessidades dos usuários, a sala de espera tem o intuito de garantir um cuidado humanizado, efetivando a aproximação cada vez maior entre a comunidade e os serviços de saúde. Além disso, é por meio da sala de espera que os profissionais da área da saúde têm a oportunidade de estar desenvolvendo atividades que extrapolam o cuidado, como a educação em

saúde, auxiliando na prevenção de doenças e a promoção da saúde, proporcionando também uma melhora na qualidade do atendimento, garantindo maior acolhimento aos usuários, e melhorando a interrelação usuário/sistema/trabalhador de saúde, além de constituir-se em uma forma de humanizar os serviços de saúde. Desta forma, Souza et al. (2008) destacam que os serviços de saúde devem adotar práticas centradas no usuário, desenvolvendo a capacidade de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, é importante observar que a produção do cuidado humanizado, apresenta uma forma de tecnologia, a “tecnologia leve” a qual se constitui em um elemento crucial na humanização, ou seja, ações que dizem respeito à produção de vínculos, acolhimento, autonomização no processo de trabalho. Assim, os profissionais da saúde devem assumir uma postura de equipe comprometida em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários. Urge então a necessidade de mudanças e rever a humanização nas práticas de saúde. Acreditamos que a promoção da saúde e consequentemente a participação e o empoderamento das pessoas e comunidades são caminhos concretos a serem seguidos na busca por mudanças. Segundo Campos e Wendhausen (2007) o empoderamento significa o aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social. O conceito de empoderamento implica em que os indivíduos ampliem o controle sobre as próprias vidas através da participação na busca de transformações em sua realidade social e políticas. Nesse sentido a participação em saúde além de promover a interação entre usuários e equipe de saúde, relaciona-se intimamente com a promoção da saúde, pois a mesma se constitui em um instrumento de empoderamento dos indivíduos para aumentar o controle dos mesmos sobre suas vidas que consequentemente refletirão no processo saúde-doença. Portanto, como profissionais de enfermagem, faz-se necessário assumir o desenvolvimento de novas práticas, como acolhimento, vínculo, humanização, a fim de garantir a equidade, a acessibilidade e a integralidade da assistência. Nesse contexto o trabalho da equipe interdisciplinar deve facilitar o acolhimento, bem como qualificar a relação profissional/usuário de maneira solidária e humanizada. Após a realização deste estudo fica evidente a necessidade de um cuidado integral ao sujeito, entendendo o usuário de forma holística, dessa forma a história de vida transcende o momento da enfermidade, da patologia que se apresenta, passando a um foco maior a atenção voltada à família e ao seu contexto de vida. A Política Nacional de Humanização da Assistência faz com que se altere o padrão de atenção no sentido da ênfase no vínculo com os usuários, garantido e afirmando seus direitos, estimulando também o protagonismo dos atores do sistema de saúde através do controle social. Essa política visa garantir melhores condições para os trabalhadores e gestores realizarem seu trabalho, nesse sentido a humanização como política pública deve criar espaços de construção e trocas de saberes, investindo no trabalho em equipe. Portanto, acreditamos que para que as atividades em sala de espera se tornem efetivas, é fundamental ocorrer um envolvimento da equipe de saúde, mas sobretudo o enfermeiro, que é o principal articulador para a organização e estruturação do espaço da sala de espera. Neste viés, percebe-se que a enfermagem é a profissão mais indicada para articular a sala de espera, e isso deve-se ao fato de considerar a pessoa como o foco principal para o planejamento e execução das ações em saúde. A construção desse projeto na disciplina de projetos de intervenção profissional permitiu um crescimento pessoal substancial, visto que, o mesmo instigou a busca de novos conhecimentos, bem como propôs o desafio de escrever artigos, resumos simples e expandidos para publicação, dessa forma as acadêmicas extrapolaram suas perspectivas iniciais de conhecimento e trilharam novos caminhos que as tornaram capazes de trabalhar dentro do que o mercado de trabalho e a demanda de serviços exigem.

**Palavras-chave:** Política de Humanização da Assistência. Sistema Único de Saúde. Enfermagem.



## DST /AIDS – REFLETINDO A CERCA DA TEMÁTICA

Ezequeile Müller\*  
Fabiana Mânica\*\*  
Luciane Milani\*\*\*  
Luisa Denise de Lima\*\*\*  
Alessandra Regina Müller\*\*\*\*

O presente trabalho objetiva ampliar discussões, a fim de desencadear um processo reflexivo acerca das DST/AIDS, para que se possa repensar ações/atividades para sensibilização quanto aos modos de transmissão e métodos de prevenção dessas doenças. Para tanto, realizamos uma leitura bibliográfica onde foram revisados artigos científicos num período de quinze dias na perspectiva de construção de conhecimento, apostando em um novo perfil de profissional Enfermeiro para atuar diante dessa realidade. A incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) entre adolescentes vem aumentando consideravelmente e dentre os fatores responsáveis encontramos a diminuição da idade de início das relações sexuais, o aumento de número de parceiros e a ausência do uso de preservativos. Neste contexto, destaca-se a AIDS, cujo perfil epidemiológico apresenta uma tendência a juvenilização (TAQUETTE, et al., p. 1438). Desse modo, as DSTs representam um sério impacto na saúde reprodutiva dos adolescentes e interferem negativamente sobre a autoestima. Além disso, sua abordagem passou a merecer atenção especial no momento em que se comprovou que sua presença é um fator de risco para a contaminação pelo vírus HIV. Nesse contexto, essa epidemia mundial deve ser vista sob uma perspectiva ampla, onde esteja contemplada a superação de desigualdades sociais, econômicas, sociais e raciais, dos preconceitos de gênero e classe, da marginalização de populações, além da necessidade de respeito aos direitos humanos e do exercício da cidadania. As estratégias de prevenção e controle da doença associadas ao avanço da terapia têm gerado mudanças nos aspectos epidemiológicos e no prognóstico desta epidemia e com a tendência do aumento da longevidade surge a necessidade de rever os vínculos afetivos, a vivência da sexualidade, bem como da paternidade e maternidade com parceiro de sorologia diferente. A partir disso, faz-se necessário rever projetos de vida além de novas ponderações a cerca das expectativas e crenças relacionadas ao tratamento. Nesse sentido, conforme Madureira e Trentine (2008), esses questionamentos causam grande impacto na vida dos portadores do HIV/AIDS e dos serviços que proveem os cuidados para esses, cabendo assinalar a necessidade de conversas sobre os saberes e práticas em relação a esta patologia no contexto dos serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, mais especificamente na atenção primária. Partindo deste pressuposto, a conduta profissional almejada vai em busca do resgate das múltiplas dimensões da saúde, exigindo a reformulação da postura de intervenção profissional, assim como a

---

\* Acadêmica do VIII Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI- Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Acadêmica do VIII Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI- Campus de Frederico Westphalen, bolsista de iniciação científica, bolsista voluntária de extensão e integrante do grupo de Pesquisa em Saúde.

\*\*\* Acadêmicas do VIII Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI- Campus de Frederico Westphalen, bolsistas voluntárias de extensão e integrantes do grupo de Pesquisa em Saúde.

\*\*\*\* Enfermeira, Professora, Mestre, Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen.

incorporação de diversos saberes para compor a produção do cuidado em saúde. O trabalho em questão deve proporcionar uma melhora da qualidade de vida, com a construção de projetos próprios de desenvolvimento e aumento da expectativa de vida, havendo a possibilidade de transformação de realidades e da legitimização de perspectivas condizentes com o exercício da cidadania e do emponderamento social, visando a abertura de novas perspectivas rumo ao caminho da integralidade da saúde. Dessa maneira, os serviços de saúde devem se constituir em espaços de desconstrução das formas hegemônicas de se dialogar sobre HIV/AIDS e se estabelecer como espaço de produção de outros modos de trabalho, considerando as peculiaridades de cada contexto, a fim de refletir e pensar em ações compatíveis com as necessidades de cada comunidade onde os profissionais estejam imersos. Destaca-se que os diferentes sentidos atribuídos ao longo da história dessa epidemia nas concepções dos profissionais e no trabalho desenvolvido por eles na interação grupal interpretam e constituem o fazer em saúde. A partir disso, constata-se a necessidade de construção de espaços para a troca dialógica entre os profissionais para problematizar sentidos aparentemente cristalizados referentes à DST/AIDS. Embora os adolescentes detenham conhecimento acerca das doenças sexualmente transmissíveis, a grande maioria se envolve em contatos sexuais sem reconhecê-los como fonte de contágio de doenças. Nesse sentido, ações de conscientização e prevenção devem ser desenvolvidas com a participação de setores governamentais, não-governamentais, escolas, serviços de saúde na comunidade, visando transformar o conhecimento sobre DST/AIDS em comportamento seguro e responsável. Segundo Camargo (2003), desde o início deste século, a rede básica de atenção em saúde vem desempenhando importante papel na redução de transmissão vertical do HIV no Brasil por meio da ampliação da testagem de gestantes no pré-natal, configurando-se em importante instrumento de avanço. No que se refere a HIV/AIDS, o isolamento do agente viral e o desenvolvimento do coquetel permitiram vários avanços tecnológicos na década de 90, o que resultou em uma queda imediata da mortalidade, melhora da imunidade e recuperação de infecções associadas à patologia, dessa forma, favorecendo o aumento da longevidade e da qualidade de vida dos portadores dessa afecção (SILVA; CARDOSO, 2008). Nessa perspectiva, essas inovações contribuíram para ampliar as discussões sobre a importância do entendimento da vulnerabilidade com foco nas condições sociais de vida, sendo esta entendida como a inter-relação entre fatores individuais, políticos e sociais que favorecem ou dificultam a exposição de uma pessoa ao HIV. As construções acerca do trabalho com essa patologia sinalizam barreiras para a orientação e sensibilização a cerca da importância da prevenção e do tratamento, pois este, segundo Eposito e Kahhale (2006), permanece centrado no modelo biomédico, reduzindo o contexto social, cultural, psicológico e emocional do viver com AIDS, sendo esses fatores que dificultam ou favorecem a terapêutica. Segundo Camargo (2003), os profissionais de saúde sob influência do modelo hegemônico agem como se as doenças fossem objetos concretos, esvaziados de qualquer significado, fazendo com que o problema identificado não seja condizente com as necessidades do usuário e tão pouco as ações resolutivas. Desse modo, a manutenção de práticas assistencialistas acaba por inibir a participação ativa e consciente dos usuários no cuidado e tratamento de sua saúde, reproduzindo o HIV/AIDS como doença e tabu, o que aumenta o sofrimento das mesmas e cria barreiras, impedindo que o portador expresse seus sentimentos diante do que lhe é apresentado nos serviços de saúde. Partindo dessas considerações, os serviços de saúde devem se constituir em espaços de desconstrução das formas hegemônicas de se dialogar sobre HIV/AIDS e se estabelecer como espaço de produção de outros modos de trabalho, considerando as peculiaridades de cada contexto, a fim de refletir e pensar em ações compatíveis com as necessidades de cada comunidade onde os profissionais estejam imersos. Imbuídos deste espírito, torna-se evidente a necessidade de implementação de ações continuadas de promoção

em saúde sexual e prevenção as DST/AIDS, trabalhos nas escolas, sensibilização das unidades básicas de saúde para o acolhimento adequado dos adolescentes, onde as ações devem ser contínuas no compartilhamento de informações e reflexões, proporcionando-lhes vivências essenciais no fortalecimento do conceito de saúde e responsabilidade para melhoramento do mesmo, rumo à transformação social. Segundo Ferraz e Nemes (2009), a implementação de atividades de prevenção das DST/AIDS na rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde é um componente prioritário da política brasileira de controle desses agravos, que começou a ser intensamente discutida em resposta as tendências de heterossexualização e feminização da epidemia que se consolidava na época. Segundo o mesmo autor, as atribuições dos serviços de saúde vêm se ampliando, como se pode verificar internacionalmente pelas recentes recomendações da Organização Mundial da Saúde sobre a oferta da testagem anti-HIV e nacionalmente pela amplitude das atividades propostas pelo Ministério da saúde para a atenção básica, considerando no Brasil a Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção na rede básica. Nesse sentido, considera-se que essa estratégia favorece a reorientação do modelo de atenção centrado no atendimento individualizado, no trabalho do médico e na doença para um modelo que prioriza a qualidade de vida das pessoas capaz de transformar e aprimorar a relação entre os profissionais de saúde e a comunidade através do estabelecimento de vínculo de compromisso e coresponsabilidade e de concretizar o princípio da integralidade. Conforme Ferraz e Nemes (2009), as atividades de prevenção previstas nos serviços de atenção básica podem ser agrupadas em: oferta de testagem voluntária e aconselhamento para a população geral e gestantes; disponibilização de preservativos; inclusão nos serviços das pessoas mais vulneráveis; assistência às DST; orientações aos usuários em atividades realizadas cotidianamente nos serviços e educação em saúde. Estas devem ser guiadas pelos princípios éticos que sustentam a Política Nacional de DST/AIDS, quais sejam: respeito à diversidade sexual, à vivência da sexualidade e ao uso de drogas, com abordagens baseadas nos princípios de direitos humanos, participação social e na noção de vulnerabilidade, atentas às dimensões subjetivas da prevenção e aos contextos estruturantes da vida das pessoas e dos grupos. Dessa maneira, a implantação destas atividades vem sendo amplamente debatida e dentre os apontamentos destacam-se a ampliação da cobertura das ações para prevenção e tratamento das DST; apoio comunitário para quem o serviço é oferecido; possibilidade de aumentar os recursos humanos. No entanto, evidenciam-se limitações nesse processo como o acréscimo de atividades mais complexas à rotina dos profissionais, ausência de consenso entre os formuladores das políticas sobre atividades que seriam passíveis de integração. Segundo Ferraz e Nemes (2009), estudos realizados no Brasil tem constatado a redução dos aconselhamentos e das ações educativas de prevenção do HIV/AIDS nos serviços de atenção básica e para complementar estudos nacionais e internacionais mostram que mulheres que têm o diagnóstico de AIDS com histórico para risco de infecção não se recordaram em nenhum momento de terem recebido informações sobre o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis nos serviços de saúde que frequentavam e de ter descoberto a soropositividade com o aparecimento dos sintomas ou da morte do companheiro ou filho. Segundo a mesma autora, há alguns entraves no processo de implantação das ações de prevenção das DST/AIDS nos serviços de atenção básica, um deles se refere ao desafio da superação da fragmentação em prol da integralidade das práticas de saúde, onde as necessidades da sociedade requerem uma atuação que transcenda a abordagem estritamente biomédica. Ademais, faltam nos serviços, além de questões estruturais básicas, como profissionais em quantidade suficiente e espaços físicos adequados, dispositivos tecnológicos, ou seja, instrumentos e fazeres que permitam operacionalizar a atenção integral da comunidade. Conforme Ferraz e Nemes (2009), outro entrave é entre valores éticos que orientam as atividades de prevenção das DST/AIDS no Brasil e valores normativos das práticas nas

unidades básicas de saúde, onde a pouca definição tecnológica no campo programático de como as atividades irão acontecer favorecem abordagens com base no senso comum, frequentemente orientadas pela moral e pelas características individuais de cada profissional. Nesse contexto, abordagem das DST configura-se num exemplo da fragmentação das atividades curativas e preventivas, onde o tratamento que é procurado exclusivamente por mulheres é tecnicamente simplificado, resumido a prescrição de medicamentos e ao diálogo restrito e pouco claro a respeito do diagnóstico, inexistem mecanismos para a comunicação e discussões sobre modos de transmissão e métodos de prevenção. Dessa maneira, tem-se a persistência de uma tecnologia centrada na assistência médica do indivíduo, na abordagem da dimensão biológica da doença e na execução das práticas curativas e prescritivas, o que impede de certa forma a incorporação de atividades preventivas em geral. No caso das DST/AIDS, isso tudo, somado à dificuldade dos profissionais de saúde discutir a vivência da sexualidade e as questões nela implicadas cria um conflito com a ética e normalização das atividades propostas pela política de DST/AIDS (SILVA, CARDOSO, 2008). Imbuídos desse espírito, a importância dada pelos profissionais a respeito da prevenção e aos limites postos pelos usuários na abordagem de questões referentes à sexualidade, permite-nos considerar que a implantação e implementação de atividades de prevenção das DST/AIDS ainda que não alcancem sua efetividade, representa um avanço rumo a integralidade. Nesse contexto, essas atividades invadem o cotidiano da atenção básica por questões complexas, como a sexualidade e por novos valores como o sigilo, provocando produtivos questionamentos aos serviços a cerca de suas insuficiências e contribuindo para a concretização de novas e melhores tecnologias de trabalho, podendo representar o diferencial para que a potencialidade dos serviços se efetive. Arelada à criação do SUS, surge a necessidade do profissional Enfermeiro se adequar ao contexto inserido, tendo suas ações fundamentadas nos princípios e diretrizes do sistema Único de Saúde para um trabalho efetivo nos serviços. Diante disso, faz-se necessário um trabalho crítico e reflexivo diante das DST/AIDS para a busca da integralidade da atenção aos usuários do sistema. Partindo dessas considerações, torna-se evidente a necessidade de implementação de ações continuadas de promoção em saúde sexual e prevenção as DST/AIDS, sensibilização das unidades básicas de saúde para o acolhimento adequado dos adolescentes, onde as ações devem ser continuas no compartilhamento de informações e reflexões, proporcionando-lhes vivências essenciais no fortalecimento do conceito de saúde e responsabilidade para melhoramento do mesmo, rumo à transformação social. Portanto, percebe-se a relevância de profissionais de saúde habilitados para atuação no contexto real das DST/AIDS, favorecendo um atendimento humanizado e integral, considerando a realidade da comunidade e assumindo uma postura crítica e reflexiva diante do que nos é apresentado para o desenvolvimento de um trabalho efetivo nos serviços de saúde em busca pela efetivação do SUS.

**Palavras-chave:** DST/AIDS. Sensibilização. Enfermeiro.

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luciane Milani\*  
Luisa Denise de Portes de Lima\*  
Ezequiele Müller\*\*  
Elisangela Argenta Zanatta\*\*\*

As práticas educativas em saúde no contexto da enfermagem vêm sendo uma realidade cada vez mais efetivada devido à mudança de paradigmas de atenção à saúde, partindo do modelo biomédico ultrapassado para a implantação do conceito da promoção da saúde humana (LOPES, ANJOS, PINHEIRO, 2009). Os mesmos autores enfatizam que as ações de promoção e de educação em saúde devem contar com a participação ativa dos usuários dos serviços de saúde, os quais possuem capacidade de decidir sobre questões que envolvem seu bem estar, subsidiado pelas próprias experiências e pela prática educativa. Nesse sentido, a educação em saúde é uma estratégia para conseguirmos a integração dos serviços de saúde e a população, respeitando o saber popular e científico, ou seja, a valorização da heterogeneidade dos grupos sociais procurando a dialogicidade entre os mesmos. Para realmente conseguirmos concretizar essa construção é necessária a interação dos profissionais da saúde com a comunidade, ouvindo-a, observando-a e analisando suas necessidades. Nesta perspectiva, salientamos que a educação em saúde torna-se uma construção partilhada do conhecimento, que envolve as práticas e experiências dos sujeitos envolvidos, que buscam intervenções nas relações sociais que influenciam na qualidade de vida, que conseqüentemente irão produzir a mudança comportamental. O presente trabalho descreve o relato de experiência da realização de atividades educativas realizadas em uma escola de Ensino Fundamental no município de Frederico Westphalen – RS, durante as aulas teórico-práticas da disciplina de saúde da criança e adolescente do curso de enfermagem. Inicialmente foi realizada a visita à escola para conversar com a diretora sobre as atividades que seriam desenvolvidas, solicitando também a sua liberação. Após evidenciar o interesse da escola pelas atividades que seriam desenvolvidas decidimos, em conjunto, trabalhar sobre as doenças sexualmente transmissíveis, com os alunos da 6º série. Para dar início às atividades com os alunos foram realizadas duas dinâmicas: a primeira com o intuito de favorecer a apresentação e aproximação dos participantes e, posteriormente uma que instigasse os alunos a pensar acerca da temática desenvolvida. Segundo Ministério da Saúde (2003), a dinâmica visa tornar mais simples e até mesmo divertida a reflexão sobre os temas que os participantes têm dúvidas e a partir disso proporcionar um vínculo afetivo entre os participantes através de um processo educativo sob a forma de troca de conhecimentos e refletir sobre a mudança de atitude. Neste contexto, foi oportunizado que os alunos participassem das discussões para torná-la mais produtiva e menos maçante, sendo que os mesmos expressaram suas dúvidas e curiosidades acerca dos temas abordados. Compreende-se que os objetivos da educação em saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria

---

\* Acadêmicas do VIII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, Bolsistas voluntárias de Extensão, Integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde, URI- FW.

\*\* Acadêmica do VIII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI- FW.

\*\*\* Professora orientadora do artigo.

saúde e pela comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva (OLIVEIRA, GONÇALVES, 2004). Diante disso, é de relevância salientar a importância da enfermagem como compromisso social, sensível aos problemas e direitos humanos, e como uma ciência que busca novas metodologias para o alcance da melhoria da qualidade de vida e da assistência, mediante atividades educativas de saúde e intervenções apropriadas (LOPES, ANJOS, PINHEIRO, 2009). Partindo desse pressuposto, deu-se início ao encontro. Num primeiro momento teve apresentação dos acadêmicos e dos alunos, seguindo, então, foi realizada uma dinâmica onde os alunos descreveram o que entendiam a respeito das doenças sexualmente transmissíveis. Segundo Oliveira e Meireles (2004), as dinâmicas, como lei da física, geram uma ação e uma reação, servindo de estimulação aos encontros. As atividades instigam os movimentos do corpo e da mente, proporcionando melhores relacionamentos com os companheiros, aliviando a tensão e deixando as pessoas mais desinibidas. As dinâmicas ajudam a “quebrar o gelo” dos encontros, que às vezes são muito teóricos, possibilitando que os integrantes apreciem mais a discussão. Logo após, nos posicionamos em círculo para podermos ficar mais à vontade com os alunos, dando início a roda de conversa sobre doenças sexualmente transmissíveis, momento em que os alunos explanaram o que haviam escrito na dinâmica e assim falamos sobre as DSTs. No decorrer fazíamos questionamentos sobre as diferentes doenças sexualmente transmissíveis aos alunos, que muito intimidados respondiam, sendo que estávamos abertos a questionamentos e instigações dos alunos. A professora responsável pela disciplina fez-se presente, dando-nos suporte no decorrer das atividades, a mesma teve duração 1 hora e 20 minutos. Finalizando o encontro realizamos outra dinâmica sobre os métodos contraceptivos, momento em que os alunos descreveriam os métodos que tinham conhecimento e destacavam se os mesmos eram comportamentais, de barreira, hormonais, intrauterino e cirúrgicos. Conforme Lopes, Anjos e Pinheiro (2009), é imprescindível ao enfermeiro realizar esta prática de educação em saúde ao fornecer os cuidados diretos à comunidades ou seja na escola, a fim de que os alunos busquem um melhor bem-estar, participação e representação social, tendo o empoderamento em suas ações. Partindo deste pressuposto, a Saúde pública deve garantir um acompanhamento multiprofissional para que haja um atendimento integral das demandas sociais, psicológicas e ginecológicas. Sendo que a família deve ser acolhida em qualquer fase da vida e dificuldades vivenciadas, com a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Lei Federal 8.069 de 13/07/1990 a partir destas Leis é que se começou a valorizar a infância e adolescência baseado na legislação que prevê uma política de atendimento e defesa dos direitos para que estes não sejam ameaçados e violados. Salientamos que, a relação existente entre saúde e escola possibilita o surgimento de uma construção conjunta de “escola que produz saúde”, uma proposta que envolve estudantes, trabalhadores da educação, gestores do sistema de saúde e educação, movimentos sociais, associações, grupos, famílias e toda a população (BRASIL, 2005). Segundo o mesmo autor, a publicação “a educação que produz saúde”, visa o fortalecimento de modos participativos e democráticos de pensar e fazer educação em saúde na escola. Seu objetivo é contribuir para que a comunidade e escolas se sintam motivadas a refletir sobre o significado da saúde e da qualidade de vida, discutindo sobre as causas e possíveis soluções para os problemas existentes na escola e na comunidade. Neste sentido, vimos a necessidade de discutir educação em saúde, tendo em vista que os profissionais da saúde tenham uma nova visão trabalho, e que o processo de trabalho seja descentralizado juntamente com as escolas e comunidade abordando assuntos que sejam de relevância para as mesmas, permitindo a exposição de suas reais dificuldades e necessidades, para assim direcionar ações a esse público reduzindo os riscos e provocando a mudança de atitude. Desde a criação do Sistema Único de Saúde, houve profundas mudanças nas práticas de saúde, mas ainda não é o suficiente, é preciso haver também profundas transformações na formação e no desenvolvimento

dos profissionais da área da saúde principalmente o profissional enfermeiro, ressaltando que, as universidades oportunizam o desenvolvimento de educação em saúde para consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2005). Nesse sentido, salientamos que o enfermeiro é um educador por natureza que, ao sistematizar e individualizar o cuidado e voltar-se não somente para a doença, pode exercer influência sobre o estilo de vida das pessoas, fazendo-as sujeito de suas próprias decisões e mobilizando toda sociedade para a implantação de políticas públicas saudáveis. Neste contexto, uma das metas da educação em saúde é a melhoria das condições de vida e de saúde da população, sendo necessário que as suas ações estejam voltadas diretamente às necessidades da população e para isso é preciso ir ao encontro dos interesses do educando, oferecendo conteúdos e práticas que estejam em consonância com suas necessidades, e a partir disso podemos intervir na sua realidade. Salientamos então, que quando a mesma for realizada em grupo, cada indivíduo tem sua relevância e seu destaque no grupo. Na prática em grupo os alunos se sentem acolhidos e veem em si situações mencionadas por outros integrantes, ocasionando a formação de uma base que sustenta e fortalece as relações e, assim, transforma experiência em aprendizado (LOPES, ANJOS, PINHEIRO, 2009). Diante disso, a saúde do adolescente deve ser vista de forma coletiva onde os mesmo participem da elaboração de ações e planos, tendo a atenção integral, garantindo acesso à promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, bem como a reabilitação, respeitando os princípios e diretrizes do SUS. Portanto, desde a criação do SUS tem-se a necessidade de discutir o perfil do profissional enfermeiro, a capacidade para inseri-se na realidade por ele assistida, tendo em vista a conquista de novos espaços na sociedade. Nesse sentido, vale ressaltar a necessidade desses trabalhadores desenvolverem trabalhos com a educação em saúde, tendo em vista que esta contribui significativamente para um trabalho resolutivo no sistema de saúde. Nesse contexto, é necessário que os acadêmicos tenham espaço para experiências em um âmbito onde se possa atrelar educação e saúde, possibilitando a construção e a partilha de conhecimentos, além da interação de forma efetiva. Nesses momentos são superados paradigmas por vezes equivocados quanto a melhor forma de viver uma vida saudável, do que é certo e errado e a partir disso torna-se possível traçar estratégias que contribuem e favorecem a conquista da mesma. Dessa maneira, percebe-se a necessidade de profissionais Enfermeiros habilitados para um trabalho resolutivo junto a crianças e adolescentes nas instituições de educação considerando a realidade vivenciada por eles e assumindo uma postura crítica e reflexiva diante do que nos é apresentado, na busca constante de perspectivas mais integradas e participativas. Nesse sentido, articular o conhecimento adquirido na formação à realidade, é tarefa essencial a cada um de nós acadêmicos, comprometidos com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida para consolidarmos uma significativa mudança no perfil da população jovem, investindo em educação em saúde para orientar novas práticas, considerando que o público jovem de hoje é o público adulto e idoso de amanhã. Portanto, a realização de trabalhos educativos em instituições de educação contribui e direciona as pessoas para que assumam uma vida saudável e com responsabilidade, comprometidas com a sua saúde e capazes de construir seus próprios projetos de vida. Além disso, cooperam para a melhoria da situação de saúde no país, abordando novos caminhos pelos quais esta pode ser construída socialmente.

