



Curso de Enfermagem

Pense grande, seja
URI

IX SEMANA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

06 a 08/06/2011



ONCOLOGIA E SUAS INTERFACES

Inscrições: 30/05/2011 a 06/06/2011

Patrocinadores:



**IX SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ONCOLOGIA E SUAS INTERFACES

ANAIS

URI UNIVERSIDADE
REGIONAL INTEGRADA
DO ALTO URUGUAI
E DAS MISSÕES

REITORIA

Reitor:

Luiz Mario Silveira Spinelli

Pró-Reitora de Ensino:

Rosane Vontobel Rodrigues

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

Giovani Palma Bastos

Pró-Reitor de Administração:

Clóvis Quadros Hempel

CAMPUS DE ERECHIM

Diretor Geral:

Paulo José Sponchiado

Diretor Acadêmico:

Elisabete Maria Zanin

Diretor Administrativo:

Paulo Roberto Giollo

CAMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN

Diretor Geral:

César Luis Pinheiro

Diretora Acadêmica:

Silvia Regina Canan

Diretor Administrativo:

Nestor Henrique De Cesaro

CAMPUS DE SANTO ÂNGELO

Diretor Geral:

Maurílio Miguel Tiecker

Diretora Acadêmica:

Neusa Maria John Scheid

Diretora Administrativa:

Gilberto Pacheco

CAMPUS DE SANTIAGO

Diretor Geral:

Francisco de Assis Górski

Diretora Acadêmica:

Michele Noal Beltrão

Diretor Administrativo:

Jorge Padilha Santos

EXTENSÃO DE CERRO LARGO

Diretora Geral:

Edson Bolzan

EXTENSÃO DE SÃO LUIZ GONZAGA

Diretora Geral:

Sonia Regina Bressan Vieira



**ANAIS DA IX SEMANA
ACADÊMICA DO CURSO DE
GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM**

***ONCOLOGIA E SUAS
INTERFACES***

**06, 07 E 08 DE JUNHO DE 2011
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

Coordenação e Professores do Curso de
Graduação em Enfermagem

Comissão Científica

Carla Argenta
Adriana Rotoli
Jaqueline Marafon Pinheiro
Aleti Silva de Jesus
Debora Dalegrave

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

**IX SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ONCOLOGIA E SUAS INTERFACES

ANAIS

Organizadora:
Carla Argenta

FREDERICO WESTPHALEN – RS



2011

ANAIS DA IX SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM

© Copyright 2011 – URI

Organização: Carla Argenta
Revisão metodológica: Franciele da Silva Nascimento
Diagramação: Franciele da Silva Nascimento
Capa/Arte: Sara Spolti Pazuch
Revisão Linguística: Wilson Cadoná

**O conteúdo de cada resumo bem como sua redação formal são de responsabilidade exclusiva dos
(as) autores (as).**

Permitida a reprodução, desde que citada a fonte.

S47a Semana acadêmica do curso de graduação em enfermagem (9.: 2011 :
Frederico Westphalen, RS)
Anais [recurso eletrônico] [da] IX Semana Acadêmica do Curso de
Graduação em Enfermagem: oncologia e suas interfaces /
Organizadora Carla Argenta. – Frederico Westphalen : Ed. URI, 2011.
112 p.

ISBN 978-85-7796-066-8

1. Enfermagem. 2. Oncologia. 3. I. Argenta, Carla. IV. 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.....	8
RESUMOS EXPANDIDOS	
DOENÇA DE ALZHEIMER, PARKINSON E DEPRESSÃO: GRANDE INCIDÊNCIA EM PESSOAS IDOSAS <i>Bianca De Carli Silveira , Luana Vedana, Ana Carolina Fabris Laber, Veridiana Ribeiro Adriana Rotoli</i>	10
O PAPEL DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) <i>Adriana Rotoli, Paola Franceschi Zanatta</i>	13
HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE DROGAS <i>Adriana Rotoli, Paola Franceschi Zanatta</i>	16
DESENVOLVENDO AÇÕES JUNTO À ALA PSIQUIÁTRICA DE UM HOSPITAL GERAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA <i>Patrícia Covatti, Caroline Ottobelli, Adriana Rotoli.....</i>	19
SAÚDE MENTAL E O COMPORTAMENTO SUICIDA <i>Tatiane Franco, Tatiane Salete Soder, Adriana Rotoli.....</i>	23
PACIENTE COM TRAQUEOSTOMIA: ESTUDO DE CASO <i>Jonathan da Rosa, Ana Carolina Laber Fabris, Andréia Piovesan, Andrei Rogério Trindade, Deise Gabriela Busatto, Aleti Silva de Jesus</i>	26
A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER ATRAVÉS DOS MUTIRÕES DE SAÚDE <i>Andréia Piovesan, Jonathan da Rosa, Jaqueline Marafon Pinheiro</i>	30
A FRAGILIDADE DO IDOSO E SUA RELAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO HUMANO: UMA REFLEXÃO TEÓRICA <i>Ana Carolina Fabris Laber, Carla Argenta.....</i>	33
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UM INSTRUMENTO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO <i>Cássia Jordana Krug Wendt, Carla Argenta.....</i>	36
DESCOBRINDO - SE COM CÂNCER DE MAMA: NOTA PRÉVIA <i>Renata Albarello, Carla Argenta</i>	39
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DO ENVELHECIMENTO HUMANO: UMA REFLEXÃO TEÓRICA <i>Sinara Rapachi, Carla Argenta.....</i>	42
CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA <i>Carla Basso, Carla Argenta.....</i>	45
ACIDENTES DE TRABALHO NO AMBIENTE HOSPITALAR ENVOLVENDO OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: NOTA PRÉVIA <i>Rosa Gabriela Zanatta, Carla Argenta.....</i>	48
APLICANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM DENTRO DO AMBIENTE HOSPITALAR	

<i>Ana Paula Geraldi, Juliane Carine Machado, Fernanda Balestrin, Caroline Ottobelli</i>	51
INSTRUMENTALIZANDO OS REPRESENTANTES COMUNITÁRIOS	
<i>Caroline Ottobelli</i>	55
A PRÁTICA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DO ESTÁGIO EXTRACURRICULAR UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Marília Della Pasqua, Caroline Ottobelli</i>	60
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS (AS) NA EFETIVAÇÃO DO EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL	
<i>Fernanda Balestrin, Ana Paula Geraldi, Juliana Carine Machado, Caroline Ottobelli</i>	63
ANÁLISE DOS RESULTADOS PERINATAIS ATRAVÉS DAS CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE UMA UNIDADE NEONATAL DE UM HOSPITAL DA REGIÃO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL: NOTA PRÉVIA	
<i>Jonathan da Rosa, Laura Helena Gerber Franciscatto</i>	70
CARACTERIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL DE GESTANTES ATENDIDAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL: NOTA PRÉVIA	
<i>Andréia Piovesan, Laura Helena Gerber Franciscatto</i>	73
ANÁLISE DOS RESULTADOS PERINATAIS ATRAVÉS DAS CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE UMA UNIDADE NEONATAL DE UM HOSPITAL DA REGIÃO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL: NOTA PRÉVIA	
<i>Jonathan da Rosa, Laura Helena Gerber Franciscatto</i>	76
A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
<i>Carla Basso, Cássia Jordana Krug Wendt, Renata Meneghel, Marinês Aires, Caroline Ottobelli</i>	79
PROMOVENDO SAÚDE EM UM GRUPO DE MULHERES IDOSAS	
<i>Cássia Jordana Krug Wendt, Ana Carolina Lober, Cristiane Pedó, Deise Busatto, Marines Aires Marcia Casaril dos Santos Cargnin</i>	83
CONHECENDO O EXAME PAPANICOLAU	
<i>Ariel Bisceski, Marcia Casaril dos Santos Cargnin</i>	86
PROMOVENDO QUALIDADE DE VIDA COM GRUPOS DE MULHERES NO MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN	
<i>Caroline Diel, Gabriela Zanatta, Marilia Della Pasqua, Lílian Fernanda Lazarotto Marcia Casaril dos Santos Cargnin</i>	89
A ACUPUNTURA COMO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM	
<i>Taís da Rocha Giovenardi</i>	92
ABORDAGEM METODOLÓGICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR	
<i>Taís da Rocha Giovenardi, Adriana Rotoli</i>	95
O PAPEL DOS ALIMENTOS FUNCIONAIS NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO CÂNCER	
<i>Andressa Lanza, Caroline Marangon Dourado</i>	99
A RÁDIO COMO INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	
<i>Viviane Gallon Mendonça, Marta Cocco, Gabriela Andreatta Roesler, Eduarda Signor Ethel Bastos, Leila Perdonssini</i>	102
RESUMOS SIMPLES	
A ENFERMAGEM E O PRIMEIRO CONTATO COM A ÁREA HOSPITALAR	
<i>Odilara Centenaro, Tatiane Franco, Laura Helena Gerber Franciscatto</i>	105

RELATO DE EXPERIÊNCIA COMO MONITORA DO LABORATÓRIO DE ENFERMAGEM <i>Sinara Rapachi Rossato, Laura Gerber Franciscatto.....</i>	<i>106</i>
PROMOÇÃO DA SAÚDE. POR QUE SIM E POR QUE AINDA NÃO <i>Cláudia Eduarda Andrade Andriolli, Tatiane Salete Soder, Debora Dalegrave.....</i>	<i>108</i>
PRIMEIRA VISITA NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA <i>Caroline Rosseto, Greice Kelli Tolotti, Debora Dalegrave</i>	<i>111</i>

APRESENTAÇÃO

A IX Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da URI- Campus de Frederico Westphalen ocorreu nos dias 06, 07 e 08 de junho de 2011, no Campus da URI – Frederico Westphalen, e teve como tema central “A Oncologia e suas interfaces”.

O câncer causa a morte de mais de 7 milhões de pessoas por ano, em todo o mundo, sendo que no Brasil os responsáveis pelas maiores taxas de incidência e mortalidade são os de próstata, estômago e pulmão para homens e os de intestino, pulmão, colo uterino e mama para as mulheres. Cerca de 90% dos casos diagnosticados precocemente são curáveis se tratados de maneira correta.

As causas do câncer não são conhecidas, mas existem alguns fatores que contribuem para a sua manifestação. Sabemos que as características geográficas e populacionais de cada região podem ser predisponentes ao desenvolvimento de certos tipos de câncer.

Neste sentido e devido a relevância deste assunto, o Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen, percebeu a necessidade de ampliar seus conhecimentos por meio de informações pertinentes ao tema Oncologia, bem como, a operacionalização das práticas assistenciais voltadas ao atendimento oncológico de qualidade e humanizado.

No entanto, o objetivo da IX Semana acadêmica foi ampliar os conhecimentos acerca da temática e propiciar aos acadêmicos, funcionários e professores, bem como, para a comunidade em geral e demais profissionais da área da saúde, a troca de experiências e vivências. Durante a realização do evento contamos com a contribuição do conhecimento de profissionais especializados na área da saúde que durante os três dias estiveram trocando vivências e aprimorando a discussão acerca do tema.

Os trabalhos da Mostra Científica foram apresentados na forma de pôsteres, os quais foram avaliados previamente pela comissão formada por professores do curso de graduação em Enfermagem, traduzindo a preocupação do Curso com a qualidade das produções expostas. Como meio de valorizar os trabalhos científicos apresentados na Mostra, reuniram-se, na presente publicação, os resumos simples e expandidos dos pôsteres apresentados.

Adriana Rotoli

Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem URI – FW

RESUMOS EXPANDIDOS

DOENÇA DE ALZHEIMER, PARKINSON E DEPRESSÃO: GRANDE INCIDÊNCIA EM PESSOAS IDOSAS

Bianca De Carli Silveira¹
Luana Vedana²
Ana Carolina Fabris Laber³
Veridiana Ribeiro⁴
Adriana Rotoli⁵

O presente trabalho refere-se a três patologias muito comuns e com grande incidência em idosos: Doença de Alzheimer, Parkinson e Depressão. Ambas ainda são consideradas incuráveis, porém, possuem tratamento. O tratamento visa à melhora dos sinais e sintomas dos indivíduos, possibilitando melhor estar e maior autoestima, e conseqüente, a possibilidade de melhor qualidade de vida. Realizou-se revisão bibliográfica da fisiologia e buscou-se através da mesma, visualizar as dificuldades que as pessoas idosas apresentam a partir do aparecimento da doença, com a finalidade de identificar as principais características, bem como conhecer o tratamento dessas doenças. O envelhecimento é um processo normal da espécie humana que ocorre desde o nascimento até a morte do indivíduo e engloba todas as experiências adquiridas ao longo da vida. É necessário compreender que se trata de indivíduos inseridos em um contexto, que trazem consigo marcas expressivas externas e internas e que necessitam de um olhar especial da enfermagem (SMELTZER, 2005). Segundo o Estatuto do Idoso, Capítulo IV: Do Direito à Saúde, Art. 15, determina que: “É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.” A Doença de Alzheimer (DA) só foi descoberta na década de 70, quando passou a ser considerada uma doença neurodegenerativa progressiva, heterogênea, em aspectos etiológicos, clínicos e neuropatológicos. Ela é definida como o envelhecimento prematuro do cérebro – são a perda neuronal e a degeneração sináptica intensa, além da deposição no córtex cerebral de placas senis. Há ocorrência elevada da perda de 75% dos neurônios do núcleo basal de Meynen. Os principais fatores de risco para a DA, são a idade, história familiar positiva e síndrome de Down. Ela é dividida em três fases: A fase inicial que dura em média de 2 a 3 anos e é caracterizada por sintomas vagos como perda de concentração, desatenção, depressão e agitação. A fase intermediária, que

¹ Acadêmica do V semestre do curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen- RS. Relator do trabalho. E-mail: bysilveira29@hotmail.com

² Acadêmica do V semestre do curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen- RS. Relator do trabalho. E-mail: luana.vedana@hotmail.com

³ Acadêmica do IV semestre do curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen- RS. Relator do trabalho. E-mail: anac.laber@gmail.com

⁴ Acadêmica do IX semestre do curso de Ciências Biológicas da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen- RS. Relator do trabalho. E-mail: very.rbp@hotmail.com

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela UFRGS. Professora na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen- RS. Orientador. E-mail: rotoli@fw.uri.br

varia entre 2 a 10 anos, caracterizada por afasia, apraxia e agnosia. E a fase avançada, que dura em média de 8 a 12 anos, definida também como fase terminal, onde o indivíduo não reconhece mais rostos familiares e espaços e torna-se totalmente dependente. A DA não possui cura, mas tem tratamento. O tratamento farmacológico inclui drogas sintomáticas que são capazes de propiciar efeitos benéficos nos aspectos cognitivo, comportamental e funcional e, o tratamento não farmacológico aborda os grupos de apoio em relação à doença, favorecendo apoio tanto ao paciente, como aos familiares. A Doença de Parkinson é um distúrbio neurológico progressivo gerado pela degeneração dos neurônios dopaminérgicos da substância cinzenta do cérebro. É caracterizada por tremor em repouso, lentidão de movimentos, rigidez e postura curvada. Acomete principalmente pessoas idosas acima de 50 anos. Um dos primeiros sintomas da fase inicial da doença é o tremor de repouso – ocorre em 70% das pessoas. Este tremor tende a piorar devido ao estresse. Com o tempo aparecem a bradicinesia (dificuldade em realizar movimentos voluntários), rigidez muscular, postura flexionada e alterações posturais. O diagnóstico é baseado na identificação do quadro clínico do paciente, exigindo a identificação de dois ou três dos sintomas: tremor, rigidez e bradicinesia. Como a Doença de Alzheimer, a Doença de Parkinson não possui cura, mas apresenta tratamento, que visa ao controle dos sintomas e também manter a autonomia do indivíduo. As principais classes de fármacos utilizadas são: Levodopa (administrada 1 a 2 horas antes das refeições, duas a três vezes por dia); Inibidores da COMT (em associação ao Levodopa, visa aumentar o tempo de atuação da dopamina) e Anticolinérgicos (que inibem a ação da acetilcolina, possuindo ação eficaz contra os tremores). A Depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social. Entre os fatores de riscos envolvidos se destaca a fragilidade na saúde, com maior prevalência de doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, osteoartrose, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e demência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990, a Depressão foi a principal causa de incapacidade em idosos nos países desenvolvidos; e em 2020 esta será também sua maior causa em países em desenvolvimento. Ocorre alteração no ciclo sono/vigília, diminuição na secreção hormonal, menor resposta ao estresse e alterações musculoesqueléticas. Situações psicossociais tradicionalmente ligadas ao envelhecimento, como pobreza, viuvez, institucionalização e solidão, são relatadas como fatores de risco. O tratamento requer uma abordagem multiprofissional. Muitos pacientes idosos respondem bem a uma combinação farmacológica e técnicas psicoterapêuticas. Os antidepressivos são drogas que aumentam o tônus psiquiátrico, melhorando o humor e permitindo ao paciente uma melhora da sua vida funcional. (FREITAS, 2002). O presente trabalho tem como objetivo elucidar as três patologias que mais acometem os idosos: Doença de Alzheimer, Parkinson e Depressão, focalizando na sua incidência, prevalência, características, o que é a doença, bem como sinais e sintomas, e seu tratamento. Para o desenvolvimento deste trabalho foi utilizado o portal do Ministério da Saúde para o acesso do Estatuto do Idoso, e duas bibliografias relacionadas aos temas de envelhecimento e idoso. Na contemporaneidade, se considera a velhice como uma idade e, mais do que isso, como um período de atividade social, política e econômica (BAGGIO & VIEIRA, 2003). A Doença de Alzheimer (DA) se inicia frequentemente, após os 60 anos de idade, embora haja casos raros de indivíduos que desenvolvem antes dos 30 anos. As taxas de prevalência da DA têm aumentado nas diversas faixas etárias. Isso ocorre devido ao aumento de expectativa de vida da população e a maior sobrevivência dos indivíduos acometidos pela doença. Em relação ao gênero, a maior prevalência da DA está na população feminina, devido a uma maior sobrevivência nas mulheres do que nos

homens, por isso, existem aproximadamente duas vezes mais mulheres com a demência do que homens. A Doença de Parkinson também possui forte ligação com a idade, e acomete essencialmente indivíduos com idade superior a 50 anos, aumentando sua incidência em torno de 1,5% em pessoas acima de 65 anos e 2,5% em pessoas acima de 85 anos. A prevalência da Doença de Parkinson em indivíduos com idade superior a 70 anos é de 550 por 100.000 ou 0,55%, aproximadamente. E por fim, a Depressão é o transtorno de humor mais comum entre os idosos, e estima-se que de 17% a 30% dos pacientes com 65 anos ou mais apresentam sintomas depressivos de atenção primária. Em idosos institucionalizados, as taxas encontradas costumam ser mais altas, tanto para sintomas depressivos - entre 10% e 30%; quanto para depressão maior - entre 5% a 12%. Em alguns idosos hospitalizados, a prevalência de depressão é muito alta, sendo situada em torno de 25% (FREITAS, 2002). O Estatuto do Idoso traz do Capítulo IV: Do Direito à Saúde, Art. 15, § 4º que: “Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.” As doenças de Alzheimer, Parkinson e a Depressão ainda acometem grande número de idosos, devido a uma série de fatores. Muitos autores, como Freitas (2002), associam o aumento da incidência destas doenças ao envelhecimento populacional. Sabe-se que nenhuma destas patologias tem cura, apenas tratamento atenuante que visa o controle dos sinais e sintomas relacionados. O trabalho do profissional da saúde está relacionado com o estabelecimento do conforto e bem-estar, e a manutenção máxima possível da autonomia do indivíduo. Estima-se portanto, para as doenças de Alzheimer, Parkinson e Depressão, que num futuro próximo haja a disponibilidade de tratamentos curativos para essas doenças.

Palavras-chave: Doença. Idoso. Alzheimer. Parkinson. Depressão.

Referências

BAGGIO, André; VIEIRA, Pericles S. Terceira idade sob o paradigma da corporeidade. In: BARBOSA, Marcia Helea S; BOTH, Agostinho; BENINCA, Ceomara Ribeiro (Org.). **Envelhecimento Humano**: múltiplos olhares. Passo Fundo: UPF, 2003.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. 2. ed. Brasília: Ministério da saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_2ed.pdf>. Acesso em: 01 maio 2011.

FREITAS, Elizabete V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

O PAPEL DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Adriana Rotoli¹

Paola Franceschi Zanatta²

Com o início da Reforma Psiquiátrica, na década de 70, muitas mudanças ocorreram no âmbito da Saúde Mental. Com o intuito de substituir as internações em Hospitais Psiquiátricos, que de certa forma excluía o paciente do convívio com o meio social, fazendo seu tratamento como recluso, somente dentro das unidades de internação. Os manicômios com certeza não eram uma forma eficaz no tratamento desses pacientes, pois o mesmo precisava ser reconhecido como um indivíduo normal, apesar de portar alguma doença mental, fazendo com que o mesmo interaja com a família e com a sociedade, tornando o mesmo um participante do próprio tratamento. Para tal melhoria foram criados os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), que trata-se de um modelo de tratamento contínuo e diário, em que o paciente não fica internado, ele recebe o tratamento e retorna para sua respectiva moradia. Nesses CAPS, o paciente recebe não somente o tratamento farmacológico, e sim, é amparado por uma equipe multidisciplinar, que conta com profissionais de diversas áreas, que desempenham atividades muito diversificadas com estes pacientes, desde atividades físicas até o tratamento farmacológico. O tratamento então tomou forma mais humanizada, sendo o paciente inserido na comunidade, e não excluído, como até então era visto nos modelos manicomial. No ano de 1987, houve a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo, porém sem muitas expansões dos Centros para outras cidades naquela época, sendo que ao final de 1992, cerca de 208 CAPS já funcionavam no país, porém ainda com muito pouco recurso. No ano de 2004 é realizado o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial em São Paulo. Hoje, em funcionamento já existem 689 CAPS no país. Com a III Conferência de Saúde Mental, o mesmo é consolidado como estratégico para a mudança do modelo de assistência, pois o CAPS é um possível modelo de atendimento que poderia vir a substituir o Hospital Psiquiátrico, até mesmo por esse motivo de substituição, que ele hoje é muito valorizado, pois acredita-se que os Hospitais Psiquiátricos não sejam a melhor forma de tratamento para esse tipo de paciente, até devido aos seus métodos, que são muito “individuais”. Após todo esse processo de criação e consolidação, a atuação do CAPS hoje é de forma efetiva e satisfatória, possibilitando ao paciente diferentes maneiras de tratamento, fazendo com que o mesmo não somente seja tratado, mas que participe ativamente do seu tratamento, sendo de forma dinâmica, com participação e apoio da família e da comunidade, mostrando cada vez mais ao portador de transtorno mental que ele tem seu valor e lugar na sociedade, melhorando até, sua autoestima. O seguinte resumo trará a importância dos Centros de Atenção Psicossociais na vida da comunidade e do indivíduo portador de transtorno mental, mostrando os diferentes tipos de CAPS e suas atribuições. Para a realização deste trabalho, foi utilizado um material sobre a Reforma Psiquiátrica disponibilizado pelo Ministério da Saúde, e também alguns

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela UFRGS. Professora na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen- RS. Orientador. E-mail: rotoli@fw.uri.br.

² Acadêmica do IV semestre do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen- RS. Relator do trabalho. E-mail: p-zanatta@hotmail.com.

artigos sobre o tema Saúde Mental e Centros de Apoios Psicossociais. Observa-se que o CAPS tem função de prestação de atendimento diário ao paciente, evitando assim a internação em Hospitais Psiquiátricos. Ele promove a inserção do paciente em seu meio social, além de dar suporte e atenção à saúde mental na Rede Básica. Organiza a rede de atenção às pessoas com doenças mentais nos municípios, gerando acolhimento e atenção às mesmas, procurando melhorar os laços sociais do usuário em seu território. Acredita-se que o ambiente dos hospitais psiquiátricos é um ponto negativo no tratamento do paciente, pois a maioria deles possui caráter dominante, dificultando as relações sociais no interior dos hospitais, havendo subordinações, exclusão, expropriação do saber e a divisão de trabalhos e as especialidades. Com a implantação desses modelos psicossociais, o paciente portador de transtornos psíquicos seria novamente inserido em suas tarefas diárias, fazendo com que possibilite a interação com a família e a comunidade em geral, incentivando e fazendo o mesmo participar ativamente do seu próprio tratamento. A presença desses fatores citados no dia-a-dia do paciente é bastante enfatizada (MIELKE, et al., 2009). Trabalhando com uma equipe multiprofissional, contando com um corpo de profissionais que variam desde psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos entre outros, é possível desenvolver com esses pacientes atividades muito diversificadas, tais como, atividades físicas, lúdicas, arte-terapia, além da medicação, e muitas outras. A família também é considerada uma parte fundamental no tratamento do paciente, que precisa de apoio, até por que em muitos casos a própria família acabava por excluir esses indivíduos por serem “diferentes” e precisarem de mais atenção que o normal, fazendo com que os mesmos se sintam excluídos, dificultando assim seu tratamento (MIELKE, et al., 2009). Assim, o tratamento para o portador de doença mental torna-se de certa forma mais humanizado, valorizando também as qualidades do paciente, fazendo uso de diversas técnicas para estimulá-lo, como exercícios físicos, pinturas, além é claro da medicação, fazendo assim, que o paciente se sinta capaz, e com capacidade para enfrentar a sociedade e os riscos que ela impõe as vezes. Os CAPS são diferenciados por alguns fatores, tais como a clientela atendida, o perfil populacional dos municípios, diferenciando-se em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Ao concluir este resumo, pode-se concordar que, o paciente que sofre de transtornos mentais e recebe tratamento recluso, ou seja, sem contato contínuo com sua família, com outras pessoas, e até mesmo com ausência de atividades diversificadas, como atividades físicas, apresenta um grau de melhora mais lento, ou diferente daquele paciente que está em contato direto com a sua família, e mantendo o tratamento normal, como os pacientes do CAPS. A importância da família no tratamento desses pacientes é muito grande. A diversidade de atividades, a reinserção e o contato contínuo com a sociedade, na maioria das vezes traz inúmeros benefícios para os mesmos, e nos Centros de Atenção Psicossocial isso é possível. O CAPS dá o suporte necessário para o paciente, sem precisar que os mesmos fiquem internados, longe de suas famílias. Sem tirar dos mesmos o convívio social, que também desempenha papel importante no tratamento. Por isso, fica claro aqui, a importância grandiosa do CAPS no Brasil. E acima de tudo, é nítida a importância e os benefícios que ele traz para os que sofrem de transtornos mentais.

Palavras-chave: CAPS. Família. Humanizado.

Referências

MIELKE, Fernanda Barreto et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan./fev. 2009.

SOUZA, Jaqueline; Kantorski, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília; Ministério da Saúde, nov. 2005.

HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE DROGAS

Adriana Rotoli¹

Paola Franceschi Zanatta²

Com a Reforma Psiquiátrica nos anos 70, ocorreram grandes mudanças no cenário do atendimento a portadores de doenças mentais. A população lutou contra os modelos manicomial, que faziam com que o paciente vivesse em condições desumanas. Então no ano de 2001, sancionada a Lei Federal 10.216 (Paulo Delgado), a assistência à Saúde mental é redirecionada, oferecendo tratamento mais humanizado a pessoas com transtornos mentais, dispondo de proteção e cuidando dos direitos das mesmas. A extinção dos manicômios foi de grande importância, pois o paciente até então vivia sob condições desfavoráveis, que só dificultavam o tratamento, que por sinal era um tratamento que excluía o paciente da comunidade, deixando-o sem contato com a sociedade e sua própria família, dificultando assim, a progressão do portador de doença mental, portanto, a exclusão desses meios, foi um marco para a criação de novos programas e locais onde essas pessoas recebiam tratamento mais humanizado, sendo incluídos na sociedade, recebendo apoio da família, podendo eles mesmos fazer parte do próprio tratamento, tornando esse método comprovadamente mais efetivo. Foram criados os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), prestando atendimento clínico diário, sem precisar ocorrer internações em Hospitais Psiquiátricos. Os CAPS se diferenciam por alguns fatores, sendo um deles o tipo de clientela atendida, sendo que existem os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. O último citado (CAPSad) é especializado para atender pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. A questão primordial aqui revista, é que, mesmo com essas significativas mudanças, e com a criação do CAPSad, mais que os portadores de doenças mentais, os dependentes químicos são vistos com muito preconceito, e principalmente em sua grande maioria não recebendo atendimento humanizado, com qualidade, e sem estigmas. É necessário uma mudança psicológica e estrutural no tratamento e manejo com esses pacientes, é o que se espera e se necessita. Acredita-se também que uma reestruturação da maneira como são tratados esses assuntos e o método de conscientização usado para a maioria da população, ainda não é suficientemente eficaz. Pois muitos indivíduos ainda fazem uso e são dependentes de drogas lícitas e ilícitas. É preciso ter em mente que em muitos locais o uso destas substâncias é descontrolado, e acima de tudo indivíduos das mais diferentes idades, que vão desde crianças à idosos. Fica claro que é necessário encontrar mais maneiras de lidar e tratar com esses novos parâmetros que surgem a cada dia, é preciso uma reestruturação que realmente se faça entender, pois os riscos, que o uso abusivo destas substâncias trazem, são muito maiores do que qualquer benefício do prazer de usá-las. É fato que essa dependência é preciso ser controlada enquanto ainda é tempo, e para ser mais eficaz, os indivíduos deveriam ser sensibilizados antes de fazer uso das mesmas, pois depois é muito mais difícil. Pois eis aí a grande dificuldade, é preciso então descobrir uma maneira que as informações corretas

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela UFRGS. Professora na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen- RS. Orientador. E-mail: rotoli@fw.uri.br.

² Acadêmica do IV semestre do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen- RS. Relator do trabalho. E-mail: p-zanatta@hotmail.com.

cheguem até essas pessoas, e realmente sejam efetivas. Para realização do seguinte trabalho, foi utilizado um material que o Ministério da Saúde disponibiliza sobre a Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental no Brasil, foram utilizados também artigos. Como resultado e discussões deste, sabe-se que o uso de drogas ilícitas vem de épocas antiquíssimas. Em algumas civilizações seu uso é liberado sem preceitos. Antigamente algumas drogas tinham até utilidades medicinais. Porém com o passar do tempo, o risco-benefício destas drogas foi reavaliado. Os malefícios que as mesmas traziam para o usuário eram muito maiores do que qualquer benefício. A dependência se tornou algo assustador, escravizando muitas pessoas, e muitas vezes levando à morte. Os poderes Públicos demoraram para relacionar e reconhecer o uso abusivo de drogas como um problema que tivesse associação à saúde. Essa demora fez com que muitas pessoas que necessitassem de tratamento ficassem sem, sendo que muitas delas já em grau de dependência muito elevado, e algumas até eram levadas à morte, e quanto mais o governo demorava em tomar alguma atitude, mais seu uso se alastrava. Algumas localidades fazem mais uso do que em outros locais, porém hoje, não há uma cidade em que não tenha algumas pessoas fazendo uso desses agentes químicos. Então, a partir do ano de 2002, o Ministério da Saúde publicou algumas portarias, que de modo consciente definiram as diretrizes da política pública de atenção voltada para o usuário de álcool e outras drogas. Melhorando assim a qualidade do tratamento para esses indivíduos, e principalmente reconhecendo que os usuários de drogas tanto lícitas quanto ilícitas pode sim sofrer de vários transtornos relacionados à saúde, dificultando sua qualidade de vida (VIEIRA, et al., 2010). Mesmo com a criação dos CAPSad, o tratamento a usuários químicos ainda precisa de muito mais. É necessária uma maior atenção voltada a esses pacientes, um atendimento social maior, uma reformulação do tratamento dado a esses pacientes, e principalmente uma atenção voltada à juventude, com maiores informações, maiores abordagens, que tivessem realmente um resultado efetivo. Muitos usuários frequentadores do CAPSad, apresentam melhora realmente significativa, conseguindo enxergar os malefícios da droga e seu uso. Porém, em relatos estudados acerca de alguns pacientes, é possível notar o preconceito, até dos mesmos com relação ao uso, mostrando que mesmo com todos os tratamentos e campanhas realizadas até hoje, as ações educativas ainda assim precisam de uma maior efetividade, de uma maior eficácia (VIEIRA, et al., 2010). Conclui-se que hoje, mesmo com os ações desenvolvidas pelas escolas, postos de saúde, o Estado e a comunidade em geral, é preciso saber que ainda há muito para ser feito. Muita coisa mudou, muitas pessoas foram conscientizadas, mas a realidade em que se vive, mostra que o número de usuários não teve um decréscimo muito significativo, pelo contrário, milhares de pessoas ainda morrem pela dependência, nas mais diferentes classes sociais, mostrando também que os perfis dos usuários vêm das mais diferentes classes. Considerando estes dados e fatos, é visível a necessidade de mudanças. Fica claro a necessidade de uma maior conscientização das pessoas. Acredita-se que quanto mais cedo iniciada, quando o indivíduo ainda é jovem, maiores as chances de eficácia. É preciso compreender também a complexidade do assunto em seu todo, para poder atuar corretamente. É papel primordial do Governo, do Ministério da Saúde, atuar sobre esses parâmetros, desenvolvendo formas de melhorias, para maiores divulgações a respeito das drogas ilícitas e seus malefícios, e também tratamento de dependentes, que precisam de atenção constante, para o melhoramento de sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Álcool. Drogas. Sensibilização. Mudança.

Referências

VIEIRA J KS, et al. Concepção sobre drogas: relatos dos usuários do CAPS-ad, de Campina Grande. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, ago. 2010.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, nov. 2005.

DESENVOLVENDO AÇÕES JUNTO À ALA PSIQUIÁTRICA DE UM HOSPITAL GERAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Patrícia Covatti¹
Caroline Ottobelli²
Adriana Rotoli³

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 ao 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 ao 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). 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. 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,

¹ Aluna Bolsista de Extensão do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen- RS.

² Enfermeira, Especialista Em Saúde do Trabalhador, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen- RS – Email: caroline@fw.uri.br

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI- Campus de Frederico Westphalen- RS. Email: rotoli@fw.uri.br

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 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 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 por meio do desenvolvimento do projeto de extensão universitária intitulado “Psiquiatria institucional: desenvolvendo atividades na busca pela reinserção dos pacientes junto à comunidade”, o qual tem por objetivos: - 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”. 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 desenvolvidas atividades diversas, sendo os encontros divididos em dois momentos. No primeiro, são realizadas

atividades recreativas como dinâmicas, meditações, etc... No segundo, são abordados temas diversos, de interesse dos pacientes. 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. Durante os encontros são realizadas atividades com todos os pacientes que demonstram interesse em participar, sendo estes tanto doentes mentais como drogaditos. Uma das dificuldades encontradas durante a realização dos encontros é a fácil distração dos usuários, que constantemente se dispersam, bem como, a dificuldade em encontrar temas que sejam de interesse de todos, visto que se trata de grupos bem heterogêneo. Um fator dificultador também foi o fato de que por se tratar de uma atividade desenvolvida em uma ala psiquiátrica dentro de um hospital geral, muitos pacientes não se apresentavam em condições de participarem das atividades. Contudo, durante todos os encontros foi procurado interagir com o máximo possível de pacientes e em todos os momentos buscou-se abordar temas que viessem a ajudar os mesmos em sua recuperação. Para a escolha dos temas foi solicitado auxílio aos profissionais que atuavam com os pacientes os quais sempre colaboraram com opiniões, bem como, aos próprios usuários. Por meio deste projeto de extensão universitária procuramos levar conhecimentos aos pacientes que estão internados na ala psiquiátrica no intuito de possibilitar que os mesmos sejam reinseridos junto às suas comunidades de origem.

Palavras-chave: Saúde mental. Políticas de saúde. Reforma Psiquiátrica.

Referências

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

FIGUEIREDO, G. Reforma psiquiátrica: reflexões. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 22, n.1, jan./mar. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan./fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

VIDAL, C. E., BANDEIRA, M., GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Rev. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

LIMA, M. G., SILVA, B. A reforma psiquiátrica no Distrito Federal. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 57, n. 5, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

MÂNGIA, E. F. Psiquiatria institucional: do hospício à Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

SAÚDE MENTAL E O COMPORTAMENTO SUICIDA

Tatiane Franco¹
Tatiane Salete Soder²
Adriana Rotoli³

O presente trabalho origina-se de seminário realizado em sala de aula, na Disciplina de Enfermagem em Saúde Mental, momento em que ocorreram explicações e discussões sobre a temática do Comportamento Suicida. Este define-se como todo o ato pelo qual o indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção. É caracterizado como comportamento suicida: pensamento de autodestruição, ameaças, gestos, tentativas de suicídio e o suicídio. O objetivo do trabalho foi estudar o comportamento de uma pessoa suicida, assim como saber agir em situações em que uma pessoa demonstra que vai cometê-lo. Na realização do mesmo pode-se estudar que o suicídio é frequentemente o ato final de uma série de comportamentos autodestrutivos, ligado ao “ato de terminar com a própria vida”. O suicídio é especialmente frequente em indivíduos que sofreram experiências traumáticas na infância, em especial aqueles que foram vítimas de abuso ou negligência infantil ou que vivenciaram o sofrimento de um lar monoparental, talvez por serem mais propensos a ter maior dificuldade para estabelecer relações profundas e seguras. O suicídio, até seu ato final, é precedido de comportamento suicida o qual pode ser identificado estágios de progressão até a tentativa ou consumação, que podem se definidas como, ideias suicidas que são o grau inicial. Apresentam-se primeiro de forma esparsa, para depois adquirir proporções deveras significativas, de modo que não conseguem ser afastadas da mente do indivíduo. Após, o desejo de suicídio: acompanham a ideia de suicídio, ou a vontade de praticá-lo, sem, contudo, o planejamento específico ou a ação. Na intenção de suicídio, a ameaça de pôr fim à vida é claramente expressa, sem a realização de ação concreta, porém, em geral antecede o plano de suicídio. No plano de suicídio o indivíduo decide pôr fim à vida, passando a tramar a própria morte, planejando os detalhes de lugar, hora e método. Por vezes, deixa um "bilhete" de despedida. Nas tentativas de suicídio ocorrem atos autoagressivos, mas não fatais, primando o indivíduo por tentar assim vingar-se, chamar a atenção, provocar culpa nos outros, entre outras motivações. Os atos impulsivos consistem em atos agressivos sem planejamento suicida, acompanhados de métodos repetitivos e estereotipados. Na tentativa de suicídio e no ato impulsivo a efetiva ameaça à vida tem graus variáveis, culminando nas tentativas de suicídio, cuja letalidade é interrompida por terceiros ou por profissionais da saúde. O Suicídio tem por desfecho a morte que é caracterizado pelo planejamento cuidadoso e emprego de métodos realmente letais. É um ato individual, contudo, ele ocorre no contexto de

1 Acadêmica do III semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

2 Acadêmica do III semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus Frederico Westphalen – RS.

3 Mestre em Enfermagem, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus Frederico Westphalen – RS.

uma determinada sociedade, e certos fatores sociodemográficos estão associados, como sexo, na maioria dos países, mais indivíduos do sexo masculino cometem suicídio, a razão masculino/feminino, no entanto, varia de país para país. A China é o único país no qual os suicídios de mulheres ultrapassam os suicídios dos homens, nas áreas rurais, e as taxas são aproximadamente iguais nas áreas urbanas. Com relação à idade, os mais idosos (mais que 65 anos) e os mais novos (15-30 anos) são grupos etários de risco aumentado para suicídio. Dados recentes sugeriram um aumento nas taxas de suicídio em homens de meia-idade, pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas estão em maior risco para suicídio. O casamento parece ser protetor para o sexo masculino em termos de risco de suicídio, mas não tão significativamente para as mulheres. Separação e morar sozinho aumentam o risco de suicídio. Em termos de ocupação, alguns grupos ocupacionais, como veterinários, farmacêuticos, dentistas, médicos e fazendeiros têm uma taxa mais alta de suicídio. Não existem explicações óbvias para este achado, embora o acesso a meios letais, pressões no trabalho, isolamento social e dificuldades financeiras, possam ser razões. O desemprego tem mostrado que existe forte associação entre as taxas de desemprego e as taxas de suicídio, mas a natureza destas associações é complexa. Os efeitos do desemprego provavelmente são mediados por fatores como pobreza, diminuição do nível social, dificuldades domésticas e desesperança. Por outro lado, pessoas com transtornos mentais têm mais risco de serem desempregadas do que pessoas com boa saúde mental. Em qualquer caso, deve-se considerar a diferença dos riscos da perda recente do emprego e do desemprego crônico – o maior risco é associado com a primeira. Existem doenças que poderão estar associadas, como exemplo, os homens que sofrem de depressão, pois procuram menos ajuda, menos frequentemente são diagnosticados como deprimidos e recebem menos tratamento para depressão, além da menor adesão ao tratamento. A depressão, dependência química, ansiedade grave, crises de pânico, agitação e insônia aumentam o risco de morte. Dentre os mais velhos é comum a coexistência de doenças não psiquiátricas, dentre os mais novos, transtornos de personalidade. No caso de transtorno bipolar, os estados mistos, delírios na fase maníaca e a falta de adesão ao tratamento aumentam o risco. O consumo abusivo de álcool aumenta o risco de comportamento suicida por piorar os sentimentos depressivos e diminuir o autocontrole. Cerca de metade dos indivíduos que tentam o suicídio estão alcoolizados no momento da tentativa. Como o próprio alcoolismo, sobretudo quando a ingestão exagerada for aguda, causa frequentemente sentimentos profundos de remorso nos períodos entre uma ingestão e outra. Os alcoolistas estão particularmente propensos ao suicídio, inclusive quando estão sóbrios. Na esquizofrenia o suicídio é a maior causa de morte prematura entre os esquizofrênicos. São fatores de risco específicos, o sexo masculino, jovem, desempregado, recaídas recorrentes. Medo de deterioração especialmente naqueles com altas habilidades intelectuais, sintomas positivos, desconfiança e delírios, sintomas depressivos. O risco de suicídio é maior nas épocas de estágios precoces da doença, recaída precoce, recuperação precoce. O risco de suicídio diminui de acordo com o tempo de duração da doença. Entre os transtornos de ansiedade, o transtorno do pânico tem sido o mais frequentemente associado com suicídio, seguido do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Os transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia) também se relacionam a comportamentos suicidas. É possível observar alertas suicidas em pessoas que tem a intenção de se suicidar, são quatro os sentimentos principais de quem pensa em se matar. Todos começam com “D”: depressão, desesperança, desamparo e desespero (regra dos 4D). Nestes casos, é preciso investigar cuidadosamente o risco de suicídio. As frases de alertas são dadas por alguns suicidas como uma forma de sinais. Eles fazem comentários sobre “querer morrer”, “sentimento de não valer

nada”, e assim por diante. Todos esses pedidos de ajuda não podem ser ignorados. Concluimos que no comportamento suicida os sinais que o indivíduo transmite as outras pessoas como uma forma de “pedir ajuda”, manifestando assim comportamentos estranhos e característicos. Desta forma, a prevenção do suicídio visa reduzir as taxas de suicídios, tentativas e os danos associados com os comportamentos suicidas, assim como o impacto traumático do suicídio nas demais pessoas da família e da sociedade.

Palavras-chave: Suicídio. Comportamentos. Prevenção.

ALERTA: um estudo sobre suicídio. Disponível em:
<<http://www.guerreirodoapocalipse.com/2011/03/alerta-um-estudo-breve-sobre-o-suicidio.html>>. Acesso em: 19 abr. 2011.

BOTEGA, Neury José. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

COMPORTAMENTOS suicidas. Disponível em:
<<http://neurotic4.blogspot.com/2007/08/comportamentos-suicidas.html>>. Acesso em: 19 abr. 2011.

RESUMOS do simpósio sobre suicídio 1999. Disponível em:
<<http://gballone.sites.uol.com.br/acad/suicidio.htm>>. Acesso em: 19 abr. 2011.

PACIENTE COM TRAQUEOSTOMIA: ESTUDO DE CASO

Jonathan da Rosa¹
Ana Carolina Laber Fabris²
Andréia Piovesan³
Andrei Rogério Trindade⁴
Deise Gabriela Busatto⁵
Aleti Silva de Jesus⁶

Para Taylor, Lillis e LeMone (2007), traqueostomia consiste “[...] um orifício artificial na traqueia, pelo qual uma cânula em curva [...] é inserida [...]”. Segundo o Manual de Orientações ao Paciente Traqueostomizado: Traqueostomia é uma pequena abertura feita na traqueia, onde é introduzido um tubo de metal ou plástico semiflexível (chamado cânula traqueal) para facilitar a entrada de ar [...] (BRASIL, 2003). A cânula é inserida por meio de um procedimento cirúrgico realizado na sala de cirurgia ou na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a traqueostomia pode ser temporária ou definitiva (TAYLOR, LILLIS e LEMONE, 2007). Vários fatores podem ser preditivos a necessidade deste procedimento, dentre os principais destacam-se a obstrução das vias aéreas (p. ex. tumores), edema de glote (p. ex. anafilaxia) e infecções recorrentes geradas por sucessivas intubações (SMELTZER, 2008). As principais vantagens da realização deste procedimento são o conforto do paciente e maiores facilidades de desmame – restabelecimento da respiração convencional - no caso de paciente que use ventilador artificial. Contudo, existem desvantagens consideráveis como a propensão às infecções, hemorragias, pneumotórax e lesões de vias aéreas (TAYLOR, LILLIS e LEMONE, 2007; SMELTZER, 2008). O presente resumo tem por objetivo trazer a experiência vivenciada durante o estágio da disciplina de Estágio Supervisionado II do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen, na Sociedade Beneficente do Hospital de Caridade de Frederico Westphalen, com o nome fantasia de Hospital Divina Providência localizado na Rua Sete de Setembro, nº 90, Bairro Centro do município de Frederico Westphalen-RS. Assim, relatamos a experiência de acompanhar uma paciente que teve que passar pelo procedimento de traqueostomia e inserção de cânula de traqueostomia, permanecendo sob os cuidados clínicos do médico assistente e pela equipe de enfermagem durante os dez dias subsequentes. A paciente referida era J. C. M. C., procedente da área urbana de Frederico Westphalen, do sexo feminino, 56 anos de idade, cor parda,

¹ Acadêmico do IX semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Frederico Westphalen. E-mail: jonadarosa@hotmail.com

² Acadêmica do V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Frederico Westphalen.

³ Acadêmica do IX semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Frederico Westphalen.

⁴ Acadêmico do IX semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Frederico Westphalen.

⁵ Acadêmica do IX semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Frederico Westphalen.

⁶ Enfermeira Supervisora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Frederico Westphalen.

casada, católica e com queixa inicial de dificuldade respiratória, desconforto para deglutir e falar. Assim como num estudo do caso foi observado os determinantes sociodemográficos da paciente. Essas informações somadas ao perfil de saúde, como doenças atuais e pregressas, fornecem subsídios importantes para a tomada de decisões por parte da enfermagem para o melhor conforto do paciente e para o planejamento e orientações no momento da alta hospitalar. Nesse caso, J. C. M. C, apresentava como características importantes, ser tabagista há 35 anos, ingerir bebida alcoólica somente de forma esporádica e fazer regularmente exercícios físicos como a caminhada. Como doenças pregressas, tal paciente apresentava Hipertensão Arterial Sistêmica, episódios de bronquite e litíase renal. Na sua história familiar houve relato de morte por câncer de intestino e por infarto agudo do miocárdio. Como referido acima a paciente internou relatando dificuldade respiratória e com desconforto para deglutir e falar, observando que sua voz nos últimos meses/dias estava ficando cada vez mais fraca na intensidade e no volume. Logo após a internação clínica e realização de exames laboratoriais e de diagnóstico por imagem, evidenciou-se a possibilidade da paciente apresentar câncer na região da traqueia e laringe, tendo, portanto a indicação de realização de biópsia para análise de estadiamento, extensão e classificação do crescimento celular anormal manifestado. Na mesma oportunidade foi realizada a incisão de traqueostomia e inserção da cânula de traqueostomia para melhorar a perfusão de oxigênio e para o seu conforto. Passado o procedimento cirúrgico a paciente ficou internada na ala clínica da instituição com a prescrição dos seguintes medicamentos e indicações do médico assistente: Heparina (5.000U; SC; 8/8hs); Dexametasona (40mg; EV; 6/6hs); Cetoprofeno (400mg; EV; 12/12hs); Rivotril (2mg; VO; 1x ao dia); Berotec (8mg), Atrovent (30mg), Soro fisiológico (3ml) (nebulizador 2x ao dia); Ranitidina (50mg; EV; 1x ao dia) Oxigênio de saturação menor que 92%; Cuidados com aspiração (se necessário); Dieta livre e assistida pela enfermagem. No contexto do indivíduo traqueostomizado, a enfermagem assume o importante papel de educador e facilitador dos cuidados relacionados tanto ao ambiente hospitalar quanto no domicílio. Durante o período de internação hospitalar, bem como antes da alta para o domicílio é essencial o desenvolvimento de um plano de cuidados por parte da enfermagem a fim de orientar paciente e cuidador. Os principais objetivos do cuidado incluem a prevenção às infecções, manutenção da permeabilidade das vias aéreas e o estabelecimento do conforto do indivíduo (SMELTZER et al., 2008). É importante que o indivíduo traqueostomizado, dentro das suas possibilidades, possua treinamento para trocar a cânula sozinho, se necessário, a fim da preservação da autonomia do mesmo (BRASIL, 2003). Devido à própria condição, podem ocorrer algumas situações adversas. O ressecamento das vias aéreas superiores e a dificuldade na expectoração pulmonar são comuns e ocorrem geralmente no início da manhã; sendo indicada nebulização com cinco mililitros de soro fisiológico. A tosse também é um sintoma comum, ocorrendo devido às partículas de poeira que adentram a cânula (BRASIL, 2003). Para evitar complicações, é importante realizar a limpeza das secreções que ficam retidas no interior da subcânula ao menos três vezes ao dia, para evitar o mau cheiro e a infecção/reinfecção. No entanto, Taylor, Lillis e LeMone (2007) trazem que é comum a instilação de uma pequena quantidade de salina normal na cânula de traqueostomia durante o procedimento aspiratório de rotina para ajudar a liquefazer as secreções, sendo este procedimento não mais recomendado, pois a adição de líquido reduz ainda mais a oxigenação da via aérea, não causando efeito de redução do espessamento das secreções mas podendo implicar em deslocamento de bactérias aderidas à cânula e levá-las por enxágue aos pulmões, propiciando a ocorrência de infecções e complicações secundárias. Do mesmo modo, a área que fica ao redor do orifício da traqueostomia deve ser lavada no mínimo duas vezes ao dia

com sabonete neutro, e ser hidratada com creme suave e sem perfume (preferencialmente hipoalergênico) (BRASIL, 2003). Dentre os cuidados considerados essenciais se destacam as orientações e a justificativa dos procedimentos ao paciente e ao cuidador. É necessário não somente comunicar conteúdos educativos, mas avaliar os recursos disponíveis e o nível de orientação da família para o estabelecimento das orientações quanto ao cuidado domiciliar. Informações de fácil entendimento melhoram o conhecimento e o enfrentamento do indivíduo frente à patologia e o seu prognóstico, possibilitando o autocuidado e a manutenção da autonomia do mesmo (SMELTZER et al., 2008). Poderia ser utilizado para sistematizar a assistência de enfermagem o North American Nursing Diagnosis Association – NANDA, Nursing Outcomes Classification – NOC e Nursing Interventions Classification – NIC para diagnosticar, intervir, orientar e avaliar as ações da enfermagem sobre as características clínicas da paciente, podendo assim ser desenvolvido: Risco de infecção relacionado aos procedimentos e estado de saúde; Ansiedade em relação com ao estado de saúde e uso de excessivo de toxinas de dependência psicofisiológicas por muito tempo; Risco de Aspiração devido a presença da cânula de traqueotomia; Incontinência intestinal devido aos Fatores ambientais; hábitos alimentares alterados pela internação clínica; Comunicação verbal prejudicada/alterada relacionado barreira física implicada pela traqueotomia; Cianose, dispneia e agitação relacionada à obstrução ou desobstrução ineficaz das vias aéreas; Deglutição prejudicada relacionado obstrução mecânica devido a cânula de traqueostomia; Mobilidade no leito prejudicado relacionado a dor, a presença da traqueostomia; Risco de infecção relacionada à defesa primária prejudicada (pele); Déficit no autocuidado para banho e higiene relacionado a dor, ansiedade, medo e limitações impostas pela presença da traqueostomia. Como condutas e orientações a seguir destacamos: Lavar as mãos (sempre); Utilizar EPI's (Sempre); Verificar sinais vitais (4x ao dia); Verificar saturação de oxigênio (3x ao dia); Fornecer oxigenioterapia (conforme prescrição médica); Administração de medicamentos (conforme prescrição médica); Promover ações de higiene e conforto (sempre que necessário); Realizar a troca de curativo e de cadarço na região da inserção da cânula de traqueostomia de forma asséptica (1x ao dia ou sempre que necessário); Promover o vínculo com o paciente de forma a estimular a autonomia e o autocuidado do mesmo (sempre que necessário); Aspirar a cânula de traqueostomia (sempre que necessário); Realizar os Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica, que exigem conhecimento científico adequado e capacidade de tomar decisões imediatas (sempre que necessário); Orientar paciente quanto ao seu estado de saúde e tratamento, incentivar realizar atividades artesanais, oficinas, participar de grupos de saúde, exercícios respiratórios, deambular sempre que possível, tendo por finalidade diminuir ansiedade apresentada pela mesma (sempre que necessário); Deambular sempre que possível, aumentar ingesta hídrica quando não apresentar contra indicação; dieta rica em fibras a fim de estimular o funcionamento intestinal para auxiliar na incontinência intestinal e constipação apresentada pela mesma (sempre que necessário); Instruir exercícios respiratórios e comunicar à equipe de fisioterapia da instituição (sempre que necessário); Avaliar junto ao setor de nutrição e médico responsável pela paciente melhor dieta a ser fornecida devido à deglutição prejudicada e dispor de um profissional da equipe de enfermagem para assisti-la e orientá-la durante a alimentação (sempre que necessário); Orientar e avaliar junto à equipe de limpeza melhor forma de higienizar quarto dando preferência a utilizar pano úmido para que a poeira e sujidades não fiquem suspensas no ambiente (sempre que necessário); Orientar a equipe de enfermagem para que, ao organizar ou trocar forros de cama não sacudir os mesmos a fim de não levantar no ambiente a flora de microorganismos (sempre); Usar de mecanismos para melhorar a

comunicação com o paciente como o uso de gestos, escrita, expressão facial, etc., respeitando os limites pessoais, sem forçar a comunicação verbal até cicatrização da traqueostomia (sempre que necessário). Assim, a realização deste estudo torna-se importante na medida que fornece território impar para a construção do conhecimento científico aliado à prática clínica do profissional enfermeiro. Do mesmo modo, ao utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem esta poderia fundamentar melhor a atuação do profissional, trazendo maior reconhecimento e qualidade das suas ações.

Palavras-chave: Paciente com traqueostomia. Prevenção às infecções. Prática clínica.

Referências

BRASIL. Instituto do Câncer – INCA. **Orientações à pessoa Traqueostomizada**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/manuais/pessoatraqueostomizada.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2011.

TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. **Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre. Editora ARTMED, 2007.

ESMELTER, S. C. et al. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

JONNISON, M. et al. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: ligações entre NANDA, NIC, NOC**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER ATRAVÉS DOS MUTIRÕES DE SAÚDE

Andréia Piovesan¹
Jonathan da Rosa²
Jaqueline Marafon Pinheiro³

O presente trabalho relata a experiência vivenciada durante o Estágio Supervisionado II pelos acadêmicos do IX semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada – Campus de Frederico Westphalen, os quais participaram da Semana em Homenagem ao Dia Internacional da Mulher em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Emater desenvolvendo atividades durante o mês de março de 2011, através de mutirões de saúde no município de Frederico Westphalen. Segundo dados do IBGE (2009), a população feminina no município na faixa etária de 10 a 79 anos é de 12.498, e as mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, 8.930, o que representa 60,4% da população feminina no município. Nesse tocante, contextualizamos e relembramos que a criação de políticas públicas para a saúde da mulher, perpassa décadas de desigualdades e lutas. Em meados da década de 1970 a visão acerca da mulher era restrita e reducionista, pois os programas existentes nesta época contemplavam apenas a área materno-infantil, visto que o objetivo era proteger as crianças e gestantes consideradas como grupos de risco e de maior vulnerabilidade. Através do movimento feminista brasileiro e da Reforma Sanitária, em 1984 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, pois até então, a saúde da mulher não era assistida em todo seu ciclo vital. Segundo Brasil (2007, p. 17), o PAISM passou a contemplar ações de promoção e recuperação à saúde, prevenção de doenças na assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, no planejamento familiar, nas doenças sexualmente transmissíveis – DST's, bem como, no câncer de colo de útero e mama. Em 2003, o PAISM foi redefinido, deixando de ser um programa para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, contemplando contribuições dos movimentos de mulheres negras, presidiárias, lésbicas entre outras, pois o cuidado a saúde da mulher deve ser de forma integral e não fragmentada, a partir da situação de saúde de cada uma. Nesse contexto, durante o Mutirão de Saúde na Linha Castelinho, foi distribuído leite de soja e explicados seus benefícios, também foram realizadas orientações sobre métodos contraceptivos, prevenção do câncer de mama e do câncer de colo de útero. Através da parceria com Secretaria de Saúde, que disponibilizou a Unidade Móvel para a Coleta de Exame Preventivo do Câncer de Colo de Útero, e Exame Clínico das Mamas - ECM, os acadêmicos, sob a supervisão da Enfermeira, realizaram a coleta e palpação nas pacientes. Além disso, mulheres com mais de 40 anos foram

¹ Acadêmica do IX semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Frederico Westphalen. E-mail: deia_cpiovesan@yahoo.com.br

² Acadêmico do IX semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Frederico Westphalen. E-mail: jonadarosa@hotmail.com

³ Enfermeira Supervisora do Estágio Supervisionado do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. Email: jaquemarafon@yahoo.com.br

encaminhadas para realização da mamografia, segundo preconiza o Ministério da Saúde. O exame colpocitológico é um dos mais importantes para a saúde da mulher, e está disponível na rede de saúde pública do Brasil, tendo em vista que os profissionais de saúde devem estar envolvidos no combate ao câncer cérvico-uterino, buscando mudanças sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle. Dessa forma percebemos o interesse e a busca das mulheres pela realização dos exames onde, inicialmente acolhíamos a cliente na Unidade Móvel, realizávamos uma conversa com o preenchimento da Requisição do Exame Citopatológico – Colo do Útero, e posteriormente explicávamos o procedimento, pois algumas mulheres estavam realizando o exame preventivo pela primeira vez. Muitas mulheres evitam o exame colpocitológico devido ao medo de descobrir que estão doentes, principalmente, de câncer. Outro aspecto importante que leva ao adiamento da busca pelo exame é a vergonha de ter seu corpo desnudo e exposto, gerando ansiedade e constrangimento. Logo, alguns profissionais não percebem estes sentimentos e acabam encarando o evento como algo corriqueiro, cotidiano, sem importância, sem dar a atenção necessária à cliente. Após coleta do material ectocervical e endocervical foi realizado o esfregaço na lâmina, e depois aplicado o fixador na mesma. Dessa forma, ações de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino têm por finalidade evitar ou remover os fatores de risco, além de realizar um diagnóstico precoce, através do rastreamento clínico das lesões pré-malignas ou malignas. Também utilizamos deste momento, para realizar o Exame Clínico das Mamas, orientando à cliente para a realização do Auto Exame das Mamas que, conforme preconiza o Ministério da Saúde, em mulheres em idade fértil deve ser feito após a menstruação. E mulheres que não passam pelo período menstrual devem realizar o autoexame das mamas mensalmente sempre no mesmo dia. Contudo, Brasil (2007) corrobora que, além da oferta dos exames preventivos na rede básica, é importante mobilizar as mulheres, principalmente as mais vulneráveis, para que compareçam aos serviços de saúde, implementando ações com a equipe de saúde para que ocorra os encaminhamentos necessários. Nesse sentido, essas ações visam diminuir o câncer de mama, encorajando as mulheres, seja nas consultas de enfermagem ou nos grupos de saúde, a participarem do controle da sua saúde, incorporando nas suas rotinas o autoexame das mamas e permitindo assim, identificar precocemente as alterações sinalizadas. Porém, o autoexame das mamas não deve ser uma estratégia isolada para a detecção precoce do câncer de mama. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o exame das mamas deve ser feito pela própria mulher e fazer parte das ações de educação para a saúde, contemplando o conhecimento do próprio corpo. Dentro desse contexto, a Saúde da Mulher constitui-se em um campo de atuação importante para o profissional enfermeiro, pois, geralmente é o primeiro contato da mulher com os serviços de saúde. Assim, entendemos que os mutirões de saúde constituem-se como campos práticos para aproximar a comunidade do serviço de saúde, envolvendo a prática educativa ao cuidado de enfermagem. Deste modo, percebemos que estas atividades possibilitam a troca de experiências e o aprendizado, visto que o profissional da saúde necessita estar preparado para atender essa clientela de forma holística, planejando e programando a promoção da saúde e de prevenção primária, através de uma abordagem integral e resolutiva. Tendo em vista que as mulheres serão atendidas em todas as fases da vida, essa abrangência possibilita a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito.

Palavras-chave: Educação em saúde. Câncer de mama. Câncer de colo de útero.

Referências

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Controle do câncer de mama – documento do consenso.** Instituto Nacional de Câncer (INCA). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DATASUS. **Caderno de Informações de Saúde – Município: Frederico Westphalen - RS.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs_frederico_westphalen.xls>. Acessado em: 02 maio 2011.