**Palavras-chave:** Práticas Educativas em Saúde. Ambiente Escolar. Educação em Saúde.

## **GESTÃO DA MUDANÇA ORGANIZACIONAL: UM BREVE APROFUNDAMENTO TEÓRICO**

Jonathan da Rosa\*

Andréia Piovesan\*\*

Alessandra Regina Muller Germani\*\*\*

O setor da saúde vem passando por momentos de profundas mudanças desde o movimento da reforma sanitária brasileira, que iniciou ainda na década de 70. No entanto, foi somente na década de 80 que este movimento ganha um reforço substancial. É em 1986, que se constitui a 8ª Conferência Nacional de Saúde, constituindo um marco na história da saúde do Brasil. Vale destacar que este foi um evento que contou com a participação dos diversos setores da sociedade, ou seja, participaram das discussões na época, representantes do governo, profissionais de saúde, representações da sociedade organizada e parte da população em geral. Desta forma, estas discussões, promovem a reflexão do sistema de saúde vigente até então e projetam o enfrentamento destes obstáculos, pois preconizam a introdução de uma nova forma de se produzir saúde no Brasil. Em síntese, essa nova forma de operacionalizar a saúde no país passa a exigir que a comunidade fosse incluída nas decisões referentes à saúde e que o governo se responsabilizasse por construir propostas de saúde eficazes, em que a saúde fosse encarada como um processo social. Logo, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde é criado então, o maior sistema de saúde até então implementado no país, o Sistema Único de Saúde - SUS. Este sistema, sustentado por um importante tripé: equidade, universalidade e integralidade, os quais efetivam a atenção à saúde da população, ao criar medidas que articulassem estratégias como o Programa de Saúde da Família - PSF, hoje reconhecido como Estratégia de Saúde da Família - ESF e a legitimação da participação da própria comunidade nas discussões e gerenciamento do sistema, por exemplo. Assim, o processo de democratização, na década de 80, que resultou na Constituição de Federal de 1988, desloca o poder do centro para a periferia, tendo como diretriz a descentralização, reforçando a autonomia municipal e a participação da comunidade (RIO GRANDE DO SUL, 2001). Deste modo estas mudanças visam uma assistência à saúde voltada para a realidade da população, onde a igualdade, a integralidade e a universalidade estão asseguradas na Constituição de 1988. Face a essas considerações, “é na esfera da gestão municipal, que os desafios são mais presentes, pois é onde se concretizam as políticas e os programas públicos de saúde” (TOMASI et al., 2003). Nessa direção, é nesse cenário que as formas de organizar e operacionalizar os serviços de saúde se desenvolvem e se constituem em fundamental estratégia para efetivar as propostas do SUS, bem como de atender as necessidades da comunidade assistida pelos serviços. Assim, apesar do SUS constituir um moderno modelo de organização dos serviços de saúde e do seu inquestionável alcance social, tendo como uma de suas características primordiais valorizar o nível municipal e a atenção primária de saúde,

---

\* Acadêmico do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus Frederico Westphalen, Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde, na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\* Acadêmica do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus Frederico Westphalen, Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde, na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\*\* Orientadora do Resumo. Mestre em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde.



formalizada da ESF, a sua operacionalização não tem sido de maneira fácil e como desejada, em decorrência de dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação. Nesse contexto, Japur e Borges (2008) ressaltam que a forma de organização do trabalho que a ESF requer é o trabalho em equipe, a integralidade, o vínculo com a comunidade, a abordagem familiar, a coresponsabilidade e a participação – vai evidenciando o esgotamento dos modelos de atenção tradicionalmente disponíveis e criando necessidades urgentes de mudanças quanto à organização do serviço e das práticas nele desenvolvidas. Nesse aspecto, é fundamental diagnosticar e avaliar constantemente a estrutura organizacional da atenção em saúde, propondo e executando mudanças na organização do serviço e no processo de operacionalização das ações de assistência às necessidades dos clientes do sistema de saúde locais. Desse modo, essa ação se torna importante, pois é nessa atuação dos serviços de saúde, ou seja, os serviços básicos de saúde que a demanda administrativa exige maior desprendimento e articulação para que as crescentes necessidades dos usuários sejam alcançadas. Com base nessas reflexões, propõe-se esse aprofundamento teórico sobre gestão da mudança organizacional, representando um dos elementos do projeto “Gestão Compartilhada Em Saúde: A Busca Pela Concretização Do Sistema Único De Saúde – Sus No Município De Erval Seco/Rs”. Deste modo, para a realização desse estudo foram utilizados artigos científicos, livros e revistas, assim como a discussões e participações no Grupo de Pesquisa em Saúde da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI - Campus de Frederico Westphalen, na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde. Sendo assim, a execução deste estudo proporciona aos acadêmicos-bolsistas conhecimentos metodológicos e aprofundamento dos conhecimentos sobre a temática. Nesse contexto o aprofundamento teórico visa despertar para a busca de novas reflexões críticas e consciente, analisando o atual quadro de operacionalização/articulação dos serviços de saúde, bem como das diversas necessidades dos serviços de saúde e da população que a utiliza. Para Kisil (1998), as organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual. Nesse sentido, o setor da saúde tem passado por modificações, e estas também se tornam um agente provocador de mudança organizacional que afeta todo o Sistema de Saúde. Assim, segundo o mesmo autor, é necessária grande atenção quanto às decisões que estão sendo tomadas nessa área: como planejamento estratégico em todos os níveis; conhecimento de missão por todos da organização; fortalecimento do sistema de avaliação, controle e auditoria; gestão participativa; estabelecimento de parcerias, onde todos os membros da organização devem estar envolvidos. Nesse aspecto, as ações de saúde se desenvolvem em um plano que extrapola o cuidado propriamente dito, mas que invariavelmente não deixa de ser uma forma de cuidar, ao passo que partilha de uma atuação que afetará esse processo, mesmo que muitas vezes não reconhecida. A fim de incorporar as mudanças necessárias ao setor da saúde, visando o aumento de cobertura da assistência com equidade, eficiência e eficácia, vários organismos estão empenhados na implementação/implantação dos novos modelos de atenção. A partir de então, é importante reconhecer que qualquer que seja a definição adotada, os serviços de saúde estão sempre sujeitos a situações mutáveis, tanto no contexto externo como no contexto interno. Esse processo de mudança é dito “natural”, pois admite que toda e qualquer organização está sujeita a forças desestabilizadoras para o *status quo*. Nesse sentido, o diagnóstico operacional deve ocorrer sempre dentro de uma mudança planejada, que não se restringe à solução de problemas específicos, conjunturais ou atuais. Todavia, Kisil (1998) aponta os seguintes elementos necessários para o processo de mudança organizacional: conhecer as razões da mudança, gerenciar o processo da mudança, realizar um diagnóstico organizacional através de fluxograma e organograma, definir a direção da mudança, estabelecer um plano estratégico de mudança,

monitorar e avaliar o processo de mudança. Concomitante a isso, é necessário o envolvimento de cada membro da organização no processo de mudança, sendo necessária muitas vezes a definição de uma equipe de mudança, visto a complexibilidade do seu gerenciamento. Estabelecendo dessa maneira, os diagnósticos organizacionais, os planos de mudança, o reconhecimento do processo de organização do sistema de saúde local – Organograma das ações de saúde do município, análise dos processos de trabalho - fluxograma de atendimento, supervisionando e avaliando suas implantações de maneira que todos tenham participação ativa e protagonista. Assim, efetivar o Sistema Único de Saúde - SUS, cumprindo a legislação conquistada principalmente com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e com a Constituição Federal de 1988, é hoje um desafio que exige esforço intenso e solidário de todos, ou seja, dos gestores, da comunidade e dos trabalhadores de saúde. De outra forma, espaços como este que proporciona aos acadêmicos vivências referentes à prática da gestão compartilhada em saúde, desenvolvidas a partir da implantação e implementação dos elementos que compõem a gestão em saúde fortalecem as relações entre ensino e serviço de saúde, constituindo em excelente cenário de crescimento pessoal e profissional.

**Palavras-chave:** Mudança Organizacional. Enfermeiro. SUS.

## **GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS, PATRIMÔNIO E MEDICAMENTOS – UMA EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

Luciane Milani\*

Luisa Denise de Lima Portes\*

Fabiana Mânica\*

Alessandra Regina Müller Germani\*\*

O presente trabalho relata experiência de implantação e implementação da linha de ação referente à gestão de materiais, patrimônio e medicamentos, do projeto de extensão intitulado: Gestão compartilhada em saúde: a busca pela concretização do Sistema Único de Saúde no município de Erval Seco-RS. Neste sentido, podemos citar a Reforma Sanitária que aconteceu em meados da década de 70, este foi um movimento social, democrático e político que aconteceu devido à insatisfação do usuário do sistema de saúde e ocorre com o propósito de repensar as práticas de gestão em saúde que até então eram desenvolvidas nos serviços de saúde. Diante disso, podemos dizer que as transformações que aconteceram no setor saúde, foram para qualificar a integralidade da assistência prestada ao usuário dando-lhe competência de ser sujeito com autonomia em suas decisões e permitindo que os mesmos participem da tomada de decisões interferindo e colaborando nas questões relacionadas ao sistema de saúde, ou seja, protagonismo social. Diante disso, este tem como objetivo colaborar para a estruturação da gestão dos Recursos Materiais, Patrimônio e Medicamentos a fim de proporcionar uma gestão compartilhada em saúde, no município de Erval Seco-RS. A década de 70 foi o auge dos movimentos sociais, pois, a população estava descontente com o modelo de atendimento à saúde, sendo este médico assistencial privatista que era baseado em atendimento somente a população trabalhadora que tivesse carteira assinada, ao restante da população o modo de atendimento era baseado na cura das doenças, sendo que o hospital e o médico eram os detentores do poder da cura. Neste sentido, a população reivindica por um novo sistema de saúde que atenda a toda população de modo igualitário sem distinção de classes. Imbuídos deste espírito de mudanças, este movimento fica conhecido como o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Nesse contexto, esse movimento visava reorientar as práticas de assistência à saúde da população e propor a criação de um novo Sistema Nacional de Saúde Brasileiro, denominado Sistema Único de Saúde - SUS. Desse modo, com esse movimento novas estratégias começam a ser planejadas com o objetivo da prevenção de doenças, promoção e reabilitação da Saúde, visando garantir efetividade e qualidade na assistência. Diante disso, a formalização do Sistema Único de Saúde – SUS na Constituição Federal acontece em 1988, sendo que sua regulamentação ocorre em 1990, pelas Leis Orgânicas de Saúde. Este representou grandes avanços na organização do sistema de saúde tendo a descentralização com eixo norteador para sua implantação e implementação. Com a descentralização da assistência os municípios passam a operacionalizar a gestão participativa, permitindo inovação e adaptação no planejamento e programação das ações em saúde, atribuindo

---

\* Acadêmicas do VIII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, Bolsistas Voluntárias, Integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde, URI- FW.

\*\* Orientadora do artigo, Mestre em Enfermagem, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde, URI-FW.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

maior responsabilidade ao gestor na medida em que existe a participação da população na tomada de decisão. A defesa do SUS depende da força com que a sociedade coloca a vida das pessoas acima de todas as racionalidades, e ainda compreenda que as políticas públicas podem se constituir um meio poderoso para a efetiva defesa da vida. O SUS, como não poderia deixar de ser, está em constante processo de aperfeiçoamento, a promoção da saúde à população estará sofrendo sempre transformações, pois, como as sociedades são dinâmicas, a cada dia surgem novas tecnologias que devem ser utilizadas para a melhoria dos serviços e das ações de saúde. Além disso, temos também como condição essencial para um melhor funcionamento do SUS a participação e mobilização social em seus trabalhos. Neste contexto, o SUS é uma rede, um sistema em que todos têm autonomia relativa, cabendo aos gestores assegurar a articulação entre os vários níveis de governo e os diferentes segmentos sociais para sua consolidação. Para isso é necessário que essas mudanças ocorram em um sistema de cogestão, ou seja, acolhendo as demandas dos usuários, trabalhadores de saúde, intelectuais, especialistas, prestadores, municípios, estados, e lhes oferecendo diretrizes e submetendo-as a processos de discussão, negociação e pactuação. Partindo deste pressuposto, a gestão participativa consiste no envolvimento de todos os membros integrantes na tomada de decisões. As organizações que propiciam aos indivíduos liberdade para pensar e experimentar têm maior capacidade de inovação, este modelo gera aos indivíduos um sentimento de autonomia e uma consciência acerca de representações de suas ações. Neste sentido, para que haja uma gestão participativa que concretize os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde é necessário que todos os elementos de gestão andem de forma equilibrada. Enfatizamos então a gestão de recursos materiais, patrimônios e medicamentos, sendo esta fundamental para os serviços de saúde. Diante disso, a análise das organizações de saúde é de fundamental importância para abordar a gestão do trabalho ou mesmo a gestão desses serviços como um todo. É de relevância salientar que para o sucesso de uma organização de saúde é preciso o empenho de cada um de seus integrantes, ou seja, a através do trabalho interdisciplinar. A dificuldade que se vê nos serviços de saúde é o desencontro ou a falta de sintonia entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços, disjunção que muitas vezes se expressa em conflito usuário-prestador, sendo necessária a integralidade da assistência ao usuário, atendê-lo holisticamente (BRASIL, 2001). Neste sentido, salientamos que deve existir entrosamento desde a fase de planejamento do sistema de saúde até as programações setoriais e locais para evitar o descompasso entre o sistema. O sistema financeiro também está intimamente interligado neste, uma desarticulação poderá gerar falta de recursos mínimos a projetos prioritários e ao mesmo tempo deixar recursos disponíveis sem utilização (JUNIOR, 2001). Imbuídos deste espírito, temos a gestão de materiais que deve funcionar de forma regular na rede de serviços sendo necessária a normalização dos materiais e o estabelecimento de uma rigorosa lista padronizada, com a definição do que é material estratégico, sendo preciso a participação efetiva dos técnicos e gerentes das unidades. Na mesma linha temos o setor da armazenagem que tem papel relevante, pois o mesmo recebe os materiais, controla o estoque e a guarda em condições adequadas, sendo necessária a segurança com relação à distribuição para as unidades de saúde. Em relação aos materiais permanentes deve ocorrer o processo de patrimonialização e para os materiais de consumo regular devem ser privilegiados os contatos de fornecimento através do processo de aquisição. Outro aspecto importante a ser enfatizado é a manutenção predial das unidades de saúde e a manutenção de equipamentos e veículos. A manutenção predial é de responsabilidade da secretaria de obras do município, abordando as áreas civis, elétricas e hidráulicas, sob uma ótica preventiva e corretiva de problemas. Sendo que os equipamentos médicos hospitalares também devem ser alvo de manutenção preventiva e corretiva, sendo mais econômico o gasto e o importante treinamento de técnicos que vão operar no equipamento. Enfatizando ainda, temos os serviços gerais que fazem

parte de um grupo de atividades que são importantes para o funcionamento da rede de serviços de saúde. Este é composto de: comunicação, protocolo, reprografia, limpeza, conservação, zeladoria e vigilância. Os serviços de limpeza, conservação e vigilância são de relevância ao setor saúde, sendo que estes serviços podem ser prestados por pessoal próprio ou por meio de contratação de empresas prestadoras de serviços. O serviço de transporte é dividido em transporte sanitário e de apoio, sendo que o tamanho e as características da frota vão depender do planejamento assistencial. Salientando, temos a gestão de medicamentos, onde sua lista básica deve ser rigorosamente elaborada a partir de critérios epidemiológicos, técnicos e financeiros. Sendo necessário a capacitação de técnicos da área de processamento das compras e da Comissão Permanente de Licitação para a aquisição dos medicamentos. Partindo deste pressuposto, o Ministério da Saúde aprovou em 1998 a Política Nacional de Medicamentos-PNM, esta propõe princípios e diretrizes, além das prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores do SUS na sua efetivação. A PNM tornou-se parte essencial da Política Nacional de Saúde constituindo-se em um dos elementos fundamentais para a implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições na assistência à saúde da população (GOMES, 2001). A fim de efetivar o objetivo proposto, serão implantadas e implementadas as seguintes ações referentes à gestão de recursos materiais, patrimônio e medicamentos; Contribuição para a organização do almoxarifado, bem como no controle da compra e saída dos materiais necessários aos serviços que são oferecidos no município; Estruturação de planilhas a fim de estabelecer o controle da entrada e saída dos materiais; Revitalização da contratação dos serviços de referência e contra referência do município; Estruturação das atividades referentes à construção e manutenção da estrutura física dos serviços de saúde, tais como pintura, limpeza da caixa d'água, pequenos concertos, jardinagem; Aquisição e manutenção de equipamentos dos serviços de saúde; Contribuição na estruturação dos serviços de transporte referentes à saúde, tais como, escala de trabalho dos motoristas, limpeza e manutenção dos carros, entre outros. Colaboração na estruturação da rotina dos serviços de sanificação por áreas, crítica, semi-crítica e não crítica para os serviços de saúde do município; Cooperação para a rediscussão do plano de assistência de farmácia básica nas unidades de saúde do município. Nessa perspectiva, acreditamos que o Papel do Enfermeiro na concretização e fortalecimento da gestão participativa, pois a mesma relaciona-se com o contato direto com a realidade do usuário sendo portador da capacidade de articular ações que visem à promoção da saúde dos mesmos. Além do mais esse tem função significativa na articulação entre usuário e Estado, sendo o fio condutor na construção de um novo modelo assistencial. Assim, cabe aos profissionais de saúde estarem engajados no espírito de luta da reforma sanitária que traz em si um ideal de redefinição do modelo de saúde, viabilizando alternativas de assistência igualitária, descentralizada e participativa. Portanto, a gestão de materiais, patrimônios, serviços e medicamentos é de essencial relevância para o serviço de saúde, pois, com a participação do usuário nas decisões estaremos desenvolvendo serviços que atenderão as suas necessidades dando-lhes autonomia enfatizando o protagonismo social, tendo em vista os princípios e diretrizes do SUS e a humanização da assistência.

**Palavras-chave:** Reforma Sanitária. Sistema único de saúde. Gestão participativa.

## MIÍASE: RELATO DE CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA

Andréia Piovesan\*  
Deise Gabriela Busatto\*  
Jonathan da Rosa\*\*  
Andrei Rogério Trindade\*\*  
Carla Argenta\*\*\*

Miíase é uma zoodermatose caracterizada pela lesão da pele, mucosa ou orifícios e cavidades naturais do organismo, causada pela invasão por larvas de várias espécies de moscas. (SOUZA, MILAN, MARINHO, 2005) Sendo uma parasitose comum em ambiente rural, associada à higiene precária, pública e pessoal, infestando homens e animais domésticos. Assim, essa infestação pode ser cutânea, em feridas, cavidades faciais (nariz, pálpebra, seios da face, ouvido, boca), gastrointestinal, vaginal ou generalizada. Nesse sentido, o tipo de infestação pode ser classificado por características da larva e da lesão que esta produz, sendo biontófagas, aquelas que parasitam tecidos vivos e necrobiontófagas, as que parasitam tecidos necrosados em indivíduos vivos. Segundo Pizzoli et al. (2008), grandes infestações podem causar até a morte do hospedeiro, especialmente quando comprometem nariz, olhos, conduto auditivo e cérebro. O presente trabalho tem por objetivo reportar a experiência vivenciada na disciplina de Saúde do Adulto I, no 5º semestre, do Curso de Graduação em Enfermagem, da URI – Campus de Frederico Westphalen, no hospital Santo Antônio, no município de Tenente Portela, momento em que vivenciamos um caso de miíase associada a déficit no autocuidado para higiene, com paciente P. B., sexo feminino, de 108 anos, indígena, com queixa de dor localizada no couro cabeludo. Nesse sentido, a lesão da paciente encontrava-se na região posterior da cabeça, contendo um orifício de aproximadamente 15 cm de profundidade, onde visualizamos várias larvas no local. Provavelmente a infestação da paciente ocorreu devido a déficit de lavagem de cabelos, bem como a más condições de moradia. A paciente foi internada na instituição, permanecendo sob os cuidados da equipe de enfermagem e médica durante 8 dias. As miíases são classificadas em primárias e secundárias, assim a primária é chamada de “berne”, e é causada pela larva da mosca *Dermatobia hominis* ou raramente pela *Calitroga americana*, que se desenvolvem sobre ou dentro de vertebrados, alimentando-se de tecidos vivos. Com isso, as miíases primárias subdividem-se ainda em duas formas, sendo: furunculóide e migratória. A miíase furunculóide apresenta-se como um nódulo furunculóide, em cuja parte central há um pequeno orifício, a dor depende da localização. A miíase migratória consiste no percurso que a larva faz na pele, fazendo caminhos, ao invés de ficar localizada como na forma furunculóide. A miíase secundária, conhecida como “bicheira”, é causada pela larva da mosca *Calitroga macetaria*, conhecida como mosca varejeira, que invade tecidos necrosados de ulcerações da

---

\* Acadêmicas do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Frederico Westphalen.

\*\* Acadêmicos do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Frederico Westphalen.