A FRAGILIDADE DO IDOSO E SUA RELAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO HUMANO: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Ana Carolina Fabris Laber¹
Carla Argenta²

O senso comum sabe e as estatísticas científicas confirmam: o Brasil está envelhecendo. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população idosa representa hoje, no Brasil, 11% da população total do país. (IBGE, 2010). Em 2050, estima-se que 29,8% da população brasileira esteja com idade igual ou superior a sessenta anos. Isto, somado à baixa dos índices de fecundidade, gera alterações consideráveis na estrutura etária do país, assemelhando-a com a de países desenvolvidos e com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). (IBGE, 2009). Ainda segundo o autor supracitado, o número de idosos ultrapassará o de crianças, já em 2030. Contudo, não se sabe ao certo o quanto o país está preparado econômica e estruturalmente para esta mudança na estrutura demográfica. Um dos grandes pontos a serem discutidos é a necessidade da adaptação de todos os setores, essencialmente os da Saúde e da Previdência Social. Segundo dados do Ministério da Saúde, somente no ano de 2009 as fraturas decorrentes de quedas em idosos custaram R\$81.000.000,00 (oitenta e um milhões de reais), aos cofres públicos, totalizando trinta mil setecentas e noventa oito internações. (BRASIL, 2011). Para que o envelhecimento populacional não se torne um problema é preciso que estratégias sejam desenvolvidas com a finalidade de promover um envelhecimento saudável e ativo. Netto (2006) destaca que para obtê-lo é necessária uma série de fatores intrínsecos e extrínsecos, dentre eles dieta adequada, atividades físicas regulares, bom funcionamento físico e mental e envolvimento com a vida. Todos estes fatores influenciam na capacidade do idoso em manter o organismo em perfeito funcionamento (homeostasia), prevenindo e tratando as consequências naturais do envelhecimento evitando a instalação de doenças e/ou síndromes geriátricas. No que se refere às síndromes geriátricas Moraes, Marino, Santos (2010) descrevem que a perda das funções resulta nas grandes síndromes geriátricas, sendo elas, a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa. Entretanto, a partir da década de 1980, vem sendo estudada uma série de características que levam ao declínio funcional dos idosos, caracterizando sinais e sintomas que juntos denomina-se Síndrome da Fragilidade do Idoso. (NERI & TEIXEIRA 2006). Daí se deu a necessidade da realização de uma revisão bibliográfica para expandir os conhecimentos relacionados ao tema com base no seguinte objetivo: Realizar uma reflexão teórica acerca da fragilidade do idoso e suas implicações no

¹ Acadêmica do V semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen- RS. E-mail: anac.laber@gmail.com.

² Enfermeira. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. Mda em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. E-mail: carlaargenta@yahoo.com.br. Orientadora do resumo.

envelhecimento humano. Para a produção deste resumo expandido foi escolhida a base de dados LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde), sendo utilizados os descritores “envelhecimento” e “idoso fragilizado”; a seleção dos artigos se deu através da leitura dos títulos e resumos. Com o objetivo de aprimorar o resumo foi necessária a busca por materiais na Editora do Ministério de Saúde e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram utilizados, ainda, livros, textos e uma monografia. Os primeiros estudos relacionados caracterizam a Síndrome da Fragilidade do Idoso como condição comum aos indivíduos com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, dependentes de outras pessoas. Atualmente, estudos indicam que esta é uma condição multifatorial (biopsicossocial) associada à comorbidades como diminuições da massa e força muscular e alterações da marcha e equilíbrio. (NERI & TEIXEIRA 2006). A definição utilizada nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da População Idosa considera como frágil ou em condição de fragilidade os idosos que são institucionalizados, possuem histórico recente de internação hospitalar, possuem incapacidade funcional gerada ou não por patologia ou aqueles que sofrem de violência doméstica. (BRASIL, 2006). Para Gazzola, Macedo e Najas (2008) idoso fragilizado é aquele que apresenta risco mais elevado para desfechos clínicos adversos como dependência, quedas, institucionalização recuperação lenta ou ausente de um quadro clínico, entre outros. Os autores supracitados destacam ainda que os principais componentes da Síndrome da Fragilidade do Idoso são sarcopenia (diminuição da força muscular e na velocidade da marcha); alterações imunológicas (p. ex. aumento dos marcadores inflamatórios) e alterações neuroendócrinas (p. ex. declínio na produção de hormônios como a testosterona e o estrogênio e aumento dos níveis de cortisol). Para Neri e Teixeira (apud HOGAN et al., 2006 p. 1103) três critérios devem ser estabelecidos para definir a fragilidade dos idosos: 1. Dependência nas atividades de vida diária (AVDs) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) [...] Ex. 2: perdas funcionais que podem interferir na habilidade de manter a autonomia no cotidiano. 2. Vulnerabilidade aos estresses ambientais, às patologias e às quedas [...] Ex. 2: estágio intermediário no qual o indivíduo experiencia vulnerabilidade aumentada aos estressores patológicos, psicossociais ou ambientais. 3. Estados patológicos agudos e crônicos [...]. Já para o grupo de pesquisa da Universidade Johns Hopkins dos Estados Unidos da América que trabalha na busca da conceituação da Fragilidade, esta possui cinco características mensuráveis: perda de peso não-intencional (mais de 5% do peso corporal no último ano); fadiga; diminuição da força de preensão palmar (medida por um dinamômetro); diminuição da qualidade e da quantidade de exercícios físicos e diminuição da velocidade da marcha. (GAZZOLA, MACEDO & NAJAS, 2008). A complexidade e a dificuldade na conceituação desta síndrome representam um grande desafio aos pesquisadores e estudiosos da área da geriatria e saúde em geral. O que se percebe através da crescente gama de estudos e publicações sobre o tema é que idoso fragilizado é aquele que sofre os efeitos de condições adversas que interferem na realização de suas AVDs ou AIVDs (p. ex. perda da autonomia, institucionalização, abandono, quedas, luto, etc.). A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa prioriza o atendimento àqueles idosos considerados com potencial para desenvolver a fragilidade, e apresenta como essencial para o cuidado dos mesmos a avaliação dos recursos locais e a adaptação do cuidado domiciliar. Mais do que isso, prioriza a prevenção à fragilidade quando diz que é preciso ter como meta a preservação da autonomia e da independência funcional das pessoas idosas (BRASIL, 2006). Neri e Teixeira (2006) apontam que apesar de a fragilidade ser uma condição progressiva, existem grandes possibilidades para a prevenção e o tratamento dos sintomas. Prevenir a fragilidade e/ou quaisquer outros agravos que possam vir a intervir no processo saúde-doença do

indivíduo é uma tarefa dinâmica que precisa começar cedo já que acreditar que se fica velho somente aos sessenta anos é um equívoco. O processo de envelhecimento inicia no período fetal e se estende até a morte, já que é fruto das experiências, escolhas e circunstâncias construídas desde a gestação da mãe até o último dia de vida do indivíduo. Neste sentido, o enfermeiro possui papel fundamental no sentido de conhecer e traçar ações preventivas para fragilidade, evitando que ela se instale ou que ocasione complicações características da síndrome. Mesmo não havendo um consenso nacional e internacional acerca da definição de fragilidade do idoso é necessário conhecer e compreender as definições que a priori têm caracterizado a fragilidade sob a ótica de diferentes autores. O profissional enfermeiro ao construir este conhecimento e utilizando-se dele, pode avaliar, diagnosticar e intervir, prevenindo complicações e agravos, aumentando a qualidade de vida de nossos idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento Populacional. Idoso Fragilizado. Prevenção.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Quedas de idosos: SUS gasta 81 milhões com fraturas em idosos em 2009.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33674&janela=1>. Acesso em: 21 abr. 2011.

_____. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

GAZZOLA, Juliana Maria; MACEDO, Camila; NAJAS, Myrian. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. **Arquivos brasileiros de ciências da saúde.** São Paulo, v. 33. n. 3, p. 177-84, 2008.

FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sócio demográficos e de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade Brasil - 2010.** Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>>. Acesso em: 29 abr. 2011.

MORAES E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais,** v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.

NERI, Anita Liberalesso; TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: NETTO, Matheus Papaléo. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UM INSTRUMENTO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

Cássia Jordana Krug Wendt¹
Carla Argenta²

A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, na qual se utilizam métodos de trabalho científico para reconhecer as situações de saúde/doença dos usuários dos serviços de saúde públicos e privados. Através deste instrumento, o enfermeiro possui informações para a efetivação de ações de assistência de enfermagem, que venham contribuir na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde tanto do indivíduo e sua família quanto de uma comunidade. Conforme a Resolução 272/2002, a institucionalização da SAE contribui na melhora da qualidade da assistência de enfermagem ao cliente, e como sendo prática do processo de trabalho do enfermeiro, aplica-se em todas as áreas de assistência, adequando-se às reais necessidades da população à qual fica destinada. O presente trabalho tem por finalidade refletir acerca da temática abordada no I Congresso Sul Brasileiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. O evento supracitado aconteceu em Chapecó/SC, nos dias 14 e 15 de abril de 2011. O evento contou com a presença de profissionais da área da saúde, docentes e acadêmicos de Enfermagem de todo o país. Representando a Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Frederico Westphalen, estiveram participando do evento duas docentes e quatro alunas do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem. Durante o Congresso, as temáticas foram apresentadas através de palestras, minicursos, roda de conversa e apresentação de pôster, abordando a sistematização da assistência de enfermagem tanto no meio acadêmico quanto no meio assistencial. A preocupação com o planejamento e a normatização da assistência prestada aos clientes dos serviços de saúde surgiu no Brasil, na década de 70, quando foi introduzido o processo de enfermagem pela enfermeira Wanda de Aguiar Horta. Entretanto, somente com a Lei do Exercício Profissional nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, a qual apresenta as atividades do enfermeiro no campo do planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de enfermagem, e com a Resolução nº 358/2009, que dispõe da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do processo de enfermagem, demonstrou-se a real importância e a necessidade de se planejar a assistência de enfermagem. Assim sendo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE é um dos instrumentos de trabalho privativo do enfermeiro, no qual no cotidiano do trabalho em instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas, o enfermeiro pode vir planejar suas ações, executá-las, e ainda avaliar o cuidado que está sendo prestado ao cliente, família ou comunidade. A sistematização da assistência de

¹ Graduanda do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen. cjkwendt@hotmail.com.

² Enfermeira. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. Mda em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. E-mail: carlaargenta@yahoo.com.br. Orientadora do resumo.

enfermagem é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na prestação da assistência ao paciente e ainda possibilita caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel (SPERANDIO; ÉVORA, 2005). A implantação dessa metodologia assistencial se torna possível através do processo de enfermagem, método científico que promove ordem e direção ao cuidado. Contribuindo para a sistematização das ações, a tomada de decisões e a organização do serviço de enfermagem, o processo de enfermagem se torna uma prática profissional importante para a consolidação de um cuidado mais qualificado, humanizado e individualizado. Para Horta (1979), o processo de enfermagem é um método sistematizado e dinâmico, de ações inter-relacionadas, que o enfermeiro utiliza na assistência aos clientes. É composto por seis fases: investigação, que consiste na coleta de dados e problemas de saúde; diagnóstico de enfermagem, interpretação dos problemas coletados; planejamento, determinação das intervenções a serem prestadas junto aos clientes; implementação, a realização das ações prescritas; avaliação, análise dos resultados colhidos, determinando se as intervenções de enfermagem alcançaram os resultados esperados ou se há necessidade da reavaliação da assistência de enfermagem prestada. A implementação da SAE pode ser considerada um processo complexo, o que acaba dificultando o emprego desta metodologia por parte dos profissionais enfermeiros nos serviços de saúde. Outra problemática que impede a concretização da SAE é a falta de conhecimento científico, principalmente pela falta de experiência dos profissionais. Conforme Andrade e Vieira (2005), a formação acadêmica acaba muitas vezes contribuindo para que alguns enfermeiros não apliquem esta metodologia, pois muitas vezes durante a trajetória acadêmica, os alunos encontram-se centrados nas habilidades técnicas, e acabam deixando de lado a gerência do cuidado. Além disso, durante as aulas práticas, alguns campos de estágios não utilizam a SAE no seu cotidiano, dificultando assim a visualização desta metodologia por parte dos acadêmicos. Conforme sua legislação vigente, a SAE deve ser registrada e arquivada no prontuário do usuário. Este registro vem facilitar as atividades de planejamento e possibilitar a pesquisa e a auditoria em enfermagem. Entretanto, esse registro na visão de muitos enfermeiros, torna-se um trabalho que requer um longo tempo para a sua elaboração, e conforme o número de fases do processo a ser utilizado, acaba somando inúmeras folhas. Visando solucionar estes problemas, alguns softwares foram criados com a proposta da informatização do processo de sistematização da assistência de enfermagem, como por exemplo, o sistema implantado nas unidades do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Com a SAE informatizada, o tempo gasto para a execução do processo de enfermagem pode ser reduzido, possibilitando que o enfermeiro tenha mais tempo para a assistência de enfermagem ao cliente. Além disso, a agilidade do processo e o acesso imediato aos dados do paciente são outros benefícios encontrados com a informatização. Enquanto processo organizacional, a sistematização da assistência de enfermagem é capaz de fornecer subsídios para o desenvolvimento de metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado (NASCIMENTO et al., 2008). A implementação da SAE, através do processo de enfermagem proporciona ao enfermeiro a possibilidade de prestar aos usuários dos serviços de saúde cuidados individualizados, conforme as necessidades humanas básicas, e pode nortear a tomada de decisão em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem (ANDRADE, VIEIRA, 2005). A SAE quando implantada de forma eficiente torna-se um respaldo seguro através do registro, e garante a continuidade no cuidado prestado aos usuários. Evidencia-se também a contribuição da enfermagem na atenção aos clientes, bem como nos permite a visibilidade do trabalho prestado, o reconhecimento e a autonomia profissional. A sistematização da assistência de

enfermagem é um importante instrumento do enfermeiro para a organização do cuidado. O enfermeiro deve assistir o paciente, sua família e comunidade de forma holística, e ao utilizar a sistematização da assistência de enfermagem o mesmo consegue proporcionar um atendimento eficiente e individual. Porém, para a sistematização da assistência de enfermagem faz-se necessário que os profissionais enfermeiros estejam em constante atualização, contribuindo assim com ações embasadas em princípios científicos, o que refletirá na melhor qualidade de cuidado. Com a participação no Congresso conseguimos discutir e refletir acerca deste instrumento que infelizmente, ainda está em construção nos nossos serviços de saúde. As explanações possibilitaram uma troca de informações entre os profissionais que já utilizam este instrumento com os demais participantes do evento, e também reforçou a importância da utilização do mesmo para a consolidação de um atendimento mais qualificado e individualizado aos clientes dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Processo de Enfermagem. Qualidade da assistência.

Referências

ANDRADE, J. S. de; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 261-265, maio/jun. 2005.

HORTA, W. de A.; CASTELLANOS, B. E. P. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

NASCIMENTO, K. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 643-648, Maio 2008.

SPERANDIO, D. J.; ÉVORA, Y. D. M. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 937-943, nov./dez., 2005.

DESCOBRINDO - SE COM CÂNCER DE MAMA: NOTA PRÉVIA

Renata Albarello¹
Carla Argenta²

O Brasil classifica-se entre os países com maior incidência de câncer de mama em todo o mundo. Dentre as neoplasias malignas, o câncer de mama tem sido o responsável pelos maiores índices de mortalidade no mundo, tornando-se uma das grandes preocupações, no que diz respeito à saúde da mulher. (DUARTE, ANDRADE, 1999). O câncer de mama permanece sendo o tipo de tumor mais comum entre as mulheres e tem um típico e, às vezes complexo impacto psicológico. A utilização, cada vez maior da cirurgia conservadora, onde não há extirpação completa da mama tem reduzido o efeito negativo da autoimagem e imagem corporal das mulheres afetadas pela doença (CAMARGO, SOUZA, 2003). O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo, sendo mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Porém se tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. É uma doença que ocorre por conta do desenvolvimento anormal das células da mama. Elas se multiplicam repentinamente até formarem um tumor maligno. O câncer de mama é uma doença que tem cura se diagnosticado logo no início, sendo que a prevenção se dá através do diagnóstico precoce (BRASIL, 2009). Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da saúde, nas décadas de 70 e 80 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes (BRASIL, 2008). Entretanto existem três ações em saúde consideradas fundamentais para o diagnóstico precoce do câncer de mama. O autoexame das mamas, realizado de forma adequada, o exame clínico das mamas e a mamografia, feito por um profissional especializado. Essas ações contribuem para que no surgimento de um tumor maligno, o tratamento adequado não requeira uma intervenção cirúrgica agressiva para o corpo feminino (DUARTE, ANDRADE, 1999). Embora o prognóstico seja otimista para a maioria das mulheres diagnosticadas no estágio inicial da doença, o diagnóstico de câncer de mama tem um profundo impacto psicossocial nos pacientes e seus familiares (BERGAMASCO, ANGELO, 2001). Sendo assim o câncer de mama é uma experiência amedrontadora para a mulher e, para a maioria delas, o diagnóstico da doença evoca sentimentos de pesar, raiva e intenso medo. Além disso, a doença em sua trajetória pode levar a mulher a passar por situações que ameaçam sua integridade psicossocial, que provocam incertezas quanto ao sucesso do tratamento e que levam a se defrontar com a possibilidade da recorrência da doença e a morte (CAMARGO,

¹ Acadêmica do IX semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. E-mail: renataalbarello@yahoo.com.br

² Enfermeira. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. Mda em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. E-mail: carlaargenta@yahoo.com.br. Orientadora do resumo.

SOUZA, 2003). É importante que o enfermeiro conheça o viver de mulheres com câncer de mama procurando entender como elas viveram o momento da descoberta, considerando que ela pode enfrentar situações conflitantes, após a descoberta da doença. A atuação do enfermeiro deve ser iniciada logo após o diagnóstico, por meio da consulta de enfermagem, a ser realizada na ocasião da internação antes de cada modalidade terapêutica, sendo que no momento da alta hospitalar deve-se encaminhar a mulher para grupos de apoio interdisciplinar que discutem aspectos educativos, sociais e emocionais, visando à reintegração a vida cotidiana (BRASIL, 2008). O enfermeiro atua como facilitador de uma assistência de qualidade cuidando do paciente não só como alguém que necessita de tratamento de saúde, mas também como um ser que é capaz de perceber o sentido e significado para sua experiência de dor, de medos, preocupações, inseguranças, que devem ser assistidos e esclarecidos a fim de que o atendimento obtenha melhores resultados (REGIS, SIMÕES, 2005). A referida pesquisa reúne características qualitativas e descritivas, no sentido que a pesquisa qualitativa baseia-se na busca pela compreensão do que se estuda, não se preocupando com a generalização de leis e princípios, pois o objetivo central é o específico, ou melhor, aquilo que se está estudando. Com este tipo de pesquisa visa-se melhor entender um problema na perspectiva dos sujeitos que os vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, suas satisfações, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos atentando-se para o contexto social no qual o evento ocorre (LEOPARDI, 2001). Já as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados e, também as que têm por objetivo, por exemplo, estudar as características de um grupo (GIL, 1996). A pesquisa será realizada no estado do Rio Grande do Sul, no município de Palmitinho, pertencente a 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), localizado ao Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, com uma população de 6.953 habitantes, sendo essa dividida em 2.577 habitantes da cidade e 4.366 habitantes na área rural. Além disso, o projeto será desenvolvido junto à secretaria Municipal de Saúde, do município de Palmitinho que conta com dois programas de Estratégia da saúde da Família e com uma equipe multiprofissional distribuída em, 4 médicos, 2 dentistas, 2 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem, 2 auxiliares de dentista, 1 agente da dengue, 7 agentes comunitárias de saúde, 1 faxineira e 3 motorista. Os participantes desta pesquisa serão mulheres com diagnóstico de câncer de mama nos últimos dois anos, residentes no município de Palmitinho, que tiverem interesse em participar e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. Optou-se por dois anos de obtenção do diagnóstico, pois se acredita que facilitará a coleta das informações vindo ao encontro do objetivo proposto. A escolha das participantes se dará por meio de informações coletadas junto à Secretaria Municipal da Saúde do Município de Palmitinho, através do programa SISMAMA. Os critérios para a inclusão das mulheres nessa pesquisa serão aceitar participar da pesquisa de forma espontânea mediante convite e assinatura de termo de consentimento Livre e Esclarecido, ter o diagnóstico de câncer de mama nos últimos dois anos pelo SUS. Optamos por determinar este período por entendermos que quanto mais próximo à mulher tiver recebido o resultado, mais fidedignos serão os resultados. Os dados serão coletados por meio de entrevista aberta às quais serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, sendo que entrevista é a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção de dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de diálogo

sistemático, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (GIL, 1999). Para coletar os dados utilizar-se-á de uma questão norteadora a qual permite que o participante fale livremente acerca da temática, sendo ela: Fale para mim como foi descobrir-se com câncer de mama? É realizada durante e após a coleta de dados. A análise e categorização dos dados tratam-se do processo de análise que busca dar um sentido ao conjunto de dados. A análise dos dados seguirá os passos metodológicos preconizados por Minayo (2004), e se dará através de um mapeamento dos resultados coletados, da transcrição dos diálogos, leitura do material, organização dos relatos.

Palavras-chave: Câncer de mama. Saúde da mulher. Diagnóstico.

Referências

BESGAMASCO B. B.; ÂNGELO M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de cancerologia**, 2001.

BRASIL. **Câncer de Mama**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Controle do câncer de Mama**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>.

CAMARGO T. G.; SOUZA I. E. O. Atenção a Mulher Mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no hospital do câncer III. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, 2003.

DUARTE T. P. ANDRADE A. N. **Enfrentando a Mastectomia**: Análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas a sexualidade, 1999.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LEOPARDI, M. I. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Paloti, 2001.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

REGIS, M. de F; SIMÕES, M. F. S. Diagnóstico de câncer de mama; sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 81-86, 2005. Disponível em: <<http://www.fen.ufr.br>>.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DO ENVELHECIMENTO HUMANO: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Sinara Rapachi¹
Carla Argenta²

O envelhecimento humano tem sido tema de muitas discussões, com o atual crescimento da população idosa decorrente do aumento da expectativa de vida e o fato de estarem nascendo menos crianças. Percebe-se um declínio na taxa de natalidade e mortalidade o que afirma o envelhecimento da população global (BORBA et al., 2002). Paralelamente ao aumento da expectativa de vida está a preocupação com melhoria da qualidade de vida desse idoso, preocupações com a elaboração de programas voltados as suas necessidades apoiados nas políticas públicas, formação acadêmica voltada à assistência ao idoso visando preparar e qualificar a assistência de Enfermagem. Considera-se importante estabelecer atividades de aperfeiçoamento para profissionais de saúde que trabalham no cuidado direto ao idoso, além de fornecer suporte às famílias e sociedade. Neste sentido temos por objetivo: Refletir acerca da formação acadêmica e das ações do enfermeiro diante do envelhecimento populacional. Esta fase da vida humana é por vezes caracterizada por inúmeros conflitos. Esta etapa da vida deveria ser regada de satisfação pessoal e profissional cercada de alegrias pelo fato de já terem criado seus filhos, encerrado suas carreiras profissionais, aproveitando a aposentadoria. No entanto muitos sofrem com a solidão, o abandono, o preconceito e a baixa autoestima, resultado muitas vezes de agravos à saúde, perda da autonomia e independência para realizar coisas simples de seu cotidiano, além de muitos serem colocados em instituições asilares por seus familiares e serem verdadeiramente abandonados lá. A solidão está relacionada ao abandono da família e perda das pessoas amadas, falta de capacidade de manter sua autonomia, independência para cumprir atividades da vida diária (AVDs) como vestir-se, banhar-se, dependência e desvalorização pessoal causando perda do entusiasmo, provocando profunda tristeza, levando o idoso a deprimir-se. A não aceitação por parte do idoso do envelhecer está muito vinculada às perdas que geralmente esta fase da vida traz, não visualizando muitas vezes uma possibilidade de adaptação, aceitação e enfrentamento das particularidades do envelhecimento. Muitos idosos encontram na espiritualidade a esperança, a força, e a coragem para se prepararem para a morte. Refletindo acerca de algumas características do envelhecimento, seja de caráter social, biológico e/ou psicológico compreendemos a importância em estarmos preparados e subsidiados para cuidar da pessoa idosa independentemente do contexto em que ela está inserida. As instituições de formação acadêmica em enfermagem precisam urgentemente preocupar-se mais com o ensino da assistência direcionada ao idoso levando em conta as suas especificidades e características

¹ Acadêmica do III semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. E-mail: sinararapachi@hotmail.com.

² Enfermeira. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. Mda em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. E-mail: carlaargenta@yahoo.com.br. Orientadora do resumo.

garantindo, com isso, qualidade na atenção familiar, social e política, desmistificando os preconceitos existentes. No entanto esta formação depende exclusivamente das adequações das escolas técnicas e das universidades que ainda não oferecem disciplinas voltadas à atenção ao idoso e que levem em conta a transformação biopsicossocial pela qual a pessoa idosa está vulnerável. Outro fator relevante que envolve a assistência ao idoso é participação governamental, tão indispensável para a promoção dessa assistência, e a criação de políticas públicas voltadas às necessidades básicas do idoso que atinjam principalmente os de baixa renda já que se torna um agravante à saúde a falta de condições financeiras para seu tratamento (BORBA et al., 2002). A diminuição das filas de espera, onde muitos morrem sem conseguirem um tratamento, talvez seja o maior desafio. É dever dos governantes assegurar um bom e igualitário nível de assistência, além de manter o idoso com papel ativo e participativo na vida social da comunidade. É importante lembrar que uma velhice saudável deve ser cultivada desde a infância e o profissional de Enfermagem deve desenvolver na sociedade essa consciência. O idoso é extremamente importante e fundamental na convivência familiar, já que este indivíduo está carregado de experiência e maturidade, desassociando-o da ideia de ser velho e inútil às outras pessoas. No currículo de graduação, são apresentados aos alunos com o enfoque nos conteúdos da fisiopatologia do envelhecimento, os sentimentos emergidos neste contexto, na maioria das vezes, não são trabalhados e até mesmo reprimidos sem considerar as diferentes histórias de vida onde os objetivos de aprendizado não são alcançados. A quantidade do conteúdo sobre envelhecimento abordado afeta diretamente o cuidado do idoso e por isso, há necessidade de pesquisar sobre o que é ensinado, como é ensinado, o tempo dispensado ao assunto e qual a importância desse conteúdo no currículo (SANTOS, 2006). A Enfermagem, na medida em que dispõe do conhecimento sobre as alterações biopsicossociais que ocorrem ao longo da vida e no envelhecer, tem condições de aproximá-lo do convívio social ativo, minimizando dificuldades adaptando-o a sua realidade, e ajudando-o a exercer sua cidadania. Preparar a família para que tenha capacidade de suprir suas necessidades e limitações tornando sua casa um lugar acolhedor no qual ele sinta-se protegido, respeitado, amado, útil e importante para a sociedade, o que irá aumentar a sua satisfação em viver. Para muitas famílias o idoso útil é aquele que consegue realizar serviços a seu favor, a partir do momento que isso se torna difícil o idoso é visto como um “peso” para a família, sendo hostilizando, mal assistido e desrespeitado. O profissional de enfermagem tem um amplo espaço para atuar frente a grupos de idosos, com autonomia ao sistematizar através de experiências e criatividade, ações de assistir, ajudar, orientar e capacitar a pessoa idosa quanto à capacidade de gerenciar a própria independência e saúde (DIOGO, 2000). A Enfermagem tem papel importante à frente de grupos de idosos, podendo organizar ações através das experiências e da criatividade do idoso às quais o orientem e o capacitem para gerenciar sua própria independência e saúde. Ressalta-se que a reabilitação do idoso perante perdas, sejam elas de saúde ou sentimentais, não é a mesma se comparada a uma pessoa jovem, o que requer da Enfermagem uma habilidade de estabilizar o problema apontar melhorias e trabalhar a família para a aceitação desse processo. É por meio da assistência de enfermagem que se executa e avalia o processo de saúde do idoso sendo de fundamental importância o conhecimento sobre o processo de senescência e senilidade respeitando suas limitações e história familiar.

Palavras-chave: Envelhecimento. Enfermagem. Saúde.

Referências

BORBA C. P.; SANTOS A. H.; ANDRADE P. M.; MELO S. M. **O papel da Enfermagem no Envelhecimento**: uma realidade Educacional. Rio de Janeiro, n. 62, p. 6-17, ago. 2002.

SANTOS N. C.; MENEGHIN P. Concepções dos alunos de graduação em enfermagem sobre o envelhecimento. **Revista Enfermagem USP**, 2006.