\*\*\* Orientadora. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Campus de Frederico Westphalen.

pele e mucosa, destes alimentando-se para o seu desenvolvimento. Nas miíases secundárias há duas formas de classificação: cutânea e cavitária. No caso de miíase cutânea, as larvas movimentam-se ativamente nas lesões cutâneas. Na miíase cavitária, são larvas de moscas facultativas em orifícios e cavidades naturais infectados. Podendo permanecer localizadas ou ser disseminadas a vários órgãos internos, inclusive o cérebro, incapacitando e ameaçando a vida. Normalmente, deve-se observar o quadro clínico do paciente e condições de higiene e, posteriormente, proceder a remoção mecânica das larvas, remoção dos tecidos necróticos e uso de medicamentos tópicos e sistêmicos, sendo atualmente utilizado, o tratamento sistêmico no combate às infecções secundárias e no combate às larvas de localização cavitária, e a ivermectina para extermínio de larvas intracavitárias. Nesse sentido, o tratamento consiste basicamente na remoção das larvas. Existindo vários modos de removê-las; porém cabe aos profissionais avaliarem cada situação e suas condições de trabalho para estabelecerem a maneira mais indicada. Para tanto, no caso da paciente, o tratamento abordado pela equipe médica e de enfermagem abrangeu desde a tricotomia do couro cabeludo, para melhor evidenciar e demarcar a área afetada, posteriormente foram utilizados éter etílico e gases como tampão temporário para asfixia das mesmas, para obstruir o orifício respiratório e facilitar a remoção das larvas de forma mecânica com o auxílio de uma pinça, sendo estas removidas vivas da cavidade. Após a retirada das larvas, foi realizada a limpeza do local acometido com solução anti-séptica e iniciado tratamento com antibioticoterapia oral tais como a Ivermectina – 6mg e Cefalexina- 500 mg, pois havia infecção bacteriana secundária, e monitorização dos sinais vitais. Realizamos aconselhamentos a familiar da paciente quanto à higiene, medidas profiláticas entre outras, ressaltando quanto à importância da lavagem dos cabelos e higiene íntima. Dessa forma, a profilaxia ocorre com o combate de moscas produtoras de miíase e a cobertura adequada de feridas abertas, associado à higiene individual e ambiental. Nesse sentido, visualizamos a importância de se conhecer a patologia e/ou quando não há o entendimento desta por completo, buscar entendê-las por meio de literaturas, refletindo e analisando o contexto do cliente. Dessa forma, além dos fatores anteriormente elencados que possibilitam a ocorrência desta zoodermatose, percebemos que os indivíduos muitas vezes desconhecem a doença e as possíveis consequências que esta pode trazer à saúde, potencializando o paciente a não buscar atendimento e tratamento. Sendo o Brasil uma região propícia ao desenvolvimento das principais espécies de moscas que causam miíase em humanos, os profissionais de saúde devem estar sempre atentos, uma vez que esta afecção pode ocorrer em qualquer região do corpo tais como membros, tronco, cavidades entre outros. Portanto, percebemos a necessidade de conscientizar os trabalhadores, acerca da importância de retirar as larvas das lesões e enviá-las a laboratórios para que as mesmas sejam identificadas, como forma de conhecer o histórico, os fatores que levaram ao aparecimento da mesma, se o local onde a pessoa reside é um fator de risco, visando evitar que mais indivíduos possam ser acometidos por esta patologia, bem como obter resultados satisfatórios no tratamento, evitando assim os riscos de sequelas. Entendemos que a enfermagem tem papel importante no cuidados a estas lesões, contudo consideramos que tem – se muito trabalho a fazer baseado em atividades de prevenção e ações de educação em saúde incluindo higiene pessoal e do ambiente em que a população vive. As equipes de saúde da família, ou seja, neste caso, equipes de saúde indígena têm a responsabilidade de elaborar estratégias frente a tal situação de saúde pública, levando em consideração a cultura, os conhecimentos e trabalhar com persistência e conhecimento, conquistando a confiança da comunidade e com isso, alcançando ótimos resultados garantindo mais saúde e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Miíase. Indígena. Enfermagem.

## **O DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES JUNTO AOS PACIENTES PSQUIÁTRICOS: A BUSCA PELA REINSERÇÃO NA COMUNIDADE**

Caroline Ottobelli\*

Adriana Rotoli\*\*

Nas últimas décadas, o problema representado pelos transtornos mentais tem ocupado cada vez mais a agenda das políticas de saúde. Muitos países têm construído políticas de saúde mental comprometidas com o desenvolvimento de novas formas de cuidado, com a melhoria da qualidade de vida, garantia dos direitos de cidadania e combate às formas de violência, exclusão e estigma, de que são alvo as pessoas com transtornos mentais. Tais políticas têm se caracterizado pela redução significativa de leitos psiquiátricos e pela implantação de serviços baseados na comunidade. Conforme Mângia (2008), no Brasil do final dos anos 1980, o processo de redemocratização, as pressões dos movimentos sociais associadas à luta pelos direitos humanos levaram à construção da Reforma Psiquiátrica, que obteve sucesso na consolidação de uma nova Política de Saúde Mental que tem como principais características: a redução de leitos e o maior controle sobre os hospitais psiquiátricos; a criação de rede de serviços substitutivos; a aprovação de nova legislação em saúde mental (a Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001) e a criação de dispositivos de apoio aos processos de desinstitucionalização, além da introdução da saúde mental na pauta de prioridades da educação permanente para o Sistema Único de Saúde (SUS). Em nosso país, a expansão de leitos psiquiátricos atingiu seu ápice em 1985, com 123.355 leitos credenciados no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que representavam 23,57% do total de leitos oferecidos no Brasil, ocupando o primeiro lugar em oferta por especialidade. Atualmente, estima-se que o número de leitos psiquiátricos, credenciados no SUS, esteja em torno de 38.842, ao lado da expansão progressiva da cobertura assistencial em saúde mental composta por "uma rede com 1.123 CAPS distribuídos em todo o país, 479 Serviços Residenciais Terapêuticos, 860 ambulatórios de saúde mental, cerca de 60 Centros de Convivência e Cultura e 2.741 beneficiários do Programa de Volta para Casa" (MÂNGIA, 2008). Conforme Vidal et al. (2008), apesar das diferenças, a filosofia da Reforma Psiquiátrica tem sido fundamentada nos princípios básicos dos cuidados na comunidade: desinstitucionalização e diminuição dos leitos hospitalares, desenvolvimento de programas e serviços alternativos, integração com serviços comunitários e demais serviços de saúde e acesso à medicação. É importante frisar, de acordo com Lima e Silva (2004), que a Reforma Psiquiátrica tem como meta importante a reorganização dos hospitais psiquiátricos, substituindo a prática assistencial do modelo clínico-biológico, hospitalocêntrico, de tradição asilar e segregadora do doente mental, para uma cultura de reabilitação do usuário por meio da construção dos serviços substitutivos voltados para a humanização do atendimento. Assim, para que essa mudança ocorra, torna-se fundamental a participação dos profissionais, a ênfase no trabalho em equipe, multiprofissional e interdisciplinar surge como um espaço a ser construído para a efetivação de um modelo de assistência orientado para a melhoria da qualidade da atenção

---

\* Enfermeira, Pós-graduada em Saúde do Trabalhador, membro do Grupo de Pesquisa em Saúde, professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen R/S.

\*\* Enfermeira, mestra em Enfermagem, professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen R/S.



à saúde, a garantia de acessibilidade aos serviços e a maior resolubilidade das ações de saúde. Dentre os princípios para a organização dos serviços de saúde mental, existe a necessidade do deslocamento essencial da perspectiva da intervenção dos hospitais psiquiátricos para a comunidade; o deslocamento do centro do interesse somente da doença para a pessoa e para a sua desabilidade social e o deslocamento de uma ação individual para uma ação coletiva nos confrontos dos pacientes com seus contextos (HIRDES, 2009). Assim, na busca pela criação de um sistema de saúde humanizado, voltado ao tratamento de pacientes com transtornos mentais e com vistas à reforma psiquiátrica, a qual garante a extinção dos manicômios, estão sendo criados leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Tal iniciativa tem por intuito, além da extinção dos manicômios, a busca pela reinserção destes pacientes às comunidades de origem. No entanto, com a criação de leitos psiquiátricos dentro dos hospitais gerais surgiram inúmeros problemas, dentre eles, conforme Figueiredo (2000), o preconceito, tanto dos demais pacientes quanto dos funcionários da instituição para com a ala psiquiátrica, a dificuldade de referenciar tais pacientes para os serviços municipais de saúde, a carência da realização de atividades diferenciadas, as quais englobem temas como sexualidade, higiene, dentre outras, junto aos pacientes psiquiátricos. Além disso, outro desafio para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira, de acordo com Brasil (2005), é a formação de recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura. É nesse sentido, que surgiu a necessidade de estarmos promovendo uma parceria entre o Hospital Santa Terezinha do município de Palmitinho R/S e o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI, Campus de Frederico Westphalen R/S. Tal parceria, que consiste na aplicação de um projeto de extensão universitária intitulado “Psiquiatria institucional: desenvolvendo atividades na busca pela reinserção dos pacientes junto à comunidade” visa promover o desenvolvimento de atividades, por parte dos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem, junto aos pacientes que sofrem transtornos psiquiátricos que estejam hospitalizados junto à instituição referenciada acima. Dessa forma, de acordo com Vidal et al. (2008), a inversão do modelo centrado na internação e a conseqüente transferência do tratamento em manicômios para o atendimento em hospital geral constitui hoje o paradigma dominante na assistência psiquiátrica demonstrando ser a melhor forma de promover, acima de tudo, um tratamento digno a estes pacientes e, posterior ao mesmo, sua reinserção junto à comunidade. Face ao exposto, os objetivos elencados para este projeto são: - Promover o desenvolvimento de atividades junto aos pacientes que sofrem transtornos mentais, que visem sua reinserção junto à comunidade;- Promover o deslocamento dos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen para junto dos pacientes que sofrem de transtornos mentais, no intuito de desenvolver ações de promoção, educação e assistência integral à saúde;- Desenvolver atividades junto aos trabalhadores em saúde que atuam no Hospital Santa Terezinha, com vista a promover-lhes uma melhor qualificação com relação ao tema “saúde mental”. O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias e cuidados. A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações

interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005). A superação do modelo manicomial encontra ressonância nas políticas de saúde do Brasil que tiveram um marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Observa-se, na Reforma Psiquiátrica brasileira, nas últimas décadas, intercalação de períodos de intensificação das discussões e de surgimento de novos serviços e programas, com períodos em que ocorreu uma lentificação do processo. Historicamente, podemos situar as décadas de 1980 e 1990 como marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país (HIRDES, 2009). Um marco histórico para o setor de saúde mental, possibilitador de mudanças ao nível do Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Neste encontro, no qual o Brasil foi representado e signatário, foi promulgado o documento final intitulado "Declaração de Caracas". Nele, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário (HIRDES, 2009). De acordo com Figueiredo (2005), no ano de 2005, foi retomada a "Declaração de Caracas" sob a forma de um documento intitulado "Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas", a Carta de Brasília, com o objetivo de avaliar os resultados obtidos desde 1990. Neste documento, os organizadores reconhecem os avanços que se produziram nos últimos quinze anos na reestruturação da atenção psiquiátrica, constatam que existem experiências exitosas desenvolvidas em vários países, assim como obstáculos e dificuldades. Reafirmam a validade dos princípios contidos na "Declaração de Caracas" em relação à proteção dos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais e a necessidade da construção de redes de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos. Advertem para o aumento da vulnerabilidade psicossocial e das diferentes modalidades de violência. Convocam todos os atores envolvidos para a implementação dos princípios éticos, políticos e técnicos da "Declaração de Caracas". A partir deste marco, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, quais sejam: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local. As iniciativas dos municípios, em que pese a vontade política dos gestores municipais, passaram a ser ressarcidas através das portarias ministeriais, objetivando o deslocamento dos recursos para modalidades alternativas à internação psiquiátrica e compatibilizando os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial. No Rio Grande do Sul, um marco político importante foi a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei Estadual nº 9.716, em 1992, que trata da reforma psiquiátrica em âmbito do estado, enquanto a Lei nº 10.216, que trata da Reforma Psiquiátrica em âmbito nacional, foi sancionada no dia 06 de abril de 2001, quase dez anos depois. O Ministério da Saúde igualmente iniciava, na década de 1990, a emissão de uma vasta legislação que viria a nortear todas as ações no sentido de tratar adequadamente as pessoas acometidas de doenças mentais. Deste modo, passados mais de dez anos, o processo de implantação da reforma psiquiátrica deveria encontrar-se em plena consolidação, em todo o país e, em especial, no Rio Grande do Sul (HIRDES, 2009). Entretanto, o Rio Grande do Sul, um estado pioneiro na aprovação de uma legislação específica na área, e detentor do maior número de CAPS por estado, apresenta diferenças regionais importantes na estruturação de serviços. Enquanto a metade sul protagonizou experiências inéditas de desinstitucionalização, o norte apresenta carência na estruturação de serviços e na

inserção das ações de saúde mental nos serviços gerais de saúde. Esta realidade descortina-se em outros estados e regiões brasileiras. Alguns avanços no combate ao estigma que ainda acompanham a saúde mental foram alcançados. Contudo, a Reforma Psiquiátrica ainda é um tema novo e precisa ser muito bem discutido, tanto com os profissionais da saúde, quanto com a comunidade em geral. Somente através da educação e do diálogo conseguiremos desmistificar este tema. As ações estão sendo desenvolvidas junto ao Hospital Santa Terezinha do município de Palmitinho R/S, sendo realizado um encontro semanal, às terças-feiras, pela parte da manhã, com duração média de 3 horas. Em cada encontro são realizadas atividades diversas, sendo os encontros divididos em dois momentos. No primeiro, serão realizadas atividades recreativas como dinâmicas, meditações, etc... No segundo, serão abordados temas diversos, de interesse dos pacientes. Dentre os assuntos que são discutidos, podemos citar: cuidados com a higiene; a importância da família; emprego; alimentação saudável; a importância da prática de exercícios físicos; primeiros socorros; o retorno à comunidade; sexualidade; drogas; doenças psiquiátricas; como lidar com minha patologia; conhecendo o corpo humano. Além das abordagens dos temas descritos acima, são desenvolvidos jogos de integração, organizados pelos acadêmicos e os profissionais que atuam junto ao hospital, com outras instituições, com o intuito de promover, além de recreação, contato com demais pacientes que sofrem de doenças mentais. Também, com vistas a promover uma melhor qualificação dos profissionais que atuam junto a estes pacientes, será desenvolvido um encontro, no qual os alunos promoverão uma capacitação para os trabalhadores do Hospital Santa Terezinha. Neste encontro, serão debatidas as diversas formas de abordagem junto a estes pacientes. Também, são realizadas atividades teatrais, as quais abordarão os temas sugeridos acima, bem como, serão realizadas atividades artesanais com o intuito de estimular as habilidades dos pacientes. O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. Assim, o processo de Reforma Psiquiátrica, em nível global, não segue um padrão homogêneo. Os modelos assistenciais exibem tanto variações locais como diferenças entre os diversos países. Essa variabilidade relaciona-se com peculiaridades na extensão territorial, na população, na cultura, na estrutura política e econômica e nos sistemas de saúde e assistência social de cada país. Nesse sentido, através deste projeto pretende-se promover a reinserção dos pacientes que sofrem de transtornos psiquiátricos às comunidades de origem de forma satisfatória, possibilitar a qualificação dos profissionais que atuam junto ao Hospital Santa Terezinha e a trabalhar para permitir a recuperação dos pacientes que conosco permaneceram. E, acima de tudo, que este projeto possa vir a contribuir para com a construção de uma nova visão acerca das doenças mentais, superando aquela voltada aos modelos já superados pela reforma psiquiátrica.

**Palavras-chave:** Psiquiatria. Reinserção. Políticas de Saúde.

## **O OLHAR PSICOLÓGICO EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA- PROJETO DE CLÍNICA AMPLIADA**

Juliana Frighetto\*  
Kamila Quadros Trautmann\*  
Jane Marise Conterno Aquino\*\*  
Marisa Pigatto\*\*\*

Este é um relato de experiência do projeto Clínica Ampliada junto a uma Comunidade Terapêutica onde se realizaram trabalhos em grupos. Neste sentido, trabalhou-se com os sujeitos da Instituição e as suas famílias, promovendo o seu crescimento pessoal e social, através dos Grupos de Sentimentos, Grupos de Vivências Familiares, Acompanhamento Terapêutico e Grupo de Apoio aos Familiares. Considerando os parâmetros da Clínica Ampliada, os estagiários de Psicologia realizam suas atividades levando em consideração a história de vida dos indivíduos, seus sentimentos, suas vivências, enfim conhecem os participantes, de forma mais subjetiva e individual, como, também, a história do grupo e os sentimentos coletivos que ali surgirem. A ideia da Clínica Ampliada é dar importância para o reconhecimento e a compreensão do sujeito no Singular. A partir dessa compreensão, o profissional construirá um projeto terapêutico, levando em conta as diferenças singulares do Sujeito doente, o que vai ajudar a intervenção se tornar possível e eficaz. De acordo com Amaral e Campos (2007) a Clínica Ampliada considera como necessidade, ampliar o objeto de trabalho da clínica. Ou seja, hoje o profissional da saúde trabalha com a doença, como diz o autor, trabalha com aquilo que “a prática se responsabiliza”, deixando de lado o sujeito no seu contexto social. A ideia de ampliar significa, agregar ao objeto “doença” os sentimentos, as vivências e a história do Sujeito doente. Também no sentido de ampliação, os autores ainda acrescentam que “a ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas”. O início das Comunidades Terapêuticas deu-se em 1860, com alguns membros que passaram a conviver juntos, adotando um sistema específico de relacionamento e passaram a aceitar jovens em processo de independência de drogas e álcool. Além da espiritualidade enfatizada nesse processo de recuperação as Comunidades Terapêuticas também buscam reproduzir a realidade social a fim de facilitar a reinserção social, atuando com pressões artificialmente provocadas, oportunizando o apoio da equipe e dos colegas (FRACASSO, 2001). Em se tratando do abuso de drogas, constata-se que, na maioria dos casos, o início desta se dá quando, na família, o vínculo que serve como base para a reestruturação da vida destes jovens fica ausente; por isso, o mais difícil não é atingir a abstinência, mas dar continuidade ao processo de mudança já que indicam que o resgate dos vínculos familiares, o reencontro da autoestima e a redescoberta das relações interpessoais são vitais na recuperação (RIGOTTO, 2002). Objetivou-se oportunizar o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários de modo a promover a autonomia, o

---

\* Acadêmicas do VIII semestre do Curso de Psicologia da URI-FW.

\*\* Psicóloga formada pela UPF e mestrado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Atualmente, professora titular da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

\*\*\* Psicóloga formada pela URI – FW e mestrado em Educação pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS. Atualmente, professora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

fortalecimento em comunidade e a consequente superação das condições de vulnerabilidade social, frente à problemática do abuso de drogas e álcool. Teve-se como objetivos específicos promover o convívio comunitário, a socialização, o acolhimento e a inserção dos indivíduos, reforçando os laços de pertencimento a uma comunidade e proporcionando um espaço de escuta dos sentimentos gerados aos participantes do grupo; oportunizar a reinserção social; oportunizar um espaço para a prática da Clínica Ampliada e trabalhar as relações entre dependentes de drogas e álcool, em tratamento, com seus familiares. As atividades foram realizadas com dependentes químicos em tratamento num período de nove meses. As intervenções realizadas pelos estagiários de Psicologia são: Grupo de sentimentos: este grupo tem como objetivo promover o convívio comunitário, a socialização, o acolhimento e a inserção dos indivíduos, reforçando os laços de pertencimento a uma comunidade e proporcionando um espaço de escuta dos sentimentos gerados aos participantes do grupo. Os encontros são realizados uma vez por semana e por uma estagiária de Psicologia. Acompanhamento Terapêutico: realizado por um estagiário, que acompanha alguns sujeitos em atividades relacionadas com a reinserção social. Nesta atividade o profissional da psicologia atua como ego auxiliar. Grupo com familiares de internos e ex-internos de comunidades terapêuticas: a instituição oportuniza que os familiares de dependentes de drogas e álcool e ex-internos se encontrem no Grupo Familiar, que de modo aberto se reúnem nos sábados à tarde. Esse grupo inicia-se com princípios do Amor Exigente, e posteriormente com atividades propostas por duas acadêmicas de Psicologia. A Comunidade Terapêutica exige a participação dos familiares e amigos que possuem um membro da família internado, no mínimo em três encontros, para garantirem o direito de visitar os internos. No Grupo, os familiares visam buscar apoio para enfrentar a problemática das drogas e do álcool que afetam suas famílias. Grupo com internos da comunidade terapêutica sobre Vivências Familiares: através de encontros com os internos da comunidade terapêutica, todas às sextas-feiras à tarde, visa-se propor discussão e reflexão sobre a influência da família na recuperação de cada um, buscando conhecer como cada interno percebe a colaboração que a família está tendo na sua recuperação. Visitas dos familiares à comunidade terapêutica: mensalmente, a família dirige-se até a instituição para visitar o membro em recuperação. No período, de uma hora durante a tarde, duas estagiárias propõem atividades com o objetivo de mediar o diálogo e aproximar família e interno. Ao fazer um entendimento do que foi realizado percebeu-se que se obteve um resultado bastante positivo, principalmente no que se refere à realização dos grupos e do acompanhamento terapêutico fazendo com que o trabalho fosse produtivo. Foi possível aplicar o embasamento teórico de Clínica Ampliada, pois através de grupos procurou-se trabalhar de forma dinâmica, aliando o processo grupal e o entendimento do funcionamento de cada interno e de seu contexto peculiar. Atuando como agente socializador buscou-se conhecer como cada interno percebe a colaboração de sua família e entrevistou-se com a família no fortalecimento dos vínculos familiares. Logo, foi possível a experiência prática da Clínica Ampliada na Comunidade Terapêutica analisando-se a singularidade de cada interno em função do contexto social.

**Palavras-chave:** Comunidade Terapêutica. Clínica Ampliada. Psicólogo.

## **PAPEL DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO FRENTE À UTILIZAÇÃO DAS PRÁTICAS COMPLEMENTARES**

Cristiane Pedó\*  
Jéssica Martins da Silva\*  
Claudiane Faccin\*  
Silvia Franchini\*  
Débora Raquel Ceretta\*  
Alessandra R. Müller Germani\*\*

Nos anos 60 e 70 houve um aumento relevante na utilização de práticas complementares pela população, já mais tarde em 80 e 90 as práticas complementares surgem entre médicos e em vários campos da saúde. É neste contexto então que surge na década de 80 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa à saúde como direito de toda a população e induz a mudança reorganizando a forma do cuidar focado nas práticas de saúde e também na formação de profissionais. Desta forma enquanto acadêmicos do V semestre de Enfermagem foi proposto pela Prof<sup>ª</sup>. Msc<sup>ª</sup>. Alessandra R. Müller Germani da disciplina de Pesquisa em Enfermagem a elaboração de um pré-projeto apresentado como requisito de avaliação parcial da mesma, cujos grupos foram divididos por afinidade e os mesmos escolheram a temática de sua preferência. Diante disso o tema proposto por um dos grupos foi sobre “Práticas Complementares: papel do profissional enfermeiro” partindo então de uma necessidade do grupo em abranger seus conhecimentos sobre esta temática. Surgindo assim o seguinte problema de pesquisa: Como vêm sendo desenvolvidas as práticas complementares pelo enfermeiro atuante no PSF do município de Tenente Portela/RS. Tendo como objetivo Conhecer e analisar como vêm sendo realizadas as práticas alternativas e complementares pelo enfermeiro atuante no PSF do município de Tenente Portela/RS para uma melhor obtenção de respostas as duvidas existentes. A prática alternativa complementar é vista como uma nova assistência em saúde que envolve crenças, culturas da sociedade e economia, passa de geração a geração popular como saber empírico, visando à integralidade e humanização no cuidado. Para tanto a utilização de práticas complementares no SUS abre um novo caminho para o cuidado onde a população acaba resgatando a sua própria maneira de cuidar e de utilizar destas terapias, buscando nesta prática e no SUS mais clareza e conhecimento destes recursos. Nessa perspectiva surgem então as políticas de práticas alternativas complementares no SUS conforme afirma Ministério da Saúde (2006) com objetivo de incorporar e implementar as práticas complementares no SUS e seus respectivos programas e ações. Respaladas então pela portaria N<sup>o</sup>. 971 de 3 de maio de 2006, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, que defende a integralidade na atenção considerando que as praticas integrativas e complementares abordam a universalidade e que estas podem ser utilizadas tanto separadas ou em conjunto com outras praticas terapêuticas. Desta forma as políticas nacionais contribuem na atenção da saúde de forma integral, desenvolvendo ações de interação com outros âmbitos abrangentes do SUS. A implementação das políticas de praticas integrativas e

---

\* Acadêmicas do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Enf. Msc. Orientadora e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

complementares no SUS, “defender o princípio de que cidadãos socialmente iguais, em direitos e deveres, podem ser diferentes, em percepções e necessidades” (BARROS, SIEGEL, SIMONI, 2006 p. 3066). Dessa maneira as políticas visam também à promoção, prevenção e recuperação da saúde “com ênfase na atenção básica, além de propor o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde” (BARROS, 2006, p. 850) favorecendo o atendimento adequado e humanizado visando à equidade. Sendo assim as políticas de práticas complementares difundem-se como um de seus papéis a atenção em saúde onde sugere estratégias para um melhor atendimento nos serviços de saúde. Para isso incentiva profissionais a buscarem o conhecimento sobre as práticas alternativas complementares que garantem a promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população. Como afirma Rossi e Lima (2005) é necessário que os profissionais de enfermagem estejam mais ligados com a forma de vida que a população adere, onde então possibilite o planejamento de ações em saúde sendo uma delas a implementação de práticas alternativas em saúde. Tem-se então que o profissional enfermeiro possui um contato direto com a população em virtude de realizar seu trabalho, desta maneira que esta profissão tem uma aproximação para educar, orientar e esclarecer quanto ao uso das práticas complementares. Frente a este aspecto o enfermeiro está ligado diretamente com a população e também frente às necessidades e conhecimentos da mesma, este tem oportunidade de educar e esclarecer todas as dúvidas da população usando então as políticas que beneficiam as práticas complementares a favor desta. Assim busca-se por meio das práticas complementares a integração da população e do enfermeiro com o meio ambiente e a sociedade, onde se enfatiza a escuta acolhedora e uma visão ampliada do processo saúde-doença na promoção, prevenção e reabilitação da saúde na sociedade. Diante disso Ferreira (2007) afirma que o enfermeiro enquanto educador deve propor ações voltadas para as necessidades da comunidade, a partir de um diálogo informal com a mesma. Assim no campo da educação popular em saúde o profissional enfermeiro agrega seu papel educativo ao resgate da pessoa como cidadão, participativa e consciente de sua condição de vida. A enfermagem abrange seus horizontes ampliando assim o cuidado ao cliente e buscando na educação um novo cuidado em saúde. Portanto, o atendimento de enfermagem é baseado no modelo de vida que a população adere e naquilo que influencia no que seja saúde para estar focalizando o favorecimento do processo de desenvolvimento em direção à saúde, encorajando os indivíduos a desenvolverem seu potencial como seres vivos na busca de sua própria saúde. Conforme ressaltado por Luz (2005, p. 162) “trabalham com um paradigma centralizado na saúde, e não na doença”, onde então a prática alternativa tem como objetivo recuperar e promover a saúde da população vendo esta como um todo, em uma sociedade que possui sua própria cultura. A esse respeito tem-se também um cuidado continuado, integral e humanizado em saúde que visam à prevenção, promoção e a recuperação da saúde buscando garantir a qualidade, a eficácia e a segurança na utilização dessas práticas, possibilitando então que a população tenha voz e participação ativa juntamente com os profissionais enfermeiros para uma maior efetivação das práticas de saúde. Assim cada ser humano é criativo e sensível e o educar e cuidar ocorre de forma verdadeiramente humana, onde o ser humano está em constante transformação. Possibilitando então que o enfermeiro consiga mostrar realmente quais os benefícios da utilização das práticas complementares. Exercer assim seu papel como já ressaltado de profissional que cuida e conseqüentemente educa em suas diferentes formas sendo em sua equipe de saúde ou comunidade, como afirma FERRAZ et al. (2005, p. 607) “que para o profissional exercer o cuidar e o educar, ele precisa usar um “passaporte” que o conduza a diferentes“ escalas “de saberes de forma criativa, estética, ética, política e técnica”. Portanto experiências desta natureza viabilizam o aprendizado de aliarmos a pesquisa com as ações cotidianas do profissional enfermeiro.