DIOGO M. J. de. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan. 2000.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA

Carla Basso¹
Carla Argenta²

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial, sendo que no Brasil, tais modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. A Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme apontam Sant'Ana, Moreira (2010) conceitua o envelhecimento como prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de alterações fisiomorfológicas e psicológicas. Essas alterações compreendem um processo dinâmico e progressivo, contribuindo para uma perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente, tornando-o vulnerável e suscetível a patologias (CARVALHO FILHO, PAPALÉO NETTO, 2006). Isso possibilita a mudança de um perfil epidemiológico, anteriormente marcado pela mortalidade por doenças infecto-contagiosas em nosso país, para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, ou seja, o predomínio das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) (VERAS, 2009). É notório destacar que, à medida que a pessoa idosa vai envelhecendo, muitas vezes associado à presença de patologias ou comorbidades, poderá ocorrer o comprometimento da capacidade funcional implicando em necessidades de cuidados nas atividades de vida diária, aumentando a responsabilidade sobre os familiares/cuidadores, e dos profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro. Diante disso, a Política Nacional de Saúde do Idoso vem reconhecer e reafirmar a necessidade de vínculos entre os profissionais de saúde e o idoso, bem como seu cuidador, como forma de possibilitar a sistematização das tarefas e ações para promoção da saúde, prevenção de incapacidades e manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa, buscando-se cada vez mais prolongar este processo natural do ser humano, através de uma maior qualidade de vida (SANT'ANA, MOREIRA, 2010). A aplicação da Consulta de Enfermagem com este segmento populacional vem de encontro a estes objetivos, uma vez que esta metodologia de trabalho refere-se a uma forma organizada de cuidar do paciente, neste caso a pessoa idosa, por meio do seguimento de alguns passos previamente estabelecidos, os quais incluem a coleta de dados, que subsidia o estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem, o planejamento, implementação e avaliação dos resultados. A Consulta de Enfermagem é um instrumento de exclusividade do enfermeiro, conforme a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, a qual regulamenta o exercício profissional. Além de humanizar e qualificar a assistência prestada pelo profissional enfermeiro, a consulta auxilia na elaboração de objetivos e metas em relação à assistência de enfermagem, baseando-se num modelo assistencial que deve levar em conta o usuário de forma individualizada. Dessa forma, com o aprofundamento dos estudos acerca do envelhecimento na tentativa de se identificar, com clareza, os fatores que atuam sobre o

¹Acadêmica do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen – Apresentadora do relato. E-mail: karlinhab_rs@hotmail.com

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen – Orientadora do relato. E-mail: carlaa@uri.edu.br

mesmo e as formas possíveis de intervenção, a avaliação funcional do idoso faz parte do cuidado de enfermagem, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio que ela pode contar. Assim, o enfermeiro deve prestar uma assistência individualizada à pessoa idosa, considerando suas limitações físicas, psíquicas e ambientais. Este trabalho tem por objetivo relacionar a aplicação da Consulta de Enfermagem para a promoção da qualidade de vida da pessoa idosa. O interesse surgiu a partir da participação em Projetos de Extensão relacionados com o tema Saúde do Idoso, bem como a abordagem do assunto Consulta de Enfermagem em aula e trabalhos acadêmicos pelas docentes do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen. Soma-se ainda a participação no I Congresso Sul-Brasileiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem –SAE, realizado na cidade de Chapecó, Santa Catarina, o qual abordou a relevância da utilização desta metodologia pelo enfermeiro para qualificação e autonomia de suas atividades, aumentando ainda mais o interesse pelo tema. O exercício profissional, incluindo a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem, é regulamentado pelo artigo 11, da Lei nº. 7.498 de 25 junho de 1986, a qual caracteriza o enfermeiro como profissional liberal, pois é independente, não necessitando de supervisão para execução das suas ações (KOPACEK, GIRARDON-PERLINI, 2004). Este instrumento representa a autonomia na atuação do enfermeiro, devendo ser usado para gerar benefícios aos usuários através de um atendimento sistematizado e contínuo, visando promover a saúde e bem estar por meio do diagnóstico e tratamento. A Consulta de Enfermagem compreende a aplicação do histórico de enfermagem, que corresponde à análise do prontuário, à entrevista de enfermagem, ao roteiro para obtenção de dados, percepções e expectativas do cliente e de sua família em relação ao seu nível de saúde, ao levantamento de suas necessidades humanas básicas, ao exame físico, às particularidades de cada cliente, ao diagnóstico e a um plano terapêutico de Enfermagem (MARTINELLI et al., 2004). Através de sua realização, o enfermeiro se aproxima mais de seus pacientes, afastando-se um pouco da função burocrática, na qual dispense grande parte de sua atenção, o que possibilita a criação de vínculos efetivos com o cliente, permitindo que o enfermeiro entre em contato direto com as necessidades apresentadas, o que possibilita a compreensão e descoberta de informações que embasam todo seu atendimento. (KOPACEK; GIRARDON-PERLINI, 2004). Esta metodologia pode ser entendida como uma forma sistemática e organizada de delimitar problemas e potenciais riscos, fazer e executar planos para resolvê-los, exigindo uma avaliação da eficácia na resolução dos mesmos. Diante dessas considerações, a enfermagem deve privilegiar suas ações específicas/próprias junto ao idoso, não apenas como suporte de ações médicas e administrativo-burocráticas, mas compartilhando seus conhecimentos no atendimento às suas necessidades. Assim, alguns fatores como o reconhecimento da consulta de enfermagem pela instituição, a competência técnica da enfermeira para realização da consulta e o respeito da equipe multiprofissional frente esta atividade, a criação de protocolo, adequação dos recursos humanos à realidade da instituição, tendo espaço próprio para execução da consulta de enfermagem e efetuando o registro no prontuário do paciente, dentre outros fatores, são fundamentais para que tal processo torne-se efetivo, dinâmico, individualizado e humanizado. O envelhecimento populacional apresenta consequências sociais como a maior demanda aos serviços de saúde, o aumento da população economicamente inativa, fatores estes que causam um aumento considerável nos gastos públicos. A questão social dos idosos não diz respeito apenas a eles, mas a toda a sociedade, uma vez que representam uma expressiva parte da população. À medida que envelhece, a pessoa passa a apresentar necessidades diferenciadas, uma vez que suas capacidades físicas e

demandas sociais se modificam, exigindo uma adequação do espaço, que compense limitações, preserve a autonomia e mantenha a autoestima do indivíduo. O objetivo fundamental na saúde do idoso é alcançar um estado de saúde bom, para se atingir o máximo de vida ativa, com o maior grau de independência física, psíquica e social (CARVALHO FILHO, PAPALÉO NETTO, 2006). A Consulta de Enfermagem, dessa forma, vem viabilizar o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao idoso, facilitando a identificação de problemas e decisões a serem tomadas. Esta metodologia trata o indivíduo num contexto geral, possibilitando analisar seus aspectos físicos, psíquicos e sociais. Tal instrumento é de grande importância e resolutividade se utilizado de forma adequada, gerando autonomia profissional, além de contribuir para o estabelecimento de uma interação efetiva entre enfermeiro e cliente, fortalecendo o acolhimento, bem como a criação de vínculo que possibilite um maior conhecimento acerca das percepções e expectativas, necessidades, condições de saúde e fatores de agravo na saúde do idoso, tendo como fundamento “agregar vida aos anos, e não agregar anos à vida”. Muitas vezes, o envelhecimento acarreta à pessoa idosa seu comprometimento funcional, o que exige uma maior demanda de programas de orientação e informação, além do apoio de profissionais capacitados. A atuação do enfermeiro junto à pessoa idosa objetiva atender suas necessidades básicas, estimulando o autocuidado e fortalecendo sua independência e bem-estar, centrando-se na educação para a saúde, no cuidado baseado no conhecimento sobre os aspectos referentes ao processo de senescência e senilidade, e no retorno da capacidade funcional para realização de suas atividades. Dessa forma, a sistematização da assistência de enfermagem, através da Consulta de Enfermagem, prestada à pessoa idosa possibilita ao enfermeiro a elaboração, execução e avaliação do plano assistencial de enfermagem de forma individualizada, sendo este qualificado e humanizado, obtendo maior resolutividade em suas ações, além de estabelecer um vínculo de confiança com o indivíduo, possibilitando a troca de informações que auxiliarão no autocuidado e, conseqüentemente, na promoção da qualidade de vida.

Palavras-chave: Consulta de Enfermagem. Idoso. Qualidade de vida.

Referências

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

KOPACEK, D. B. V.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Consulta de enfermagem o que pensam as gestantes. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 3, n. 7, p. 165-75, 2004.

MARTINELLI, M. et al. Consulta de Enfermagem no Programa de Saúde da Família, na visão do enfermeiro. **Rev. Téc-cient Enferm**, Imbituba, v. 2, n. 10, p. 209-16, 2004.

SANT'ANA, E. G. M.; MOREIRA, M. P. A. A consulta de enfermagem na promoção da qualidade de vida do idoso. **Revista Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 248-53, 2010.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

ACIDENTES DE TRABALHO NO AMBIENTE HOSPITALAR ENVOLVENDO OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: NOTA PRÉVIA

Rosa Gabriela Zanatta¹
Carla Argenta²

Os hospitais são instituições que oferecem serviços de saúde, fornecendo atendimento e tratamento para os pacientes com as suas diversas patologias. Os profissionais de enfermagem responsáveis pelos cuidados diretos aos hospitalizados realizam tarefas, em atividades cotidianas, que exigem grandes proximidades físicas com pacientes, bem como com manuseios de equipamentos e materiais. Com isso, pode-se dizer que o hospital é um ambiente caracterizado por inúmeros fatores de riscos que podem desencadear os acidentes de trabalho, ou seja, as atividades de assistência aos pacientes favorecem a ocorrência a partir da exposição a materiais biológicos, infecciosos e parasitários (CARVALHO, 2001). No Brasil a primeira lei a favor da assistência ao acidente de trabalho foi promulgada apenas em 15 de janeiro de 1919 pelo Decreto-Lei nº 3.724 e na década de 1940 os problemas causados pelo trabalho começam a aparecer no Brasil. Com o passar dos anos ocorrem muitas mudanças e criações de programas para a prevenção de acidentes. Sabe-se que devido aos baixos salários pagos nos hospitais, os profissionais de enfermagem têm de dois ou até mais vínculos empregatícios, isto faz com que a sua atenção diminua e ainda com a forte sobrecarga, estresse do cotidiano, enfrentando o sofrimento das famílias e pacientes por criarem um laço de amizade e as precariedades das condições do trabalho acabam ocasionando lesões e danos mais frequentes. Os profissionais de enfermagem que atuam na área hospitalar estão expostos a numerosos riscos, como por exemplo, acidente de trabalho com materiais perfuro-cortantes, agulhas, lâminas abandonadas, tentativas de punção venosa, reencapando de agulhas, iluminação precária, postura incorreta dos profissionais o que leva a lesões na coluna, dores nas costas e principalmente a contaminação com fluidos corporais. Nesta ocasião tem-se a possibilidade de transmissão da AIDS e a hepatite. Segundo Zapparoli (2005) os profissionais de saúde, principalmente os de enfermagem, têm se mostrado persistentes em relação aos usos de equipamentos contra os riscos, as notificações de acidente de trabalho desprezam o risco de se infectar quando vítimas dos acidentes com materiais perfuro-cortantes. Com o objetivo da prevenção dos acidentes foi criada a Comissão Interna de Acidente (CIPA) pelo decreto-lei nº 7.036, em 10 de novembro de 1944. A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidente de trabalho e doenças decorrente do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a prevenção da vida e a promoção da saúde do trabalhador. A CIPA desenvolve atribuições como identificar os riscos do processo de trabalho, elaborar mapas de riscos que deverá ser realizado com a ajuda do SESMT (Serviços especializados em Engenharia de

¹ Acadêmica do V semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen- RS. E-mail: rgabizanatta@gmail.com

² Enfermeira. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. Mda em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. E-mail: carlaargenta@yahoo.com.br. Orientadora do resumo.

Seguranças e em Medicina do Trabalho) e terá como finalidade básica fazer uma representação gráfica que se refere à presença de um perigo para um indivíduo existente no trabalho (BARBOZA, 2003). Além disso, elaboram planos de trabalho que auxiliem na solução de problemas de segurança e saúde do trabalhador. Para se ter uma promoção de cuidados prevenindo os acidentes, a CIPA deve apresentar um relacionamento muito importante com a empresa para quando ocorrer o acidente o mesmo deverá ser constatado. As ações e medidas para evitar os acidentes de trabalho dependem das tecnologias e técnicas utilizadas, porém é necessária a atenção profissional perante os riscos, a prioridade para a prevenção e o controle dos danos produzidos pela carga mental e psíquica do trabalho são itens que não devam ser descuidados das intervenções. A prevenção e o controle dos perigos biológicos solicitam além do conhecimento, a capacidade da enfermagem em mobilizar e motivar indivíduos, criar ações educativas com o objetivo de evitar novas ocorrências, pois todos, desde profissionais com experiências até alunos dos cursos das áreas, devem se preocupar com essas informações. É necessário reorientar todos os trabalhadores quanto à prevenção e à subnotificação para a maior segurança, acredito que com a implementação de práticas, a elaboração de programas de educação, treinamentos com os profissionais da equipe, o gerenciamento contínuo e sistemático, alterações de rotinas de trabalho e o uso de dispositivos chamado de EPIs (Equipamentos de Proteção Individual), como luvas ao manipular fluidos, lesões em peles, punções, utilização de máscaras, óculos e aventais seria uma saída para a precaução de segurança. A enfermagem tem um papel muito importante relacionado à prevenção de acidentes de trabalho, pois como profissional e líder de sua equipe tem que passar segurança aos seus companheiros. Para isso é necessário o conhecimento do enfermeiro diante do caso, responsabilidade, diálogo, atenção e promover periodicamente treinamentos, serviço de educação continuada, precisa operar mais junto com os trabalhadores, a fim de diminuir a frequência de acidente, podendo trabalhar com segurança encontrando soluções para a sua prática diária e ações refletidas em toda sua equipe e promoção da saúde no trabalho. Torna-se um desafio para todos os participantes deste meio, porque a adoção de medidas e conceitos que apontam modificações de procedimentos é o aumento de estratégias para uma prática segura no trabalho. (Ribeiro, 2007). Essas mudanças não são uma tarefa fácil de proporcionar e é preciso muito esforço de toda a equipe na promoção de saúde e prevenção de seus agravos. O presente trabalho tem como objetivos: - identificar quais os acidentes de trabalhos mais prevalentes em um hospital da região norte do estado do Rio Grande do Sul, - identificar quais as ações desenvolvidas pelos enfermeiros que visam à redução dos riscos de acidente de trabalho com os trabalhadores de enfermagem. Ao concluir este estudo, espero que desperte o interesse dos profissionais que agem no ambiente hospitalar e que reflitam sobre a importância dos usos de EPIs na prevenção da saúde. É importante que adotem capacitações na equipe de enfermagem onde a transmissão de informações seja capaz de conscientizá-los dos perigos que enfrentam durante seus momentos no trabalho. Dessa conscientização fazer com que os mesmos acabem aplicando o cuidado ao necessitado e sobre o cuidador.

Palavra-chave: Acidente de trabalho. Enfermagem. Prevenção.

Referências

BARBOZA, D. B. et al. **Afastamento do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 2, 2003.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem do trabalho**. São Paulo: EPU, 2001.

RIBEIRO, J. G. Acidente de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 5, 2007.

ZAPAROLLI, A. **Promoção da saúde do trabalhador em enfermagem**: análise da prática segura do uso de luvas na punção venosa periférica. 2005. Dissertação. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

APLICANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM DENTRO DO AMBIENTE HOSPITALAR

Ana Paula Geraldi¹
Juliane Carine Machado²
Fernanda Balestrin³
Caroline Ottobelli⁴

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. Observamos na prática, dificuldades na aplicação do Processo de Enfermagem e até mesmo a não aplicabilidade do mesmo, uma vez que as ações ficam centradas apenas no senso comum, não havendo planejamento, e, por conseguinte, ficando difícil o raciocínio lógico em harmonia com a fundamentação científica no desenvolvimento de ações que possam ser estudadas, discutidas e comprovadas na ciência da enfermagem. Isso é um dos aspectos que vem impossibilitando o crescimento da cientificidade da enfermagem (ALVES et al., 2008). Atualmente, conforme Alves et al. (2008), 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. Conforme Horta (1979), o Processo de Enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. O Processo de Enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, que visam à assistência ao ser humano e caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases. É através da aplicação do Processo de Enfermagem que coletam-se os dados necessários para o desenvolvimento de ações que visem à assistência de enfermagem junto ao paciente, e também, a organização dos cuidados. Contudo, de acordo com Alves et al. (2008), entendemos que a aplicação do Processo de Enfermagem tem esbarrado em muitas dificuldades, prevalecendo na prática clínica um cuidado centralizado nas tarefas, resultando em um fazer automatizado e burocrático, cuja prioridade do serviço é o cumprimento de tarefas, em detrimento de um cuidado centrado nas necessidades do paciente. Além disso, o Processo de Enfermagem é uma estratégia e um instrumento de trabalho do enfermeiro, não significando um fim em si mesmo. Sem essa compreensão, o enfermeiro apenas cumprirá mais uma tarefa. É nesse sentido, que

¹ Acadêmica do VII semestre e bolsista voluntária de extensão do Curso de Graduação em Enfermagem da URI, Campus de Frederico Westphalen R/S

² Acadêmica do VII semestre e bolsista voluntária de extensão do Curso de Graduação em Enfermagem da URI, Campus de Frederico Westphalen R/S

³ Acadêmica do VII semestre e bolsista voluntária de extensão do Curso de Graduação em Enfermagem da URI, Campus de Frederico Westphalen R/S

⁴ Enfermeira, Especialista em Saúde do Trabalhador, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI, Campus de Frederico Westphalen R/S – caroline@fw.uri.br

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 visa promover a aplicação do Processo de Enfermagem, por parte dos acadêmicos, junto a pacientes internados no referido hospital. Assim, está sendo desenvolvido um projeto de extensão universitária intitulado “Processo de enfermagem: uma prática inerente ao profissional enfermeiro”, o qual tem por objetivo: desenvolver o Processo de Enfermagem com os pacientes internados junto ao Hospital Santa Terezinha do município de Palmitinho R/S, a fim de contribuir para com a prestação de cuidados integrais e humanizados. As ações estão sendo desenvolvidas junto ao Hospital Santa Terezinha do município de Palmitinho R/S, sendo realizado um encontro semanal, com duração média de 3 horas. O período de realização das atividades será de 1 de agosto de 2010 a 30 de julho de 2011, perfazendo um total de 144 horas. Em cada encontro é aplicado o Processo de Enfermagem com determinados pacientes, sendo seguidos os seis passos definidos por Horta (1979). Primeiro passo: Histórico de enfermagem - roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que torna possível a identificação de seus problemas, convenientemente analisados e avaliados, levam ao segundo passo. O segundo passo: Diagnóstico de enfermagem - que é a identificação das necessidades do ser humano que precisa do atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão. O terceiro passo: O Plano assistencial - que é a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido, sendo este sistematizado (orientação, ajuda e execução de cuidados a fazer). O quarto passo: Plano de cuidados ou prescrição de enfermagem - que seria a implementação do plano assistencial diário, que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano, cuidado e avaliado sempre. O quinto passo: Evolução da enfermagem - relato diário verificando-se a evolução é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada. O sexto passo: Prognóstico de enfermagem - estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas. Inicialmente sentiu-se a necessidade de estarmos elaborando um roteiro de coleta de dados, o qual foi criado com auxílio da professora orientadora. Após ser elaborado um roteiro para a coleta de dados, bem como para auxiliar o desenvolvimento da ação, o mesmo sofreu alterações, reformulações e adaptações conforme necessário. Este roteiro contempla informações referentes à identificação do usuário; doenças e tratamentos, motivo da internação, exames realizados, doenças crônicas, tratamentos e cirurgias, histórico familiar e outros fatores de risco; saneamento básico; cuidado corporal; exame físico dos sistemas cardiovascular, neurológico, aparelho locomotor, aparelho geniturinário, sistema respiratório, cabeça e pescoço, pele e tecidos, sistema gastrointestinal, mamas e axilas Inicialmente as três horas dos encontros semanais eram necessárias para a realização de um processo de enfermagem, isso devido a falta inicial de compreensão; inexperiência; dificuldade para a realização do diagnóstico de enfermagem; dificuldade de comunicação de ambas as partes, acadêmicas e usuário; porém com o decorrer do tempo, adquirimos maior segurança, experiência e familiaridade com o instrumento, foi possível desenvolver então até três processos no mesmo intervalo de tempo. Freitas et al. (2007) diz que muitos profissionais enfermeiros apontam como fatores dificultadores para a aplicação do processo de enfermagem a falta de tempo, a demanda de usuários internados, a falta de cobrança da aplicação pela parte da instituição, a dificuldade em identificar o diagnóstico de enfermagem e de cumprir as prescrições, porém para ele, estes

fatores não justificam a não adesão ao instrumento, sendo que para fazer a evolução há necessidade de realizar anamnese e o exame físico após avaliar o estado geral em que o usuário se encontra, além de ser constatada na evolução os problemas que devem ser abordados nas 24 horas seguintes. Concordamos com Freitas quanto aos aspectos dificultadores e ainda salientamos, no nosso caso específico, a inexperiência e a falta de intimidade com o instrumento, bem como a escolha aleatória dos casos clínicos. Prevaleram clientes do sexo feminino, entre trinta e sessenta anos, sendo que a maioria apresentava uma ou mais doenças crônicas sem ser necessariamente esta o motivo da internação, prevaleceram internações por causas pulmonares, para o qual foi elaborado um folder com orientações básicas que é entregue aos usuários, vômito, febre, tosse, cefaleia e algia baixo ventre, maior número de usuários não fumantes, que praticam algum tipo de atividade física, não faziam uso de álcool e que estavam com o índice de massa corporal dentro dos parâmetros normais, ou seja, a maioria não possuía fatores agravantes. Foram encontrados aspectos dificultadores para a aplicação do processo de enfermagem como a falta de privacidade, nos casos de leitos não-privativos; a falta de conhecimento sobre determinados assuntos pelo fato de não ter cursado algumas disciplinas; o acesso viário até o hospital. Porém a realização deste proporcionou-nos um maior entendimento do que é e para que serve o processo de enfermagem, sendo esta uma prática exclusiva do profissional enfermeiro e que tanto é mencionado e cobrado na academia porém nem sempre é compreendido pelo graduando. O Processo de Enfermagem ainda é um mecanismo desconhecido por alguns profissionais da área da saúde e isso faz com que ocorra a fragmentação das ações entre os mesmos e a redução do cuidado como procedimento. No entanto o modelo de formação dos profissionais de saúde tem sido pautado no modelo de assistência curativa da doença e na fragmentação do ser humano em partes isoladas, buscando a objetividade das ações, de modo que o conhecimento adquirido das diversas disciplinas raramente é compartilhado na busca da subjetividade tanto do cuidador como do ser que é cuidado (ALVES et al., 2008). Ressaltamos contudo que os resultados aqui apresentados ainda não são definitivos pois o projeto continua em andamento, sendo o objetivo alcançado parcialmente devido aos fatores dificultadores citados anteriormente e ao curto tempo de aplicação do mesmo. Porém o processo da aplicação deste projeto proporcionou-nos um maior entendimento sobre patologias, facilitou a associação da teoria com a prática; permitiu uma maior compreensão, aceitação e visualização das individualidades do usuário; melhora da comunicação interpessoal; experiência para o desenvolvimento do processo de enfermagem; ampliando a linha de raciocínio bem como a maneira de tratar o cliente. Foi notória a satisfação e interesse da maioria dos usuários pelo fato de estarem recebendo uma atenção diferenciada, orientações e esclarecimento de dúvidas. Contudo acreditamos que é possível realizar o processo de enfermagem através do instrumento elaborado, pensando que como profissionais teremos mais acesso e maior empatia com o usuário e maior afinidade com o instrumento, com a aplicabilidade o profissional adquirir maior desenvoltura e o que primariamente parecia complexo, dificultoso, delongado, passa a ser claro, de fácil entendimento, instantâneo, além de comprovar sua importância, seus benefícios e a satisfação dos usuários no eu refere ao atendimento.

Palavras-chave: Tecnologias da enfermagem. Processo de Enfermagem. Assistência de enfermagem.

Referências

ALVES, A. R., LOPES, C. H. A. F., JORGE, M. S. B. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 out. 2009.

BAGGIO, M. C. F., MARZIALE, M. H. P.; A participação da enfermeira do trabalho no programa de conservação auditiva. **Revista. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, set. 2001.

BRANDALIZE, D. L., KALINOWSKI, C. E.; Processo de enfermagem: vivência na implantação da fase de diagnóstico. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 53-57, set./dez. 2005.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; MIYADAHIRA, A. M. K. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, mar./abr. p. 185-191, 2002.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA, 1979.

INSTRUMENTALIZANDO OS REPRESENTANTES COMUNITÁRIOS

Caroline Ottobelli¹

Neste contexto de construção de um sistema de saúde mais justo e democrático, há vários anos vem sendo discutido o Controle Social no contexto das Políticas de Saúde no Brasil, mas foi só na década de 80 com a proclamação da Constituição Federal onde é criado o Sistema Único de Saúde - SUS, que a recomendação da participação social passa a ser garantida. De acordo com Campos (2006) o Controle Social como prerrogativa da sociedade civil envolve o desenvolvimento e afirmação de competências diversas. Primeiro, por se tratar de um processo político; segundo por que também é demanda de natureza técnica; terceiro pela dimensão ética que contempla. Dessa maneira, o Controle Social é compreendido como uma forma de controle da população, quanto à formulação e implantação de Políticas de Saúde junto à comunidade. Portanto, é apontado como uma estratégia de influência da população organizada nos inúmeros segmentos sociais sobre o governo, estando intrinsecamente relacionado às Políticas Sociais, visto que o mesmo está ligado à democracia representativa, prometendo melhorias nas condições de vida das comunidades. Nesse sentido, pode-se compreender que a prática do Controle Social se materializou por meio da institucionalização dos Conselhos e Conferências de Saúde. Todavia a institucionalização dos Conselhos e Conferências de Saúde trouxe a possibilidade de se estabelecer os direitos sociais ante um Controle Social efetivo atuando na perspectiva da construção de Políticas de Saúde voltadas aos interesses da população. Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter deliberativo, formuladores e fiscalizadores das Políticas de Saúde nas três esferas do governo (municipal, estadual e federal). Assim, foram criados com a finalidade de estimular na população a busca pelo exercício do Controle Social efetivo, com vistas à fortificação de um Sistema de Saúde que garanta a participação popular. No que se refere às Conferências de Saúde, as mesmas têm o papel de avaliar a situação da assistência social, definir diretrizes para a política e verificar os avanços ocorridos num espaço de tempo determinado. São espaços privilegiados onde se efetiva a participação social (POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2004). Entretanto, a falta de compreensão respeito do exercício Controle Social junto às comunidades é uma realidade. Conforme Arantes et al. (2007), as lideranças de uma comunidade se constituem em sujeitos fundamentais para a construção e a viabilização das mudanças nas práticas de saúde, e, como tal, é necessário que compreendam os princípios que direcionam o Sistema de Saúde, dentre eles, o Controle Social. Considerá-los como participantes das Políticas de Saúde em seus aspectos políticos e sociais; torna-se condição fundamental para a construção e viabilização de reais mudanças institucionalizadas e legitimadas socialmente. Portanto, torna-se evidente a necessidade de trabalhar, junto às lideranças de uma comunidade o exercício do Controle Social em saúde, tendo em vista, a posição que assumem diante de toda uma sociedade. Dessa forma, atuando junto a essas lideranças quanto ao exercício do Controle Social é possível contribuir para com a instrumentalização dos mesmos, possibilitando assim, que benefícios, no âmbito de

¹ Enfermeira, Especialista em Saúde do Trabalhador, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Frederico Westphalen R/S – caroline@fw.uri.br

fiscalização e formulação de Políticas de Saúde, venham a ocorrer. Dessa forma, por meio da efetivação do Controle Social diante de uma gestão representativa em saúde, a participação popular passa a ser reconhecida e legitimada na conjuntura da formulação de ações em saúde pública. Assim, a participação da comunidade perfaz uma alternativa que objetiva a democratização do Sistema de Saúde popular, visando à legitimação dos princípios e diretrizes assegurados constitucionalmente à população brasileira. Dessa maneira, será desenvolvido um estudo de Iniciação Científica intitulado “O exercício do Controle Social: ponto de vista de lideranças comunitárias” o qual terá por objetivos: - Analisar as concepções e percepções das lideranças de uma determinada comunidade do município de Frederico Westphalen R/S acerca do exercício do Controle Social; - Levantar facilidades e dificuldades encontradas pelas lideranças de uma determinada comunidade do município de Frederico Westphalen R/S a respeito do exercício do Controle Social dentro da comunidade. O presente projeto será desenvolvido junto às lideranças de uma determinada comunidade do município de Frederico Westphalen R/S. Tais lideranças compreendem: representante da Associação de Moradores; representante da Direção da Escola; representante da Liturgia; representantes da comunidade; Agentes Comunitários de Saúde; representante da Estratégia da Saúde da Família; dentre outros. Deverão ser sujeitos que residem na comunidade a ser estudada a no mínimo 1 ano, sendo no mínimo 10 sujeitos e no máximo 20. A comunidade está localizada na zona urbana do município, sendo um dos três bairros que integram a área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família 2, do município de Frederico Westphalen. Dos três, tal comunidade tem sido considerada a mais carente, fato este comprovado pelos indicadores do Datasus e IBGE. Para tanto, será desenvolvida uma pesquisa qualitativa devido ao seu foco de estudo, analisando dessa forma, a subjetividade dos participantes. A pesquisa qualitativa é basicamente aquela que busca entender um fenômeno específico em profundidade. A pesquisa qualitativa se preocupa com a realidade que não pode ser quantificada, trabalhando com crenças, valores e atitudes, os quais perfazem um espaço mais profundo de relações (MINAYO, 2004). Como aponta Minayo (1996), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Portanto, em nosso estudo, pretendemos apreender os mais diversos elementos, presentes nas falas dos participantes nas suas múltiplas dimensões, a fim de observar suas visões acerca do Controle Social. Dessa forma, será possível buscar a essência das falas dos participantes, culminando assim, na obtenção de riquezas de detalhes que somente são passíveis de serem captados por meio da pesquisa qualitativa. Será desenvolvido um estudo com abordagem qualitativa e uma proposta metodológica fundamentada na Teoria de Enfermagem Transcultural proposta por Madeleine Leininger. Conforme Leopardi (1999), um dos pontos fundamentais de enfoque desta teoria é o Modelo Observação – Participação - Reflexão (O-P-R). A esse respeito, Denardin in Gonzales, Beck e Denardin (1999), coloca que este modelo derivou-se da técnica tradicional de observação participante. Neste modelo, o pesquisador utiliza do método de tempo para fazer observação, antes de começar a participação ativa e a reflexão a respeito das falas dos participantes. Dessa maneira, Gregório (2002) em seu estudo refletiu acerca das possibilidades de cuidado ao pai durante o processo de nascimento, no Centro Obstétrico, a partir de sua própria vivência, utilizando a Teoria de Enfermagem Transcultural de Leininger. Por sua vez, Denardin, in Gonzales, Beck e Denardin (1999), trabalhou com a teoria Transcultural junto a uma comunidade rural com o objetivo conhecer as formas com as quais eram desenvolvidos cuidados em saúde na população rural de um dos distritos do município de Silveira Martins,

na perspectiva dos agricultores e suas famílias. Dessa forma, o processo metodológico constituir-se-á em duas fases. A primeira será referente à coleta de dados, para a qual far-se-á uso da teoria Transcultural de Leninger. Conforme Leopardi (1999), esta teoria trabalha com a cultura do indivíduo, por isso a transculturalidade. É uma teoria que além promover momentos de participação do pesquisador junto aos sujeitos estudados, favorece a reflexão a respeito de determinado tema e, acima de tudo, permite observar, qualitativamente, a visão e os conceitos que os participantes têm a respeito do assunto a ser estudado. Dessa forma, o método de coleta de dados será constituído de três momentos. No primeiro, ocorrerá a observação e o escutar ativo, promovendo-se o olhar e ouvir atento aos detalhes do objeto estudado, ou seja, a percepção de lideranças comunitárias a respeito do exercício do Controle Social. O segundo momento por sua vez, irá se constituir em observar, como na fase anterior, mas neste momento, em especial, promove-se uma limitada participação. Por fim, na terceira fase, ocorrerá a participação com observação continuada, experimentando assim, um envolvimento direto do pesquisador com as atividades (DENARDIM in GONZALES; BECK; DENARDIM, 1999). No que se refere à segunda fase do processo metodológico, a mesma compreenderá a análise das falas emitidas pelos participantes. Para a análise e discussão dos dados, optaremos pela análise de conteúdo (MINAYO, 1996). Neste tipo de análise, buscaremos descobrir os núcleos de sentido que compuseram as falas dos participantes nos vários momentos. Tais dados serão agrupados e analisados conforme os seguintes elementos: planejamento, implementação, avaliação, mobilização, articulação e controle. Conforme previsto na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (1996), serão respeitados todos os procedimentos relacionados à pesquisa que envolva seres humanos. Neste sentido, o estudo será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa para sua avaliação e aprovação. Nesta investigação, deverá ser assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido garante o anonimato, privacidade e o direito do pesquisado em desistir da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo ou danos para o mesmo. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os dados coletados serão manipulados somente pela pesquisadora, sendo os sujeitos codificados em LC1, LC2..., em ordem cronológica. Serão utilizadas as siglas LC por se tratarem de líderes comunitários. Estes dados serão guardados por cinco anos e depois incinerados, preservando as informações dos sujeitos da pesquisa. Por meio do desenvolvimento deste estudo se espera poder contribuir no sentido de fazer com que representantes da comunidade venham a ter clareza sobre a importância do exercício do Controle Social, promover a organização dos representantes para exercer o Controle Social no Sistema Único de Saúde além de contribuir para com a instrumentalização das lideranças da comunidade com relação ao exercício do Controle Social.