**Palavras-chave:** Práticas Complementares. Saber Popular. Profissional Enfermeiro.

# **RELATO DO INÍCIO DO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DO PROJETO GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE: A BUSCA PELA CONCRETIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ERVAL SECO-RS**

Luisa Denise Portes de Lima\*  
Luciane Milani\*  
Priscila Barth\*  
Fabiana Mânica\*\*  
Alessandra Regina Müller Germani\*\*\*

O contexto da Saúde que estamos inseridos nos remete ao compromisso de estarmos voltados para o debate público, ou seja, a participação democrática, protagonismo social que possibilita à população interferir e colaborar nas questões de interesse coletivo em busca de soluções para resolver conflitos. Nesse sentido destacamos o movimento de Reforma sanitária que ocorreu na década de 70 e 80 e foi o grande demarcador histórico da saúde pública no Brasil. Tal movimento parte do princípio que a defesa da saúde é a defesa da própria vida, e que era necessário uma reformulação do sistema de saúde, tornando-se mais eficaz e disponível a toda população. Assim, partindo da criação do Sistema Único de Saúde e da diretriz integralidade da atenção, a mesma está ligada ao cuidado de pessoas, grupos e coletividade; tendo o usuário como sujeito protagonista histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Vale ressaltar que a integralidade é uma bandeira de luta na definição das características do sistema de saúde e de suas práticas. Nesse sentido, para garantir a integralidade das ações e serviços de saúde destaca-se a Participação Social- controle social que garante à população participar nas políticas de saúde em todos os níveis desde o federal até o local através de entidades representativas. Segundo Arantes et al. (2007) o controle social é entendido como parte da participação cidadã que está articulada integralmente à atuação da política pública, enquanto se controla o desenvolvimento das políticas que têm sido definidas para atender às necessidades reais das comunidades. Diante disso, o controle social pode ser considerado resultado de auto-organização, espaços em que as massas podem se organizar de baixo para cima, a partir da base, constituindo sujeitos políticos coletivos enquanto protagonistas sociais para o exercício da democracia social na saúde sendo uma práxis de Grupos sujeitos e produtora de sujeitos. O controle social na saúde é um direito conquistado, que vem desde a constituição federal de 1988, a qual evidencia o tripé de sustentação do SUS, sendo a integralidade na assistência ao indivíduo, descentralização nas ações e serviços e a participação na comunidade. Esse tripé orienta a dinâmica organizacional e funcionamento do sistema objetivando uma adequada assistência às necessidades da população brasileira nos diferentes

---

\* Acadêmicas do VIII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - FW, bolsistas voluntárias de Projeto de Extensão, Integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde na linha Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\* Acadêmica do VIII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - FW, bolsista de Iniciação Científica, Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde na linha Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\*\* Orientadora do resumo, Enfermeira, Mestre, Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde na linha Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - FW.



estados e municípios. O sentido de controle social é o de participação da população em elaborar, implementar e fiscalizar as políticas de saúde em cada esfera de governo, sendo federal, estadual e municipal. Diante disso, o controle social pode ser considerado resultado de auto-organização, espaços em que as massas podem se organizar de baixo para cima, a partir da base, constituindo sujeitos políticos coletivos. O controle social é uma estratégia para efetivarmos um dos princípios do SUS, a “participação popular”, sendo que este possui duas esferas de participação, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, ambos são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, dos serviços e usuários do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, ressaltamos a necessidade de o profissional enfermeiro ser portador do conhecimento dessa realidade na concretização do controle social junto ao usuário. Assim acreditamos que o Papel do Enfermeiro na concretização e fortalecimento do controle social relaciona-se ao contato direto com a realidade do usuário sendo portador da capacidade de articular ações que visem a promoção da saúde dos mesmos. Além do mais esse tem função significativa na articulação entre usuário e Estado, sendo o fio condutor na construção de um novo modelo assistencial. Assim, cabe aos profissionais de saúde estarem engajados no espírito de luta da reforma sanitária que traz em si um ideal de redefinição do modelo de saúde, viabilizando alternativas de assistência igualitária, descentralizada e participativa. Face ao exposto o objetivo é apresentar experiências do início do desenvolvimento das atividades do projeto de extensão intitulado Gestão compartilhada em saúde: a busca pela concretização do Sistema Único de Saúde no município de Erval Seco-RS. Partindo deste pressuposto, destacamos que no primeiro semestre de 2009 surgiu uma inquietação sobre o desenvolvimento da gestão das ações e dos serviços de saúde conforme as diretrizes e princípios preconizados pelo SUS. Nesse sentido, obtiveram-se materiais a respeito desta temática, para posteriormente realização de leitura, tomada de apontamentos e confecção de fichas. Assim, ressalta-se que o grupo de estudo iniciou uma busca ativa de materiais bibliográficos referentes às políticas de saúde e principalmente relacionadas aos elementos de gestão, quais sejam, plano municipal de saúde, relatório de gestão em saúde no SUS, gestão da mudança organizacional, gestão do processo de trabalho e de trabalhadores do SUS, protocolos de assistência em saúde, gestão de materiais, medicamentos, serviços e patrimônio, gestão de recursos financeiros no SUS, gestão dos sistemas de informação em saúde, controle, avaliação e auditoria no SUS, controle social no SUS, visando ampliar o conhecimento relacionado à gestão. Desse modo, semanalmente compartilhávamos as leituras de materiais entre os integrantes do grupo, onde foi desenvolvido o projeto de extensão intitulado Gestão compartilhada em saúde: a busca pela concretização do Sistema Único de Saúde no município de Erval Seco-RS. Cabe salientar que este projeto foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde do município de Erval Seco para aprovação no Conselho Municipal de Saúde. Assim, cabe enfatizar que a partir da metade do segundo semestre de 2009, iniciaram-se as atividades pertinentes ao projeto e partindo deste pressuposto foi realizada uma reunião com a gestora de saúde a despeito da situação de saúde da população, das ações e serviços de saúde disponibilizados pelo município e a partir disto elencaram-se as prioridades que deveriam ser trabalhadas em curto, médio e em longo prazo. Todavia, nesta ocasião revisamos o Plano Municipal de Saúde e também o Projeto da Estratégia da Saúde da Família do município. Cabe ressaltar que no primeiro momento está sendo realizado o mapeamento do município para posteriormente a realização do diagnóstico de saúde. Desse modo, vale destacar que elaboramos instrumentos para a coleta de dados acerca de cada elemento de gestão para a realização de uma pesquisa a respeito dos elementos de gestão, a qual contribuirá para a implantação/implementação dos objetivos propostos. Em relação aos resultados esperados do desenvolvimento deste projeto no município, é vivenciar a gestão das ações e dos serviços de saúde por meio da efetivação dos objetivos propostos em cada elemento de gestão, de acordo

com as diretrizes e princípios que regem o Sistema Único de Saúde. O desenvolvimento do projeto de extensão intitulado Gestão compartilhada em saúde: a busca pela concretização do Sistema Único de Saúde no município de Erval Seco-RS possibilitou expandir o conhecimento sobre a gestão das ações e dos serviços de saúde de acordo com as diretrizes e princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde. Assim, destaca-se a relevância da realização deste projeto para o município, uma vez que serão aplicados os elementos de gestão, visando atingir os objetivos propostos de cada elemento. Cabe salientar o projeto por se tratar de gestão compartilhada, contará com a presença de diversos segmentos sociais na cogestão dos serviços de saúde. Portanto, com a participação dos usuários, trabalhadores de saúde e gestor nas decisões de saúde, serão desenvolvidas ações que contemplem as necessidades, além de promover a autonomia da população- protagonismo social, integralidade e humanização da assistência.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Controle social. Profissionais da saúde.

## UM BREVE RELATO DE EXPERIÊNCIA ACADÊMICA EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE SALA DE ESPERA

Jonathan da Rosa\*  
Cássia Jordana Krug Wendt\*  
Priscila Orlandi Barth\*\*  
Alessandra Regina Müller Germani\*\*\*

Constituir novos espaços nos serviços de saúde, em que haja um estímulo para o desenvolvimento de indivíduos mais autônomos, críticos e conscientes, é um desafio que é imposto aos serviços de saúde, e especialmente aos profissionais que fazem parte desse processo de construção. Dessa forma, essa demanda que é exigida parte da definição e afirmação de um novo modelo de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde SUS, que busca romper com o caráter biologicista/clientelista que vinha sendo exercida até então. Assim, é através desse novo cenário na esfera de saúde, que uma reorientação do modelo assistencial, vigente até então, passa a ser buscado, fundamentando as ações na integralidade da assistência ao indivíduo, na descentralização das ações e serviços e na participação da comunidade. Desse modo, a atenção em saúde constitui-se na perspectiva de um indivíduo que vive em comunidade e por isso as ações devem ser voltadas para a autonomização deste dentro dessa perspectiva, bem como as ações devem enfatizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, mas sem que haja prejuízos das ações assistenciais. Para isso, foram criadas estratégias para a consolidação desse novo modelo de saúde, como a Estratégia de Saúde da Família - ESF, por exemplo. Nessa perspectiva, o modelo alternativo de assistência à saúde que contempla e respalda a implementação da ESF nos serviços de saúde, tem como proposta a assistência humanizada e de acordo com a realidade da população atendida pela equipe. Assim, através de práticas educativas que proporcionam o diálogo, o vínculo e o acolhimento e que conduzam a momentos de reflexão propiciam a formação de atores sociais mais conscientes e críticos. Do mesmo modo, este modelo alternativo de assistência, que contempla a ESF e que vem a efetivar o SUS, permite que a comunidade participe de forma mais ativa do sistema de saúde, ou seja, as novas ações no cenário de saúde permitem e passam a estimular que os indivíduos se configurem verdadeiros protagonistas no seu processo de vida e na sua comunidade. Assim, proporcionando um estímulo à autonomia das famílias, não desconsiderando o contexto social de cada família/indivíduo. A atenção em saúde passa a exigir uma atuação holística e integral, contribuindo assim, para a maximização das ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças, substituindo dessa forma o clientelismo pela autonomia dos usuários do sistema de saúde. Para tanto, é sempre necessário que as metodologias assistenciais sejam sempre renovadas e aprimoradas, a fim de atender as crescentes necessidades da população. Neste sentido, os momentos de sala de espera se afirmam como uma fundamental estratégia no atuar em serviços de saúde, pois a mesma visa à troca de conhecimentos entre os sujeitos e a autonomia dos mesmos para a tomada de decisões conscientes e críticas da sua realidade. Neste sentido, com o objetivo de estabelecer vínculos

---

\* Bolsistas de Extensão da URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Bolsista voluntária de Extensão da URI– Campus de Frederico Westphalen.

\*\*\* Enf. Msc. Orientadora e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

com a população, bem como qualificar os serviços de saúde a sala de espera passa a ser entendida como uma ferramenta de estímulo à autonomia dos indivíduos, ao passo que é através de momentos de discussão e reflexões que todos podem ocupar um momento potencialmente ocioso na espera de um atendimento de saúde. Nessa interface, Teixeira e Veloso (2006) consideram a sala de espera como um espaço dinâmico, onde ocorrem vários fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos. Dessa forma, as trocas de experiências, e as expressões de cada um surgem por meio do processo interativo que ocorre através da linguagem e contribui para que o possível desgaste físico e emocional associado ao tempo de espera seja amenizado. No entanto, para que ocorram as trocas de conhecimentos e das vivências, é necessário que a abertura do diálogo possibilite o outro se perceber como ser único, ou seja, que as suas experiências sejam consideradas e respeitadas no todo. Nessa relação dinâmica, as propostas do projeto sala de espera partilham das mesmas ideias de Japur e Borges (2008), ao modo que estes apontam que é necessário abrir espaços de diálogo com a população, gerando espaços de reflexão e problematização, que possibilitem a construção de uma relação de corresponsabilidade, favorecendo formas mais humanas e efetivas no processo de trabalho em saúde, tanto para os usuários, como para os profissionais. Deste modo, expõem-se as atividades realizadas pelos bolsistas de extensão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen, junto à Estratégia de Saúde da Família ESF 2 do município de Frederico Westphalen/RS, com o Projeto de Extensão intitulado: “Implantação/implementação da Sala de Espera no Programa de Saúde da Família - PSF 2 do Município de Frederico Westphalen/RS”. Assim, através de ferramentas/materiais, como dinâmicas motivacionais-reflexivas, cartazes com figuras ilustrativas ou com frases e palavras explícitas, panfletos, folders com caráter informativo sobre as temáticas que estão sendo abordadas, os bolsistas enfocam a promoção da saúde e cuidados específicos sobre determinados agravos, assim como, os direitos e deveres dos usuários nos serviços de saúde. Assim, desde o mês de setembro de 2009, foram desenvolvidas diversas ações junto aos usuários da Estratégia de Saúde da Família de Frederico Westphalen/RS. Vale destacar, que as atividades sempre ocorreram pela parte da manhã, enquanto os usuários esperavam pelo atendimento de triagem, realizado pelos profissionais de enfermagem da referida equipe de saúde da família. Assim, os temas geradores das discussões abordados até então, referem-se a assuntos que perpassam desde a promoção da saúde até a prevenção de doenças contemplando momentos de orientações individuais e aconselhamentos quando os usuários necessitavam. Nessa interface, algumas dos temas geradores para as discussões propostas pelos acadêmicos foram: O que é colesterol, Cuidados básicos para o coração, Doação de sangue - salve uma vida, Conhecendo melhor o SUS, Dia do Idoso – ações para um bom envelhecimento, Conhecendo melhor o Agente Comunitário de Saúde, Dia Mundial da Saúde Mental – Promovendo-a e vivendo melhor, Doação de Medula Óssea – pequena ação que pode salvar uma vida, Gestão compartilhada do SUS – O que eu tenho a ver com isso!. Assim, as atividades de sala de espera tiveram duração de aproximadamente 20 á 40 minutos, sendo o tempo estabelecido conforme a participação dos usuários e o desenvolvimento das atividades propostas. Nesta direção, pode-se verificar que os momentos de sala de espera se constituem em um cenário potencializador para trocas de experiências entre os indivíduos e o meio, ou seja, entre o saber popular e o saber técnico-científico dos profissionais/acadêmicos de enfermagem. Desse modo, pôde-se visualizar que houve espaço para que ocorressem experiências bastante satisfatórias, mediante as quais o usuário e os acadêmicos de enfermagem puderam alcançar sensações intensas, como o respeito e a empatia pelas necessidades dos usuários, bem como foi possível estimular nos clientes a responsabilidade do autocuidado, gerando a interpretação de que muitas situações são preveníveis. No mesmo sentido, é importante observar que, para as realizações das salas de

espera e que estas tivessem uma boa produtividade foi necessário que os bolsistas estivessem sempre atualizados, pois durante a sala de espera os usuários poderiam questionar sobre assuntos diversos. Para isso foi necessário o envolvimento dos bolsistas, buscando aprimorar seus conhecimentos para que possam estar preparados para atender as reais necessidades da população. Nesse sentido, é a partir da sala de espera que podemos detectar problemas de saúde, através das expressões faciais dos clientes e de suas dimensões físicas e psicossociais. Nesse espaço, os acadêmicos podem se visualizar na perspectiva de futuros profissionais, pois podem interagir de forma mais íntima com os clientes, bem como avaliar as necessidades dos usuários, compreendendo determinadas crenças, mitos e tabus que fazem parte da condição humana, constituindo assim, em um fundamental meio para o crescimento acadêmico e desenvolvimento do futuro profissional. Enquanto bolsistas, durante o desenvolvimento das atividades propostas nesse projeto, percebe-se a importância das ações de extensão para o crescimento social dos acadêmicos bem como para a própria comunidade. Portanto, com o desenvolvimento das ações do projeto de extensão, efetivadas a partir da implantação e implementação da sala de espera no ESF 2 de Frederico Westphalen/RS, onde um ambiente crítico/reflexivo que possibilitasse um ambiente acolhedor aos usuários. Desse modo, levando em conta as realidades e as vivências dos usuários, e assim, buscando intervir junto com eles e não para eles, este espaço torna-se uma forma de contribuição para a consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

**Palavras-chave:** Enfermeiro. Sala de Espera. SUS.

## UMA VIVÊNCIA ACADÊMICA NA GESTÃO – RELATO DE BOLSISTA VOLUNTÁRIO EM UM PROJETO DE EXTENSÃO

Priscila Orlandi Barth\*  
Carlise Rigon Dalla Nora\*  
Fabiana Manica\*  
Alessandra Regina Muller Germani\*\*

O Setor Saúde perpassa um momento de profundas mudanças desde o movimento da reforma sanitária brasileira, na década de 70, bem como nas décadas de 80 e 90, período em que o país passa por uma intensa alteração nas formas de organizar os serviços de saúde. Mudanças que visam uma assistência à saúde voltada para a realidade da população sendo igualitária a toda pessoa em qualquer local do país, tais direitos estão assegurados na Constituição de 1988. Nessa perspectiva de mudanças na organização da saúde, a descentralização, traz consigo a chamada municipalização que vem para favorecer a integralidade, estabelecida como um dos princípios fundamentais do SUS, garantindo o atendimento digno em qualquer nível de atenção. A Lei Orgânica 8080/90 deixa claro que os municípios devem planejar, controlar, organizar e avaliar as ações e serviços, bem como gerir e executar as mesmas, sendo que este gerenciamento deverá ser hierarquizado e regionalizado, em articulação com as esferas estadual e federal (TREVISAN, JUNQUEIRA, 2007). Neste sentido com a regulamentação do SUS pela LOS 8.080/90 provoca mudanças no planejamento da gestão em saúde, a partir daí, evidencia-se que as esferas governamentais federais e estaduais perdem sua autonomia perante a saúde local, sendo que os municípios passam a estabelecer maior controle sobre esta. Porém, ainda se faz necessário avançar na área da Gestão dos serviços de saúde, e de maneira peculiar a participativa, pois com a efetivação de uma gestão participativa pode-se agir de forma compatível aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, contribuindo assim, para a consolidação do mesmo. Neste intuito o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência na execução do plano de trabalho de aluno voluntário, na implementação do projeto de extensão Gestão Participativa em Saúde: a busca pela concretização do SUS no município de Frederico Westphalen, no período do segundo semestre de 2008 ao primeiro de 2009. Em decorrência da implantação do SUS em 1988 teve-se a descentralização da saúde, onde essa abriu caminhos para a autonomia dos municípios, bem como para que os mesmos se responsabilizassem pelo planejamento, execução, avaliação e controle dos serviços de saúde prestados à população. Por outro lado, observava-se que a descentralização leva o município à garantia de um maior controle sobre suas ações, proporcionando a sua população a realização dos princípios básicos de universalidade, integralidade e participação da comunidade. Cabe ressaltar que com a criação e concretização do Conselho Municipal de Saúde e Plano Municipal de Saúde a gestão passa a ser de forma participativa, onde todos têm vez e voz. Com a descentralização, o gestor de saúde do município pode elaborar as políticas de saúde, tendo em vista o conhecimento e proximidade de sua comunidade. Segundo Ceccim, Feuerwerker (2004), a formulação da política pública se concretiza através da educação de profissionais, sendo esta sustentada pelos princípios e

---

\* Bolsistas voluntárias de extensão da URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Orientadora e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.  
Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

diretrizes do SUS, desta forma causando impacto nos setores de ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social. Neste contexto o referente projeto possui 6 linhas de ação, sendo elas o Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, Controle Social, Mapeamento e Diagnóstico do PACS, Protocolos de Assistência e Educação Permanente em Saúde. Diante disso foi desenvolvido um aprofundamento teórico, em artigos científicos, livros e teses de mestrado e doutorado. Foram discutidos através da participação em grupo de estudos a ampliação do projeto e troca de bolsistas ocorrida no primeiro semestre de 2009, bem como publicações em congressos, revistas e anais e a participação nestes eventos. Frente ao exposto vele enfatizar que todo processo de sistematização do planejamento em saúde é evidenciado no Plano Municipal de Saúde. Conforme Gorgot (2007) é necessário que o Plano Municipal de Saúde aponte para soluções claras e concretas, de acordo com os compromissos assumidos com a população. Nessa perspectiva, deparamo-nos com a segunda linha de estudo e aprofundamento, a elaboração e construção do Relatório de Gestão, sendo esse imprescindível no gerenciamento, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tendo em vista que esse processo de registros esquematizados é fundamental na construção do SUS no município. Diante disso ressaltamos a terceira linha de estudo, o Protocolo de Assistência surge como uma forma de prestação de serviço integral, tanto de forma a atender o usuário, quanto nas ações que serão desenvolvidas interdisciplinarmente. A aplicação de protocolos de trabalho para o serviço público facilita o gerenciamento das ações e respeitam os princípios de universalidade e equidade propostos pelo SUS (FRANCIOLLI, 2006). Deste modo os protocolos são utilizados tanto para a qualificação dos serviços prestados, quanto para a organização e sistematização dos serviços de saúde. A quarta linha a ser discutida refere-se à realização do mapeamento de áreas e micro áreas do PACS, sendo que este programa foi criado pelo Ministério da Saúde, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde, onde o agente comunitário atua como elo entre a população e o sistema de saúde vigente. Diante disso o PACS, como parte integrante do Sistema Único de Saúde é de extrema relevância no desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação. No que se refere à quinta linha, sendo essa a educação permanente em saúde, a mesma foi concretizada como política pública de saúde em 2004 através da portaria nº198, possibilitando sua implantação e implementação nas unidades de saúde de forma participativa e resolutiva, firmando desse modo sua relevância na atuação dos profissionais de saúde. Segundo Lopes et al. (2007), a educação permanente em saúde se apresenta como uma estratégia de gestão à educação que se realiza em forma de uma política pública, sendo que esta reorganiza o sistema de ensino em saúde e a assistência em saúde, adequando os profissionais que atuam na concretização do SUS com as necessidades da população. Diante desse contexto a sexta linha de ação abordada, o controle social, efetiva os direitos estabelecidos pelo sistema de saúde, através da Lei nº8142/90, onde esta constitui o direito ao cidadão de participar em conjunto na formulação da gestão à saúde, bem como obter um atendimento de qualidade e resolutivo. Diante disso faz-se necessário que a população esteja ciente de seus direitos para que possa exercê-los, promovendo ações e participando da gestão, efetivando os princípios e diretrizes do SUS. Nesta perspectiva os resultados alcançados foram além daqueles esperados, pois, no decorrer do desenvolvimento do projeto fomentou-se discussões acerca de sua ampliação para outros municípios e abrangência de toda a gestão através dos elementos de gestão. Para tanto o mesmo foi encerrado no primeiro semestre de 2009, desvelando-se em 10 projetos os quais são subdivididos em elementos de gestão, superando nossas expectativas e abrangendo outros municípios de nossa região. Imbuídos neste espírito percebe-se a necessidade da efetivação de transformações das práticas de gestão nos serviços de saúde pelos acadêmicos/bolsistas e professor orientador, a fim de realmente efetivar a gestão participativa em saúde. Elaborar uma nova forma de gestão que seja coerente

com uma série de exigências do modelo de atenção preconizada pela política do SUS, é um desafio em questão, que deve ser discutido em nossos ambientes acadêmicos e de serviço. Frente ao exposto, buscamos no projeto de Gestão Participativa, uma forma de gestão em que o sujeito/gestor e os sujeitos/cogestores possam estar incluídos dentro de um determinado contexto organizacional de legislação e de realidade social, no qual os conhecimentos sejam utilizados para alicerçar uma prática de gestão participativa. Porém, a organização dos serviços de saúde continuam fortemente influenciados pela metodologia taylorista de gestão, por isso deve haver todo um movimento para estimular a democratização dos serviços públicos de saúde. É necessário, neste contexto, a elaboração de alternativas para a gestão visando a integralidade na assistência, bem como promovendo o sujeito como ator social de seu meio.

**Palavras-chave:** Vivência acadêmica. SUS. Gestão Participativa em Saúde.



## VIVENCIADO A VISITA DOMICILIAR NO ESTÁGIO EXTRACURRICULAR: DA TEORIA A PRÁTICA

Andréia Piovesan\*

Jonathan da Rosa\*\*

Alessandra Regina Muller Germani\*\*\*

A visita domiciliar é uma prática totalmente dinâmica, possibilitando o fortalecimento de mudanças da atenção básica, pois volta-se para o cuidado dos clientes em seu contexto sociocultural, onde seja contemplada atenção central na família e comunidade. Dessa forma, Lacerda et al. (2006) explicitam que a atenção domiciliar deve envolver a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, reduzindo assim os riscos de os indivíduos adoecerem, bem como, a execução de atividades assistenciais, preventivas e educativas. Nesse sentido, a visita domiciliar deve ser uma atividade maximizada, em que agrega diversos setores envolvidos com a saúde e o bem estar da população. Assim, a atenção ao domicílio é um instrumento que possibilita a avaliação e intervenção das condições que o cercam, ofertando melhores condições de acessibilidade dos usuários ao serviço básico de saúde. Além disso, encontram-se em campos de estratégias essenciais para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro, pois é através dessa ferramenta, que o profissional enfermeiro pode conhecer a realidade em que vive o seu cliente. Do mesmo modo, os profissionais da enfermagem, são responsáveis também, pela criação do vínculo entre a comunidade e os serviços, através de atividades externas à unidade de saúde, como a visita domiciliar, por exemplo, desenvolvendo ações e aconselhamentos nos domicílios. Sendo assim, esta atividade compreende uma possibilidade bastante interessante de execução de uma assistência mais humanizada, em que há uma valorização das peculiaridades dos diferentes indivíduos no seu contexto de vida. No que tange ao objetivo central da visita domiciliar, esta se desenvolve enfocada na atenção às famílias e à comunidade, compreendendo o contexto de vida em que estão inseridos, permitindo o planejamento e desenvolvimento de ações levando em conta a situação de vida e os recursos que estas dispõem. Concomitante a isso, as visitas dinamizam a interação com os usuários, contribuindo para o atendimento integral e humanizado. Deste modo, expõem-se as atividades realizadas no mês de janeiro de 2009 em um estágio extracurricular junto ao Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS, do município de Frederico Westphalen/RS. Assim, a partir dessa experiência, os acadêmicos puderam vivenciar a rotina de visitas domiciliares realizadas pela enfermeira responsável pelo programa, bem como demais atividades desenvolvidas com a população circunscrita ao programa. Nessa interface, as visitas domiciliares ocorriam geralmente pela parte da manhã, com agendamento previamente realizado pelas agentes comunitárias de saúde de cada microárea, sendo que grande parte das famílias agendadas para a visita ocorria devido ao difícil acesso aos serviços de saúde e a predisposição a uma determinada patologia (grupo e/ou situação de risco). Da mesma forma, as

---

\* Acadêmica do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus Frederico Westphalen, Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde, na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\* Acadêmico do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus Frederico Westphalen, Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde, na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\*\* Orientadora do Resumo. Mestre em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde.

visitas sempre ocorriam na presença das agentes, pois estas conheciam mais intimamente a comunidade, facilitando o trabalho e o acesso dos acadêmicos e da enfermeira na comunidade e nas casas dos clientes. Vale ressaltar, que a abrangência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, do município de Frederico Westphalen/RS, compreende comunidades urbanas e comunidades interioranas do município, onde as atividades de visitas domiciliares eram desenvolvidas. Face a essas considerações, a atuação do profissional e dos acadêmicos demanda um conhecimento integral, pois apesar do município ser de médio porte, as ações exigem abordagem diferenciada, de acordo com as peculiaridades da comunidade, sendo necessário respeitá-las e compreendê-las. Lacerda et al. (2006) afirmam que o atendimento domiciliar envolve a realização de ações educativas, orientação, demonstração de procedimentos técnicos a serem delegados ao cliente ou ao seu cuidador. Nesse sentido, durante as visitas realizadas no período do estágio dos acadêmicos, os mesmos puderam estimular os usuários pela busca ao direito da assistência à saúde, desenvolvendo a educação em saúde, com vistas a proporcionar uma maior interação enfermeiro/cliente, bem como levantar possíveis dúvidas ou incertezas quanto a hábitos do dia a dia. Visando à promoção da saúde das famílias e incitando os clientes no fortalecimento da autonomia e na coparticipação da sua condição de vida. Paralelo a isso, as visitas contemplavam procedimentos técnicos como verificação de pressão arterial, teste de glicemia de jejum, para pacientes diabéticos e com suspeita da patologia e teste de triglicérides. Nessa acepção, pode-se observar também, a importância desses cenários para a construção de um maior vínculo entre o cliente e o serviço de saúde, assim como visualizar na prática as reais necessidades dos usuários, família e comunidade quanto aos aspectos que poderiam intervir na saúde e na qualidade de vida destes. Assim, as visitas domiciliares aproximam a integralidade da atenção, enfoque familiar e comunitário, promoção da saúde, desenvolvimento de coresponsabilidades, humanização da assistência e formação de vínculo entre profissionais e população pertencente às microáreas. Cabe considerar que, esta atividade remete a uma assistência mais humanizada, em que há valorização das peculiaridades dos diferentes seres, no seu contexto de vida. Nesse sentido, os profissionais da saúde são responsáveis, também, pela criação do vínculo entre a comunidade e os serviços, através das atividades externas à unidade, inerentes à visita domiciliar, desenvolvendo ações e aconselhamento nos domicílios. Sendo assim, a participação da comunidade em parceria com a equipe deve estar focada, não apenas na recuperação da saúde, mas sim, na prevenção de doenças e promoção da saúde. Portanto, é necessário que haja abertura para o diálogo, a possibilidade do outro se perceber como ser único, levando em conta as vivências comuns com seu semelhante, a solidariedade, o atendimento prestado e o cuidado individual reforçam o aconselhamento da equipe para cada indivíduo, procurando a aproximação com a realidade de cada sujeito. Desse modo, a visita deve ter como objetivo trabalhar a promoção da saúde através de uma abordagem inter-relacional e educativa, desenvolvendo as potencialidades individuais e coletivas frente às diversidades. De outro modo, a atividade de visita domiciliar proporciona uma facilitação de acesso aos serviços de saúde, principalmente àqueles pacientes que não podem se deslocar à unidade de saúde, como os idosos ou os acamados, ou até mesmo em casos em que os pacientes moram em localidades muito distantes da unidade de saúde. Assim como a visita passa a ser reconhecida como uma estratégia que proporciona uma melhora na relação profissional de saúde/usuário. Além disso, as visitas domiciliares constituem-se em uma forma de humanizar o serviço de saúde, pois permite maior responsabilização entre ambos, ao passo que cria um ambiente de sensibilização aos profissionais e um reconhecimento de importância pelos usuários, ressaltando o seu papel enquanto protagonistas sociais.

**Palavras-chave:** Visita Domiciliar. Usuários. Diálogo.

## VIVENCIANDO A PRÁTICA PEDAGÓGICA DOS DOCENTES NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- UMA REVISÃO DE LITERATURA

Carlise Rigon Dalla Nora\*

Fabiana Mânica\*\*

Alessandra Regina Müller Germani\*\*\*

Um novo modelo assistencial em saúde é pensado em meados do século XX e intensifica-se com a luta do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, uma organização social que leva a garantia de saúde para todos na Constituição Federal Brasileira de 1988. Assim, o SUS lança um desafio às Universidades quanto à formação para a área da saúde, neste caso, enfocamos os docentes, quanto ao seu papel no compromisso social. Para tanto, um olhar crítico sobre a educação se faz necessário, pois se espera que a mesma seja libertadora, formadora de sujeitos capazes de comprometer-se com a transformação da sociedade. Neste sentido, apresentamos uma reflexão bibliográfica acerca do plano de trabalho de bolsista de um projeto de iniciação científica desenvolvido na URI- Campus de Frederico Westphalen, intitulado: Vivenciando a coleta e análise de dados sobre a prática pedagógica docente na Graduação em enfermagem. Esse relato se refere à primeira etapa do plano de trabalho de bolsista que é a revisão de literatura. A discussão da formação do profissional Enfermeiro vem acontecendo desde a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, ou seja, emergem propostas de um perfil profissional capaz de atuar inserido na realidade da população, considerando os principais determinantes sociais, econômicos e culturais na assistência planejada, fundamentados nos princípios e diretrizes da descentralização, integralidade e participação comunitária, assegurados juridicamente. Na visão de Müller (2002), a criação do Sistema Único de Saúde lança um desafio aos educadores, no sentido de redimensionar a formação profissional no campo da saúde, a fim de que esta seja condizente com os princípios e diretrizes do novo Modelo Assistencial de Saúde Brasileiro. Além do mais, não basta que se formem profissionais capacitados tecnicamente, sem a consciência do compromisso com a mudança necessária em uma sociedade que apresenta desigualdades, ou seja, carentes de uma visão ampliada da realidade social, estrutural, familiar e cultural do indivíduo. Portanto, destacamos os objetivos do plano de trabalho de bolsista quais sejam: propiciar experiências acerca da investigação científica, visando despertá-la para o compromisso com o desenvolvimento destas atividades no seu cotidiano profissional; vivenciar a implantação/implementação das diferentes etapas que compõem o projeto de pesquisa científica. Para a construção deste estudo foram fundamentais os momentos de estudo bibliográfico, a fim de aprofundar e ampliar os conhecimentos sobre a temática em questão. Para isso, foram utilizados materiais disponíveis na Biblioteca Central, da URI - Campus de Frederico Westphalen e nas Bibliotecas Virtuais disponibilizadas por sites oficiais como Ministério da

---

\* Aluna voluntária do Projeto de Iniciação Científica e extensão, Membro do grupo de Pesquisa em Saúde e Acadêmica do VIII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI. Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Bolsista do Projeto de Iniciação Científica e aluna voluntária de projeto de extensão, Membro do grupo de Pesquisa em Saúde e Acadêmica do VIII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI. Campus de Frederico Westphalen.

\*\*\* Enfermeira, Professora, Mestre, Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen.

Saúde, Escola de Saúde Pública, SIELO, entre outros. Foram desenvolvidas diversas leituras dos materiais eleitos, discussões destes nas reuniões do Grupo de estudos do referido projeto, para em seguida, realizarmos o aprofundamento e ampliação da revisão de literatura, bem como, a organização das fichas de registros dos materiais referentes a essas temáticas. Destacamos que as atividades a serem desenvolvidas pelo acadêmico-bolsista para a efetivação do plano de trabalho do bolsista serão: a realização da coleta de dados, transcrição e análise dos mesmos; participação ativa no Grupo de Pesquisa em Saúde, desenvolvendo pesquisa de material bibliográfico, leituras, organizando fichas de registro das obras, entre outros; envolver-se na formulação de materiais didáticos como cartazes, folders e formulários necessários ao projeto; realização da digitação das atividades mensais e do relatório parcial e final da pesquisa; participação na produção de artigos científicos, relato de experiências e resumos, decorrentes do projeto, publicados e apresentados em eventos e/ou revistas da área da saúde, educação, organização e apresentação do projeto para divulgação em eventos. Vale ressaltar que a coleta de dados será desenvolvida pautada no referencial teórico-metodológico proposto por Paulo Freire, que parte da organização do Círculo de Cultura, construído através da relação dialógica entre os sujeitos. Para analisar, organizar e sistematizar as informações coletadas utilizaremos o Método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (1977). Desta maneira, o estudo proposto atenderá as exigências referentes à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas para se desenvolver pesquisas com seres humanos. A seguir apresentaremos uma pequena fundamentação teórica sobre a prática pedagógica dos docentes. A ideia de se elaborar um novo Modelo Assistencial em Saúde surge em meados do século XX e intensifica-se com a luta do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Esse, por sua vez se fortalece com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e serve de base para a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, que origina o SUS. O SUS é pensado como uma estratégia de atenção e cuidado à saúde, integrada à seguridade social e baseada em princípios e diretrizes, a fim de garantir um acesso universal, integral e resolutivo a toda população. Estudos apontam para a necessidade de reordenar a formação dos profissionais levando à elaboração de alternativas para um contexto de mudanças vivenciadas desde a década de 70. Visto que é necessária a construção coletiva de uma postura que congregue na práxis, a construção de uma nova sociedade, baseada em princípios de solidariedade e do resgate da cidadania, sendo essa fundamental na formação de sujeitos críticos, reflexivos e criativos para atuar na conjuntura atual. Nesse contexto, a Lei de Diretrizes e Bases – LDB (1996), no quarto capítulo ao referir-se à educação superior, viabiliza uma estratégia de mudança no perfil dos profissionais, no estímulo a criatividade cultural e ao desenvolvimento científico, bem como do pensamento crítico, sinalizando, ao mesmo tempo, a construção de diretrizes curriculares para cada curso de graduação. Assim, para reforçar a necessidade de articulação entre educação superior e saúde, com objetivo de formar profissionais com ênfase na prevenção de doenças, bem como na promoção, recuperação e reabilitação da saúde, definem-se as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem – DCENF. Tais diretrizes retratam a necessidade de profissionais Enfermeiros capazes para atuar junto ao novo Modelo Assistencial, inseridos na realidade da população assistida, tendo sua ação fundamentada em seus princípios e diretrizes. Além disso, elenca que o profissional da saúde precisa ter uma visão de planejamento, implementação e avaliação, sendo princípio de sua ação, reflexão crítica de sua prática, atuação ética e humanista e a capacidade de trabalhar em equipe para um agir diferenciado em saúde. Ao partirmos do princípio de que a formação do profissional enfermeiro para o SUS é uma construção, pois a educação é um processo que requer a experiência do amadurecer, ou seja, ação-reflexão-ação, abrindo-se caminhos e novos desafios a serem enfrentados. Dessa forma, o envolvimento autônomo do enfermeiro na construção/transformação da realidade faz dele

instrumento de mobilização e conscientização sociopolítica nos espaços em que atua. Nesse sentido, Paulo Freire (1979) fala do compromisso com o “Ser mais do homem”, ou seja, para isso os profissionais precisam realizar uma séria reflexão sobre a conjuntura da realidade. Essa realidade que se transforma continuamente exigindo-nos a inserção crítica nela, resultante de um compromisso verdadeiramente concreto com a profissão, com a sociedade, com a própria história, enfim, com o futuro do país. O mesmo autor ainda coloca que, cada pessoa independente do seu nível socioeconômico ou profissão que exerce, possui em seu íntimo a capacidade nata de refletir sobre si mesmo. Todos podem ser portadores do saber crítico, pois há dentro de si alguém que busca constantemente “ser mais” do que é, e assim, através da autorreflexão, ele será capaz de encontrar-se e descobrir-se como um ser inacabado, porém em permanente busca. A autorreflexão é o princípio da educação para a mudança, pois no momento em que a pessoa descobre-se enquanto ser inacabado, sua formação será fomentada pela inquietação crítica do buscar e tornar-se-á sujeito de sua própria educação. Na medida em que se faz sujeito, descobre que a luta não é individual e sim coletiva, pois a busca do “ser mais” perpassa o sentido da solidariedade, e esta desperta para o compromisso com o outro, que também é sujeito e faz história. Partindo de tais considerações, é necessário ressaltar que a Constituição Federal de 1988, desperta a necessidade de as Universidades possam estar repensando a sua formação e qualificação dos profissionais na área de saúde, a fim de contribuir para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Sendo assim, este trabalho visa contribuir nessa discussão, sinalizando para papel dos Enfermeiros, onde o conhecimento da formação nos leve ao desenvolvimento de ações críticas e reflexivas articuladas com a realidade, contribuindo para transformá-la. Além do mais, estudos referem que, pontuar a relevância de redimensionar a formação do profissional na área da saúde, necessita proporcionar ao acadêmico a competência técnica despertando para o compromisso político. Com essa postura, os futuros profissionais contribuirão para a consolidação do modelo assistencial fundamentado na universalidade, integralidade, descentralização e participação social, o SUS. Ora, essencial seria que na graduação os acadêmicos fossem sensibilizados para tal realidade. Os espaços propostos de ensino, pesquisa e extensão favorecem a discussão da realidade da formação do Enfermeiro para o SUS, inseridos no contexto histórico e atual, é uma ferramenta indispensável para proporcionar o despertar para novos espaços de atuação profissional. Além do mais, é uma experiência do movimento da Reforma Sanitária atual pela consolidação do sistema de saúde brasileiro, perpassando o resgate da cidadania como compromisso social e profissional. As bolsistas encontram-se em uma fase de ampliação da revisão bibliográfica, a fim de aprofundar os conhecimentos acerca da formação do profissional Enfermeiro e os aspectos que o envolvem. Foram desenvolvidas diversas leituras dos materiais eleitos em discussões nas reuniões do Grupo de estudos em saúde da universidade, dessa forma o projeto proporciona às bolsistas conhecimentos referentes à formação profissional do enfermeiro, voltada para a concretização do SUS. Os resultados esperados do projeto compreendem: reunir subsídios a fim de enriquecer os debates coletivos acerca da prática pedagógica desenvolvida pelos docentes de enfermagem, preservando a autonomia de cada instituição na construção coletiva da sua proposta pedagógica; propiciar elementos que possibilitem enriquecer as práticas de ensino sobre o SUS que são oferecidas pelo Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen. Acreditamos que redimensionar a formação do profissional na área da saúde tornar-se-ia possível através da abertura de espaços para análise e discussão da resolutividade do ensino na construção de profissionais autônomos e conscientes do seu papel diante da sociedade, mais do que técnico e mecanicista, mas comprometido politicamente. Desse modo, os profissionais contribuirão com a consolidação, na prática, de um modelo assistencial que eleja universalidade, integralidade, descentralização e participação social como princípios. Como bolsistas desse

projeto ampliamos as nossas perspectivas iniciais, pois o mesmo nos permitiu (re)pensar sobre a formação do profissional do Enfermeiro, este também proporcionou muitas experiências satisfatórias a cerca das diferentes etapas que compõem a pesquisa científica. Foi necessária muita dedicação na transformação do estudo bibliográfico, em produção bibliográfica, despertando-nos para o compromisso de futuramente aliarmos o desenvolvimento dessas atividades no nosso cotidiano profissional. Acreditamos, que levantar a discussão da redefinição do papel da universidade enquanto formadora de pessoas é pensar em uma mudança que realmente seja efetiva. A produção e construção do conhecimento necessitam estar aliadas ao compromisso social com a comunidade de inserção. Portanto, redimensionar a formação do profissional na área da saúde tornar-se-ia possível através da abertura de espaços para análise e discussão da resolutividade do ensino na construção de profissionais autônomos e conscientes do seu papel diante da sociedade, mais do que técnico e mecanicista, mas comprometido politicamente. Portanto, a discussão da educação do profissional enfermeiro para o SUS, deve-se considerar a educação enquanto construção. A construção da responsabilidade institucional e social que perpassa nossos valores morais e éticos, sendo que também perpassa as diretrizes curriculares e as constituições, porém, muito se precisa andar para a adequação da política proposta, ou seja, o SUS, à realidade de uma sociedade neoliberal que valoriza o capital mais que a própria vida.

**Palavras-chave:** Formação profissional. Enfermeiro. Sistema Único de Saúde.

# **RESUMOS SIMPLES**

## A APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA VISITA DOMICILIAR

Carla Basso\*  
Kiciosan da Silva Bernardi Galli\*\*

O presente trabalho relata a experiência vivenciada nas aulas teórico-práticas da disciplina de Fundamentos do Cuidado Humano II, referente ao tema Visita Domiciliar. Durante as aulas teóricas foram abordados os aspectos envolvidos na realização da visita pelo profissional de enfermagem. Foi avaliado o conceito de família e as estratégias e instrumentos que podem ser utilizados para a realização da visita, no sentido de investigar as causas da doença e as interações familiares na sua presença, buscando proporcionar a intervenção de enfermagem adequada. Num segundo momento da disciplina, foram escolhidas através da ficha A do SIAB duas famílias do Bairro Aparecida, Município de Frederico Westphalen. Na primeira visita, fomos divididos em pequenos grupos, e as visitas às famílias pré-determinadas foram acompanhadas pela professora, que fez as intervenções necessárias. Foram coletados dados objetivos e subjetivos, os quais foram utilizados para a inicialização do Processo de Enfermagem. Na segunda visita, uma semana depois, levamos um roteiro de ação, baseado na visita anterior, para obtenção de informações que faltavam. Foram feitas, também, as orientações de enfermagem, concluindo o processo, cuja cópia escrita foi entregue ao docente para ser avaliado. Na terceira visita, foi feita a entrega de folders explicativos referentes à patologia apresentada na família visitada, preparados por nós. Tais visitas nos proporcionaram um maior contato com as famílias do bairro, facilitando a visualização da aplicação do processo de enfermagem na realização da visita domiciliar. Assim, percebemos que o objetivo da visita domiciliar é a prestação do cuidado na saúde da família e a promoção da saúde através da orientação e possibilidade de aquisição de novo hábitos pela mesma. Nesta vivência, foi possível observar a importância da organização do profissional para realização da visita e a atenção prestada aos familiares. Através deste instrumento, o enfermeiro cria um elo com ela e com a comunidade, que é de grande importância para a efetivação do processo de enfermagem, objetivando proporcionar uma melhor qualidade de vida para os usuários dos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Visita Domiciliar. Processo de Enfermagem. Relato de Visita.

---

\* Acadêmica do IV semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Orientadora, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.



## A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O SEU PAPEL NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Gisele Gambin\*  
Luciana Kovalski\*\*

O planejamento familiar é o direito à informação, à assistência especializada e acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não filhos, o número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado. Baseados nestes princípios, e identificando situações da prática diária como gravidez na adolescência, gravidez tardia, alta prevalência de gravidezes não-planejadas, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e necessidades de informação e orientação para a população em geral e principalmente para adolescentes, a Estratégia Saúde da Família (ESF) buscou desenvolver ações que viessem nortear esta realidade. Os objetivos buscados foram: identificar os conhecimentos, crenças e valores sobre sexualidade e planejamento familiar estimulando a reflexão sobre os mesmos; conceituar planejamento familiar e apontar vantagens; fornecer noções de anatomia e fisiologia da reprodução; orientar sobre métodos anticoncepcionais disponíveis; informar sobre câncer de colo uterino, mama e doenças sexualmente transmissíveis e estabelecer vínculo e confiança com a população para que esta se sinta segura e à vontade em solicitar orientações individuais aos profissionais de saúde. Foram realizadas capacitações para Agentes Comunitárias de Saúde referentes aos métodos contraceptivos, gravidez na adolescência, riscos da gravidez tardia, DSTs e sobre as leis de planejamento familiar. A partir disso, foram implementadas ações de orientações e informações na comunidade, durante as visitas domiciliares, nas escolas municipais e estaduais foram desenvolvidas várias palestras educativas com adolescentes, houve a formação de um grupo de adolescentes considerados mais vulneráveis onde as atividades de orientação eram desenvolvidas a cada quinze dias; além disso, foi estabelecida como rotina a abordagem do planejamento familiar nas consultas médicas e de enfermagem. Constatamos maior adesão aos métodos contraceptivos hormonais, de barreira e destacamos a maior aceitabilidade do dispositivo intrauterino (DIU) em mulheres com idade superior a 35 anos. Somado a isso, percebemos através do grupo de adolescentes e das orientações realizadas nas escolas, a necessidade da equipe de ESF estar direcionando atividades contínuas neste sentido. Observamos ainda, redução no número de nascimentos posteriormente à execução destas ações. Verificamos a necessidade de programar ações e capacitar os profissionais para oferecer assistência quanto à infertilidade conjugal. A ESF deve direcionar ações educativas voltadas ao planejamento familiar, pois isso vem a contribuir com a qualificação da assistência prestada. Verificamos que estas ações podem ser implementadas em todas as ESFs mediante comprometimento dos profissionais de saúde e gestores bem como, conhecimento da legislação do planejamento familiar.