Palavras-chave: Controle social. Representantes comunitários. Sistema de Saúde.

Referências

ARANTES, C. I. S.; MESQUITA, C. C.; MACHADO, M. L. T.; OGATA, M. N. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 16, n. 3, jul./set. 2007: Disponível em: <<http://www.scielo.b>>. Acesso em: 15 mar. 2008.

AZAMBUJA, E. P.; KERBER, M. P. C.; KIRCHHOF, A. L. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 03 set. 2008.

BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; DENARDIM, J. M.; TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 16, n. 3, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 set. 2008.

BECK, C. L. C. **O sofrimento do trabalhador: da banalização a re-signação da Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 2001

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para capacitação de conselheiros de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, Á. L. P. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 16, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 set. 2008.

CAMPOS, W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CIAMPONE, M. H. T.; PERES, A. M. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, jul./set, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 set. 2008.

DENARDIN, M. L. in GONZALES, R. M. B.; BECK, C. L.; BENARDIN, M. L. **Cenários de cuidado: aplicação de Teorias de Enfermagem**. Santa Maria: Pallotti, 1999.

GREGÓRIO, V. R. P. **Cuidando do pai durante o processo de nascimento fundamentado na teoria transcultural de Leininger**. Florianópolis, 2002f. Dissertação (Mestrado) Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas Culturais e Políticos da Participação dos Movimentos Sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 nov. 2006.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologias**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D.; COLLISELLI, L. Promoção do empedramento com Conselhos Gestores de um pólo de educação permanente em saúde. **Texto Contexto**, Florianópolis, v. 16, n. 2, abr./jun. 2007: Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 abr. 2008.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-livro, 1999.

MARTINS, P. P. S.; PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. Por uma práxis de Enfermagem criativa e reflexiva. **Revista Cienc. Enferm**, v. 12, n. 2, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 set. 2008.

MELO, C. M. M.; SANTOS, T. A. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Texto e Contexto**. Florianópolis, v. 16, n. 3, jul./set. 2007: Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 mar. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

MOCINHO, R. R., SAUPE, R. A instrumentalização dos conselheiros municipais de saúde como possibilidade de efetivação do Controle Social. **Revista Texto & Contexto**, v. 9, n. 2, maio/ago. de 2000. (Universidade Federal de Santa Catarina - Mestrado Interinstitucional: mestres em Enfermagem para o Terceiro Milênio).

PROCHNOW, A. G.; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L.; TREVIZAN, M. A. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro, São Paulo, v. 41, n. 4, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 set. 2008.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do Controle Social. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, maio/jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 abr. 2008.

VÁZQUEZ, M. L.; SILVA, M. R. F.; GONZALEZ, E. S. C.; DINIZ, A. S.; PEREIRA, A. P. C.; VERAS, L. C. I.; ARRUDA, I. K. G. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Norte do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, set./dez. 2005: Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 mar. 2008.

WENDHAUSEN, Á. L. P.; CAMPOS, L. A incorporação da participação social na estratégia de saúde da família: o papel dos profissionais de saúde. **Família, saúde e desenvolvimento**, Curitiba, v. 05, n. 03, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 set. 2008.

A PRÁTICA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DO ESTÁGIO EXTRACURRICULAR UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marília Della Pasqua¹
Caroline Ottobelli²

Este trabalho é baseado em um relato de experiência, que foi vivenciado, enquanto Acadêmica do Curso de Enfermagem do sétimo semestre, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI- Campos de Frederico Westphalen. O mesmo ocorreu durante o período das férias de janeiro de 2011, sendo que os locais de escolha para a realização do mesmo foi o Hospital São José de Rodeio Bonito, pelo fato do mesmo ser um hospital onde ocorre o consórcio intermunicipal de saúde, abrangendo 24 municípios, tendo um grande fluxo de internações hospitalares, bem como pelo fato do mesmo ser referencia regional em traumatologia. O outro local de escolha para a realização do estágio foi à Unidade Básica de Saúde no município de Novo Tiradentes, sendo que o local foi escolhido pelo fato de querer conhecer quais as ações de saúde desenvolvidas na unidade bem como aplicar os conhecimentos teórico-práticos, priorizando medidas de promoção e proteção, através da educação em saúde, tendo como foco principal a família e a comunidade, respaldadas pelos princípios do Sistema único de Saúde. O objetivo foi observar e atuar diretamente no cotidiano das ações de enfermagem, que são prestadas aos usuários, bem como visualizar na pratica o que é proposto em sala de aula, sendo que os estágios tiveram o acompanhamento da enfermeira responsável técnica do hospital e da unidade Básica de Saúde. Muitas foram às ações desenvolvidas durante os dias de estágio, sendo que algumas foram: recepção do usuário, onde foi proposto o atendimento de qualidade visando ao bem estar do paciente e do seu familiar/acompanhante, como também das demais pessoas envolvidas, como por exemplo, a equipe de funcionários do hospital, levando em conta sempre a interação de ambos no processo de bem estar do paciente. O atendimento ambulatorial foi outro momento marcante, pois, foram desenvolvidas ações de prestação de cuidado como conversa escuta, administração de medicamentos (mediante prescrição médica), curativos, sondagem vesical de alívio e de demora, punção venosa entre várias atividades pertinentes ao profissional enfermeiro, mas sempre visando o ser humano como um todo e não simplesmente como uma técnica desenvolvida prestando as orientações de enfermagem. Também era realizado o atendimento pré-cirúrgico (na unidade hospitalar), onde muitas dúvidas eram esclarecidas ao paciente e seus familiares/acompanhante, proporcionando momentos de trocas de experiências e questionamentos, tentando minimizar seus anseios e preocupações. Os cuidados pós-cirúrgicos também foram de grande relevância principalmente no acompanhamento a mulheres puérperas, a quem era prestada a assistência de enfermagem,

¹Graduanda do VIII Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen. Email marília.dp@hotmail.com

²Enfermeira (URI) Pós-graduanda do Curso de Pós-graduação em Especialização em Saúde do Trabalhador da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico – Rua Ângelo Albarello nº 145, Palmitinho RS, carol_ottobelli@hotmail.com

tendo enfoque na mulher e na criança, prestando as orientações de enfermagem e prescrições de cuidados. Na unidade básica de saúde eram realizadas visitas domiciliares, onde a equipe que a realizava era composta pelo médico da unidade, a enfermeira e um técnico de enfermagem. As visitas eram realizadas nas terças e quintas feiras pela parte da manhã. Eram previamente discutidos na equipe os locais que seriam visitados e o que seria necessário levar para as visitas. Nesta mesma perspectiva podemos dizer que a visita domiciliar implica, portanto, no conhecimento do contexto de vida e saúde dos moradores, além de possibilitar o fortalecimento de vínculos, incentivar atividades educativas, identificar situações de risco e captar pacientes não aderentes ao tratamento (LOPEZ, 2008). Também observei a consulta de enfermagem, algo extremamente importante, sendo um momento em que o profissional tem a oportunidade de conhecer cada usuário, executando um atendimento que vai além do atendimento rotineiro. Nesta interface o profissional enfermeiro se aproxima da realidade da usuário, compreendendo as suas subjetividades e singularidades, bem como subsidia a sua atenção na construção/manutenção do vínculo enfermeiro-cliente-sistema de saúde, (MARTILELLE, 2004). Outro foco importante na atuação do enfermeiro foi a coleta de preventivo que é realizada pela enfermeira sendo um momento muito rico de troca de experiências, onde foi visualizado o quanto é importante ter conhecimento para poder estar junto com a população e prestar verdadeiramente os cuidados necessários conhecendo os seus usuários. Um dos fatos mais importantes que visualizei foi o gerenciamento do profissional de enfermagem que foi algo extremamente importante, pois pôde ser observado na prática o quanto é fundamental ter na unidade hospitalar ou na unidade de saúde básica a presença de um enfermeiro gerente onde o mesmo sabe de suas funções e habilidades, visando sempre o melhoramento da prestação do cuidado. Além disso, observei a interação da equipe sendo que a liderança de enfermagem é um traço marcante e deve ser desenvolvida constantemente, bem como o desenvolvimento de ferramentas que auxiliam as ações diárias do profissional de enfermagem, pois somente desta maneira é que a prestação do cuidado vai ocorrer de forma mais ética e humanizada. Entre as várias atividades pertinentes ao enfermeiro está a avaliação e evolução de enfermagem, onde foi observado que em ambos os locais eram executadas de forma clara principalmente na unidade hospitalar. Cabe salientar que o estágio extracurricular é um espaço amplo de conhecimento, pois com ele o acadêmico pode estar diretamente inserido no cotidiano das atividades de enfermagem, vivenciando e colocando em prática tudo o que lhe foi proposto no decorrer da faculdade, como também é um espaço onde se pode adquirir habilidades e empatia para com os pacientes, criando estratégias e desenvolvendo sua personalidade como futuro profissional. Dentro da unidade de saúde básica me identifiquei muito com as ações voltadas para a saúde da mulher, sendo um momento único de grande aprendizagem, pois como me identifico com este assunto tive uma maior interação, pois como sabemos existe a Política de Saúde da Mulher que apresenta um enfoque de gênero trazendo na integralidade e na promoção da saúde seus princípios norteadores, buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate a violência doméstica e sexual, visando à melhoria na qualidade de vida da mulher brasileira (BRASIL, 2002). Dentro desta mesma perspectiva, na unidade hospitalar, a maternidade foi o local onde tive uma maior identificação, adquiri muito conhecimento, pude perceber o quanto é importante se trabalhar com gestantes na unidade básica de saúde para quando chegarem à maternidade possam enfrentar o trabalho de parto com maior naturalidade, pois quando se faz a prevenção fica mais fácil da mulher entender o que é natural acontecer. Sendo assim, ao concluir o estágio percebo que foi de grande importância ter realizado o mesmo,

principalmente na unidade hospitalar, um local onde me identifiquei muito, pois aprimorei meus conhecimentos frente às ações de enfermagem e acima de tudo aumentei minha aptidão para tomadas de decisões pertinentes ao enfermeiro, mesmo que algumas vezes me senti barrada em relação à tomada de algumas decisões, pois não sendo a enfermeira da unidade não era cabível a mim. Portanto, tenho certeza que o estágio extracurricular vai me ajudar na inserção futura no mercado de trabalho, pois o querer aprender depende da motivação, da força de vontade de cada pessoa e é na vida acadêmica que adquirimos a maior parte de nossas habilidades e personalidade como enfermeiro no local de trabalho onde teremos que ser gerentes, líderes, administradores, ouvintes, ter o diálogo como fonte de trabalho, estar sempre em constante transformação e na busca do conhecimento. Também foi um espaço onde obtive a criação de um vínculo com o hospital e a unidade de saúde onde realizei o estágio, sendo bem recebida por todos os profissionais e levando o nome da universidade ao mercado de trabalho regional.

Palavras chave: Enfermagem. Estágio Extracurricular. Aprendizagem.

Referências

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

LOPEZ, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita Domiciliar: tecnologia para o cuidado, ensino e pesquisa. **Ciências Cuidado e Saúde**, São Paulo: v. 7, n. 2, p. 241-247, abr./jun., 2008.

MARTINELLE, M. et al. Consulta de enfermagem no Programa de Saúde da Família, na visão do enfermeiro. **Rev. Téc-Científica de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 10, p. 209-216, 2004.

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS (AS) NA EFETIVAÇÃO DO EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL

Fernanda Balestrin¹
Ana Paula Geraldi²
Juliana Carine Machado³
Caroline Ottobelli⁴

Dentre os princípios do Sistema Único de Saúde, o Controle Social destaca-se com grande importância. Por meio da efetivação do Controle Social dentro de uma gestão participativa, há a garantia de que a população compartilhará do processo de formulação e controle das Políticas de Saúde adotadas, favorecendo assim, o processo de envolvimento cidadão com o intuito de redistribuir poder na sociedade, na perspectiva de se atingir maior equidade e justiça social. Segundo Arantes et al. (2007), o Controle Social é a segurança de que a sociedade em geral participará do processo de formulação e controle das políticas de saúde, também podendo ser definido como a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade. Nesse sentido podemos dizer ainda que Controle social é a produção de necessidades da vida por seus próprios protagonistas. É acima de tudo partilhar poder. Nesse sentido, a expressão Controle social tanto é aplicada para designar o controle do Estado sobre a sociedade, quanto para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado. Esta temática adotou corpo no Brasil juntamente com o processo de democratização na década de 1980 e com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas de saúde na Constituição Federal. (SILVA, CRUZ e MELO, 2007). Para tanto, o Controle Social é a garantia do direito de participação da população, onde a mesma pode estar opinando e interferindo nas políticas públicas de saúde dentro das três esferas governamentais. Portanto, é a segurança que a sociedade organizada tem para estar defendendo seus direitos e por em prática seus deveres, além disso, atua em prol de seus próprios princípios de acordo com sua realidade e de sua comunidade. Dessa maneira, o Controle Social é institucionalizado através dos Conselhos de Saúde, os quais são instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde – SUS - de caráter permanente e

¹ Acadêmica do VI semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões de Frederico Westphalen. Email: Bolsista de Iniciação Científica e Apresentadora do relato fernandabalestrin@hotmail.com

² Acadêmica do VI semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões de Frederico Westphalen. Bolsista de Iniciação Científica. Email: ana-paula-geraldi@hotmail.com

³ Acadêmica do VI semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões de Frederico Westphalen. Bolsista de Iniciação Científica Email: ju.carine@hotmail.com

⁴ Enfermeira, Especialista em Saúde do Trabalhador, professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões de Frederico Westphalen. Orientadora do relato. Email: caroline@fw.uri.br

deliberativo, tendo como missão a deliberação, fiscalização, ¹acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. Tais Conselhos são compostos por usuários, trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho (BRASIL, 2010). Assim, os Conselhos de Saúde são os espaços criados para estar concretizando o Controle Social, onde a população possui maior paridade para estar propondo suas opiniões. Dessa forma, constituem-se como uma forma de fiscalização perante a implantação de ações em saúde junto à comunidade. Para tanto, foram criados para suscitar na população a participação social diante da fiscalização e formulação de Políticas de Saúde condizentes com a realidade em questão. Nesse sentido, Arantes et al. (2007) colocam que os profissionais enfermeiros exercem um papel importante na construção e no fortalecimento do Controle Social. Assim, pelo fato da enfermagem estar presente em todos os serviços de saúde e pelo fato de permanecerem em constante contato com a população, os mesmos têm base prática para identificar dentro do contexto em que eles estão inseridos, planejando ações condizentes a fim de prestar uma assistência de qualidade. No entanto, torna-se evidente a importância que a Enfermagem tem em meio à comunidade, pois o profissional enfermeiro deve ser e atuar como um líder não só de sua equipe mas também de toda a comunidade, atuando de forma humanizada, holística e democrática, visualizando as necessidades do indivíduo e da coletividade. Dessa forma, para que isso seja concretizado o profissional deve participar e promover a participação da população de forma ativa no exercício do Controle Social. Diante de todo esse contexto torna-se evidente a realização desse estudo o qual tem como problema de pesquisa: Qual(is) a(s) concepção(ões) e percepção(ões) dos profissionais enfermeiros(as) acerca do exercício do Controle Social nas comunidades onde atuam? E é neste contexto, e mediante a análise do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), da Região Média do Alto Uruguai e das Missões do Estado do Rio Grande do Sul, local onde se situam os municípios de abrangência da 19ª Coordenadoria Regional da Saúde - CRS, que se achou imprescindível a realização deste estudo. O IDH da referida região, segundo CENSO 2000 (IBGE), encontra-se entre os patamares de 0,666 – 0,750, valores abaixo da média estadual, a qual situa-se em 0,814, bem como, inferior à média nacional de 0,766. O Índice de Desenvolvimento Humano é uma medida comparativa que engloba três dimensões: riqueza, educação e perspectiva média de vida. É uma maneira padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população (IBGE). Diante disso, estando esta região com seu IDH baixo, compreende-se que é necessário o desenvolvimento de ações que venham a buscar soluções aos entraves vivenciados por estas populações, dentre esses problemas, as dificuldades encontradas dentro da área da saúde. Assim, diante do quadro acima, o desenvolvimento de uma pesquisa, na área da saúde, a qual englobará os profissionais enfermeiros(as) de todos os municípios desta região, compreende uma perspectiva pela busca de mudanças no quadro atualmente instalado. Dessa forma, o desenvolvimento deste estudo visa contribuir para a (re)definição do papel do Controle Social junto aos profissionais enfermeiros(as), tendo em vista, proporcionar conhecimentos sobre a importância da participação social junto à área da saúde. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo geral: Analisar as concepções e percepções dos

⁴Acadêmica do VI semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões de Frederico Westphalen. Bolsista de Iniciação Científica Email: ju.carine@hotmail.com

⁵Enfermeira, Especialista em Saúde do Trabalhador, professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões de Frederico Westphalen. Orientadora do relato. Email: caroline@fw.uri.br

profissionais enfermeiros(as) acerca do exercício do Controle Social, bem como, os específicos: Levantar facilidades e dificuldades encontradas pelos profissionais enfermeiros(as) a respeito do exercício do Controle Social dentro das comunidades onde atuam e também identificar as experiências vivenciadas pelos profissionais enfermeiros(as) com relação ao exercício do Controle Social nas comunidades onde atuam. Contudo, atuar no sentido de potencializar o Controle Social por meio dos profissionais enfermeiros (as) e dos Conselhos de Saúde é estar lutando pela cidadania, de um país onde a justiça e a democracia possam atuar juntas para que desta forma ocorra a consolidação de um sistema de saúde mais justo e igualitário, onde a segurança de participação venha a calhar em benefício da sociedade, governo e trabalhadores de saúde. A presente pesquisa foi desenvolvida junto aos profissionais enfermeiros(as), que tiveram interesse em participar do estudo, em torno de 50 profissionais, que atuam nas unidades de saúde dos 28 municípios de abrangência da 19ª CRS. O estudo foi desenvolvido no segundo semestre de 2010 e no decorrer do primeiro semestre de 2011. Foi desenvolvido um estudo de caráter qualitativo que busca analisar a subjetividade dos participantes. O estudo qualitativo é basicamente aquele que busca entender um fenômeno específico em profundidade. Dessa forma, foi possível buscar a essência das falas dos participantes, culminando assim, na obtenção de riquezas de detalhes que somente são passíveis de serem captados por meio da pesquisa qualitativa. O estudo foi fundamentado no método freireano. Conforme Backes et al. (2007), a escolha de uma metodologia participativa, como é o caso do método freireano, possibilita compreender as diferenças individuais e responder às diferentes interrogações. Para tanto, foi feito uso do Círculo de Cultura de Paulo Freire, o qual tem uma indicação direta para os trabalhos com grupos, possibilitando a troca de experiências e o processo de conscientização, no qual o indivíduo se alimenta do grupo e o grupo cresce com a participação individual. A esse respeito, Saube (1998) menciona que a preocupação maior de Paulo Freire era proporcionar à população, através do Círculo de Cultura, a possibilidade de desvelar a realidade e buscar debater, em grupo, questões referentes ao cotidiano, além de ser significativa a variedade de situações existenciais que abrangem o Círculo de Cultura como metodologia de ação. Dessa forma, o desenvolvimento desta pesquisa vem concretizando a importância da necessidade de um estudo como este que venha contribuir para a (re)definição do papel do Controle Social junto aos profissionais enfermeiros(as), tendo em vista, proporcionar conhecimentos sobre a importância da participação social junto à área da saúde. No que se refere à segunda fase, a mesma compreende a análise das falas emitidas pelos participantes. Para a análise e discussão dos dados, optaremos pela análise de conteúdo (MINAYO, 2006). Neste tipo de análise, buscaremos descobrir os núcleos de sentido que compuseram as falas dos participantes nos vários momentos. Tais dados serão agrupados e analisados conforme os seguintes elementos: planejamento, implementação, avaliação, mobilização, articulação e controle. Em princípio, foram realizados quatro encontros, onde no primeiro foi desenvolvida a explanação da proposta do estudo e a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em seguida foi feito o levantamento de temas e palavras geradoras, no caso o Controle Social. Identificadas as palavras geradoras passou-se para a fase de codificação, que consiste em um aprendizado coletivo, onde todos expõem seu conhecimento acerca do tema ou da palavra geradora, ou seja, o que compreendem a respeito do Controle Social. No segundo momento, que correspondeu ao segundo encontro, foi realizada a decodificação do tema central. Assim, foram questionados os códigos utilizados para descrever as situações e problemas envolvidos com o tema central. No terceiro encontro, foi desenvolvido o desvelamento crítico, onde as pessoas aprenderam o verdadeiro significado do Controle Social para que passem a lidar com

ele de maneira correta. Por fim, no quarto e último encontro, foi ainda discutido o tema Controle Social e procedeu-se o encerramento do estudo. Dessa maneira, com os quatro encontros, foi possível, promover o levantamento acerca da visão dos profissionais enfermeiros(as) a respeito do exercício do Controle Social em suas comunidades. Assim, com propostas aparentemente completas, incrementadas em uma compreensão ampliada de saúde, foi possível visualizar os obstáculos reais que dificultam a efetivação do Controle Social. Para a coleta de dados foram realizados quatro encontros, com a participação de 22 enfermeiros dos diferentes municípios que compõem a 19ª Coordenadoria Regional de Saúde. No primeiro encontro foi realizada a explanação da pesquisa, dando ênfase a metodologia e os objetivos do estudo, desta forma, foi realizada a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e em seguida assinado pelos participantes que mostraram interesse pela pesquisa. No segundo momento foi realizada a coleta das palavras ou temas relacionados ao Controle Social, e em seguida foi feita uma discussão entre o grupo acerca do tema, sem a influência dos pesquisadores. A partir deste encontro foi possível criar alguns eixos temáticos, os quais vem a contribuir e facilitar a análise do estudo e permitir a compilação dos dados. Assim, a partir da metodologia escolhida foi possível elaborar três eixos temáticos que vão ao encontro dos objetivos do estudo, os quais são: atuação dos conselhos de saúde, Controle Social/Participação Social, comprometimento dos profissionais enfermeiros. Por fim no terceiro e quarto encontro foi aprofundado o real sentido do Controle Social, partindo da Reforma Sanitária até os dias atuais, onde foi enfatizado o Controle Social como um dos princípios norteadores do SUS, devendo ser seguido pelos profissionais enfermeiros. Nesse sentido foi destacada a importância da enfermagem para com o exercício do Controle Social. O primeiro eixo titulado Atuação nos conselhos de saúde: observamos que a maioria dos participantes relaciona o Controle Social somente com os Conselhos de saúde, onde os participantes referem: “Conselho municipal de saúde: supervisão de trabalho, ações em saúde e avaliação das ações” (E9); “Conselho municipal de saúde” (E6). Desta forma, percebe-se que as concepções de Controle Social estão ligadas ao conselho, ou mesmo, que é através dele que o Controle Social tem se expressado na atenção básica. Portanto os conselhos de saúde são espaços que permitem o exercício da cidadania, através do controle social, onde os participantes aprendem a praticar seu papel político, interferido na implantação do SUS e assim, mantendo uma relação com os gestores. (ARANTES, et al., 2007). Nesta perspectiva pode-se perceber, através dos relatos dos participantes que: “a população não gosta de participar” (E10); os dias e os horários dos Conselhos municipais de saúde não são pertinentes à participação da população; a população muitas vezes não compreende o que está sendo discutido nas reuniões e os gestores na maioria das vezes não consideram o ponto de vista da população; “os componentes do conselho são escolhidos a dedo” (E7); “é tudo politicagem” (E17) e que as reuniões dos conselhos na maioria das vezes só aconteciam para assinatura de atas e questões burocráticas. Arantes et al. (2009) nos colocam que as reuniões dos Conselhos de Saúde, muitas vezes são realizadas para fins burocráticas, não resultando em qualquer ação participativa efetiva, voltada às necessidades da população. Dessa forma, com a falta de compreensão dos objetivos dos conselhos, a consequência será a ausência de comprometimento em relação ao Controle Social. Dessa maneira, os conselhos de saúde acabam se desviando do interesse comum da sociedade e da cidadania, fragilizando-se e perdendo a sua credibilidade. Nesse sentido, observamos que há um despreparo tanto por parte da população, como dos conselheiros e profissionais de saúde. A população não busca seu direito de participação muitas vezes por não ter conhecimento, justamente pela falta de orientação e esclarecimento por parte dos enfermeiros. Lembrando que este empoderamento

se faz ausente, pelo fato, do profissional ter um conhecimento superficial acerca do tema. Os conselheiros também não assumem seu real papel, pois acabam detendo-se a questões burocráticas, deixando de exercer o Controle Social que é a participação da comunidade nas tomadas de decisões. O segundo eixo foi titulado Controle Social /Participação social. A participação social na construção do Sistema de Saúde é um espaço de políticas sociais, sendo defendida como necessária e indispensável para que sua consolidação se conforme mais democrática e eficaz (KLEBA, WENDAUSEN, 2009). Desta forma algumas frases trazidas pelos participantes resumem a concepção de alguns profissionais: “Forma justa e participativa de contribuir com a sociedade. Todos tendo direito de opinião” (E14); “Controle Social é a forma que a sociedade tem de participação [...]” (E22). “A essência da participação reside na possibilidade dos usuários opinarem e participarem efetivamente na implantação e gestão dos serviços públicos dos quais são beneficiados” (PRESOTO, WESTPHAL, 2005, p. 4). Foi possível observar entre as diferentes falas algumas concepções que os pesquisados acreditam que: o Controle Social é uma forma de orientação e avaliação da população, como exercício da cidadania, considerações do contexto em que o usuário se encontra, como também, uma forma de esclarecimento da população. Ressaltamos a partir do contexto acima que as concepções dos profissionais enfermeiros é pouco aprofundada, sendo isto, um ponto negativo para que ocorra a concretização de um Controle Social ativo em meio a comunidade. Portanto, a participação social no exercício do Controle Social e conseqüentemente nas políticas de saúde de forma igualitária e democrática é de fundamental importância, pois concretiza um dos princípios do SUS, o qual traz a participação popular de forma ativa dentro de sua comunidade, trazendo melhorias e benefícios para a mesma. Alguns profissionais se referem ao Controle Social como sendo: “Forma legal de inserir o usuário do sistema de saúde nas decisões de políticas de saúde [...] desenvolver ações políticas que condizentes com a realidade da população” (E9). Ainda como sendo: “[...] uma das ações que o conselho de saúde deve exercer. Assim, ele serve para conhecermos as reais condições/necessidades dos usuários, para assim propor ações/programas e políticas de saúde condizente com a realidade dos nossos usuários” (E8). O Controle Social em Saúde é uma das formas de democratização do poder, sendo um espaço de manifestação da participação social regulada e institucionalizada pelo Estado. Para tanto, possui caráter educativo, reivindicando direitos coletivos e interferindo nas práticas políticas da saúde. Portanto, o Controle Social torna-se ferramenta de concretização da Gestão Participativa, que é o ato democrático de gerenciar as ações e práticas políticas do Controle Social pelo planejamento de programas e serviços de saúde (OLIVEIRA, ALMEIDA, 2009). Dessa maneira deve partir da enfermagem a construção, a viabilização das políticas de saúde, bem como, orientações à população acerca da importância de sua participação, concretizando-se assim o correto exercício do Controle Social. Entretanto a enfermagem deve participar e promover a participação dos usuários do SUS. Intitulado Comprometimento dos Profissionais enfermeiros (as), o terceiro eixo trás que os profissionais enfermeiros assumam um papel importante na efetivação do exercício do Controle Social, pois estão em contato direto com a população, desta forma, conhecem o contexto em que a população está inserida. Alguns enfermeiros trazem: “Todo profissional enfermeiro (a) é essencialmente um educador (a) em potencial e, portanto, formador (a) de opinião. Portanto é imprescindível que ele (a) trabalhe com seus pares o exercício do controle social” [...] (E15), “É necessário de todos os profissionais entendam para que haja o engajamento na luta para o enfrentamento das desigualdades, estimulando assim o controle social que deve estar inserido em todos os seguimentos da sociedade” [...] (E21). Mediante esta conjuntura, foram observadas algumas falas relacionando o Controle Social como

“Controle da natalidade, mortalidade, vacinação e notificação de doenças” e também relacionando o mesmo como o “Controle dos gestores”. Nesse sentido, nota-se que a maioria dos enfermeiros apesar de compreenderem a importância do exercício Controle Social não compreendiam, de forma qualificada, seu significado, bem como, a forma de exercer o tema, focando apenas aos conselhos de saúde. Ressaltamos, ainda, que a grande maioria não conhece a verdadeira importância que a participação popular exerce mediante a implantação/implementação de ações de saúde, sendo compatíveis com a realidade das comunidades onde estes profissionais atuam. Nesse sentido, o papel dos profissionais enfermeiros, está pautado na orientação de trabalhadores e usuários e na divulgação do conselho como um espaço de participação, ressaltando a responsabilidade de representar a comunidade (ARANTES et al., 2009). Portanto a enfermagem deve participar e promover a participação da comunidade, estando inserida nas políticas de saúde para que assim atue em prol da comunidade tornando-se o porta voz da mesma. Nesse sentido uma participante traz que: “Com certeza o exercício do controle social é muito importante, porém é algo pouco trabalhado, divulgado. Seria importante que fossem chamados os enfermeiros para que colocassem em prática esse controle social” (E16). Logo, percebemos o quão é importante fornecer a estes profissionais, momentos de reflexões em relação ao exercício do Controle Social efetivo, só desta forma estas comunidades poderão fazer uso de um direito que é delas, de participar e fiscalizar. Contudo com esta pesquisa foi possível observar a necessidade de estar promovendo a instrumentalização dos profissionais de saúde, além de proporcionar capacitações aos conselheiros, para que assim todos compreendam o real sentido do Controle social, para que desta forma todos sejam beneficiados. Portanto, com este estudo foi possível observar que a grande maioria dos profissionais enfermeiros tem um conhecimento pouco aprofundado acerca da definição do Controle Social, uma vez que os mesmos direcionavam o exercício deste de forma restrita, porém, mencionavam sua importância sendo contraditória quando debatido o tema. Nesse sentido, a maioria não relacionava a enfermagem como sendo um sujeito participante e provedor do exercício do Controle Social, além disso, poucos relatavam suas vivências, pois não tinham clareza das formas de exercer o Controle Social. Enfim, refletindo e visualizando a percepção dos profissionais Enfermeiros (as) acerca do exercício do Controle social, podemos estar interferindo e contribuindo para que os mesmo efetivem e se comprometam com a população, demonstrando conhecimento, participando e estimulando a participação da sociedade no controle dos serviços de saúde, atuando como articuladores desse sistema. Para tanto com o pleno exercício acaba ocorrendo uma troca de conhecimento e informações entre usuários, trabalhadores dos serviços de saúde, prestadores de serviços e os próprios conselheiros em prol da melhoria e ampliação das políticas de saúde.