**Palavras-chave:** Planejamento Famílias. Anticoncepção. Educação em saúde.

---

\* Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Taquaruçu do Sul, Especialista em Pediatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

\*\* Aluna do Técnico em Enfermagem da Escola Estadual Técnica José Cañellas.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

## APLICANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Caroline Ottobelli\*

Dentre as tecnologias da enfermagem, destaca-se o Processo de Enfermagem, que como metodologia de trabalho oferece diretrizes para o desenvolvimento da assistência de enfermagem com base no método científico, cujo propósito é identificar as necessidades humanas do cliente e implementar a adequada terapêutica de enfermagem. Atualmente, o Processo de Enfermagem é denominado de sistematização da assistência de enfermagem, metodologia da assistência de enfermagem ou processo de cuidar e constitui-se de cinco etapas inter-relacionadas (investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) de forma sistemática e dinâmica para promover o cuidado humanizado, dirigido e orientado a resultados, acrescentando ainda seu baixo custo. Nesse sentido, será desenvolvido um projeto de extensão universitária intitulado “Processo de enfermagem: uma prática inerente ao profissional enfermeiro”. O referido projeto tem por objetivo: desenvolver o Processo de Enfermagem com os pacientes internados junto ao no Hospital Santa Terezinha do município de Palmitinho R/S, a fim de contribuir para com a prestação de cuidados integrais e humanizados. Para tanto, as ações serão desenvolvidas junto ao Hospital Santa Terezinha do município de Palmitinho R/S, sendo realizado um encontro semanal, com duração média de 3 horas. Em cada encontro será aplicado o Processo de Enfermagem com determinados pacientes. O projeto visa contribuir para com a prestação de cuidados integrais e humanizados aos pacientes, promover a divulgação do Processo de Enfermagem, o qual compreende uma atividade inerente aos enfermeiros, além de estimular os alunos a desenvolverem o Processo de Enfermagem. Assim, por meio da aplicação do Processo de Enfermagem espera-se promover uma melhor assistência e cuidados de enfermagem que respeitem a individualidade de cada paciente e os diferentes estágios da reabilitação dos mesmos. Dessa maneira, compreende uma atividade que nos possibilita, na maioria das vezes, conhecer cada paciente e oferecer as orientações necessárias.

**Palavras-chave:** Processo de Enfermagem. Profissional Enfermeiro. Assistência e Cuidados de Enfermagem.

---

\* Enfermeira, Pós-graduada em Saúde do Trabalhador, Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen/RS.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

## ADQUIRINDO NOVOS CONHECIMENTOS DA ÉTICA E GLOBALIZAÇÃO DO CUIDADO

Jéssica Martins da Silva\*

Cristiane Pedó\*

Claudiane Faccin\*

Silvia Franchini\*

Alessandra Regina Müller Germani\*\*

Baseados na importância de se ultrapassar os limites da sala de aula e buscar novos conhecimentos e aprimoramento na assistência do cuidado. Interface a isso o presente relato é baseado a partir da experiência das acadêmicas do VI semestre em Enfermagem da URI campus de Frederico Westphalen como participantes ativas do VII Fórum Nacional de Enfermagem com o tema “Ética e Globalização do Cuidado” realizado pelo grupo de Enfermeiros do Hospital São Vicente de Paulo na cidade de Passo Fundo. Desta forma as mesmas expuseram suas vivências através de relatos de experiência. Desta maneira o presente evento abordou assuntos como: “O poder da atitude”; “Atualização e implantação de um grupo no tratamento de feridas”; “O cuidado humanizado em pacientes debilitados”; “Gestão e gerenciamento em enfermagem nos cenários do serviço em saúde”; entre outros assuntos. Assuntos esses sendo pertinentes e reflexivos trazendo a importância das novas tecnologias utilizadas pelo enfermeiro no cuidado humanizado, obtendo assim a resolutividade a médio e longo prazo, promovendo a excelência no cuidado. Paralelo a isso observa-se a importância de se buscar o conhecimento científico para embasar o sucesso nas práticas desenvolvidas pela enfermagem, tendo em vista as habilidades no trato com as pessoas, experimentando sempre o seu máximo e dando o seu máximo antes mesmo de exigir dos outros, tendo sempre a iniciativa para ser o espelho de sua equipe. Diante desse cenário é relevante dar a importância aos gestos e atitudes sendo o diferencial, mantendo sempre o entusiasmo para treinar, mobilizar e avaliar constantemente a sua equipe obtendo assim um resultado eficiente tendo como objetivo a atenção integral ao paciente.

**Palavra Chave:** Ética. Cuidado. Enfermeiro.

---

\* Acadêmicas do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Enf. Msc. Orientadora e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen.

## A EDUCAÇÃO EM SAÚDE ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DE OFICINAS TERAPÊUTICAS NOS GRUPOS DA TERCEIRA IDADE

Gisele Gambin\*  
Claudia Polesso\*\*

Segundo dados dos censos populacionais realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002), o Brasil está em processo de transição demográfica acelerada. Projeções estatísticas indicam que no ano de 2050 16,0% da população será constituída de pessoas idosas. Para tanto, esse fenômeno de conquista, gera demandas e desafios para os serviços de saúde e a sociedade adequarem-se à realidade e, concomitantemente elaborarem e executarem políticas/programas para promoção do envelhecimento saudável. Adotando como base as características epidemiológicas, evidencia-se a importância e a necessidade de formular e instrumentalizar programas e políticas públicas com ações que enfatizem a saúde integralmente e que preparem a sociedade para essa realidade. O objetivo é desenvolver ações educativas nos Grupos de Terceira Idade, no município de Taquaruçu do Sul através de oficinas terapêuticas e dinâmicas que possibilitem o aprendizado, a troca de experiências e sensibilizar a população idosa acerca da promoção da saúde voltada para o autocuidado para uma melhor qualidade de vida mantendo a autonomia dos sujeitos. Integrar ESF com a comunidade. A realização das oficinas partiu da necessidade de refletir, discutir e entender as necessidades do processo de envelhecimento, devido à grande procura por parte do público alvo, buscando compreender suas próprias mudanças e limitações, padrões sociais e culturais da população local. As oficinas terapêuticas são realizadas nos grupos de Terceira Idade do município de Taquaruçu do Sul/ RS, onde são realizados encontros quinzenais ou mensais, nos quais são abordados diferentes temas relacionados à área de educação em saúde, cultura e meio ambiente. No primeiro encontro foi realizado uma dinâmica de acolhimento e apresentação entre os profissionais da equipe e comunidade. No início das atividades foi realizada um levantamento com os participantes sobre os assuntos que gostariam de discutir nas oficinas, analisar os que julguem importantes para serem abordados nos próximos encontros. Os encontros irão ocorrer de forma dinâmica onde serão utilizados cartazes, revistas, informativos e experiências vivenciadas pelos integrantes do grupo. Através da implantação de oficinas terapêuticas nos Grupos de Terceira idade, pretende-se contribuir para o aperfeiçoamento do modelo assistencial de vigilância da saúde, oferecendo subsídios para a promoção da saúde e adoção de estratégias educacionais para pessoas idosas, família e comunidade em geral de acordo com padrões sociais e culturais da população local. Pretende-se beneficiar o coletivo buscando a manutenção da autonomia, levando em consideração as diferentes realidades sociais com o objetivo de prestar uma atenção integral, humanizada e de qualidade e, através da promoção da saúde, intervir para o enfrentamento dos fatores condicionantes do processo de envelhecimento da população.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde. Oficinas Terapêuticas. Terceira Idade.

---

\* Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Taquaruçu do Sul, especialista em Pediatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

\*\* Enfermeira do Hospital São Roque de Taquaruçu do Sul, graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

## A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA E DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE DO IDOSO

Caroline Marangon Dourado\*  
Adriana Rotoli\*\*

Nos últimos cem anos, ocorreram melhoras significativas na expectativa de vida, porém, até o momento, a expectativa de vida “saudável” não aumentou na mesma proporção que o envelhecimento, com implicações na qualidade de vida e custos associados aos provedores de cuidados à saúde. Uma boa saúde é essencial para que os idosos permaneçam independentes e desempenhem seu papel na família e na comunidade. Atividades permanentes de profissionais da área da saúde, como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e nutricionista, na promoção à saúde e na prevenção à doença conseguem prevenir ou retardar a instalação de doenças não-transmissíveis e crônicas, tais como doença cardíaca, AVC e câncer. O foco da nutrição em programas de saúde pública é agora voltado para melhorar a saúde e a qualidade de vida em faixas etárias mais velhas. Um plano alimentar, com todos os nutrientes necessários nesta fase da vida, e outros fatores de estilo de vida, tais como atividade física e não-tabagismo, são essenciais para garantir que as pessoas possam viver uma vida longa, saudável e ativa, para que possam continuar a viver de maneira independente dentro da comunidade, o máximo que puderem. Diante disso e por acreditar ser de grande valia a atuação multidisciplinar na saúde do idoso, em outubro de 2009, inicia-se a participação de um Nutricionista no Grupo de Estudo intitulado “Saúde do Idoso” pertencente ao Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen/RS. O grupo tem como coordenadora a professora Adriana Rotoli e é voltado a estudos e pesquisas relacionados à terceira idade. Pretende-se realizar pesquisas e atividades de educação nutricional para idosos residentes em Instituições de Longa Permanência e em Grupos de Idosos residentes em Frederico Westphalen, além de estudos referentes à Nutrição do Idoso dentro deste grupo de estudo; e com isso enriquecer meus conhecimento, e contribuir, em conjunto com a equipe multidisciplinar, na saúde do idoso.

**Palavras-chave:** Atuação do Nutricionista. Equipe Multidisciplinar. Saúde do Idoso.

---

\* Nutricionista, membro do Grupo de Estudo “Saúde do Idoso” da URI – campus de Frederico Westphalen, RS.

\*\* Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – campus de Frederico Westphalen, RS.

## A IMPORTÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES EDUCATIVAS COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Carla Basso\*  
Renata Meneghel\*  
Adriana Rotoli\*\*

O presente relato traz a experiência vivenciada pelos acadêmicos do IV Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões com idosos residentes no Lar dos Idosos São Vicente de Paula, no Município de Frederico Westphalen/RS. Atualmente, a população idosa apresenta um potencial crescimento, ocasionado pelo aumento da expectativa de vida. Neste contexto, aumentam, também, o número de Instituições de Longa Permanência, as quais devem buscar oferecer condições favoráveis para um bom envelhecimento. Porém, muitos deles veem a institucionalização como um afastamento da vida social, dos familiares e amigos, manifestando desta forma, uma certa carência afetiva e uma insatisfação pela perda da sua individualidade. Neste sentido, a enfermagem destaca-se como uma profissão comprometida com o cuidado do ser humano, incluindo o idoso. Sob este prisma, é que nós, acadêmicos, em proposta feita pela professora do curso, realizamos ações educativas com idosos institucionalizados da referida instituição asilar, buscando proporcionar melhoria na qualidade de vida destes. Este objetivo é alcançado através de dinâmicas, atividades manuais, lúdicas e de recreação, como cantos e danças. A realização destas atividades nos proporcionou um maior contato com idosos, ampliando nosso conhecimento e estimulando nosso interesse pelo cuidado destes. A partir desta experiência, alcançamos satisfação em proporcionar momentos de lazer aos idosos. Sendo assim, percebemos também, a importância de oferecer um cuidado humanizado, que busca melhor qualidade de vida frente às necessidades especiais apresentadas por esta população.

**Palavras-chave:** Ação Educativa. Idosos Institucionalizados. Experiência.

---

\* Acadêmicas do IV semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Orientadora, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen.

## **ATIVIDADES TEORICO- PRATICAS EM FUNDAMENTOS DO CUIDADO HUMANO II: RELATO DE EXPERIÊNCIA ACADÊMICA**

Daiane Campos Farezin\*  
José Francisco Pereira Soares\*\*

Este trabalho relata a experiência vivenciada pela acadêmica do IV semestre do Curso de Enfermagem da URI- Campus de Frederico Westphalen. As atividades iniciavam-se às 07h00min da manhã com uma jornada de 06 horas, na unidade de Clínica Médica no Hospital Divina Providência. Inicialmente, observamos a troca de plantão entre os técnicos e o enfermeiro da noite passada, para os técnicos que assumiriam a unidade na manhã seguinte. Após conhecemos toda a instituição, onde cada acadêmico ficou responsável pelo cuidado de um paciente, realizando todo o seu cuidado diário, e sanando todas as suas necessidades sempre tendo em mente a visão holística do profissional enfermeiro. Foi uma experiência muito positiva, onde conseguimos visualizar muitos procedimentos, e o andamento normal do hospital. Também foram realizados alguns procedimentos, com acompanhamento do Professor Supervisor. Acredito que a prática no campo de estágio passa a assumir sua importância para uma formação crítica de futuros profissionais da saúde, pois, ao nos depararmos com a realidade das necessidades dos usuários, percebemos o quanto é importante a realização de um atendimento humanizado, igualitário, integral, centrado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. Para que, além de prevenir e tratar, possamos ainda, promover saúde visando a qualidade de vida do cliente, é preciso refletir sobre este fazer e suas implicações na vida do usuário. A realização de vivenciar a essência do aprendizado acadêmico está em identificar nosso potencial ao contemplar não apenas as necessidades dos usuários e suas famílias, bem como a sociedade na qual ele está inserido, mas, compreender que estamos nos consolidando acadêmicos, e fortalecendo como futuros profissionais.

**Palavras-chave:** Cuidado Humano. Experiência Acadêmica. Profissional Enfermeiro.

---

\* Acadêmica do IV Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

## BUSCANDO A REINserÇÃO DOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS JUNTO À COMUNIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Caroline Ottobelli\*  
Patrícia Covatti\*\*  
Adriana Rotoli\*\*\*

No Brasil, do final dos anos de 1980, o processo de redemocratização, as pressões dos movimentos sociais associadas à luta pelos direitos humanos, levaram à construção da Reforma Psiquiátrica, que obteve sucesso na consolidação de uma nova Política de Saúde Mental que tem como principais características: a redução de leitos e o maior controle sobre os hospitais psiquiátricos; a criação de rede de serviços substitutivos; a aprovação de nova legislação em saúde mental (a Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001) e a criação de dispositivos de apoio aos processos de desinstitucionalização, além da introdução da saúde mental na pauta de prioridades da educação permanente para o Sistema Único de Saúde (SUS). A Reforma Psiquiátrica tem como meta importante a reorganização dos hospitais psiquiátricos, substituindo a prática assistencial do modelo clínico-biológico, hospitalocêntrico, de tradição asilar e segregadora do doente mental, para uma cultura de reabilitação do usuário por meio da construção dos serviços substitutivos voltados para a humanização do atendimento, como a criação de leitos psiquiátricos dentro de hospitais gerais e a implantação de serviços baseados na comunidade. Dessa forma, será desenvolvido um projeto de extensão universitário denominado “Psiquiatria institucional: desenvolvendo atividades na busca pela reinserção dos pacientes junto à comunidade”. Tal projeto tem por objetivos: promover o desenvolvimento de atividades, junto aos pacientes que sofrem transtornos mentais, que visem sua reinserção junto à comunidade; promover a participação de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen R/S, para junto dos pacientes que sofrem de transtornos mentais, no intuito de desenvolver ações de promoção, educação e assistência integral à saúde e desenvolver atividades junto aos trabalhadores em saúde que atuam no Hospital Santa Terezinha do município de Palmitinho R/S, com vistas a promover uma melhor qualificação dos mesmos com relação ao tema “saúde mental”. As ações serão desenvolvidas junto ao Hospital Santa Terezinha, sendo realizado um encontro semanal, às terças-feiras, pela parte da manhã, com duração média de 3 horas. Em cada encontro serão realizadas atividades diversas, sendo os momentos divididos em dois períodos. No primeiro, serão realizadas atividades recreativas como dinâmicas. No segundo, serão abordados temas diversos, de interesse dos pacientes. Assim, tais atividades terão por intuito, a promoção da reinserção dos pacientes que sofrem de transtornos mentais.

**Palavras-chave:** Psiquiatria. Reinserção. Assistência à Saúde.

---

\* Enfermeira, Pós-graduada em Saúde do Trabalhador, aluna especial do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

\*\* Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen, Bolsista voluntária de extensão.

\*\*\* Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen, RS.



## CONTRIBUIÇÕES DA MONITORIA NO PROCESSO ENSINO- APRENDIZAGEM

Renata Albarello\*

Carla Argenta\*\*

O trabalho aqui apresentado relata a experiência vivenciada pela acadêmica do V semestre do curso de graduação em enfermagem da URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen como monitora do laboratório de enfermagem do referido curso, nas disciplinas de Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II e Fundamentos do cuidado humano I. A monitoria é um serviço de apoio pedagógico que visa oportunizar o desenvolvimento de habilidades e técnicas e aprofundamento teórico, proporcionando assim o aperfeiçoamento acadêmico, já que o tempo durante as aulas é restrito e não possibilita a repetição dos procedimentos realizados tantas vezes quanto necessário, além disso a monitoria fornece subsídios para o acadêmico desenvolver uma prática de enfermagem com maior segurança e precisão. O laboratório é um espaço que fortalece as habilidades manuais, discussão acerca do cuidado humanizado e criatividade, o aperfeiçoamento das técnicas, com o manejo dos instrumentos e a execução de procedimentos específicos de enfermagem, preparando-nos para o mercado de trabalho e inserção nos diferentes campos de atuação do enfermeiro. Dessa forma está sendo de grande valia, pois além de ampliar os meus conhecimentos, percebi a importância do trabalho em grupo, junto aos colegas acadêmicos e professores, por meio de troca de saberes que são proporcionados nesse espaço, pois sabemos que a enfermagem não atua sozinha, mas sim em equipe, comprometida com o cuidado como um todo ao ser humano. Dessa maneira posso concluir que a troca de saberes favorecida pelo ambiente nos fortalece e contribui para a nossa formação enquanto profissionais da saúde, com ênfase, na prevenção e promoção da saúde e cuidado humanizado, propiciando assim uma melhor qualidade de vida a todos.

**Palavras-chave:** Monitoria. Ensino-aprendizagem. Experiência vivenciada.

---

\* Acadêmica do V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

## CONTRIBUIÇÃO DAS VIVÊNCIAS EDUCATIVAS NO ÂMBITO ACADÊMICO

Luciane Flach\*

Luisa Denise Portes de Lima\*

Alessandra Regina Muller Germani\*\*

A produção do cuidado obtém a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde, sugere a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde em estabelecer com os usuários a resposta as suas dúvidas, angústias, problemas e aflições de maneira que não apenas se produzam consultas e atendimento, mas que o processo consultar e atender venham a causar responsabilização, informação e autonomia em cada usuário. O aprendizado para o exercício da cidadania, a construção da consciência sanitária sugere aos acadêmicos de Enfermagem, profissionais e usuários a importância da sensibilização dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para a sua prevenção, promoção e recuperação. É importante que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado, dessa forma permitir um desenvolvimento do processo de controle social das ações e serviços em Saúde. Neste sentido, o curso de graduação em Enfermagem da URI Campus de Frederico Westphalen vem proporcionando aos acadêmicos momentos de reflexão e vivências através dos diversos projetos de pesquisa, extensão, aulas teórico-práticas, tanto no âmbito interno da universidade quanto no externo, através de propostas feitas pelas diversas disciplinas que o curso contempla, na perspectiva de formar profissionais capacitados e preparados para atender as demandas da população. Na perspectiva de acadêmica futura profissional, estas práticas de atuações nos dão autonomia e incentivo de criar ações capazes de manter e, principalmente, elevar os padrões de conhecimentos, mediante a realização de tarefas com excelência em promoção, prevenção e vigilância. Excelência obtida na efetividade da prática desenvolvida para a qualificação da assistência.

**Palavras-chave:** Vivências Educativas. Produção do Cuidado. Âmbito Acadêmico.

---

\* Acadêmicas do curso de Graduação em Enfermagem. Integrantes do Grupo de Pesquisa na Linha de Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\* Professora, Enfermeira, Mestre e Coordenadora do curso de Graduação em Enfermagem URI - campus Frederico Westphalen.

## DESENVOLVENDO ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM PARCERIA COM O DIA DO DESAFIO

Cristiane Pedó\*  
Carla Argenta\*\*

Este é um relato de experiência, vivenciada pelos acadêmicos do quinto semestre do curso de graduação em Enfermagem URI - Campus de Frederico Westphalen, os quais participaram do Dia do Desafio no município de Tenente Portela no dia 27 de maio. O Dia do Desafio é uma proposta do SESC/RS, e ele ocorre em diversos municípios simultaneamente e tem como objetivo combater o sedentarismo, conscientizar a população sobre a importância da atividade física para a manutenção da saúde e estimular a realização de ações sociais. De tal modo, os alunos realizaram atividades como distribuição de material informativo, orientações sobre saúde e prevenção, participação das atividades físicas e lúdicas com os alunos e professores das escolas da cidade, atividades com as gestantes, com idosos e população em geral. Para tanto encontramos algumas dificuldades, pois até o momento não tínhamos nos envolvido e realizado atividades relacionadas ao Dia do Desafio, mas com muita união, agilidade e compreensão, nossas atividades foram propostas, aceitas e realizadas da melhor forma possível com interação de toda a população ali presente, juntamente com acadêmicos e professores. À tarde os acadêmicos se dividiram em dois grandes grupos onde foram acompanhados por duas professoras, até os locais onde seriam feitas atividades recreativas e educativas com um grupo da Terceira Idade e um teatro e aconselhamento com um grupo de Gestantes com idades gestacionais diferentes. Portanto, os grupos adquiriram diferentes experiências que vieram a contribuir para o aprendizado acadêmico, bem como, para as professoras que nos acompanharam. Toda e qualquer atividade requer conhecimento e aprendizado, por isso, contamos com o apoio de colegas e professores, pois para termos um resultado positivo devemos trabalhar em equipe, observando sempre as dificuldades e opiniões que todos têm a contribuir. Desta forma a educação em saúde se deu pela integração com as atividades propostas e subsidiou discussões sobre diferentes formas de saberes gerando e construindo novos conhecimentos.

**Palavras-chave:** Dia do Desafio. Educação em Saúde. Atividades.

---

\* Acadêmica do VI Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Orientadora, Enfermeira e Especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

## DESMAME PRECOCE: UM DESAFIO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Caroline Marangon Dourado\*  
Caroline Ottobelli\*\*

O aleitamento materno é um processo que envolve fatores fisiológicos, ambientais e emocionais e suas vantagens são indiscutíveis. Sabe-se que a produção de leite é determinada pela ação hormonal já na gestação e é intensificada quando ocorre o aleitamento materno de forma adequada. Esse período é cercado de credices populares que muitas vezes atingem uma proporção tão ampla que é capaz de influenciar os profissionais que trabalham na área. Comparando-se dados anteriores a 1983, observa-se que houve melhora importante na redução do desmame precoce, já que a prevalência de AMEx para crianças de 0 a 4 meses de vida era de 3,6%. Porém, apesar de todos os esforços para incentivar o aleitamento materno em nosso meio, o desmame precoce ainda é um desafio para os profissionais de saúde, considerando que apenas 6% das crianças brasileiras são amamentadas exclusivamente até 2 meses de vida. Após estudos de intervenção de natureza educativa junto a puérperas de um alojamento conjunto, observou-se em pós-testes realizados 7 a 30 dias após o parto, que um número significativo de mães assimilou os conceitos corretos, não persistindo as crenças observadas no pré-teste. Em função do exposto acima, sugeri e participei da elaboração de dois projetos, um na Fundação Hospitalar Pio XII, do município de Seberi/RS, e outro no Hospital Santa Terezinha de Palmitinho/RS. Estes projetos foram elaborados em conjunto com a equipe de enfermagem e médica dos hospitais, e têm como objetivo principal: tornar o Hospital Amigo da Criança, baseado na iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Unicef feita em 1985. Para tanto, organizamos atividades baseadas nos “Dez Passos para O Aleitamento Materno bem Sucedido” da OMS. Dentre estas atividades destaca-se o treinamento da equipe de enfermagem que já está sendo implantado nas dependências dos hospitais, com palestras ministradas por mim e pelas enfermeiras. Além disso, serão organizados materiais educativos para serem entregues às lactantes internadas nestes hospitais, e uma norma sobre aleitamento materno que será transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde. Portanto, quando o aleitamento materno é fortemente inserido na cultura de um povo ou de uma região, esta prática é transmitida de geração a geração e a prevalência do aleitamento materno é maior. E para isso, cabe a nós profissionais de saúde, como responsáveis técnicos e parte de um processo educativo, promover, apoiar e incentivar o aleitamento materno, para reduzir, ainda mais a incidência do desmame precoce no Brasil e no mundo.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno. Desmame Precoce. Profissionais de Saúde.

---

\* Nutricionista, membro do Grupo de Estudo “Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde” da URI – campus de Frederico Westphalen, RS.