Palavras-chave: Controle Social. Enfermagem. Gestão participativa.

Referências

ARANTES et al. Controle social no sistema único de saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 16, n. 3, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 set. 2010.

ARANTES et al. Controle social na saúde: discutindo os resultados de uma pesquisa com enfermeiras. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

BECK et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 16, n. 3, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 set. 2008.

BRASIL. **Conselho nacional de saúde**: Efetivando o Controle social. Brasília 2010, Ministério da saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm>>. Acesso em: 18 set. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **Indicadores demográficos**. Rio de Janeiro: IBGE 2000a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat.php>>. Acesso em: 01 mar. 2010.

KLEBA; WENDAUSEN. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14 mar. 2011.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, PINHEIRO. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-20021. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, Jan./Mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

PRESOTO; WESTPHAL. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertoga – SP. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 1, Jan./Abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

SAUPE, R. **Educação em enfermagem**: da realidade construída a possibilidade em construção. Florianópolis, 1998.

SILVA, CRUZ, MELO. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do Controle Social. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, maio/jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acessado em: 20 nov. 2010.

ANÁLISE DOS RESULTADOS PERINATAIS ATRAVÉS DAS CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE UMA UNIDADE NEONATAL DE UM HOSPITAL DA REGIÃO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL: NOTA PRÉVIA

Jonathan da Rosa¹
Laura Helena Gerber Franciscatto²

O momento do parto/nascimento é um dos momentos mais críticos e perigosos em que o ser humano irá passar durante a toda a sua vida. Isso se dá pelo fato desse momento ser decisivo e fundamental para a sua sobrevivência em um meio completamente desconhecido até então, o que demanda, do novo ser humano uma resposta adaptativa muito complexa e desafiadora, com inúmeros riscos e perigos, especialmente fisiológicos e anatômicos. Assim, as alterações que os recém-nascidos sofrem ao nascer podem repercutir decisivamente sobre o seu crescimento e desenvolvimento. Ademais, por representar um momento de muito risco à vida estes necessitam de cuidados intensos e adequados, e caso assim não os recebam, podem resultar em prejuízos de morbidade e mortalidade. Nesse sentido, é importante relacionar os cuidados desenvolvidos durante toda a gestação, pois o evento do nascimento está intimamente relacionado ao aspecto gestacional, ou seja, à realização ou não de um pré-natal adequado e integral. No mesmo aspecto, Mascarenhas, et al. (2006, p. 176) corrobora dizendo que “o conhecimento de informações relacionadas às características da mãe e do recém-nascido fornece informações epidemiológicas e serve como subsídio para a avaliação e monitoramento das políticas de saúde materno-infantis”. No entanto é importante considerar que o país vem nas últimas décadas passando por uma transição política, social e econômica com repercussões importantes no aspecto epidemiológico dessa população. Essa transformação se dá especialmente por uma maior atenção à saúde da população, especialmente após a estruturação de serviços de saúde voltadas à atenção básica, com ações sobre a família e comunidade, implantadas através da estruturação do sistema de saúde brasileiro. Assim, a mortalidade infantil tem caído principalmente devido à redução do componente pós-neonatal, que é mais suscetível às ações preventivas, como as campanhas de vacinação, estímulo a aleitamento materno e controle da doença diarreica (ARAÚJO et al., 2000). Já a mortalidade neonatal apresenta outros comportamentos, pois seus determinantes abrangem outros aspectos, de controle mais complexo e que ainda não foram controlados, como variáveis biológicas, sociais e de assistência à saúde em nível de complexidade e disponibilidade, como o acesso à atenção hospitalar mais especializada, regionalizada e à qualificação de profissionais para uma adequada assistência, por exemplo. Presumivelmente em sua grande maioria as mortes neonatais podem ser consideradas potencialmente mortes evitáveis, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde e ao intenso acompanhamento da atenção básica de saúde no período gestacional e pós-parto.

¹ Acadêmico do IX semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Frederico Westphalen. E-mail: jonadarosa@hotmail.com

² Msc^a Prof^a En^a do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen.

Todavia, é necessário levar em consideração as variações geográficas que ocorrem no mundo e entre as regiões do Brasil, e muitas vezes entre regiões de um mesmo Estado Federativo Brasileiro, por exemplo. Isso ocorre devido às discrepâncias sociais, econômicas, de desenvolvimento, e diferenças étnicas, culturais. Segundo Lawn (2005) e Bang (2002) Apud Tragante et al. (2010), no ano de 2000, os óbitos neonatais passaram a representar 38% dos óbitos ocorridos em menores de 5 anos de idade em todo o mundo. Do mesmo modo, o mesmo autor traz ainda que as infecções graves foram responsáveis por 36% dos óbitos (sepsis/pneumonia 26%, tétano 7% e diarreia 3%), a prematuridade, por 28%, as complicações por asfixia, por 23% e dentre os 14% restantes apenas 7% estão relacionadas às anomalias congênitas. Sem querer esgotar essa ampla problemática, vale destacar ainda que ocorre muita subnotificação e distorções dos dados e informações disponibilizadas, o que pode representar em dados não muito fidedignos e que demonstrar apenas parte da realidade evidenciada. Assim, essa perspectiva fundamenta a realização de estudos que representem uma realidade vivenciada, a fim que os determinantes de saúde possam ser explicitados e possam assim constituir em mecanismo para melhoria da assistência. Nessa acepção apresenta-se os objetivos desse projeto de pesquisa, qual seja: Analisar os resultados perinatais a partir das características maternas de uma unidade neonatal de um hospital da região norte do Rio Grande do Sul. A informação é fundamental para a tomada de decisão nos serviços de saúde. Quando desenvolvida de forma científica e respeitando procedimentos rigorosos de coleta e análise esta se traduz em um essencial instrumento para o conhecimento de uma dada realidade, bem como, para o planejamento, organização e avaliação da assistência prestada pelos profissionais e pelas instituições de saúde. Nesse sentido, vários estudos são realizados pelo país tentando demonstrar a realidade vivenciada por uma população e, portanto, tentando descrever seus determinantes de saúde. Ademais, ao conhecer uma determinada realidade é possível compará-la a outras e assim verificar de fato as diferenças e semelhanças nos padrões de saúde, perfil de ocorrências, desigualdades regionais, assistência prestadas, disponibilidade de serviços etc. Dessa forma o referido estudo é de cunho retrospectivo, descritivo-exploratório e documental tendo presente uma abordagem quantitativa, de forma a analisar os resultados perinatais através das características maternas de uma unidade neonatal de um hospital da região norte do Rio Grande do Sul. Deste modo considera-se que serão utilizados dados secundários do Livro de Registro do Berçário, onde o pesquisador não terá contato com os sujeitos da pesquisa. Assim, o estudo do referido projeto de pesquisa teve sua estruturação teórica e metodológica ainda no ano de 2010, bem como seu desenvolvimento durante o primeiro semestre do ano de 2011. Deste modo a pesquisa se desenvolve a partir dos registros do berçário de uma instituição de saúde do norte do Rio Grande do Sul em um município de pequeno/médio porte e de referência da sua micro região de abrangência. A coleta dos dados se deu a partir dos registros do berçário dessa instituição de saúde, dos prontuários dos recém-nascidos e da suas respectivas mães, com o objetivo de analisar os resultados perinatais através das características maternas. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: ter o nome registrado e ter sido atendido no berçário da instituição de saúde no período de 30 de junho de 2009 a 31 de dezembro de 2010, ter sido localizado o prontuário do recém-nascido ou da respectiva mãe nos arquivos da instituição. Já os critérios de exclusão da pesquisa foram: não ter o nome registrado ou não ser identificado o nome da mãe ou do recém-nascido, não ter sido atendido no período de 30 de junho de 2009 a 31 de dezembro de 2010. A seleção das variáveis escolhidas para a análise forma categorizadas em três grupos quais sejam: Características Sociodemográficas e Reprodutivas, como: Idade da mãe – em anos completos (<20 anos; 20 a 34 anos; ≥ 35 anos); Cor declarada da mãe (Branca; Não Branca);

Escolaridade declarada pela gestante- em anos completos (0-4 anos; 5-8 ano; 9 ou mais anos); Paridade (1 filho; 2 a 4 filhos; 5 ou mais filhos); Trabalho externo (sim; não). Características Clínicas da Gestante: Número de consultas pré-natais realizadas (vaginal; cesáreo); Classificação da gestação informada no prontuário (gestação de risco; gestação com complicações; gestação normal); Alguma patologia desencadeada durante a gestação (sim, descrição; não). Características Clínicas do recém-nascido: Gênero do recém-nascido (masculino; feminino); Peso ao nascer (>2,500 kg; 2,500 a 2,999 kg; ≤ 3,000 kg, correspondente a pequeno para a idade gestacional, adequado para a idade gestacional e grande para a idade gestacional); Índice de APGAR no primeiro minuto de vida (0-6; 7 a 8; 9 a 10); Idade gestacional (> 37 semanas de gestação; 37 a 42 semanas de gestação; ≤ 42 semanas de gestação, correspondentemente a pré-termo, atermo e pós-termo); Mal formação evidenciada (sim; não); Patologia evidenciada ao nascer (sim, descrever; não); Tempo da internação (1 a 10 dias; 11 a 20 dias; 21 dias ou mais); Tipo da alta (internação clínica na mesma instituição; encaminhada para outra instituição hospitalar; alta hospitalar; óbito). Para análise, organização e tratamento dos dados, este se procederá por meio da utilização do programa estatístico BIOSTAT® versão 4.0. Do mesmo modo, todos os preceitos éticos e legais da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil foram respeitados, como o sigilo das informações e rigoroso método de coleta dos dados. A referida pesquisa passou ainda pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus de Frederico Westphalen/RS, tendo como número de aprovação: CAEE 0071.0.284-10. O trabalho se encontra em fase de análise dos dados.

Palavras-chave: Recém-nascido. Pesquisa. Nascimentos.

Referências

ARAÚJO, B. F. et al. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 200-206, 2000.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. **Revista Brasileira de saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 2, p. 175-181, 2006.

TRAGANTE, C. R. et al. Desenvolvimento dos cuidados neonatais ao longo do tempo. **Revista de Pediatria de São Paulo**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 121-130, 2010.

CARACTERIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL DE GESTANTES ATENDIDAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL: NOTA PRÉVIA

Andréia Piovesan¹
Laura Helena Gerber Franciscatto²

No início do século XX a atenção a saúde da mulher era voltada apenas à gestante e ao feto, ou seja, aos cuidados materno-infantis. Assim, o movimento feminista brasileiro, insatisfeito com o programa de saúde voltado às mulheres, passa a reivindicar seus direitos e ações que contemplassem a saúde em todo o ciclo de vida. Dessa forma, em 1984 foi elaborado o Programa de Assistência Integral à saúde da mulher – PAISM, ampliando os cuidados à saúde das mulheres brasileiras, e que posteriormente houve a necessidade de redefinição para Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Em consonância à atenção obstétrica e neonatal, conforme Brasil (2002) no ano de 2000 foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000 tendo em vista reorganizar a assistência prestada à gestante e ampliar as ações e o acesso aos serviços de saúde para as mulheres, através do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e da assistência neonatal. Nesse contexto, a gestação caracteriza-se como uma fase de mudanças vivenciadas de forma singular, sendo que, as modificações que ocorrem, podem ser sutis ou marcantes. O acompanhamento adequado da saúde da mãe e do conceito determina a evolução da gestação sem intercorrências e o nascimento do neonato sadio. Assim, conforme Brasil (2005, p. 15) “o contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas após o nascimento”. Nesse sentido, é fundamental que a família envolva-se nos cuidados pré-natal, no acompanhamento da gestante, nas consultas, na prevenção precoce e/ou identificação de doenças maternas e nos cuidados com o recém-nascido e no pós-parto. No mesmo tocante, Miranda e Fernandes (2010) inferem que, para um processo gestacional favorável, é necessário levar em consideração a idade gestacional que se inicia no pré-natal. O início precoce do acompanhamento, representa um indicador importante na adequação e na intervenção dos programas nesta área, podendo detectar precocemente qualquer complicação. Nas últimas décadas, os cuidados dispensados à gravidez, mãe e conceito, viveram significativa evolução. Visto que a saúde pública propicia rastreamento contínuo, clínico e laboratorial, ou seja, cuidados assistenciais mínimos, das intercorrências que possam gerar riscos para a mãe e conceito. Conforme Brasil (2005), o pré-natal é caracterizado como adequado, quando são realizadas seis ou mais consultas ou número de consultas compatível com a idade gestacional e como inadequada, a realização de duas a cinco consultas. Sendo que, o Ministério da Saúde preconiza que, na primeira consulta, o enfermeiro ou médico deve realizar a anamnese e o

¹ Acadêmica do IX semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Frederico Westphalen. E-mail: deia_cpiovesan@yahoo.com.br

² Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen, Email: Laura.gerber.franciscatto@gmail.com

exame físico completo. Após a consulta inaugural, deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal, ouvindo as dúvidas da gestante, questionando hábitos de vida, pesagem, verificação da pressão arterial, exames obstétricos e a realização de exames complementares. O pré-natal deve ser realizado individualmente, ou seja, a gestante e seu companheiro, sendo realizados exames, verificação da pressão arterial, peso, exame físico, exame ginecológico. Segundo Brasil (2005 p. 8) “a atenção pré-natal e puerperal deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período.” Para isso, a qualidade da assistência, reflete na efetividade de um atendimento adequado, na acessibilidade dos serviços de saúde, ou seja, na facilidade de acesso pela população. Nesse contexto, uma das medidas na assistência pré-natal é acompanhar a mulher desde o início da gestação visando evitar que ocorram doenças e/ou agravos durante o período gestacional. Dessa forma, a assistência pré-natal torna-se responsabilidade da gestante, da família, do município, dos serviços de saúde e profissionais de saúde. Na busca pela melhora na qualidade da atenção pré-natal, o Ministério da Saúde através da implantação do PHPN, estabeleceu diretrizes para a assistência pré-natal, sendo preconizadas rotinas para as consultas até a categorização dos fatores de risco na gravidez. Sendo que o enfermeiro pode participar como integrante da equipe de saúde na prestação direta da assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Nesse sentido, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado integralmente pelo enfermeiro, através da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, decreto nº 94406/87. Quando a gestação é caracterizada como de baixo risco, não há necessidade de somente o ginecologista obstetra acompanhar a gestante, assim o enfermeiro pode participar ativamente do cuidado e processo gestacional. Para tanto, o enfermeiro está habilitado a realizar o acompanhamento pré-natal durante o período gestacional utilizando a consulta de enfermagem, grupos educativos, sala de espera, educação em saúde com o objetivo de qualificar a assistência e fortalecer as atividades desenvolvidas para a comunidade. Nesse contexto, percebe-se que o enfermeiro desempenha um importante papel no fortalecimento da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, buscando atenuar a ansiedade e dúvidas das gestantes. O enfermeiro deve intervir e investir em ações educativas voltadas às mulheres e familiares, buscando esclarecer, trocar vivências e experiências acerca da gestação, da importância do pré-natal, cuidados de higiene, alimentação entre outros temas que possam ser levantados pela clientela específica, considerando seu contexto de vida, saúde e trabalho. Nesse viés, os enfermeiros contribuem significativamente para a melhoria da qualidade na assistência, pois estão envolvidos no saber fazer, saber ser, e saber conviver, pois a atenção à saúde das gestantes e da população perpassa o modelo assistencial biomédico muito marcante ainda, nos serviços de saúde. Para uma cobertura de pré-natal de qualidade, além da assistência prestada pelos profissionais de saúde, vale ressaltar a adesão/participação das gestantes. Assim, a busca pela assistência humanizada nos serviços de saúde, está imbricada na interação dos profissionais com as gestantes durante as consultas de pré-natal, onde cada gestante expressa a sua percepção sobre a gravidez e todo o seu contexto. Nesse sentido, enquanto profissionais da saúde torna-se primordial desenvolver ações exequíveis que garantam a ampliação da cobertura da atenção pré-natal e na busca por melhores resultados na saúde da gestante e conseqüentemente do recém-nascido. A aplicação da pesquisa ocorreu através de entrevistas semiestruturadas com gestantes no 3º trimestre de gestação, ou seja, a partir do 7º mês, no período de março a abril de 2011. E, foi realizada nas Estratégias de Saúde da Família – ESF’s (ESF I e II) e na Unidade Básica – Centro do município de Frederico. Dessa forma, o acompanhamento pré-natal no município é realizado através de consultas médicas. Sendo que as mulheres que não

residem na área de abrangência das duas equipes de Saúde da Família do município, possuem como referência a UBS do Centro do município de FW. Nesse sentido, a assistência pré-natal do município de FW é realizada tanto pelas ESF como pela UBS do Bairro Centro. Portanto, no momento estamos compilando os dados levantados nas entrevistas para posteriormente realizar a análise e discussão dos resultados.

Palavras-chave: Pré-natal. Gestante. Recém-nascido.

Referências

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Pré-natal e puerpério:** atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília. Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Humanização do parto:** humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2002.

MIRANDA, F. J. S.; FERNANDES, R. A. Q. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores. Rio de Janeiro: **Rev. Enf. UERJ**, v. 18, n. 2, abr./jun., p. 179-184, 2010.

ANÁLISE DOS RESULTADOS PERINATAIS ATRAVÉS DAS CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE UMA UNIDADE NEONATAL DE UM HOSPITAL DA REGIÃO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL: NOTA PRÉVIA

Jonathan da Rosa¹
Laura Helena Gerber Franciscatto²

O momento do parto/nascimento é um dos momentos mais críticos e perigosos em que o ser humano irá passar durante a toda a sua vida. Isso se dá pelo fato desse momento ser decisivo e fundamental para a sua sobrevivência em um meio completamente desconhecido até então, o que demanda do novo ser humano uma resposta adaptativa muito complexa e desafiadora, com inúmeros riscos e perigos, especialmente fisiológicos e anatômicos. Assim, as alterações que os recém-nascidos sofrem ao nascer podem repercutir decisivamente sobre o seu crescimento e desenvolvimento. Ademais, por representar um momento de muito risco à vida estes necessitam de cuidados intensos e adequados, e caso os não recebam, podem resultar em prejuízos de morbidade e mortalidade. Nesse sentido, é importante relacionar os cuidados desenvolvidos durante toda a gestação, pois o evento do nascimento está intimamente relacionado ao aspecto gestacional, ou seja, à realização ou não de um pré-natal adequado e integral. No mesmo aspecto, Mascarenhas, et al. (2006, p. 176) corrobora dizendo que “o conhecimento de informações relacionadas às características da mãe e do recém-nascido fornece informações epidemiológicas e serve como subsídio para a avaliação e monitoramento das políticas de saúde materno-infantis”. No entanto é importante considerar que o país vem nas últimas décadas passando por uma transição política, social e econômica com repercussões importantes no aspecto epidemiológico dessa população. Essa transformação se dá especialmente por uma maior atenção à saúde da população, especialmente após a estruturação de serviços de saúde voltadas à atenção básica, com ações sobre a família e comunidade, implantadas através da estruturação do sistema de saúde brasileiro. Assim, a mortalidade infantil tem caído principalmente devido à redução do componente pós-neonatal, que é mais suscetível às ações preventivas, como as campanhas de vacinação, estímulo a aleitamento materno e controle da doença diarreica (ARAÚJO, BOZZETI, TANAKA, 2000). Já a mortalidade neonatal apresenta outros comportamentos, pois seus determinantes abrangem outros aspectos, de controle mais complexo e que ainda não foram controlados, como variáveis biológicas, sociais e de assistência à saúde em nível de complexidade e disponibilidade, como o acesso à atenção hospitalar mais especializada, regionalizada e a qualificação de profissionais para uma adequada assistência, por exemplo. Presumivelmente em sua grande maioria as mortes neonatais podem ser consideradas potencialmente evitáveis, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde e ao intenso acompanhamento da atenção básica de saúde no período

¹ Acadêmico do IX semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Frederico Westphalen. E-mail: deia_cpiovesan@yahoo.com.br

² Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen, Email: Laura.gerber.franciscatto@gmail.com

gestacional e pós-parto. Todavia, é necessário levar em consideração as variações geográficas que ocorrem no mundo e entre as regiões do Brasil, e muitas vezes entre regiões de um mesmo Estado Federativo Brasileiro, por exemplo. Isso ocorre devido às discrepâncias sociais, econômicas, de desenvolvimento, e diferenças étnicas, culturais. Segundo Lawn (2005) e Bang (2002) Apud Tragante et al. (2010), no ano de 2000, os óbitos neonatais passaram a representar 38% dos óbitos ocorridos em menores de 5 anos de idade em todo o mundo. Do mesmo modo, o mesmo autor traz ainda que as infecções graves foram responsáveis por 36% dos óbitos (sepsis/pneumonia 26%, tétano 7% e diarreia 3%), a prematuridade, por 28%, as complicações por asfixia, por 23% e dentre os 14% restantes apenas 7% estão relacionadas as anomalias congênitas. Sem querer esgotar essa ampla problemática, vale destacar ainda que ocorre muita subnotificação e distorções dos dados e informações disponibilizadas, o que pode representar dados não muito fidedignos e demonstrar apenas parte da realidade evidenciada. Assim, essa perspectiva fundamenta a realização de estudos que representem uma realidade vivenciada, a fim que os determinantes de saúde possam ser explicitados e possam assim constituir em mecanismo para melhoria da assistência. Nessa acepção apresentam-se os objetivos desse projeto de pesquisa, qual seja: Analisar os resultados perinatais a partir das características maternas de uma unidade neonatal de um hospital da região norte do Rio Grande do Sul. A informação é fundamental para a tomada de decisão nos serviços de saúde. Quando desenvolvida de forma científica e respeitando procedimentos rigorosos de coleta e análise esta se traduz em um essencial instrumento para o conhecimento de uma dada realidade, bem como para o planejamento, organização e avaliação da assistência prestada pelos profissionais e pelas instituições de saúde. Nesse sentido, vários estudos são realizados pelo país tentando demonstrar a realidade vivenciada por uma população e, portanto, tentando descrever seus determinantes de saúde. Ademais, ao conhecer uma determinada realidade é possível compará-la a outras e assim verificar de fato as diferenças e semelhanças nos padrões de saúde, perfil de ocorrências, desigualdades regionais, assistência prestadas, disponibilidade de serviços etc. Dessa forma o referido estudo é de cunho retrospectivo, descritivo-exploratório e documental, tendo presente uma abordagem quantitativa, de forma a analisar os resultados perinatais através das características maternas de uma unidade neonatal de um hospital da região norte do Rio Grande do Sul. Deste modo considera-se que serão utilizados dados secundários do Livro de Registro do Berçário, onde o pesquisador não terá contato com os sujeitos da pesquisa. Assim, o estudo do referido projeto de pesquisa teve sua estruturação teórica e metodológica ainda no ano de 2010, bem como seu desenvolvimento durante o primeiro semestre do ano de 2011. Deste modo a pesquisa se desenvolve a partir dos registros do berçário de uma instituição de saúde do norte do Rio Grande do Sul em um município de pequeno/médio porte e de referencia da sua micro região de abrangência. A coleta dos dados se deu a partir dos registros do berçário dessa instituição de saúde, dos prontuários dos recém-nascidos e da suas respectivas mãe, com o objetivo de analisar os resultados perinatais através das características maternas. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: ter o nome registrado e ter sido atendido no berçário da instituição de saúde no período de 30 de junho de 2009 a 31 de dezembro de 2010, ter sido localizado ou prontuário do recém-nascido ou da respectiva mãe nos arquivos da instituição. Já os critérios de exclusão da pesquisa foram: não ter o nome registrado ou não ser identificado o nome da mãe ou do recém-nascido, não ter sido atendido no período de 30 de junho de 2009 a 31 de dezembro de 2010. A seleção das variáveis escolhidas para a análise foi categorizada em três grupos quais sejam: Características Sociodemográficas e Reprodutivas, como: Idade da mãe – em anos completos (<20 anos; 20 a 34 anos; ≥ 35 anos);

Cor declarada da mãe (Branca; Não Branca); Escolaridade declarada pela gestante- em anos completos (0-4 anos; 5-8 anos; 9 ou mais anos); Paridade (1 filho; 2 a 4 filhos; 5 ou mais filhos); Trabalho externo (sim; não). Características Clínicas da Gestante: Número de consultas pré-natais realizadas (vaginal; cesáreo); Classificação da gestação informada no prontuário (gestação de risco; gestação com complicações; gestação normal); Alguma patologia desencadeada durante a gestação (sim, descrição; não). Características Clínicas do recém-nascido: Gênero do recém-nascido (masculino; feminino); Peso ao nascer (>2,500 kg; 2,500 a 2,999 kg; ≤ 3,000 kg, correspondente a pequeno para a idade gestacional, adequado para a idade gestacional e grande para a idade gestacional); Índice de APGAR no primeiro minuto de vida (0-6; 7 a 8; 9 a 10); Idade gestacional (> 37 semanas de gestação; 37 a 42 semanas de gestação; ≤ 42 semanas de gestação, correspondentemente a pré-termo, a termo e pós-termo); Mal formação evidenciada (sim; não); Patologia evidenciada ao nascer (sim, descrever; não); Tempo da internação (1 a 10 dias; 11 a 20 dias; 21 dias ou mais); Tipo da alta (internação clínica na mesma instituição; encaminhada para outra instituição hospitalar; alta hospitalar; óbito). Para análise, organização e tratamento dos dados se procederá por meio da utilização do programa estatístico BIOSTAT® versão 4.0, bem como, através da análise de correlação Linear de Pearson, que visa analisar a existência ou não de correlação entre variáveis pré-determinadas. Do mesmo modo, todos os preceitos éticos e legais da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil foram respeitados, como o sigilo das informações e rigoroso método de coleta dos dados. A referida pesquisa passou ainda pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus de Frederico Westphalen/RS, tendo como número de aprovação: CAEE 0071.0.284-10. O trabalho encontra-se em fase de análise dos dados.

Palavras-chave: Dados perinatais. Unidade neonatal. Recém-nascidos.

Referências

ARAÚJO, B. F. et al. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v, 76, n. 3, p. 200-206, 2000.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. **Revista Brasileira de saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n, 2, p. 175-181, 2006.

TRAGANTE, C. R. et al. Desenvolvimento dos cuidados neonatais ao longo do tempo. **Revista de Pediatria de São Paulo**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 121-130, 2010.

A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Carla Basso¹
Cássia Jordana Krug Wendt²
Renata Meneghel³
Marinês Aires⁴
Caroline Ottobelli⁵

A consulta de enfermagem é uma atividade que possibilita ao enfermeiro condições para atuar de forma direta com o cliente, fornecendo-lhe um meio de documentar sua prática. De acordo com Kopacek e Girardon apud Vanzin e Nery (2000), a Consulta de Enfermagem é uma atividade exclusiva de responsabilidade do enfermeiro, por meio da qual são identificados os problemas de saúde, facilitando o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, os fatores de risco e níveis de prevenção. Esse instrumento metodológico pode ser realizado em todos os níveis de assistência, seja pública ou privada. No Brasil, começou a ser realizada em 1968, no Seminário Nacional sobre currículo do Curso de Graduação em Enfermagem, organizado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, patrocinado pela Organização Pan Americana de Saúde. No entanto, sua legalização ocorreu em 25 de junho de 1986 pela Lei Nº 7.498, a qual dispõe a regulamentação do exercício da enfermagem, e pelo decreto regulamentador Nº 94.406/87, determinando esta atividade como sendo privativa do enfermeiro, sendo reafirmado pela resolução COFEN-159 de 19 de abril de 1993, utilizando componentes do método científico para identificar situações de saúde-doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Assim, a consulta de Enfermagem segue os princípios do Sistema Único de Saúde tais como a universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações em saúde (FONTANA, 2006). O presente trabalho, originado a partir de um trabalho acadêmico proposto pelas docentes das disciplinas de Saúde Coletiva III B e Projeto de Intervenção Profissional, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen, tem como objetivo abordar a temática da consulta de enfermagem e sua contextualização na saúde coletiva para posteriormente ser implantada na Unidade de Saúde da Família do Bairro São Francisco de Paula. A consulta de

¹Acadêmica do VII Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen. E-mail: karlinhab_rs@hotmail.com

²Acadêmica do VII Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen. E-mail: cjkwendt@hotmail.com

³Acadêmica do VII Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen. E-mail: renata387@hotmail.com

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen – Orientadora do relato. E-mail: marynesayres@yahoo.com.br

⁵Enfermeira. Especialista em Saúde do Trabalhador. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen – Orientadora do relato. E-mail: carol_ottobelli@hotmail.com

enfermagem trata o indivíduo num contexto geral, possibilitando analisar seus aspectos físicos e sociais, através da aplicação do histórico de enfermagem, entrevista, roteiro para obtenção de dados, percepções e expectativas do usuário e de sua família em relação ao seu nível de saúde, necessidades humanas básicas, exame físico, particularidades de cada usuário, diagnóstico de enfermagem e plano de cuidados. A mesma pode ser realizada em unidades sanitárias de diferentes níveis de complexidade, domicílio, ambulatorios e unidades hospitalares (GNOATTO, 2007). O Ministério da Saúde, através da implantação do Programa de Saúde da Família em 1994, busca promover a integração das equipes de saúde da família com a comunidade, objetivando uma diversificação das ações para proteção e promoção da saúde individual e coletiva, desmistificando e superando os limites do modelo anteriormente utilizado, o qual centrava-se na doença e no hospital (MARTINELLI et al., 2004). Dessa forma, como afirma Martinelli et al. (2004, p. 210), os clientes/usuários que procuram os serviços da ESF “não são vistos apenas como uma ficha, um nome e um endereço, mas sim como um todo, em que a equipe de saúde conhece a história familiar e individual de cada um”. A consulta de Enfermagem para a Estratégia de Saúde da Família constitui-se num método de identificação e elaboração do diagnóstico de Enfermagem acerca das necessidades de saúde de seus usuários, auxiliando na elaboração do plano de assistência para resolução de tais problemas, por meio do seguimento de algumas diretrizes, como a aceitação do cliente e o respeito à sua individualidade. O acolhimento é indispensável para a criação do vínculo entre o cliente e o enfermeiro, sendo relevante o estabelecimento de uma relação humanizada com os diferentes tipos de usuários dos serviços de saúde. O enfermeiro deve demonstrar interesse e passar confiança através dos gestos, olhar e expressões. Com a criação deste vínculo o mesmo poderá compreender as necessidades e sentimentos individualizados, redirecionando as orientações para cada cliente. Para a implantação e manutenção efetiva da consulta de enfermagem são necessários o reconhecimento da Consulta de Enfermagem pela instituição, a competência técnica da enfermeira quanto aos problemas detectados, o estabelecimento do respeito da equipe multiprofissional quanto ao papel da enfermeira nesta atividade, criação de protocolo, adequação dos recursos humanos à realidade da instituição e da planta física ao espaço próprio para execução da consulta de enfermagem, realizar o registro no prontuário do paciente, estabelecer critérios para selecionar os pacientes que necessitam da consulta e definir horários para realização das mesmas. A utilização desta metodologia possibilita ao enfermeiro conhecer o indivíduo, contribuindo para a resolutividade nos problemas identificados, além da criação do vínculo entre o profissional e o usuário. Desta forma, o mesmo sente-se acolhido na unidade de saúde da família e seguro para expor seus anseios e expectativas, facilitando a solução dos problemas (GNOATTO, 2007). O acolhimento se mostra como um fator fundamental para a implementação e efetivação deste método científico como instrumento de trabalho do enfermeiro, uma vez que contribui para o estabelecimento de vínculo entre usuário e profissional, auxiliando para que a consulta tenha um caráter resolutivo, com efeitos positivos na vida do cliente. O enfermeiro deve demonstrar interesse e passar confiança, além de atuar com responsabilidade, procurando detectar riscos em potencial e/ou patologias em estágio inicial, oferecendo orientações necessárias, que contribuam para a promoção da saúde, prevenção de agravos e incentivando o autocuidado, bem como o suprimento das necessidades humanas básicas. Com a criação deste vínculo, o mesmo poderá compreender como as necessidades e sentimentos se apresentam individualmente, fornecendo orientações para cada cliente por meio da troca constante de informações. Este instrumento deve ser usado para gerar benefícios aos usuários através de um atendimento sistematizado e contínuo, visando promover a saúde e bem estar por meio do

diagnóstico e tratamento. Esta é uma forma pela qual o enfermeiro se aproxima mais de seus pacientes, afastando-se um pouco da função burocrática. Isto possibilita a criação de vínculos efetivos com o cliente, o qual permite que o enfermeiro entre em contato direto com as necessidades apresentadas, possibilitando desta forma, dedicar-se à compreensão e descoberta de informações que embasam todo seu atendimento (KOPACEK, GIRARDON-PERLINI, 2004 apud ZAGONEL, 2001). Para se realizar uma consulta é essencial que o enfermeiro possua habilidades, dentre elas, capacidade de interagir com o cliente de forma clara e objetiva, orientando os cuidados de maneira individual, conforme suas necessidades. Assim, saber ouvir, criar um vínculo de confiança e empatia que contribuam para o desenvolvimento de uma atividade mais humanizada (BARBOZA, 2009). Este instrumento é de grande importância e resolutividade se utilizado de forma adequada, gerando autonomia profissional, além de contribuir para o estabelecimento de uma interação efetiva entre enfermeiro e cliente, fortalecendo o acolhimento. Através do emprego de uma assistência sistematizada, o enfermeiro promove a elaboração, execução e avaliação do plano assistencial de enfermagem individualizado. Mas para tal, este profissional deve apresentar domínio acerca de aspectos como o conhecimento, competência e responsabilidade, assumindo integralmente a consulta, incluindo seus passos e aspectos curativos e preventivos. Percebe-se assim que, a atitude profissional do enfermeiro, juntamente com seu conhecimento e determinação para efetuação da consulta de enfermagem são elementos fundamentais, e que o estabelecimento de uma relação interpessoal entre profissional e usuário, proporcionam maior vínculo e confiança, possibilitando assim a troca de informações que auxiliarão no autocuidado do indivíduo.