\*\* Enfermeira, Pós-Graduada em Saúde do Trabalhador, membro do Grupo de Pesquisa em Saúde, professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – campus de Frederico Westphalen, RS.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

## EFETIVANDO AÇÕES DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER

Ana Paula Coldebella Kirch\*  
Renata Albarello\*  
Elisangela Argenta Zanatta\*\*

O presente trabalho relata a atividade do projeto de extensão Efetivando Ações no Programa de Saúde da Mulher do Curso de Graduação em Enfermagem realizado com o intuito de prevenção e promoção da saúde da mulher, sendo que o objetivo do mesmo era implementar ações preconizadas pelo programa da Mulher para mulheres cadastradas no Programa de Saúde da Família, PSF2 do município de Frederico Westphalen. Este trabalho foi desenvolvido no mês de julho do ano de 2009, quando nós acadêmicas fazíamos parte da equipe composta por alunas do nono semestre, que por sua vez realizavam as coletas citopatológicas por aproximadamente dois anos. A importância da realização do exame é vivenciada pela alta prevalência de patologias malignas que afetam as mulheres e que podem ser prevenidas ou diagnosticadas precocemente com a realização periódica do mesmo. No decorrer dessas atividades eram realizadas orientações às mulheres quanto à importância da realização anual desse exame, para as usuárias que não apresentavam nenhum tipo de anormalidades. Após a realização da coleta de CP as mulheres eram aconselhadas dos cuidados preventivos, sendo eles: início precoce da relação sexual, uso de métodos contraceptivos, má higiene e história de doenças sexualmente transmissíveis prévias, além disso, eram sanadas dúvidas. Essas atividades favoreceram para que desenvolvêssemos, dentre outras habilidades, a observação. Esta, por sua vez, permitiu que percebêssemos que o cuidado a ser prestado a um cliente, está associado ao fato do profissional de saúde estar preparado para avaliar patologias e comportamentos diferenciados do mesmo, usando a sensibilização como eixo norteador. Diante do amplo conceito de saúde, o enfermeiro, através de uma visão holística, busca conhecer e atender as necessidades do usuário, adequando às diversas realidades e priorizando a melhor qualidade na assistência à saúde. Isso reforça a importância do profissional enfermeiro na sociedade para a prevenção e promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher. Preservação. Promoção da Saúde.

---

\* Acadêmicas do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Orientadora, Enfermeira, Mestre em enfermagem pela EE-UFRGS. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

## **ESTIMULANDO O ALEITAMENTO MATERNO DENTRO DO HOSPITAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Caroline Ottobelli\*  
Caroline Dourado\*\*

Amamentar é das atividades mais naturais e mais benéficas para a mãe e para o bebê. É a melhor contribuição que a mãe pode dar para garantir o bom desenvolvimento atual e futuro do seu bebê. Nenhum leite de fórmula pode substituir as propriedades originais do leite materno. Mesmo com todas as vitaminas, minerais e suplemento adicionados, o que é, na realidade, uma fórmula química. O leite materno é a única nutrição natural, completa e complexa para os bebês, além de promover uma ligação excepcional entre a mãe e o bebê. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prática da amamentação atualmente salva a vida de 6 milhões de crianças a cada ano, prevenindo diarreia e infecções respiratórias agudas e sendo responsável por cerca de um terço da diminuição da fertilidade observada nas últimas décadas. Para tanto, está sendo desenvolvido, junto ao Hospital Santa Terezinha do Município de Palmitinho R/S o projeto intitulado “Aleitamento materno: um ato de amor”, o qual tem por objetivo: promover a elaboração de estratégias que visem incentivar o aleitamento materno no período de internação, junto ao Hospital Santa Terezinha, e posterior ao mesmo, tendo por base, os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Para tanto, estão sendo desenvolvidas ações que incluem a elaboração de um manual de normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno, a criação de materiais educativos e a capacitação da equipe para trabalhar o aleitamento materno. Assim, por meio deste projeto se espera promover a expansão das atividades de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno junto ao referido hospital, tendo em vista que o Ministério da Saúde reconhece que, no contexto da política de municipalização, torna-se fundamental a adesão dos gestores municipais às políticas de amamentação.

**Palavras-chave:** Amamentação. Desenvolvimento do Bebê. Incentivo ao Aleitamento Materno.

---

\* Enfermeira, Pós-graduada em Saúde do Trabalhador, membro do Grupo de Pesquisa em Saúde, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – campus de Frederico Westphalen, RS.

\*\* Nutricionista.

## ESTRATÉGIAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA E COLO DE ÚTERO

Flávio José Albarello\*  
Gisele Gambin\*\*  
Soeli dos Santos\*\*\*

O câncer de mama e colo uterino são considerados problemas de saúde pública, precisam ser abordados primariamente pela atenção básica e integrar o atendimento à mulher. Os objetivos são: informar à população sobre fatores de risco, formas de prevenção e detecção precoce do câncer de mama e colo uterino; conscientizar e estimular a população da importância em realizar exames preventivos como citopatológico de colo uterino, exame clínico de mamas e mamografias nas mulheres acima de 40 anos. Além disso, aumentar o número de coletas de citopatológico de colo uterino anualmente. Inicialmente foram realizadas capacitações com a equipe saúde da família no intuito de mobilizar e desenvolver ações integradas. Foi realizado um planejamento das ações, onde ficou definido que a cada ano, nos meses de outubro e novembro, seriam intensificadas as formas preventivas de câncer de mama e colo uterino. Foram programadas pela equipe de saúde da família, a partir do ano de 2005, atividades educativas, informativas, a nível domiciliar, ambulatorial, através de entrevistas na rádio comunitária e disponibilizado uma semana em cada mês planejado, nos dois turnos e uma noite, para coleta e realização de exames para detecção precoce. Além disso, abordamos o tema de forma coletiva, através de palestras, folders e relatos de experiências de pacientes. As mulheres participaram ativamente deste processo à medida que, conscientes da importância da prevenção e detecção precoce do câncer de mama e colo uterino, realizaram a coleta de citopatológico, exame clínico de mamas. Verificamos o aumento na procura por orientações em saúde da mulher. As campanhas proporcionaram elevação na taxa de coleta de citopatológico uterino passou de 0,3 em 2004 para 0,6 em 2005, 0,52, 0,63 e 0,70 nos anos subsequentes. Lições aprendidas com a experiência: A mobilização da equipe na promoção da saúde preventiva de caráter coletivo contribuiu com a efetividade das ações. A divulgação das atividades a serem executadas pela Estratégia Saúde da Família facilitou a adesão das mulheres à Campanha. As campanhas de prevenção podem ser desenvolvidas por todas as equipes de saúde da família onde as mulheres não estão cientes da importância do autoexame, exame clínico de mamas e da coleta anual do citopatológico de colo uterino. Além disso, consideramos que as ESFs devem direcionar ações voltadas a saúde da mulher, e podem usar as campanhas como instrumento de mobilização.

**Palavras-chave:** Câncer de Mama. Câncer de Colo de Útero. Prevenção. Campanhas.

---

\* Cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família do município de Taquaruçu do Sul/RS.

\*\* Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Taquaruçu do Sul/RS, Especialista em pediatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

\*\*\* Agente Comunitária de Saúde da Estratégia saúde da família de Taquaruçu do Sul/RS, Graduada em biologia.

## EXPERIÊNCIA ACADÊMICA NA DISCIPLINA DE PESQUISA EM ENFERMAGEM

Luisa Denise Portes de Lima\*

Luciane Flach\*

Alessandra Regina Müller Germani\*\*

O presente trabalho relata a experiência das acadêmicas do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen, durante a experiência de composição de um projeto na disciplina de Pesquisa em Enfermagem. Desta forma, surgiram temas como, Conselhos de Saúde, Educação em Saúde, Papel do enfermeiro em Estratégia de Saúde da Família, entre outros. O grupo que integrávamos, após intensas discussões, elegeu o seguinte tema: Participação dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde; delimitação do tema: A participação de usuários no Conselho Municipal de Saúde do município de Frederico Westphalen/ RS; problema de pesquisa: Como vem ocorrendo a participação de usuários no Conselho Municipal de Saúde no município de Frederico Westphalen?; e o objetivo: Conhecer e analisar a forma de participação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde, no Município de Frederico Westphalen a fim de proporcionar elementos que contribuirão para o exercício do controle social no Sistema Único de Saúde – SUS. Desse modo, estando já definida a temática a ser trabalhada, iniciou-se a segunda etapa, ou seja, a estruturação dos elementos textuais e pós-textuais. Partimos para a construção da introdução, que deveria conter os seguintes elementos: contextualização do tema, justificativa, apresentação do problema de pesquisa, objetivos, breve caracterização da pesquisa e hipóteses. Em seguida, passamos para a fundamentação teórica, na qual elencamos três subcapítulos quais sejam, breve recorte histórico sobre o Movimento da Reforma Sanitária a criação do Sistema Único de Saúde, O controle social no Sistema Único de Saúde e o Papel de conselheiros nos Conselhos de Saúde, sendo utilizados materiais bibliográficos, revistas científicas e consulta no site do Ministério da Saúde para sustentá-los. Após construímos a metodologia, que envolveu os seguintes elementos: período da investigação, local do estudo, tipo de pesquisa, técnica de coleta de dados, método de análise de dados e aspectos éticos. Também, na sequência trabalhamos com os elementos pós-textuais, sendo estes Cronograma, Orçamento, Referências, Apêndices e Anexos. Ao encerrarmos a construção do roteiro do projeto de pesquisa, organizamos a apresentação oral, que ocorreu em um seminário da disciplina, com a presença de uma banca examinadora. Desta maneira, a realização desta elaboração do projeto contribuiu para ampliarmos o conhecimento sobre a estruturação de uma pesquisa, por meio de seus elementos textuais e pós-textuais, bem como a temática Controle Social no Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Pesquisa em Enfermagem. Elementos Textuais e Pós-Textuais. Conselhos de Saúde.

---

\* Acadêmicas do curso de Graduação em Enfermagem. Integrantes do Grupo de Pesquisa na Linha de Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\* Professora Enfermeira Mestre e Coordenadora do curso de Graduação em Enfermagem URI - campus Frederico Westphalen.



## **EXPERIÊNCIA ACADÊMICA NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DO HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO-RS**

Evelice Aline Massing\*

Carla Argenta\*\*

O presente estudo relata a experiência dos acadêmicos do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen, durante o segundo semestre do ano de 2008 nas aulas teórico-práticas da disciplina de Enfermagem aplicada a pacientes de alto risco realizadas no Hospital da Cidade do município de Passo Fundo/RS, sob supervisão da Enfermeira responsável pela prática. No primeiro momento fomos recepcionados pela Enfermeira que trabalha na CTI adulto e que supervisionou nosso estágio, sendo que em seguida fomos apresentados aos demais profissionais que trabalham na CTI que nos receberam de forma acolhedora, colocando-se a disposição para nos ajudar e tirar nossas dúvidas. Entretanto, teve-se a oportunidade de conhecer todo hospital, os demais setores que compõem esta instituição, sendo que a CTI - adulto é uma das unidades do hospital que surgiu da necessidade de oferecer suporte avançado de vida a pacientes agudamente doentes. Destina-se à internação de pacientes em estado grave de vida, que necessitam de cuidados intensivos e diretamente relacionados a sua patologia. Contudo, trata-se de um ambiente de alta complexidade, que propõe estabelecer monitorização completa por 24 horas ao paciente. A CTI - adulto conta com o trabalho de vários profissionais, entre eles enfermeiros, médicos plantonistas especialistas, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, que atendem pacientes com diversos tipos de patologias ou traumas, atendendo pacientes de toda a região Norte do estado do Rio Grande do Sul e Oeste do estado de Santa Catarina. Cabe ressaltar, que no período em que estivemos em prática na CTI adulto pôde-se avaliar que a maioria dos pacientes internados nesta unidade sofria de patologias agudas ou traumas acidentais. Por meio de nossas observações, podemos dizer que os cuidados realizados pelos profissionais da enfermagem nos pacientes internados eram de extrema competência, cabendo a estes trabalhar com respeito, dignidade e autodeterminação, direcionando o cuidado humanizado aos pacientes internados. Observou-se que um aspecto fundamental para a recuperação do paciente internado na CTI – adulto é a interação entre família-paciente e a equipe, permitindo ao primeiro a participação nas decisões tomadas em relação à recuperação do cliente e o apoio dispensado ao binômio pela equipe. Os profissionais de enfermagem têm papel fundamental no que diz respeito à confiança e à credibilidade dos pacientes com relação ao ambiente e ao tratamento oferecido na CTI. É por meio das ações exercidas pelos profissionais, que os pacientes e seus familiares refletem se o cuidado e o tratamento oferecido pela equipe foi satisfatório. No entanto, pôde-se observar que os profissionais atuantes neste setor exercem seu trabalho com extrema competência, dando toda atenção e cuidado possível para a melhora o estado de saúde do paciente, sempre levando em consideração que futuramente podemos estar atendendo a um familiar que necessite de cuidados intensivos. Por isso, toda a equipe de profissionais que atuam na CTI, que é um setor tão crítico

---

\* Acadêmica do VIII Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - campus de Frederico Westphalen.

\*\* Orientadora, Enfermeira, Especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - campus de Frederico Westphalen.

deve estar emocionalmente preparada para enfrentar a diversas situações e dificuldades no dia a dia em seu trabalho.

**Palavras-chave:** Terapia Intensiva. Adulto. Experiência Acadêmica.

## **EXPERIÊNCIA ACADÊMICA REALIZADA EM MUTIRÕES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN-RS**

Evelice Aline Massing \*  
Alessandra Müller Germani \*\*

O presente estudo relata a experiência dos acadêmicos do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen, durante o segundo semestre do ano de 2008 nas aulas teórico-práticas realizadas no município de Frederico Westphael-RS, sob supervisão da professora responsável pela disciplina de Saúde Coletiva II. Sendo que os mutirões de saúde se realizavam dois dias por semana, nas terças e quartas – feiras. Os temas abordados nos mutirões foram escolhidos em sala de aula pela professora e os alunos, sendo os seguintes: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, e Obesidade Mórbida. Portanto, no primeiro momento ainda em sala de aula foram confeccionados cartazes, folders e a pirâmide alimentar como escolha para informar a população sobre essas doenças, seus agravos à saúde humana, suas medidas de prevenção, e qual a alimentação adequada que a população deverá ter para subsequentemente impedir o desenvolvimento dessas doenças em seu organismo. As práticas dos mutirões se realizavam em bairros do município, sendo que cada dia era escolhido um bairro diferente. Nos mutirões os alunos eram divididos em três grupos onde cada grupo abordava um tema e aos poucos as dúvidas da população foram sendo esclarecidas, tais como as melhores medidas de se prevenir doenças e como ter uma alimentação saudável no seu dia a dia.

**Palavras-chave:** Experiência Acadêmica. Mutirões de Saúde. Frederico Westphalen.

---

\* Acadêmica do VIII Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Orientadora, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, Enfermeira Mestre. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

# **EXPERIÊNCIA ACADÊMICA REALIZADA NA DISCIPLINA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA URI- CAMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN-RS**

Evelice Aline Massing\*  
Alessandra Müller Germani\*\*

O presente estudo relata a experiência dos acadêmicos do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen, durante o primeiro semestre do ano de 2009 nas aulas da disciplina de Projeto de Intervenção Profissional realizadas nas terças-feiras pela parte da manhã das 08 horas às 11:30 horas na sala 101-B nas dependências da universidade, sob supervisão da professora responsável pela disciplina. Sendo que as atividades desta disciplina eram realizadas individualmente, na qual cada aluno iniciou o esboço do seu Trabalho de Conclusão de Curso. No entanto, todas as terças-feiras cada aluno da disciplina apresentava aos demais colegas o esboço do seu projeto, o que já escreveu sobre o seu projeto, e assim subsequentemente os alunos recebiam orientações da professora sobre o próximo passo a ser desenvolvido do projeto. A escolha do tema do projeto é livre, quem o escolhe é o aluno, que escreverá sobre o tema posteriormente no TCC, escolhendo o local para implantá-lo e quais serão os principais participantes do seu projeto. Sendo que ao término da disciplina os alunos estão com seu trabalho de conclusão do curso praticamente pronto para ser apresentado na disciplina, que contará com a apresentação do trabalho de cada aluno em sala de aula, sendo avaliado por uma banca examinadora formada pela professora da disciplina e mais dois colegas de sala de aula que avaliarão a apresentação do Projeto do aluno. Essa disciplina é de suma importância no currículo do Curso de Graduação em Enfermagem, possibilitando ao acadêmico a oportunidade de iniciar o seu Trabalho de Conclusão de Curso um pouco mais cedo, trazendo-lhe um pouco mais de tranquilidade durante a realização do seu estágio de conclusão de curso I, amenizando aquele medo e a ansiedade para iniciar a escrever o seu TCC.

**Palavras-chave:** Intervenção Profissional. Projetos. TCC.

---

\* Acadêmica do VIII Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Orientadora, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, Enfermeira Mestre. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen.

## **EXPERIÊNCIA ACADÊMICA REALIZADA NA DISCIPLINA DE SAÚDE COLETIVA III NO “MAPEAMENTO DO BAIRRO APARECIDA DO MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN-RS”**

Evelice Aline Massing\*  
Alessandra Müller Germani\*\*

O presente estudo relata a experiência dos acadêmicos do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen, durante o primeiro semestre do ano de 2009 nas aulas teórico-práticas realizadas no Bairro Aparecida do município de Frederico Westphalen- RS, sob supervisão da professora responsável pela disciplina de Saúde Coletiva III. A realização desse trabalho surgiu a partir do interesse da professora responsável pela disciplina, bem como dos acadêmicos na realização do levantamento de dados em relação às condições de moradia, saneamento básico, problemas de saúde, planos de saúde, local de procura por atendimento da população do referido bairro em caso de adoecer, principais doenças encontradas na população, abastecimento e tratamento da água, coleta e tratamento do lixo, rede de esgoto, profissão/desemprego, estudantes, entre outras informações. Com a realização do mapeamento geográfico e descritivo do bairro teve-se a oportunidade de conhecer a realidade da população residente. Devido ao grande número de população residente no bairro e pela distância da localização da referida Estratégia da Saúde da Família à qual a população do bairro pertence sentiu-se a necessidade da realização dessa atividade para cadastrar a população residente no Bairro Aparecida e encontrar os principais problemas de saúde da população. Com a expectativa da construção de uma Estratégia da Saúde da Família mais Estratégia de Saúde Bucal no respectivo bairro procura-se sanar as necessidades da população e oferecer suporte avançado para melhor qualidade de vida da população residente neste bairro. Através da realização deste trabalho busca-se melhorar cada vez mais as condições de moradia e saúde da população residente no Bairro Aparecida com o intuito de superar as necessidades encontradas na população que foram levantadas pelos acadêmicos de Enfermagem com a realização deste trabalho.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva. Mapeamento Bairro Aparecida. Frederico Westphalen.

---

\* Acadêmica do VIII Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem. Enfermeira Mestre. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

## EXPERIÊNCIA ACADÊMICA NA DISCIPLINA DE SAÚDE COLETIVA IIA

Luisa Denise Portes de Lima\*  
Jonathan da Rosa\*\*  
Andréia Piovesan\*\*  
Alessandra Regina Müller Germani\*\*\*

O presente trabalho relata a experiência de acadêmicas do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Campus de Frederico Westphalen, no segundo semestre de 2008, durante a composição de um seminário sobre as políticas de saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde e o Rio Grande do Sul, na disciplina de Saúde Coletiva II A. Para tanto, os alunos foram divididos em grupos a fim de elaborar um resgate histórico de cada política. Nesta perspectiva, assumimos a construção da Política Nacional de Controle e Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – DST/AIDS. O primeiro passo do grupo constou de uma busca de materiais bibliográficos na Biblioteca Central da Universidade, Bibliotecas eletrônicas como Scielo, Bireme, Escola de Saúde Pública do RS, Fiocruz e Ministério da Saúde. Cada integrante se responsabilizou pela leitura prévia destes materiais, que foram discutidos coletivamente visando a composição do trabalho. Dessa forma, para a estruturação do trabalho foram seguidos os seguintes elementos Introdução, Desenvolvimento, Conclusão e Referências. Assim, na Introdução realizamos uma breve contextualização sobre o surgimento de casos de DSTs e AIDS no cenário mundial, país e estado, bem como os aspectos sociais que o envolveram. Na sequência a apresentação da justificativa e objetivo da realização deste estudo. Posteriormente, para a construção do desenvolvimento do trabalho, dividamos em dois subcapítulos, sendo o primeiro uma breve contextualização sobre as Ações de Saúde de Controle e Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis- DST/AIDS no âmbito nacional e o segundo, Contextualização do Programa/Políticas de Saúde DST/AIDS do estado do Rio Grande do Sul. Cabe ressaltar que, para a elaboração da conclusão, realizamos uma análise da revisão bibliográfica, tornando-se indispensável uma reflexão sobre a participação do enfermeiro juntamente com uma equipe interdisciplinar na efetivação da referida Política de Saúde. A socialização dos trabalhos ocorreu em um seminário da disciplina, momento em que discutimos as diferentes políticas e principalmente o papel do enfermeiro e demais profissionais na concretização destas, sem perder de vista, que o planejamento das ações deve ser de acordo com as reais necessidades vividas pela população. Assim, interdisciplinaridade visa a interação e a soma de conhecimentos entre profissionais de diversas áreas de atuação para a prestação de cuidados aos usuários por meio de ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da

---

\* Acadêmica do VIII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI- FW, Bolsista voluntária, Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde na linha Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\* Acadêmicos do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI- FW, Bolsistas voluntários de Projeto de Extensão, Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde na linha Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\*\* Orientadora, Enfermeira, Mestre, Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde na linha Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - FW.

saúde. Portanto, a experiência de elaborar um resgate sobre determinada política de saúde serviu para ampliarmos os nossos conhecimentos, quer dizer, para entendermos que toda ação planejada carece traduzir um impacto positivo na situação de saúde vivida pela população, tanto de forma individual como na coletividade, na estruturação das ações estabelecidas pelo Programa/ Política. Portanto, a elaboração desta revisão contribuiu para ampliar o conhecimento como o desenvolvimento de uma reflexão/ discussão juntamente com os colegas no planejamento juntamente com uma equipe interdisciplinar, para o desenvolvimento de ações voltadas para atender as necessidades das pessoas portadoras ou não de Doenças sexualmente Transmissíveis.

**Palavras-chave:** Política Nacional de DST/ AIDS. Interdisciplinaridade. Coletividade.

## EXPERIÊNCIAS PRÉ-PROFISSIONAIS DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Luciane Flach\*

Alessandra Regina Muller Germani\*\*

O modelo assistencial ainda predominante no país caracteriza-se pela prática “hospitalocêntrica”, pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação para todos os participantes do processo – gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços. Diante disto, na disciplina de saúde coletiva II, ministrada pela professora MSC. Alessandra Regina Muller Germani teve como proposta a construção e organização de um projeto voltado a um município problema, no qual deveríamos criar estratégias de organização e implementação de políticas assistenciais e gestão em saúde. O exercício partia de uma interpretação de uma situação vivencial que contava com uma cidade imaginária que se chamava Floresta Branca, sendo que esta ofertava péssimas condições de vida à população. Neste sentido a proposta inicial era buscar quais problemas eram determinantes na saúde da população; programas/políticas de saúde a serem implementados e escolha de um deles para construir o projeto de implantação e o protocolo de assistência; quais parcerias poderiam contar para efetivar sua atuação. Com base em referenciais constatou-se que a melhor resolatividade dos problemas evidenciados no município de Floresta Branca seria a implantação da Estratégia de Saúde da Família, tendo em vista que esta possui uma das principais características que é de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, cultura, transporte, entre outras. Por ser um projeto capaz de provocar uma transformação interna do sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde, bem como entre as práticas educativas e assistenciais. Para contemplar a proposta da disciplina desenvolvemos avaliação sobre o diagnóstico coletivo de saúde, Planejamento participativo, planejamento técnico; administração em saúde pública, elaboração de projetos, e programas coletivos, que tem como princípio a consolidação do sistema único de saúde. A partir do exposto percebeu-se a importância de realizar atividades de futuros gerentes, implantar, estruturar e organizar modelos de assistência à saúde nos traz mais perto do dia a dia dos desafios que a saúde pública Brasileira enfrenta. Neste sentido, melhorar a qualidade da assistência em saúde prestada aos usuários, objetivando a melhora nos indicadores de saúde e a qualidade de vida da população assistida, concretizando os princípios e diretrizes do SUS.

**Palavras-chave:** Gestão Saúde Pública. Experiências Pré-Profissionais. Qualidade de Vida.

---

\* Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da URI- Campus de Frederico Westphalen. Integrante do Grupo de Pesquisa em saúde na Linha Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\* Professora Enfermeira Mestre e Coordenadora do curso de Graduação em Enfermagem URI - campus Frederico Westphalen.