Palavras-chave: Consulta de Enfermagem. Estratégia de Saúde da Família. Profissional Enfermeiro.

Referências

BARBOZA, E. M. **Implantando ações de enfermagem no atendimento às gestantes do Município de Três Passos, Estado do Rio Grande do Sul.** Frederico Westphalen, 2009, 88f. Relatório de Prática Assistencial do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen, RS, 2009.

FONTANA, A. M. **Prática da Consulta de Enfermagem em Programa de Saúde da Família:** realidade ou desafio para enfermeiras. Frederico Westphalen, 2006, 55f. Monografia de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen, RS, 2006.

GNOATTO, D. **Processo reflexivo/educativo sobre a consulta de enfermagem com enfermeiros do Programa de Saúde da Família-PSF.** Frederico Westphalen, 2007, 63f. Monografia de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen, RS.

KOPACEK, D. B. V.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Consulta de enfermagem o que pensam as gestantes. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 3, n. 7, p. 165-75, 2004.

MARTINELLI, M. et al. Consulta de enfermagem no Programa de Saúde da Família, na visão do enfermeiro. **Rev. Téc-cient Enferm**, Imbituba, v. 2, n. 10, p. 209-16, 2004.

PROMOVENDO SAÚDE EM UM GRUPO DE MULHERES IDOSAS

Cássia Jordana Krug Wendt¹

Ana Carolina Lober²

Cristiane Pedó³

Deise Busatto⁴

Marines Aires⁴

Marcia Casaril dos Santos Cargnin⁵

O trabalho tem por finalidade destacar a experiência acadêmica na prática do projeto de extensão intitulado “Qualidade de vida: promovendo saúde na melhor idade”, desenvolvido pelas acadêmicas voluntárias do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Frederico Westphalen, em parceria com o Centro de Referência e Assistência Social - CRAS, do município de Frederico Westphalen. No Brasil, os idosos são considerados os indivíduos com 60 anos ou mais, enquanto que nos países desenvolvidos essa categoria é composta por pessoas com mais de 65 anos (CONTE, 2004). Estudos mostram que os indivíduos brasileiros acima de 65 anos passaram de 5,9% da população em 2000, para 7,4% da população em 2010 (IBGE, 2010). Essa mudança no perfil demográfico é resultado das melhores condições de vida da população, diminuição da natalidade e mortalidade e pelo aumento da expectativa de vida dos indivíduos brasileiros. No que se refere ao processo de envelhecimento, a feminização da velhice merece ser enfatizada. Sendo assim, com o intuito de promover a saúde das mulheres brasileiras e implementar ações que contribuam na garantia dos direitos, reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, fornecendo uma melhor qualidade de vida para as mulheres, o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/PNAISM (BRASIL, 2007). Dentre as Diretrizes de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a perspectiva é que se contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde, o controle de patologias e a garantia do direito à saúde. Além disso, há o objetivo de atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, em diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais. No Brasil, a realidade da feminização é bem evidenciada, há uma relação de 96 homens para cada 100 mulheres, o que contribui para um resultado de 3.941.819 mulheres a mais do total de homens brasileiros. (IBGE, 2010). A maior expectativa

¹ Acadêmica do VII Semestre Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões –URI – Campus de Frederico Westphalen. Email: cjkwendt@hotmail.com

² Acadêmica do V Semestre Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões –URI – Campus de Frederico Westphalen. Email: anac.laber@gmail.com

³ Acadêmicas do IX Semestre Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões –URI – Campus de Frederico Westphalen. Email: deise_gabriela@hotmail.com e pedocristiane@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela PPGENF-UFRGS. Professora na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen. Co-coordenadora do projeto. Email: marynesayres@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pela PPGENF-UFRGS. Professora na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen. Coordenadora do projeto. Email: marciacasaril@hotmail.com

de vida da mulher pode ser explicada por diversos fatores, tais como: menor consumo de álcool e tabaco, redução da mortalidade materna e diferenças na exposição a fatores de risco para a mortalidade por causas externas, tais como acidentes de trânsito, homicídios e outros. (CAMARANO, 2004). Assim, mulheres vivem mais, mas tornam-se mais vulneráveis às doenças. Assim, o gênero é um dos elementos da diversidade ou desigualdade que geram diferenças de saúde bastante acentuadas e, conseqüentemente, grande utilização dos serviços de saúde. Esse crescimento populacional, principalmente na população feminina, torna essencial a construção de ações em saúde com ênfase neste novo público que se forma. Ou seja, para garantir a qualidade de vida surge a necessidade de desenvolver ações educativas que visam a manutenção, recuperação e promoção da saúde. Neste sentido, a enfermagem vem contribuir de forma individual ou coletiva, no emponderamento dessa população, trabalhando com temas que venham refletir na saúde e na melhor qualidade de vida das mesmas, tendo em vista atingir o objetivo principal de um envelhecimento saudável. Promover a Atenção a Saúde da Mulher idosa visando uma melhor qualidade de vida por meio de ações educativas para prevenção de doenças crônico-degenerativas e adoção de hábitos saudáveis. O projeto de extensão busca promover ações em saúde, com ênfase na Saúde da Mulher Idosa, desenvolvendo grupos de conversa, que abordam temas relacionados à adoção de hábitos saudáveis, prevenção das doenças crônico-degenerativas, oportunizando ainda o esclarecimento de dúvidas, e desta maneira contribuindo para uma melhor qualidade de vida das mulheres idosas. As atividades do projeto de extensão começaram a ser desenvolvidas em julho de 2010, com a elaboração do projeto de extensão, e posteriormente realizada a sensibilização e convite às mulheres nos três grupos de Terceira Idade formados da cidade. Os encontros são destinados às mulheres, acima de 60 anos, que participam dos grupos de Terceira Idade da zona urbana do Município. Os encontros acontecem conforme acordado com as participantes na última sexta-feira de cada mês pela parte da tarde, nas dependências do Centro de Referência e Assistência Social. Em todos os encontros, inicialmente dá-se a apresentação das participantes e a realização de uma dinâmica sobre o tema, para descontrair o grupo. Os grupos possuem em média de 1 hora e 50 minutos de duração, e baseavam-se na construção do conhecimento através da troca de informações referentes à saúde na terceira idade, entre as participantes e as acadêmicas. Até o momento foram realizados três grupos, visto que nos meses de dezembro, janeiro, fevereiro e março, havia recesso escolar e os grupos de Terceira Idade não estavam se encontrando. O primeiro encontro do projeto de extensão foi realizado no mês de outubro de 2010, e contou com a presença de 22 participantes, sendo abordada a temática “Conceito de saúde-doença na Terceira Idade”. O segundo encontro foi realizado no dia 26 de novembro de 2010 e abordou a temática “Menopausa, Osteoporose e a Alimentação na Terceira Idade” e o terceiro encontro realizado no dia 29 de abril de 2011, abordou a temática “Sexualidade na Terceira Idade e Prevenção do Câncer do Colo do Útero e de Mama na Terceira Idade”. Embora o projeto esteja em andamento e não tenha resultados que indiquem sua viabilidade, é possível pontuar que com a prática do projeto perceber-se a importância de se desenvolver ações educativas com mulheres que se encontram na velhice, pois ao proporcionarmos a elas novas formas de aprendizado, intervimos de forma educativa nas mudanças de estilo de vida das mesmas. Durante os encontros, as participantes contribuem com suas vivências pessoais, além de esclarecerem suas dúvidas em relação à saúde, qualidade de vida e hábitos saudáveis. Os momentos foram importantes tanto para as participantes, que puderam refletir sobre a sua saúde, quanto para as acadêmicas que puderam articular o conhecimento com a prática das ações do projeto e conhecer as experiências que estas mulheres já passaram. O profissional

enfermeiro tem na educação em saúde oportunidade de articular conhecimento e ação dentro de um projeto que desenvolva indivíduos capazes de responsabilizarem-se de maneira construtiva pela saúde individual e acima de tudo coletiva, os transformando em sujeitos ativos na equipe multidisciplinar de saúde. A Enfermagem pode contribuir de forma significativa com a promoção da saúde, por meio do cuidado, informação, comunicação e da intervenção educativa que pode contribuir para mudanças no estilo de vida da população. Pensando na qualidade de vida e no bem estar das pessoas mais velhas, e na maneira e condições que estão chegando à velhice, faz-se necessário uma maior atenção no cuidado e na orientação dos idosos, proporcionando novas formas de aprendizado para resgatar seu bem-estar físico e emocional, gerando autonomia e independência para o envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Mulheres idosas. Promoção da saúde.

Referências

BRASIL. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas.** In: CAMARANO, A. A. (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?. Rio de Janeiro, IPEA: 2004.

CONTE, E. M. T. **Indicadores de qualidade de vida em mulheres idosas.** Florianópolis, 2004, 136 f. Dissertação de Pós-graduação do Curso de Educação Física, da Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PGEF0092.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>>. Acesso em: 02 maio 2011.

CONHECENDO O EXAME PAPANICOLAU¹

Ariel Bischeski²

Marcia Casaril dos Santos Cargnin³

A população feminina encontra diversos programas e políticas de apoio para a prevenção, promoção, manutenção e controle de sua saúde, mas é comum surgirem dúvidas a respeito de sua realização e do acesso aos mesmos. Nesta perspectiva, no ano de 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde da Mulher que tem como objetivos, promover melhores condições de saúde, com garantia de direitos legais, acesso aos meios de promoção e prevenção, assistência e recuperação da saúde no Brasil (BRASIL, 2004). Esta iniciativa, como o intuito de tentar diminuir o índice de mortalidade feminina no país, também aumentar e qualificar a Atenção Integral a Saúde da Mulher no Sistema Único de Saúde. Sendo uma das prioridades e indo ao encontro dos objetivos da Política, a realização de exame citopatológico do colo uterino a todas as mulheres que já tenham iniciado sua vida sexual, independentemente da idade. Também conhecido como exame preventivo “papanicolaou” foi inventado pelo Dr. George Papanicolaou no ano de 1940, que descobriu a importância de analisar as células esfoliadas retiradas do óstio cervical (BRUNNER, 2005). É um dos exames ginecológicos mais importantes para a saúde da mulher que possibilita detectar não só a presença do câncer de colo uterino, como também alterações das células que possam se transformar em câncer. Para a realização do exame, o profissional médico ou enfermeiro deve ter um ambiente calmo, consultório organizado e equipado para a realização do exame ginecológico, cabe destacar a importância do preenchimento dos dados da cliente no formulário para a requisição de exame citopatológico – colo do útero. Para a coleta do exame é necessário foco de luz, espéculo, espátula de Ayres, escova endocervical, lâmina de vidro com extremidade fosca, solução fixadora e porta-lâmina. Importante orientar as mulheres que devem retornar aos postos de Saúde, para buscar o resultado, se for constatado algum tipo de alteração a mulher é comunicada e um novo exame é realizado. O esfregaço de papanicolaou é realizado para detectar principalmente o câncer de colo uterino, que em 1940 era a causa mais comum de mortalidade feminina (BRUNNER, 2005). Atualmente a efetividade da detecção precoce associado ao tratamento em seus estádios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. Segundo dados da Organização Mundial de saúde (OMS), quando o rastreamento apresenta boa cobertura e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modificam efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer (BRASIL, 2006). Quando detectado algum tipo de alteração no preventivo é importante encaminhar a paciente para outros procedimentos adicionais de diagnóstico e ou terapêutica, o mais breve possível. O Ministério da Saúde traz

¹ Resumo expandido. Apresentação em pôster.

² Acadêmica do V Semestre Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen. Email: arielibischeski@hotmail.com

³ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pela PPGENF-UFRGS. Professora na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen. Coordenadora do projeto. Email: marciacasaril@hotmail.com

que uma das técnicas usadas é a colposcopia, exame indicado nos casos de resultados anormais do exame de papanicolaou para se identificar as lesões precursoras do câncer de colo de útero, através do colposcópio (aparelho que possui iluminação e lentes de aumento) (BRASIL, 2002). Havendo lesões suspeitas é realizada a biópsia do colo do útero e enviada a amostra para estudo histopatológico. A maioria dos casos de câncer de colo de útero é causada pelo HPV (papilomavírus humano), que acaba causando anormalidades cervicais, como displasia e câncer. Esse vírus é transmitido através de relações sexuais e a incidência é maior em mulheres jovens sexualmente ativas (BRUNNER, 2005). A periodicidade de realização do exame Papanicolaou preconizada pelo Ministério da Saúde é uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos, todas as mulheres que já tiveram atividade sexual, principalmente as de 25 a 60 anos (BRASIL, 2006). Cabe salientar que as gestantes também podem realizar o exame sem causar nenhum tipo de lesão ao feto, preferencialmente até o 7º mês, a coleta é feita somente com a espátula de Ayres (BRASIL, 2006). Para a realização do exame preventivo o Ministério da Saúde recomenda que a mulher se atente em alguns cuidados que devem ter antes de realizar o exame, como: não ter mantido relação sexual pelo menos dois dias; não utilizar cremes ou duchas vaginais nos últimos dois dias e também não estar no período de menstruação ou esperar no mínimo cinco dias após a menstruação para realizar a coleta (BRASIL, 2007). O profissional enfermeiro tem um papel muito importante na saúde da mulher, pois é através dos enfermeiros que as mulheres têm a possibilidade de esclarecer suas dúvidas e orientações necessárias, por esse motivo o profissional deve orientar e esclarecer as dúvidas a respeito da realização do exame. Algumas mulheres deixam de realizar a coleta por falta de compreensão e entendimento dos procedimentos utilizados, isso ocorre principalmente nas mulheres com mais idade e baixas condições educativas. Cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca tenham sido submetidas ao exame citopatológico (papanicolaou) (BRASIL, 2002). Sendo assim o papel do enfermeiro consiste em promover práticas e comportamentos positivos relacionados à saúde reprodutiva e sexual de cada paciente (BRUNNER, 2005). Então é de suma importância que os profissionais de saúde, atuem em prol as ações de educação em saúde, realizando orientações e sensibilização as mulheres a efetuar a coleta de preventivo e a prevenção do câncer, bem como das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), com isso objetivou-se realizar esta busca bibliográfica a fim de conhecer como é realizada a coleta, bem como a importância da realização do exame preventivo do colo do útero ou “exame papanicolau” na saúde de toda a população feminina. Considerando também, a curiosidade de conhecer melhor a temática apresentada e a necessidade de esclarecer dúvidas pessoais enquanto acadêmica de enfermagem, tendo em vista que a disciplina Enfermagem no Cuidado à Saúde da Mulher ser ministrada somente no VI semestre da graduação.

Palavras-chave: Exame Papanicolau. Saúde da Mulher. Prevenção.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 13. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Prevenção do Câncer do Colo do Útero**. Manual Técnico para profissionais de Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde. **Dicas em saúde: Câncer do Colo do Útero.** Elaborada em novembro 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/dicas/138colo_uterio.html>. Acesso em: 04 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** plano de ação 2004-2007. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**, v. 2, 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005.

PROMOVENDO QUALIDADE DE VIDA COM GRUPOS DE MULHERES NO MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN

Caroline Diel¹
Gabriela Zanatta¹
Marília Della Pasqua¹
Lílian Fernanda Lazarotto²
Marcia Casaril dos Santos Cargin³

O trabalho relata a experiência das alunas do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI– Campus de Frederico Westphalen, as quais participam de um projeto de extensão juntamente com a EMATER de Frederico Westphalen, tendo como título: “Educação em Saúde: Promovendo Saúde a mulheres através de grupos no município de Frederico Westphalen, sendo desenvolvidos grupos educativos com mulheres no interior do município de Frederico Westphalen. A saúde da mulher é tema que elege grandes debates pois como sabemos as mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde. De acordo com estimativas do IBGE em 2007, a população feminina brasileira totaliza mais de 98 milhões de mulheres. No entanto, na própria história da constituição da mulher como ser humano independente e com direitos, foi atrelado a lutas e conquistas que se desenvolveram de forma tímida, quando comparados com o sexo masculino, que gozava de autonomia e independência cultural dominadora sobre o sexo feminino. Um dos grandes marcos na luta pelos direitos femininos foi após o movimento feminista que buscou lutar pelos direitos femininos sem distinção de raça ou cor. Uma forma de analisarmos estas conquistas foi a criação das políticas públicas, como por exemplo, o foco na Atenção Integral à Saúde da Mulher, foi assumido como compromisso básico na saúde da população, especialmente com objetivo de promover melhorias das condições de vida das brasileiras. Deste modo, no Brasil, o Ministério da Saúde elabora e fomenta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com vistas a contribuir para a garantia dos direitos humanos das mulheres, bem como reduzir a morbimortalidade por causas previsíveis e evitáveis entre o grupo feminino (BRASIL, 2010). Um modo de analisarmos a promoção da saúde é de um processo continuado de capacitação na comunidade melhorando suas condições de vida dentro do meio em que eles vivem, Brasil (2004) aborda que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na

¹Acadêmicas do VII Semestre Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões –URI – Campus de Frederico Westphalen. Email: marília.dp@hotmail.com; gabriela_zanatta182@hotmail.com; caroline-diel@hotmail.com

²Acadêmica do IX Semestre Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões –URI – Campus de Frederico Westphalen. Email: lilifernandinha@yahoo.com.br

³Enfermeira, mestranda em Enfermagem pela PPGENF-UFRGS. Professora na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen. Coordenadora do projeto. Email: marciacasaril@hotmail.com

gestão das políticas públicas. Nessa lógica que o trabalho em grupos se caracteriza como um conjunto de pessoas com as mesmas constantes de tempo, espaço e limites de funcionamento, estas por sua vez interagem cooperativamente com o intuito de realizar a tarefa da promoção da saúde e conseqüentemente a produção de saúde (BRASIL, 2004). Cabe salientar que na maioria das vezes os serviços de saúde estão localizados nos grandes centros urbanos, estando na maioria das vezes, ou quase sempre esquecidas as mulheres do interior, refletindo-se com a baixa escolaridade, a pobreza, a falta de conhecimento, a situações de violência doméstica, sendo assim as mulheres mais suscetíveis a enfermidades que acometem sua vida diária. “Promover Atenção a Saúde da Mulher, promovendo fatores de proteção/prevenção/promoção da saúde, melhorando a qualidade de vida, além de trocar experiências e debater sobre temas relacionados à saúde, levando em consideração alguns fatores que tornam essas mulheres mais vulneráveis a enfermidades e às dificuldades de acesso aos centros urbanos que impossibilitam a promoção da saúde da mulher rural, sendo assim buscou-se a parceria com a EMATER – Frederico Westphalen. Com a o intuito de trabalhar com as mulheres do interior, o projeto buscou realizar encontros que ocorressem semanalmente com mulheres abrangendo todas as comunidades, vilas e linhas do interior do município de Frederico Westphalen, em parceria com a extensionista da Emater – RS que realiza os agendamentos dos encontros com as coordenadoras de cada comunidade. As atividades desenvolvidas nos grupos têm a duração aproximada de 1h30min, de acordo com a temática de interesse do grupo, interação e discussão do grupo. O primeiro momento dá-se por meio de dinâmica de apresentação das acadêmicas e participantes e posteriormente conversa e discussão sobre uma temática selecionada. As atividades iniciaram no dia 28 de maio de 2010 até dia 01 de abril de 2011 onde vários temas referentes à mulher foram discutidos, principalmente Câncer de Mama pois o Brasil classifica-se entre os países com maior incidência de câncer de mama em todo o mundo. Segundo o Instituto Nacional de Câncer - INCA, o número de casos novos de câncer de mama estimados para 1998 no país foi de 32.695 casos, enquanto que em relação à mortalidade, foram estimados para o mesmo ano 7.165 óbitos. Os dados epidemiológicos que estão disponíveis atualmente, permitem considerar o câncer como um problema de saúde pública no Brasil, pois os dados tendem a aumentar consideravelmente a cada ano, sabendo que este foi um dado de 1998, hoje esta estimativa vem aumentando crescentemente (BERGAMASCO, ANGELO 2001) . Já o câncer de Colo de Útero nas últimas décadas tem sido analisado como uma séria questão de saúde pública, com altas incidências na sua evolução mórbida e elevada taxa de mortalidade entre as mulheres. Neste cenário o profissional de enfermagem deve estar atuante no controle do câncer de colo uterino, à medida que proporciona condições que possam contribuir para a cura (prevenção) ou minimizem as perdas funcionais e estéticas provocadas pela doença ou por seu tratamento. Sendo que, o benefício social e econômico é bem maior, uma vez que, o custo do tratamento e as conseqüências da doença em fase avançada são elevados e ameaçadores (LINARD, DANTAS, SILVA, 2002). Os assuntos foram previamente sugeridos pelas Agentes Comunitárias de Saúde. Os grupos são espaços de troca de experiências, vivências e saberes, um momento único onde a interação das acadêmicas e do grupo ocorre de forma descontraída, proporcionando aprendizagem para ambos. Durante os encontros muitas dúvidas foram sanadas, orientações prestadas, enfim, conseguimos atingir nossas metas e promover a saúde dessas mulheres que muitas vezes são esquecidas. Sabemos que a Saúde da Mulher em nossa atualidade vem sendo discutida, juntamente com a atuação dos profissionais enfermeiros na promoção da saúde, pois proporcionam o desenvolvimento de ações e reflexões de modo a qualificar o cuidado e a assistência prestada no intuito de conquistar

espaço definitivo no mercado de trabalho e quebrar tabus na sociedade brasileira, a mulher enfrenta agora um novo desafio: cuidar da saúde enquanto acumula cada vez mais tarefas. No entanto, a cada encontro torna-se mais visível a importância da atuação da enfermagem que, para os profissionais responsabilizar-se com as práticas de promoção, constitui-se um desafio, uma vez que esta permite estender significativamente a abrangência das ações de saúde da mulher. Este espaço de trocas de saberes é muito expressivo, pois o que é observado em sala de aula pode ser aplicado na prática, ou seja, proporcionou visualizar uma das práticas realizadas pelo profissional enfermeiro.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde da mulher rural. Grupos de saúde.

Referências

BERGAMASCO B. R.; ANGELO M. **O sofrimento de descobrir-se com câncer da Mama:** como o diagnóstico é experienciado pela mulher. Revista Brasileira de Cancerologia, 2001. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/pdf/artigo4.pdf>. Acesso em: 06 maio 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **2004 o ano da mulher.** 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Contagem da População 2007, População residente, em 1º de abril de 2007 segundo os municípios.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/RS.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2010.

LINARD A. G.; DANTAS F. A. SILVA R. M. **Mulheres submetidas a tratamento para o câncer de colo uterino:** percepções de como enfrentar a realidade. Revista Brasileira de Cancerologia, 2002. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ppgpmi/files/2010/04/Exemplo-de-artigo.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2011.

A ACUPUNTURA COMO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

Taís da Rocha Giovenardi¹

A acupuntura, *acu* (com agulhas) e *puntura* (picada) derivada do latim, é uma terapia complementar que utiliza técnicas de inserção de agulhas na pele, massagem, ventosas, aquecimento, laser e sangria. Esta terapia, hoje praticada em muitos países ocidentais, teve sua origem na China há mais de dois mil anos. Foi trazida para o Brasil pelos emigrantes japoneses em meados de 1953 e começou a ser praticada também pelos brasileiros. A técnica da acupuntura consiste em estimular determinados pontos através da pele com o objetivo de desbloquear e harmonizar o fluxo do Qi que percorre o corpo por meio de canais denominados meridianos. Segundo a Medicina Tradicional Chinesa denominamos Qi a energia universal que cerca e permeia todas as coisas. Entende-se que o Qi é uma energia que flui através do corpo através de 12 meridianos principais e é influenciada pelo Qi que nossos pais nos transmitiram, por nossa alimentação e pelo ar que respiramos. Quando este fluxo for interrompido ocorrerá um desequilíbrio e este se manifesta por sintomas de saúde prejudicada ou doenças. Sendo assim, as doenças surgiriam devido fatores como estresse, má nutrição e descuido com as questões espirituais, situações estas resultantes do desequilíbrio de duas forças opostas o Yin e Yang. O Yin e Yang são forças que permeiam todas as coisas, cada um com suas próprias qualidades que se complementam entre si. Yin é relacionado a frio, lentidão, escuridão, interior, desanimado e noite. Yang é relacionado a quente, agitação, sol, exterior, animado e dia. Cada meridiano principal possui uma forte ligação com elementos reconhecidos da filosofia chinesa clássica, quais sejam terra, madeira, água, metal e fogo. O conjunto de características de cada indivíduo e sua identificação com cada um dos elementos, que por sua vez são associados a todas as coisas, permite a definição mais acertada para cada tratamento. As terapias complementares em saúde são consideradas terapias holísticas. O holismo defende a compreensão integral dos fenômenos e não meramente a análise isolada dos seus constituintes. Sendo assim, a terapia holística trata cada paciente de maneira singular, mediante seus sintomas e características individuais. Vem daí a facilidade com que encontramos pessoas cujas patologias são tidas como sem solução pelos tratamentos convencionais e naturalmente curadas pela acupuntura. A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) observa o paciente de maneira holística considerando três aspectos, energético, funcional e orgânico. A acupuntura não atua apenas na cura de doenças, mas também na sua prevenção, pois através do equilíbrio energético as defesas do organismo aumentam e com isso dificulta a instalação dos agressores de nossa saúde. Neste sentido, estudos confirmam que, a utilização de agulhas em pontos específicos afetam o sistema nervoso, estimulam a produção de substâncias químicas e analgésicas e liberam alguns hormônios neurais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e apoia as práticas de acupuntura e reconhece seu tratamento para algumas patologias que atacam o trato respiratório, distúrbios musculares, articulares, esqueléticos, gastrointestinais, ginecológicos, neurológicos e

¹ Enfermeira. Especialista em Acupuntura.

psicossomáticos.No Brasil a acupuntura pode ser exercida por profissionais da área da saúde como enfermagem, fisioterapia, medicina, farmácia, biomedicina, fonoaudiologia, psicologia, odontologia e medicina veterinária, de acordo com os respectivos conselhos federais. Para a enfermagem o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamenta a prática da acupuntura pela resolução 326/2008. Colaborar para a reflexão acerca do exercício profissional da acupuntura pelo enfermeiro. Trata-se de uma reflexão bibliográfica sobre o exercício profissional da enfermagem na acupuntura brasileira, realizando uma breve apresentação da Medicina Tradicional Chinesa e Acupuntura e a caminhada histórica para a legalização da profissão nos dias de hoje. Para a realização deste, fez-se necessário levantamento de documentos pertinentes à prática ética e legal da acupuntura na enfermagem. Vale salientar que várias são as categoria profissionais que podem utilizar essa prática, porém para este trabalho priorizou-se pela enfermagem. As normas que regulamentam a prática da acupuntura pelo enfermeiro são baseadas em sua capacitação profissional. Isso ocorre por meio de desenvolvimento de habilidades para tal através dos cursos de especialização e da adequação às normas éticas e legais que regem ao exercício da acupuntura. O Ministério do Trabalho e Emprego elaborou, em 1982, a Classificação Brasileira de Ocupações estando incluída a profissão de acupunturista. Em 2002, com nova versão, através da Portaria nº397/2002 descreveu a profissão de acupunturista como independente de qualquer classe profissional. Na área da enfermagem o COFEN reconhece a acupuntura como especialidade pela Resolução nº197/97. O COFEN estabelece e normatiza o exercício da enfermagem e desde sua criação, de acordo com a Lei nº 5.905/1973, é o órgão que regulamenta a enfermagem por meio de resoluções. Posteriormente a Resolução COFEN nº 326/2008 fixou regras sobre a prática da Acupuntura pelo Enfermeiro. O Conselho só aceitará o registro de especialidade em acupuntura para os profissionais enfermeiros que possuírem curso de pós-graduação *lato sensu* em instituições credenciadas, com carga horária mínima de 1.200 horas. Em consonância, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (LEPE) nº 7.488/1986, no art.11, Inc.I estabelece que cabe ao enfermeiro, privativamente os cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Também o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), no Art. 17, prevê como obrigação ético moral do enfermeiro, avaliar as competências técnicas e legais, e somente assumir uma incumbência, quando capaz de desempenho seguro para si e para o cliente. Deve, também, almejar obter o máximo de benefícios e minimização de riscos ou de danos à clientela assistida. Em fevereiro de 2005, a OMS apresentou a Política Nacional da Medicina Natural e Práticas Complementares (MNPC) no Sistema Único de Saúde (SUS) com objetivo de implementar ações já desenvolvidas na rede pública, destacando a MTC/Acupuntura. Este documento restringiu a atividade em serviços públicos aos profissionais médicos. Porém, em 03/05/2006, a Portaria do Ministério da Saúde nº971/2006, através da aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, determinou que se promova a elaboração e readequação dos planos e projetos para o exercício multiprofissional de algumas modalidades terapêuticas, entre elas a acupuntura. Neste sentido, estabelece a acupuntura como prática de profissionais de saúde que tenham realizado um curso de especialização. No que se refere ao exercício profissional da acupuntura pelo enfermeiro, esta é uma prática regulamentada pelo COFEN e reconhecida e incentivada pela OMS. Sendo assim, torna-se fundamental ampliar a implementação da atividade da acupuntura enquanto técnica terapêutica como prática do enfermeiro habilitado para tal atividade. A conquista da enfermagem enquanto profissional apto ao exercício da acupuntura traçou caminhos tortuosos, porém hoje permite marcar as ações de saúde através

de técnica eficaz, segura e resolutiva para vários problemas de saúde. Desta maneira nós enfermeiros precisamos efetivar a aplicabilidade desta pratica milenar de maneira complementar às ações de assistência em saúde na enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Terapias complementares. Acupuntura.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília: Senado Federal, 4 maio 2006.