## **EXPERIÊNCIA ACADÊMICA REALIZADA NO HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN- RS**

Evelice Aline Massing\*  
Carla Argenta\*\*

O presente relato descreve a experiência vivenciada pelos acadêmicos do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen, durante o primeiro semestre do ano de 2009 nas aulas teórico-práticas da disciplina de Gerenciamento do Cuidado e do Serviço de Saúde II realizadas no Hospital Divina Providência, do município de Frederico Westphalen/RS, sob supervisão da enfermeira e professora responsável pela disciplina. No primeiro momento fomos recepcionados pela coordenadora de enfermagem do hospital, pelo enfermeiro e técnicos de enfermagem que estavam trabalhando naquele turno no Posto II, ou seja, o local de realização das práticas. Os mesmos colocaram-se à disposição para compartilhar suas experiências e conhecimentos construídos em vários anos de trabalho neste hospital, contribuindo para que os objetivos e possíveis trabalhos a serem realizados pelos acadêmicos em prática pudessem vir a se concretizar neste setor utilizando a disciplina de gerenciamento de enfermagem como suporte para as atividades. Vale ressaltar, que se teve a oportunidade de conhecer todo hospital, seus diversos setores de atendimento e internação, além do contato direto com a clientela que procurava atendimento neste hospital que porventura é a referência na região. As aulas teórico-práticas enfatizavam a função de gerenciar em enfermagem e sua aplicação na unidade hospitalar “Posto II”, no entanto, presenciou-se algumas situações de pacientes internados que causaram inquietações aos acadêmicos, despertando o interesse dos mesmos em prestar um cuidado integral e mais humanizado a esses pacientes por meio de ações e reflexões acerca do que poderia ser modificado. Partindo desse pressuposto, surgiu por parte dos acadêmicos a realização de um diálogo informal com a professora supervisora para que juntos encontrassem as melhores estratégias/medidas para amenizar as diversas inquietações vivenciadas pelos acadêmicos desde o início da realização do estágio. Os acadêmicos, durante a realização do estágio, conseguiram entender a função do enfermeiro gerenciador diante de sua equipe e instituição, sendo que é entendido claramente pelos acadêmicos que cabe ao profissional enfermeiro o dever de prestar o cuidado humanizado e integral ao paciente de forma que promova o alívio do sofrimento e da dor que o paciente venha a sentir, impedindo de fato que o mesmo passe por qualquer outro sofrimento físico ou psicológico. Cabe ressaltar que o profissional enfermeiro deve gerenciar sua equipe orientando-a que o cuidador precisa estar presente, ser capaz de refletir com os demais colegas de trabalho sobre o que está se vivenciando com o paciente naquele momento, para juntos encontrarem medidas frente aos problemas de saúde do mesmo. No entanto, cabe à equipe de enfermagem o papel importante no que diz respeito ao cuidado do paciente, prestando a assistência, para promover a saúde, evitando as doenças e assim aliviando o sofrimento do mesmo. Diante disso, ao se prestar o cuidado humanizado e com qualidade deve-se estar ciente do seu quadro clínico, para que os cuidados

---

\* Acadêmica do VIII Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Orientadora, Enfermeira, Especialista em Urgência, Emergência e Trauma, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

sejam prestados de forma segura, competente, organizada, sem que ocorram maiores complicações no estado geral do paciente.

**Palavras-chave:** Experiência Acadêmica. Gerenciamento do Cuidado. Serviço de Saúde.

## **GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE – VIVENCIANDO A LINHA DE AÇÃO REFERENTE À GESTÃO DE MATERIAIS, PATRIMÔNIO E MEDICAMENTOS**

Luciane Milani\*

Carlise Rigon Dalla Nora\*\*

Priscila Orland Barth\*

Alessandra Regina Müller Germani\*\*\*

A formalização do Sistema Único de Saúde – SUS na Constituição Federal acontece em 1988, sendo que sua regulamentação ocorre em 1990, pelas Leis Orgânicas de Saúde. Este representou grandes avanços na organização do sistema de saúde tendo a descentralização como eixo norteador para sua implantação e implementação. Com a descentralização da assistência, os municípios passam a operacionalizar a gestão participativa, permitindo inovação e adaptação no planejamento e programação das ações em saúde, atribuindo maior responsabilidade ao gestor, na medida que existe a participação da população na tomada de decisão. Neste sentido, o presente trabalho tem por finalidade apresentar a experiência de implantação e implementação da linha de ação referente à gestão de materiais, patrimônio e medicamentos, integrante do projeto de extensão intitulado Gestão Participativa em Saúde: a busca pela concretização do Sistema Único de Saúde - SUS no município de Erval Seco-RS. Para a efetivação da referida linha de ação estão sendo desenvolvidas leituras de bibliografias referentes à temática, discussões e reflexões no grupo de estudos do projeto de extensão, na perspectiva da ampliação da revisão de literatura. O passo seguinte diz respeito ao levantamento da realidade do município e listagem das estratégias de intervenção da gestão de materiais, patrimônio e medicamentos. Neste contexto salientamos o papel do enfermeiro, por ser um grande articulador entre o serviço de saúde e o usuário, facilitando ao mesmo expor suas necessidades e a partir disso planejar junto com a equipe estratégias para supri-las. Portanto, diante da perspectiva de mudança na gestão do sistema de saúde, podemos dizer que com este estudo esperamos que o município seja capaz de planejar, controlar e organizar suas ações e seus serviços de saúde existentes.

**Palavras-chave:** Gestão Compartilhada em Saúde. Sistema Único de Saúde. Municípios.

---

\* Acadêmicas do VIII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, Bolsista voluntária de Extensão, Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde, URI - FW.

\*\* Acadêmica do VIII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, Bolsista voluntária de Iniciação Científica e de Extensão, Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da URI-FW.

\*\*\* Orientadora, Mestre em Enfermagem, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde, URI-FW.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

## **GRUPOS DE SAÚDE: ESTRATÉGIA DE CONTROLE PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETE *MELLITUS***

Gisele Gambin\*  
Claudia Polesso\*\*

A hipertensão arterial atinge cerca de 15% da população adulta brasileira, sendo considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, principais causas de morbi-mortalidade em nosso país. Diabetes Mellitus, atinge cerca de 8% da população brasileira sendo responsável por doenças cardiovasculares, renal, ocular, pé diabético, infecções entre outros. A realidade vivenciada no município de Taquaruçu do Sul se assemelha às taxas brasileiras de hipertensão arterial (15,4%). A população diabética corresponde a 2% da população, índice inferior ao do país. Ambas as patologias necessitam de intervenção, implementação de práticas e ações voltadas para redução das complicações e internações hospitalares. Desenvolver ações educativas voltadas para adoção de estilo de vida saudável, controle da hipertensão arterial e diabetes, ajuste das medicações e adesão ao tratamento, fortalecer o comprometimento familiar no tratamento aos pacientes com déficit cognitivo, reduzir complicações e internações bem como a melhoria da qualidade de vida. Inicialmente foram realizadas reuniões de equipe a fim planejar as atividades, capacitar as agentes comunitárias de saúde acerca destas patologias e fazer o rastreamento das pessoas portadoras de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Posteriormente, foi realizado cadastro individual com informações sobre dados de identificação, medicações e posologia mediante receita médica atual. Os grupos foram divididos de acordo com cada microárea, totalizando 9 grupos que se reúnem a cada três meses. Cada participante não-idoso recebe a carteira para acompanhamento e os idosos atualmente usam a carteira do idoso distribuída pelo Ministério da Saúde. Nestes grupos são realizadas aferições de pressão arterial, verificação do peso, altura, circunferência abdominal e eventualmente são realizados hemoglicotestes. Além disso, são ministradas palestras com o objetivo de repassar informações sobre as duas patologias e quando solicitado ou identificadas necessidades são abordados outros temas. São enfatizadas temas referentes à alimentação, atividade física, uso de medicamentos prescritos, automedicação, patologias associadas, entre outros. São realizadas dinâmicas de grupo com a finalidade de integração e educação em saúde. Os grupos contribuíram com a melhoria das ações da ESF, as pessoas apresentaram maior controle dos níveis de pressão arterial e diabetes, maior adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, fortalecimento do vínculo da ESF com a população. O trabalho em equipe facilitou o desenvolvimento das atividades da ESF em todas as etapas de execução do grupo de saúde. Ressaltamos que o atendimento em grupo facilitou o controle e avaliação, bem como propiciou um contato mais direto e contínuo com os pacientes. A maior dificuldade encontrada foi a sensibilização da população para participar dos grupos. Entretanto, observamos que com o decorrer do tempo, as pessoas que participam ativamente acabam auxiliando este processo. Salientamos que todas as equipes de ESF podem realizar estas atividades e que isso vem a somar nas ações e nas práticas de saúde.

---

\* Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Taquaruçu do Sul, especialista em Pediatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

\*\* Enfermeira do Hospital São Roque de Taquaruçu do Sul, Graduada pela URI.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial. Diabete *Mellitus*. Controle.

## GRUPOS EM UNIDADE PSIQUIATRICA DE HOSPITAL GERAL

Juliana Frighetto\*  
Kamila Quadros Trautmann\*  
Juliane Sari Barros\*\*

Tal experiência foi realizada num hospital da região, que atendia pessoas com dependência química e alcoólica assim como transtornos psiquiátricos. De acordo com a lei estadual atual, a internação dos pacientes nesse local depende da causa da internação, sendo que é de 21 dias para pacientes em dependência química ou alcoólica e de 30 a 44 dias para pacientes com transtornos psiquiátricos. Este trabalho teve como objetivo oportunizar um espaço para ser pensado sobre o tratamento, como também promover a autonomia, o fortalecimento em grupo e a consequente superação das condições de vulnerabilidade social, frente à problemática do abuso de drogas e álcool. Para isso, promovemos atividades em grupo, proporcionando um espaço de escuta dos sentimentos gerados aos participantes, além de oportunizarmos tal espaço para refletir sobre a reinserção social. Realizaram-se grupos semanais com duração de uma hora com os pacientes internados na unidade psiquiátrica. Tais intervenções eram subsidiadas por supervisões também semanais com psiquiatra, psicóloga e assistente social da instituição. Utilizaram-se dinâmicas, desenho e técnicas cognitivo-comportamentais. Atenção especial tornou-se necessária em casos de pacientes que apresentavam comorbidades. Enfatizou-se o respeito ao limite do paciente e flexibilidade ao coordenar os grupos e intervenções fundamentadas na psicoeducação. Segundo Braga, Neto & Furtado (2003) tais intervenções são possíveis após o estabelecimento de vínculo suficiente para que o paciente não omita informações e esteja disposto a colaborar e buscar autonomia no tratamento. Notou-se que a maioria das comorbidades passou despercebida pela rede de apoio que, entretanto, revelou-se significativa sua presença no acompanhamento anterior e posterior a internação do paciente. A atividade com grupos possibilitou aderência ao tratamento, aliviando angústias do momento, assim como, oportunizou um espaço para planejamento de estratégias futuras de enfrentamento.

**Palavras-chave:** Hospital. Unidade Psiquiátrica. Trabalho em Grupo.

---

\* Acadêmicas do VIII semestre do Curso de Psicologia da URI-FW.

\*\* Psicóloga formada pela UNISC, especialista em psicopedagogia e em terapias cognitivas.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

## PLANEJAMENTO FAMILIAR: DIREITO BÁSICO DE CIDADANIA

Gisele Gambin\*  
Luciana Kovalsky\*\*

O planejamento familiar é o direito à informação, à assistência especializada e acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não filhos, o número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado. Baseados nestes princípios, e identificando situações da prática diária como gravidez na adolescência, gravidez tardia, alta prevalência de gravidezes não-planejadas, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e necessidades de informação e orientação para população em geral e principalmente para adolescentes, a Estratégia Saúde da Família (ESF) buscou desenvolver ações que viessem nortear esta realidade. Identificar os conhecimentos, crenças e valores sobre sexualidade e planejamento familiar estimulando a reflexão sobre os mesmos; conceituar planejamento familiar e apontar vantagens; fornecer noções de anatomia e fisiologia da reprodução; orientar sobre métodos anticoncepcionais disponíveis; informar sobre câncer de colo uterino, mama e doenças sexualmente transmissíveis e estabelecer vínculo e confiança com a população para que esta se sinta segura e à vontade em solicitar orientações individuais aos profissionais de saúde. Foram realizadas capacitações para Agentes Comunitárias de Saúde referentes aos métodos contraceptivos, gravidez na adolescência, riscos da gravidez tardia, DSTs e sobre as leis de planejamento familiar. A partir disso, foram implementadas ações de orientações e informações na comunidade, durante as visitas domiciliares, nas escolas municipais e estaduais foram desenvolvidas várias palestras educativas com adolescentes, houve a formação de um grupo de adolescentes considerados mais vulneráveis onde as atividades de orientação eram desenvolvidas a cada quinze dias; além disso, foram estabelecidas como rotina a abordagem do planejamento familiar nas consultas médicas e de enfermagem. Constatamos maior adesão aos métodos contraceptivos hormonais, de barreira e destacamos a maior aceitabilidade do dispositivo intrauterino (DIU) em mulheres com idade superior a 35 anos. Somado a isso, percebemos através do grupo de adolescentes e das orientações realizadas nas escolas, a necessidade da equipe de ESF estar direcionando atividades contínuas neste sentido. Observamos ainda, redução no número de nascimentos posteriormente à execução destas ações. Verificamos a necessidade de programar ações e capacitar os profissionais para oferecer assistência quanto a infertilidade conjugal. A ESF deve direcionar ações educativas voltadas ao planejamento familiar, pois isso vem a contribuir com a qualificação da assistência prestada. Verificamos que estas ações podem ser implementadas em todas as ESFs mediante comprometimento dos profissionais de saúde e gestores bem como, conhecimento da legislação do planejamento familiar.

**Palavras-chave:** Planejamento Familiar. Direitos. Cidadania.

---

\* Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Taquaruçu do Sul, Especialista em Pediatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

\*\* Aluna do Técnico em Enfermagem da Escola Estadual Técnica José Cañellas.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

## PRÁTICA DE SALA DE ESPERA: UM RELATO ACADÊMICO

Cássia Jordana Krug Wendt\*

Jonathan da Rosa\*\*

Priscila Orlandi Barth\*

Alessandra Regina Müller Germani\*\*\*

O presente resumo tem por objetivo apresentar a experiência vivida em sala de espera, pelos acadêmicos bolsistas do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen, junto à Estratégia de Saúde da Família 2, do município de Frederico Westphalen, desde o segundo semestre de 2008. Essas atividades integram o projeto de extensão intitulado “Implantação e implementação da Sala de Espera no Programa de Saúde da Família - PSF 2 do Município de Frederico Westphalen/RS”, que busca desenvolver ações de educação em saúde com os usuários que aguardam atendimento no serviço de saúde. O momento de sala de espera ocorre duas vezes por semana, sendo que a metodologia utilizada baseia-se na aplicação de dinâmicas de grupo entre usuários e acadêmicos. Para isso, são usados materiais como cartazes e folders proporcionando aos usuários refletirem sobre diversos temas relacionados à saúde. Desta maneira, a sala de espera pode ser considerada como uma estratégia para minimizar sentimentos como nervosismo, angústia e tensão, geradas em razão do tempo de espera pelo atendimento. Estes espaços também podem ser mais uma maneira dos profissionais de saúde reconhecerem as necessidades da comunidade, fortalecendo os laços de confiança e vínculo com os usuários. Assim, as ações desenvolvidas na sala de espera, se mostram relevantes para assegurar um trabalho mais humanizado e qualificado, contribuindo para a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chaves:** Enfermeiro. Sala de Espera. Vínculo.

---

\* Bolsistas voluntárias de Extensão da URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Bolsista de Extensão da URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\*\* Enf. Msc. Orientadora e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.



## PROJETO RÁDIO: FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Marília Marcolin\*  
Ana Paula Coldebella Kirch\*  
Carla Argenta\*\*

O trabalho aqui apresentado relata a experiência vivenciada pelas acadêmicas do VI semestre do curso de graduação em enfermagem da URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. Estes se dispuseram em realizar atividades extracurriculares em um Projeto denominado Rádio como ferramenta pedagógica para a Educação em Saúde em parceria com a Rádio Comunitária do município de Frederico Westphalen, orientadas e supervisionadas pela professora Carla Argenta. Inicialmente conversamos com os responsáveis, que nos receberam e esclareceram como ocorriam as gravações, os horários que iriam ser transmitidos à comunidade, dessa forma passando-nos tranquilidade e segurança. Mesmo assim, o primeiro contato foi conturbado, pois estávamos nervosas e ansiosas, pela não experiência com meios de comunicação, além do mais a expectativa da primeira gravação era aparente, podendo ser percebida em nossa voz trêmula, apesar disso com o incentivo, carinho e dedicação da professora conseguimos gravar e seguir adiante. Este desafio proposto foi de grande relevância para nós enquanto acadêmicas, auxiliando-nos em mais uma etapa de construção de futuros profissionais da saúde conscientes e preocupados em atingir toda a comunidade, a superação de gravarmos instigou-nos a edificar/organizar assuntos de interesse da população, possibilitando dessa forma a crescermos intensamente tanto como universitárias e também como seres humanos. Outro ponto importante é ressaltar a busca por conteúdos a serem abordados, por discussão elegemos dois tipos de busca, sendo elas internet em sites científicos e livros diversos, a partir dos mesmos a leitura era realizada e extraídos pontos principais, organizados em forma de texto com linguagem clara e coloquial, com utilização de palavras científicas traduzidas para a linguagem popular, visando o melhor entendimento da população, sendo esta a nosso alvo. Após essa etapa era enviado à orientadora, onde a mesma corrigia com as devidas sugestões e nos retornava para a partir do mesmo reorganizar. A segunda etapa visava a impressão de uma cópia para a partir dela podermos recortar e organizar em nosso caderno que servia como arquivo para melhor organização, logo após era separado por conteúdos, dias, meses do referido ano. O caderno servia para que fossem arquivados todos os programas e para que com ele gravássemos com maior facilidade. As gravações por sua vez eram realizadas a cada dois meses com agendamento prévio, onde nos deslocávamos até a rádio comunitária, onde permanecíamos por aproximadamente uma hora. Deste modo ressalta-se a importância dos meios de comunicação atuar junto aos profissionais dos serviços de saúde servindo para aproximar, integrar e envolver toda a população de forma dinâmica, descontraída e educativa, proporcionando troca de experiências e tomando conhecimento da população do referido local. A relevância por sua vez para nós como acadêmicas foi visível, habilidade para se expressar, timidez e dificuldade ao realizar trabalhos científicos sobre determinados assuntos foram alguns dos desafios superados, vindo assim para suprir necessidades de comunicação e expressão de anos. Sendo possível

---

\* Acadêmicas do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Orientadora, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem URI - Campus de Frederico Westphalen

perceber que é fundamental a atuação do enfermeiro nesses locais, buscando implementar e planejar ações para melhorar a qualidade de vida da população, servindo como um veículo de comunicação social e de assistência prestada de uma forma diferenciada. Perante a vida acadêmica ainda cabe ressaltar que a comunicação é essencial para planejamento e organização de estratégias para intervir junto à prevenção e promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Projeto Rádio. Educação em Saúde. Qualidade de Vida da População.

## PROTAGONISMO DO ENFERMEIRO EM GRUPOS DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ACADÊMICA

Jonathan da Rosa \*

Andréia Piovesan\*

Deise G. Busatto \*\*

Marcia Casaril do Santos Cargnin \*\*\*

Até pouco tempo a atuação dos profissionais enfermeiros estava voltada para as ações complementares a consulta médica, tais como: aplicação de tratamento, aplicação de medicamentos e curativos. Todavia, com a afirmação dessa profissão como ciência, essa conduta tornou-se abstrata e ultrapassada, bem como os profissionais assumem diversas outras funções de protagonismo em territórios da saúde, como as ações que contemplam a promoção da saúde, por exemplo. Neste sentido, a realização de grupos de saúde é uma das principais atividades do enfermeiro no que concerne a sua atuação em campos da educação em saúde. Desta forma, para realização de tal atividade requer do profissional a utilização de certas ferramentas assistenciais como o acolhimento e o vínculo com os sujeitos, bem como a utilização de uma comunicação clara e objetiva com uma linguagem verbal quanto a não verbal. Neste viés, apresenta-se este trabalho, a experiência dos acadêmicos junto à organização e ao desenvolvimento de um grupo de gestantes em uma Estratégia de Saúde da Família – ESF, no município de Tenente Portela – RS. A referida atividade contemplou uma das propostas da Disciplina de Saúde do Adulto I, quando do desenvolvimento de atividades em aula teórico-prática. Dessa forma, esta atividade pôde proporcionar aos acadêmicos a oportunidade de vivenciar na prática as metodologias de trabalho do enfermeiro em saúde pública, assim como, proporcionou aos discentes a experiência de planejar e organizar um grupo de saúde. Sendo assim, é importante salientar também, que é através desses espaços que o profissional enfermeiro pode atuar de forma a promover a saúde da sua comunidade, pois este pode intervir nas dimensões físicas e psicossociais, nesse espaço também avaliamos, interagimos, desmistificamos determinados tabus e entendemos determinadas crenças, e conseqüentemente visualizamos e entendemos o usuário na sua totalidade, contribuindo para a autonomização dos mesmos em detrimento do clientelismo que marcou por tanto tempo as práticas em saúde.

**Palavras-chave:** Enfermeiro. Grupos de Saúde. Protagonismo.

---

\* Acadêmico do VI semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus Frederico Westphalen, Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde, na linha: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

\*\* Acadêmica do VI Semestre da URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\*\* Enfermeira graduada pela URI, Campus de Frederico Westphalen, Pós-graduada em Saúde do Trabalhador da URI-FW. Enfermeira Supervisora de estágio e professora adjunta do curso de graduação em enfermagem da URI.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

## SAÚDE DA MULHER – DESENVOLVENDO AÇÕES DE ENFERMAGEM

Adrieli Pivetta\*  
Aleti Silva de Jesus\*  
Debora Dalegrave\*  
Elisangela Argenta Zanatta\*\*

A implantação deste projeto na área da Estratégia de Saúde da Família – ESF2 no município de Frederico Westphalen/RS, teve por objetivos implementar ações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; realizar os exames clínico de mamas e o Papanicolau; propiciar campo de atividade teórico-prática para os acadêmicos do Curso de Enfermagem URI/FW; além de promover atividades de integração entre a URI e a Comunidade. Para tanto, efetivaram-se orientações condizentes e concomitantes à realização dos exames, clínico de mamas e preventivo do colo uterino, nas quartas-feiras, no período da tarde. Na ocasião possibilitaram-se, também, atividades de ensino-aprendizagem, as quais proporcionaram desmistificar dúvidas e medos associados aos exames; propiciaram vínculo, segurança e tranquilidade aos envolvidos; bem como contribuíram na qualificação da assistência de Enfermagem ao público feminino.

**Palavras-chave:** Assistência à Mulher. Estratégia de Saúde da Família. Enfermagem.

---

\* Colaboradoras voluntárias do projeto de extensão, intitulado: Saúde da Mulher: Desenvolvendo Ações de Enfermagem, pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen.

\*\* Orientadora. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela EE-UFRGS. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem na URI – Campus de Frederico Westphalen.

Anais da VII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem,  
VI Mostra Científica do Curso de Enfermagem e II Encontro dos Trabalhadores dos Municípios da 19ª CRS  
Frederico Westphalen, 2009, ISBN 978-85-7796-053-8

## UM PROJETO DIFERENTE: ESCOLA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Gisele Gambi\*  
Flávio José Albarello\*\*  
Iliane Rezer Bertão\*\*\*

Compreendemos que as práticas educativas devem abrir espaço ao diálogo efetivo sobre saúde, valorizando a forma coletiva de atuar no processo saúde-doença. Desta forma, a equipe de saúde da família entendendo que uma parcela da população não recebia orientações de saúde, pois não se incluíam nos grupos terapêuticos até então desenvolvidos, criou no ano de 2006 a Escola Municipal de Educação em Saúde. Oportunizar à população conhecimentos sobre o processo saúde-doença; dissipar a importância da prevenção em saúde, informar à população sobre o Sistema Único de Saúde (SUS); envolver os profissionais da Estratégia Saúde da Família e equipe de apoio no processo educativo. Inicialmente verificamos a disponibilidade dos profissionais de saúde em realizar a atividade no turno da noite e realizar a atividade educativa específica na área que atua. Posteriormente, organizamos um cronograma de atividades mensais totalizando 40 horas e decidimos através de reunião de equipe que a população alvo seria representada pelas pessoas que não participavam de outros grupos de saúde, teriam a disponibilidade de estar participando uma vez por semana dos encontros, demonstrassem interesse em adquirir conhecimentos e compartilhar experiências sobre saúde. Cada participante que tivesse mais que 75% de frequência receberiam certificado. A iniciativa foi divulgada na rádio comunitária pela equipe de saúde e as inscrições voluntárias ficaram abertas por quinze dias. Cada profissional de saúde realizou suas palestras de acordo com sua metodologia sempre visando os objetivos propostos pela equipe. Obtivemos 120 inscritos que foram divididos em duas turmas. Durante os encontros observamos o interesse dos participantes em buscar informações e como estas poderiam modificar e melhorar a sua saúde e das outras pessoas, integração com os profissionais de saúde, participação durante os encontros com questionamentos ou relatos de experiências individuais. Lições aprendidas com a experiência: Identificamos a importância de estar oportunizando a toda população o acesso à educação em saúde; a multidisciplinaridade contribuiu para efetivação das ações à medida que tratou o indivíduo de forma holística. A divulgação e sensibilização da população acerca da importância desta atividade foi fator contribuinte para o sucesso da Escola. O certificado de conclusão serviu como estímulo aos participantes manterem a sua frequência. Esta prática pode estar incluída nas ações educativas da Estratégia Saúde da Família quando são observadas necessidades de maiores informações em saúde para a população e, quando há disponibilidade da equipe de apoio em integrar as atividades.

**Palavras-chave:** Educação. Saúde. Equipe. Informação.

---

\* Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Taquaruçu do Sul, Graduada pela UFP.

\*\* Cirurgião-dentista da Estratégia saúde da Família de Taquaruçu do sul, graduado pela UFP.

\*\*\* Médica coordenadora da Estratégia Saúde da Família da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde, Graduada pela UFSM/RS.

A presente edição foi composta pela editora URI, em caracteres  
Times New Roman, formato online, em fevereiro  
de 2011.