_____. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-197/97. **Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem.** Brasília, DF, 1997. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7041§ionID=34>>.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC).** Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>>.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Novas Diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) para fomentar o uso adequado das Medicinas Tradicionais.** Genebra, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/es>>.

ABORDAGEM METODOLÓGICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Taís da Rocha Giovenardi¹
Adriana Rotoli²

Tentativas de implantação e implementação de políticas efetivas para a promoção da saúde do trabalhador em nosso País vêm sendo discutidas há vários anos. Algumas delas traduzem maior efeito, outras maior lentidão, porém a insistência nos remete ao sistema atual e projeta a procura de leis que regulamentem a concretização de direitos já adquiridos dos que labutam por sua cidadania. A primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado no Brasil, por iniciativa do poder central, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), data de 1923. Sendo que o seguro de acidente de trabalho já havia sido instituído em 1919. No ano de 1943 é estabelecida a consolidação das leis do trabalho – CLT, que torna obrigatório o pagamento do salário mínimo, indenização aos acidentados, tratamento médico aos doentes, pagamento de horas extra e férias a todos os portadores de carteira assinada. Nesta época, é estruturado o setor previdenciário, que era o principal canal da assistência médica da população, o Instituto Nacional da Previdência Social – INAMPS. Os serviços prestados pelo INAMPS só contemplavam a população portadora de carteira assinada, portanto contribuintes. Nesta época a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS trouxe ao país a exigência de criação do primeiro ministério de prevenção destes problemas vivenciados no trabalho. Desta forma, foi criado o ministério da saúde – MS, que deveria ir ao encontro das necessidades, visando a melhoria de condições de saúde. O Golpe Militar de 1964, aliviando trabalhadores e segmentos da sociedade civil do cenário político oficial e condenando-os à condição de resistência à força do Estado, implementa um projeto que data de 1945, e que se revelou inviável no período da democracia populista: a unificação da Previdência Social. Em 1966 cria-se o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Em 1963 já havia sido criado o Fundo dos Trabalhadores Rurais, nunca implementado. Em 1971 é criado o PRORURAL, destinando-se fundos específicos para a manutenção do FUNRURAL, representando formalmente a extensão da Previdência Social aos trabalhadores rurais. Em 1977, com a reformulação do sistema previdenciário que institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS -, o FUNRURAL é extinto, apesar de se manter a sigla ainda por um longo período, dadas as pressões de parlamentares situacionais vinculados ao setor rural. Toda esta regulamentação em prol dos trabalhadores criou problemas de custo e despesas, visto que os que estavam trabalhando não conseguiam cobrir os gastos dos afastados. Pensou-se em alternativas que auxiliassem neste impasse. Desta forma, até o ano de 1976 a Previdência Social arcava com todas as despesas dos acidentados a partir da data da ocorrência do acidente. Contudo, para auxiliar na contenção de despesas, a partir da compreensão de que o déficit orçamentário residia no alto gasto com assistência médica, surge a proposta das Ações Integradas de Saúde – AIS, e das Autorizações de Internações

¹ Enfermeira. Especialista em Acupuntura.

² Mestre em Enfermagem, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus Frederico Westphalen – RS.

Hospitalares – AIH. Estas, por sua vez, pagam as internações hospitalares pelo pacote total de custos e não pela soma dos gastos de cada procedimento executado e material utilizado, como ocorria anteriormente. Entre as estratégias de busca da consolidação de políticas ativas o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira lança o projeto do Sistema Único de Saúde – SUS, prescrita pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 que continha em seu relatório apontamentos referentes às condições dignas de trabalho enquanto exercício de acesso à saúde. A I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores ocorreu em dezembro de 1986, a luta pela saúde enquanto direito adquirido não conseguiu superar as dificuldades inseridas pela classe dominadora no sentido de um resgate da democratização nas relações nos locais de trabalho. O avanço dos debates sobre a saúde consolida a proposta da descentralização como única alternativa para a constituição de um sistema de saúde adequado às reais necessidades da população, viabilizando a universalização e equidade. É nesse contexto que emerge a proposta do SUDS (Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde) sob a forma de convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde. Esses convênios começaram a ser assinados em 1987, passando às Secretarias Estaduais de Saúde o comando do sistema no âmbito estadual. Mediante este contexto, surgiu o Sistema Único de Saúde - SUS em 1988 que é uma estratégia de reorganização da Atenção Básica que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral. O SUS tem como princípios a Universalidade, a Equidade e a Integralidade dos serviços de saúde, somado as suas diretrizes de participação da comunidade e descentralização dos serviços. No propósito de assegurar os direitos e deveres previstos na Constituição Federal de 1988, em 1990 o SUS é regulamentado pela Lei Orgânica 8080 e sua complementar 8142. Por meio da Lei 8142 a participação da comunidade passa a ser garantida. A Legislação Brasileira em saúde do trabalhador avançou a partir da Constituição Federal de 1988, pois foi incorporado ações de vigilância em saúde do trabalhador determinada pela Lei Orgânica 8080/90. A partir de tal legislação as ações de saúde foram implantadas pelos setores municipais e estaduais. Outro avanço na saúde do trabalhador foi a revisão das Normas Regulamentadoras – NR(s) pela Secretaria de Saúde e Segurança do Ministério do Trabalho, no qual as comissões Tripartites viabilizaram o aperfeiçoamento das mesmas. Mesmo com tais avanços na legislação em saúde e segurança do trabalho não produziram ainda impacto na redução das estatísticas de acidentes e doenças profissionais. Neste sentido, discussões continuam ocorrendo principalmente no meio acadêmico, visto que deste sempre partiram, promovendo pesquisas e estudos que buscam beneficiar as ações em saúde do trabalhador. Possibilitando assim, instrumentalização dos profissionais que atuam nesta área de forma mais efetiva. Identificar as abordagens metodológicas dos estudos que se relacionam com a temática política de saúde do trabalhador; Conhecer e analisar os apontamentos acerca da temática, descritas na literatura. Foi realizado um levantamento bibliográfico retrospectivo, dos últimos 20 anos (2008-1988), por meio dos bancos de dados *Lilacs* (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando os unitermos política *and* saúde *and* trabalhador. Os artigos foram catalogados e analisados buscando-se uma síntese de seus apontamentos e implicações. Foi utilizado, para coleta de dados, um protocolo contendo informações sobre o periódico, tipo de metodologia usada e fatores pertinentes. Foram analisados 46 artigos publicados nos seguintes periódicos: Cadernos de Saúde Pública, Saúde e Sociedade, Brasília Médica, Rev. Brasileira de Epidemiologia, Trabalho, educação e saúde, estudos de psicologia, Rev. Latino Americana de Enfermagem, Ciência e Saúde Coletiva, Rev. Brasileira Enfermagem, Rev. Saúde Pública. Através da Tabela 1, pode-se observar o número de publicações, segundo o ano de publicação.

Tabela 1 – Publicações em periódicos no período de 1988 a 2008

Período da publicação	Número	Percentual
1988 – 1994	1	2,17%
1995 – 2001	13	28,26%
2002 – 2008	32	69,56%
<i>Total</i>	46	100%

Podemos observar um acréscimo a partir de 1996. Isso ocorre devido lançamento das Normas Técnicas e Operacionais que normatizam ações oferecidas à população, e são implantadas neste período. Mais acentuado crescimento de número de publicações ocorre a partir de 2001 quando a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador é instituída com intuito de regulamentar e orientar o processo de descentralização da gestão dos serviços de saúde do trabalhador. Os dados relativos às abordagens metodológicas utilizadas nas pesquisas analisadas são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição de artigos categorizados segundo a metodologia empregada pelos autores, 1988 - 2008

Tipo de pesquisa	Número	Percentual
Reflexão teórica	32	69,56%
Descritiva de campo	8	17,39%
Descritiva bibliográfica	4	08,69%
Pesquisa ação	1	02,17%
Relato de experiência	1	02,17%
<i>Total</i>	46	100%

Foi observado que as metodologias mais frequentemente empregadas nas pesquisas foram a reflexão teórica (69,56%) e descritiva de campo (17,39%). Os trabalhos categorizados como reflexão teórica, em sua totalidade apresentaram discussões acerca da política de saúde do trabalhador e implicações de sua implantação e implementação. Os trabalhos categorizados como descritivos de campo apresentaram discussões acerca de temas como condições de trabalho, absenteísmo, uso de EPIs, dados epidemiológicos e doenças ocupacionais. Cabe ressaltar que as demais formas de pesquisa não descritas neste trabalho não foram identificadas na presente pesquisa e assim não aparecem nesta. Pode-se abstrair da análise dos resultados deste estudo, quanto às informações descritas nas pesquisas que a política de saúde do trabalhador ainda se encontra em fase teórica. Em sua maioria os trabalhos caracterizam-se como reflexão teórica, geralmente trazendo importante resgate histórico. Sente-se falta de normatizações efetivas e com resultados positivos descritos nos trabalhos estudados. Os resultados obtidos através desta pesquisa permitem as seguintes conclusões: Durante o período de 1988 a 2008, foram encontrados 46 artigos indexados cuja temática abordava a questão política de saúde do trabalhador. Na grande maioria das pesquisas, foi utilizada a análise quantitativa dos dados, e as abordagens metodológicas para estudar o objeto foram variadas, havendo predominância do tipo da reflexão teórica (69,56%). Alguns autores (17,39%) utilizaram a pesquisa descritiva de campo, (8,69%) a pesquisa descritiva bibliográfica, (2,17%) pesquisa ação e (2,17%) a reflexão teórica. Em relação à distribuição e crescimento no número de publicações, pode-se concluir que a partir das Normas Técnicas Operacionais houve aumento significativo e que a partir da publicação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador o número de publicações duplicou.

Palavras-chave: Política de saúde do trabalhador. Abordagem metodológica. Trabalho.

Referências

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Editora Cortez: CEDEC, 2003.

ANDRADE, S. M; SOARES, D. A; JUNIOR, L. C. **Bases de saúde coletiva**. 1. ed. Rio de Janeiro: UEL, 2001.

LACAZ, F. A. C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2), p. 7-19, 1997.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

O PAPEL DOS ALIMENTOS FUNCIONAIS NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO CÂNCER

Andressa Lanza¹
Caroline Marangon Dourado²

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) a cada ano o câncer atinge pelo menos 9 milhões de pessoas e mata cerca de 5 milhões, sendo atualmente a 2ª causa de morte por doença na maioria dos países, inclusive o Brasil. O câncer pode ser considerado como uma doença das células corporais, o seu desenvolvimento envolve o DNA das células; este dano se acumula com o decorrer do tempo. A classificação dos tumores é baseada no seu tecido de origem, nas suas propriedades de seu crescimento e na invasão dos tecidos. O crescimento de uma neoplasia maligna destrói o tecido circundante e pode se disseminar para os tecidos e órgãos distantes, processo esse, chamado de metástase. Em geral, os fatores dificilmente controláveis, sejam eles de origem hereditária, ambiental ou viral, são responsáveis por cerca de 30% de todos os tipos de câncer. Inversamente, vários fatores diretamente ligados ao estilo de vida das pessoas, como tabagismo, sedentarismo, obesidade, uso abusivo de álcool e de entorpecentes são a causa direta do desenvolvimento de cerca de 70% dos cânceres. Estima-se que cerca de 30% das mortes por câncer estão ligadas à natureza da alimentação. Estudos epidemiológicos têm mostrado a relação entre o consumo abundante de alimentos de origem vegetal, como frutas, hortaliças, cereais integrais, leguminosas, nozes e chá, com menor risco de desenvolver vários tipos de câncer. Visto a influência dos alimentos no desenvolvimento do câncer, foram revisadas algumas bibliografias da área da nutrição publicadas nos anos de 2003 a 2009, tendo como objetivo reunir alimentos funcionais que podem agir como formas de proteção, inibição do crescimento de tumores, desativação das enzimas que estimulam reações químicas, e também os alimentos que podem reduzir e/ou eliminar as células mutantes. Todos os vegetais contêm uma quantidade de compostos fitoquímicos e esses compostos que permitem às plantas se defenderem contra infecções e danos têm demonstrado em pesquisas recentes que interferem com a progressão do tumor, agindo diretamente nas células tumorais, modificando o microambiente do tumor, de forma a criar condições fisiológicas adversas para o crescimento deste mal. Alguns componentes dos alimentos como os carotenoides, que são antioxidantes, protegem contra o aparecimento do câncer e está presente, por exemplo, na abóbora, cenoura e no mamão; os isotiocinatos que inibem a tumorigênese por meio da redução dos danos genéticos induzidos pela variedade de carcinógenos podem se obter em alimentos como couve, repolho e brócolis; há também um composto chamado limonoide presente nas frutas cítricas como limão e laranja, que promovem enzimas protetoras; o licopeno é um antioxidante e pode aumentar a resistência ao câncer, presente na salsinha, brócolis e tomate; os esteroides que bloqueiam a

¹ Aluna do Curso Superior de Nutrição da URI, Campus de Frederico Westphalen/RS. Email: dre_154hotmail.com

² Nutricionista (UNISINOS), Especialização em Nutrição Clínica (CBES), Mestranda em Gerontologia Biomédica (PUC/RS), Nutricionista da UFSM (campus de Frederico Westphalen/RS), professora do Curso de Graduação em Nutrição da URI, Campus de Frederico Westphalen/RS.

ação do estrogênio no câncer de mama, é existente em alimentos como soja, cereais integrais e inhame; há também os trienoides que se ligam ao estrogênio e inibem o câncer por supressão de atividade enzimática, presente na soja e extrato de raiz de alcaçuz; as catequinas presentes nos chás verdes estão ligadas à baixa incidência de câncer gastrointestinal; os flavonoides que bloqueiam o sítio receptor de certos hormônios que promovem o câncer, se apresentam em alimentos como salsinha, berinjela e cenoura; a genisteína presente na soja e nos vegetais da família da couve, pode bloquear o crescimento de novos vasos sanguíneos que são essenciais para disseminação de tumores; os ácidos fenólicos que podem auxiliar a resistência por inibir nitrosaminas é encontrado em alimentos como salsinha, cenoura e brócolis; e a glutamelcisteína presente no alho eleva a atividade do sistema imunológico. Estes são exemplos de compostos presentes em alimentos que podem auxiliar na prevenção e tratamento do câncer. Podem-se listar também alguns alimentos que agem diretamente na prevenção de cada tipo de câncer como a ingestão de frutas e verduras em geral, principalmente cruas e a diminuição no consumo de alimentos defumados e salgados (nitrosaminas e álcool) auxiliam contra o câncer de estômago. Para prevenir o câncer de ovário – deve-se evitar gordura e aumentar o consumo de fibras, sem esquecer dos alimentos ricos em carotenoides, como cenoura e tomate. No câncer de fígado – deve-se limitar o consumo excessivo de álcool, fumo e gorduras, isso pode contribuir para que não haja seu aparecimento. O consumo de frutas frescas e vegetais exerce proteção contra o tumor na bexiga. Já contra o câncer de pulmão deve se evitar o fumo e também consumir alimentos ricos em betacaroteno (ex.: cenoura, mamão e folhas verdes). Para o câncer de cólon e reto – é indicado ingerir mais frutas com betacaroteno, verduras, legumes, consumir fibras em quantidade de 20 a 30 g por dia, diminuir o consumo de gorduras saturadas (gordura animal). Uma dieta baixa em gordura e bebida alcoólica, e o uso com mais frequência de alimentos ricos em fibras, ômega-3 e ômega-9 previne contra o surgimento do câncer de mama. Para o de próstata é recomendado a restrição do consumo de carne vermelha, aumento da ingestão de verduras, legumes e frutas, principalmente o uso do tomate, pois confere uma ação anticancerígena. Para acautelar-se contra o câncer de pâncreas procurar aumentar o consumo de frutas e verduras. No caso do câncer de esôfago diminuir o consumo de álcool, fumo, alimentos salgados, defumados e muito quentes, além de aumentar a ingestão de frutas e verduras. No câncer de útero indica-se uma dieta rica em vegetais, principalmente os que contenham vitamina C, betacaroteno, ácido fólico e utilização de pouca gordura para evitar a obesidade. Pesquisas recentes mostram que a isoflavona presente na soja também é benéfico no tratamento do câncer de cólon de útero por absorver uma série de substâncias cancerígenas da parede desse órgão. E por fim, vegetais crucíferos ricos em enxofre exercem um papel protetor contra o câncer de tireoide. Porém, deve-se considerar que para prevenir e até mesmo reduzir a evolução do câncer, é necessário, também, uma alimentação equilibrada. Obviamente que dependendo do estágio do tumor, o alimento não vai evitar a morte, mas sim melhorar a sobrevida, principalmente para prevenir e cuidar dos sintomas dos tratamentos, como cirurgias e quimioterapias. Assim, é possível concluir que através dos alimentos, principalmente os funcionais, uma dieta balanceada, hábitos e estilos de vida saudáveis podemos prevenir doenças como o câncer, porém são necessários mais estudos para identificar os métodos adequados de intervenção. Uma modificação do regime alimentar, para incluir certos alimentos que constituem fontes excepcionais de moléculas anticancerígenas, representa uma das melhores armas atuais à nossa disposição para combater o câncer. Além de modificações no estilo de vida que podem ter um enorme impacto no risco de câncer, tais como: parar de fumar, diminuir o consumo de álcool, reduzir o consumo de carnes vermelhas,

evitar os alimentos contendo produtos potencialmente cancerígenos e fazer exercícios físicos, são formas que auxiliam contra o aparecimento de tumores.

Palavra-chave: Alimentos Funcionais. Câncer. Saúde.

Referências

STÜRMER Joselaine. **Comida um santo remédio**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

CUPPARI Lilian. **Nutrição**: nas doenças crônicas não-transmissíveis. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2009.

MAHAN, L. Kathleen. **Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 11. ed. São Paulo: Roca, 2005.

CUPPARI Lilian. **Guia de Nutrição**: nutrição clínica no adulto. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2005.

A RÁDIO COMO INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Viviane Gallon Mendonça¹
Marta Cocco²
Gabriela Andreatta Roesler³
Eduarda Signor³
Ethel Bastos³
Leila Perdonssini⁴

A fim de ampliar as orientações direcionadas à saúde da comunidade e fomentar novas experiências de educação em saúde, elaborou-se o projeto de extensão intitulado “*Educação em saúde: a rádio como veículo de interação e comunicação com a comunidade*”. Traz a educação em saúde como referencial teórico e metodológico adotado na promoção em saúde. A educação em saúde é utilizada amplamente no setor saúde pelos profissionais como forma de orientação individual e coletiva, seja em grupos, em visitas domiciliares e consultas. O diálogo e a troca de saberes permeiam a prática dos profissionais e usuários dos serviços de saúde. A comunicação situa-se enquanto elemento privilegiado de produção e circulação de informações em saúde. Dentre as formas existentes de comunicação, destaca-se a rádio, visto permitir o envolvimento do ouvinte num diálogo mental com o emissor. Este projeto surgiu pela necessidade de implementar novos programas de educação em saúde que atendam a população do município de Palmeira das Missões e região, utilizando a rádio como ferramenta e como forma de incrementar as ações existentes nos serviços de saúde. Com ele pretende-se experienciar práticas educativas como espaços de aplicação de saberes com a participação dos ouvintes da rádio com vistas à promoção de ações transformadoras da realidade social e que busque melhorias na qualidade de vida. O objetivo foi promover a educação em saúde utilizando como ferramenta a rádio, a fim de fomentar a melhoria da qualidade de vida da comunidade de Palmeira das Missões/RS e região. A execução do projeto ocorre por meio da realização de programas de rádio educativos com a participação/interação da comunidade. A metodologia da problematização/participação é utilizada no sentido provocar a estruturação de temas geradores e de valorizar a interação da população, visto que os programas são construídos a partir das necessidades e sugestões da comunidade, a fim de articular o saber científico e o saber popular. Os programas são desenvolvidos com o propósito de estimular a reflexão, construção de conhecimento e oportunidade de pensamento crítico sobre a saúde, a doença e o cuidado. Os programas acontecem semanalmente, na Rádio Comunitária Landell FM 87.9 do município de Palmeira das Missões, e são previamente agendados e divulgados

¹ Autora/Apresentadora. Acadêmica do III semestre do Curso de Graduação em Enfermagem pela UFSM – CESNORS, Campus de Palmeira das Missões.

² Autora/ Orientadora. Professora Assistente Doutoranda em Enfermagem da disciplina de Saúde Coletiva do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM - CESNORS.

³ Autoras. Acadêmicas do III e V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem pela UFSM – CESNORS, Campus de Palmeira das Missões.

⁴ Autora/Orientadora. Professora Assistente Doutoranda em Enfermagem da disciplina de Metodologia da Pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM-CESNORS.

pelos acadêmicos do curso de enfermagem, o bolsista e nutrição e professores orientadores, com duração de 15 minutos cada. Até o momento desenvolveram-se programas e os assuntos abordados foram relacionadas às necessidades da comunidade, sugestões trazidas pelos agentes comunitários de saúde e seguindo o calendário de datas comemorativas do Ministério da Saúde. Alguns temas que foram abordados: Gripe H1N1, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Participação Social Lei 8142 do Sistema Único de Saúde (SUS), Estratégia Saúde da Família, Doenças Respiratórias, Projetos de Pesquisa e Extensão do Curso de Enfermagem, Colesterol, Agente Comunitário de Saúde (ACS), Acidentes domésticos com criança, Anorexia, Bulimia, Violência contra a mulher. O desenvolvimento desse projeto vem proporcionando à comunidade momentos de reflexão, em que são transmitidas orientações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação. A enfermagem ao promover ações de promoção da saúde, reconhece a educação em saúde como instrumento fundamental para a interlocução entre as necessidades da população, além de despertar o interesse para que busquem por melhores condições de vida e de saúde. A enfermagem está intimamente ligada a práticas sociais educativas e para tanto preocupa-se em adotar pedagogias libertadoras para despertar comportamentos críticos àqueles a quem educa para que sejam capazes de lidar com a realidade que os cerca. O projeto tem possibilitado mostrar aos ouvintes e à comunidade que a rádio pode ser instrumento de educação em saúde com a inclusão de saberes científicos e populares. A interlocução promovida nesse projeto entre a comunidade e os acadêmicos de enfermagem busca estimular a mudança de hábitos e costumes visando à melhoria da saúde, bem como a qualidade de vida das pessoas. Com ele pode-se experienciar um novo modelo de prática educativa, considerando a rádio como instrumento de comunicação que pode levar informações a públicos diferenciados complementando as ações de educação realizada em outros espaços de saúde. Além disso, incluir a comunicação por meio do rádio como uma nova abordagem na formação do acadêmico de enfermagem e de nutrição.

Palavras-chave: Rádio. Educação em Saúde. Interação e comunicação.

Referências

PRADO, E. V. et al. **Educação em saúde:** utilizando a rádio como estratégia. Curitiba: Ed CRV, 2009.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

VASCONCELOS, E. D. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 2006.

RESUMOS SIMPLES

A ENFERMAGEM E O PRIMEIRO CONTATO COM A ÁREA HOSPITALAR

Odilara Centenaro¹

Tatiane Franco²

Laura Helena Gerber Franciscatto³

No dia 02/05/2011, pela parte da manhã, nós acadêmicos do III semestre do curso de enfermagem da URI, nos dirigimos juntamente com a professora Laura, para uma aula no Hospital Divina Providência na matéria de Fundamentos do Cuidado Humano I, para que pudéssemos analisar a importância do trabalho do enfermeiro dentro de um hospital. Fomos até o vestiário para estagiários e colocamos roupa apropriada para o trabalho, então nos dirigimos ao terceiro andar, no posto três da enfermagem, onde a enfermeira responsável nos explicou como funciona o horário das medicações, como eram feitos, e onde ficavam os prontuários dos pacientes. Fomos conhecer os leitos, o *descarpak* que serve para desprezar as agulhas, seringas, e também serve para fazer a higienização das bandejas de procedimento, conhecemos também o local onde ficavam os banheiros, conhecemos a UTI Neonatal, aonde vimos um bebê que estava em uma incubadora, também conhecemos o bloco cirúrgico e sala de parto. Na sala de parto vimos dois bebês recém-nascidos. Surgiu então, a oportunidade de a professora Laura fazer a aplicação de uma dose de insulina em uma paciente diabética, nos dirigimos até o leito, nos apresentamos a paciente, a professora explicou para a paciente como seria feito o procedimento, e nós pela primeira vez podemos ver como se faz a aplicação de uma dose de insulina em um paciente diabético. Após isso, a professora nos explicou como se faz o cálculo de gotejamento do soro. Por fim fomos convidados a ver como se faz a introdução da sonda vesical de demora, em uma gestante que estava entrando em procedimento de parto. Foi muito interessante, pois notamos a importância de sermos cautelosos e cuidadores, e que devemos explicar o procedimento à paciente antes de executá-lo, e que não podemos constranger a mesma. Após essa experiência no hospital podemos ver o quanto foi importante esse primeiro contato com a área hospitalar, pois ali vimos o que acontece no dia a dia de um hospital e ver qual o papel que a enfermeira exerce, também vimos na prática tudo que aprendemos durante as aulas.

Palavras-chave: Experiência. Contato área hospitalar. Enfermeiro.

¹ Acadêmico do III semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

² Acadêmico do III semestre Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

³ Mestre em Genética, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen – RS.

RELATO DE EXPERIÊNCIA COMO MONITORA DO LABORATÓRIO DE ENFERMAGEM

Sinara Rapachi Rossato¹
Laura Gerber Franciscatto²

Este trabalho relata a Experiência acadêmica enquanto Monitora no Laboratório de Enfermagem vivenciada no II e III semestre do Curso de Graduação em Enfermagem-URI-Campus de Frederico Westphalen, tendo como objetivo o desempenho de técnicas e práticas que venham a enriquecer o aprendizado dos acadêmicos. Essas atividades normalmente são realizadas em horários que não coincidem com as aulas, devendo ser respeitado o número de horas proposto. O trabalho como monitora é muito enriquecedor, pois proporciona um amadurecimento profissional muito grande, e nos mostra que as atividades realizadas pelo monitor vão desde o acompanhamento das aulas e provas, orientação e esclarecimento de dúvidas dos alunos e participação na produção do material que fica disponível para uso no laboratório, neste local executa-se as técnicas passadas pelos professores responsáveis sendo estas monitoradas por mim. Como monitora, destaco a importância dessa atividade para o desenvolvimento de habilidades técnicas como o manuseio de materiais, além da oportunidade de obter um contato mais próximo com a docência, possibilitando rever os conteúdos anteriormente aprendidos além de facilitar o relacionamento com os outros estudantes. O desenvolvimento da monitoria proporciona também o desenvolvimento de uma importante característica pessoal, ou seja, o aprimoramento das habilidades no que se refere à organização. Percebo a monitoria como uma atividade indispensável para o bom aprendizado dos alunos, bem como o meu próprio aprendizado quanto aluna e quanto futura profissional de enfermagem, pois a monitoria além de ajudar a suprir boa parte das necessidades no que tange à habilidade prática, serve como fundamental meio para integrar os assuntos estudados em sala de aula à execução de ações práticas. Uma importante característica do aluno quanto ser monitor é respeitar as necessidades de estudo dos demais alunos e favorecer a autonomia pessoal destes. Para isso é fundamental saber respeitar o tempo de aprendizado de cada um, mas do mesmo modo é possível, em muitos casos, intervir e auxiliá-lo para que este se desenvolva da melhor forma possível. Uma das vantagens do desenvolvimento do trabalho de monitoria por alunos, que estão na própria graduação e assim, convivem diariamente com os seus colegas graduandos, é a aproximação que este, na maioria dos casos, tem com os demais, pois este, pode se colocar no lugar do colega ao passo que estes dividem em muitos casos as mesmas dificuldades e mesmas indagações e muitas vezes com uma simples troca de saberes as dúvidas podem ser sanadas em conjunto. Portanto, este trabalho me prepara para a vida real, ou seja, prepara para uma atuação profissional que desenvolverei no futuro. Assim, somando as responsabilidades adquiridas com o aprendizado em sala de aula, além de me

¹ Acadêmica do III Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen e Apresentadora do trabalho.

² Professora Orientadora Mestre da disciplina de Fundamentos do cuidado I do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Campus de Frederico Westphalen.

preparar para várias situações do dia a dia do enfermeiro, sempre preservando e buscando o melhor atendimento ao paciente que é o foco da enfermagem, bem como, propiciar cada vez mais, o desenvolvimento da arte de cuidar, que é a essência da profissão.

Palavras-chaves: Enfermagem. Monitoria. Habilidades.

PROMOÇÃO DA SAÚDE. POR QUE SIM E POR QUE AINDA NÃO

Cláudia Eduarda Andrade Andriolli¹

Tatiane Salete Soder²

Debora Dalegrave³

Este relato de experiência é resultado do processo de ensino e aprendizagem, instituído na disciplina de Enfermagem na Promoção da Saúde pelos acadêmicos do III semestre do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul. Sendo esta uma discussão, a respeito do artigo apresentado em sala de aula, intitulado “Promoção da saúde. Por que sim e por que ainda não”. O conceito de saúde pública ainda está relacionado somente a fatores bioquímicos curativos de atenção à saúde, onde saúde significa não estar doente e ou estar utilizando algum tipo de medicação. No entanto a promoção da saúde baseia-se na prevenção de futuras patologias e não somente na cura e ou no tratamento das doenças depois que elas já estão instaladas. O objetivo principal da promoção da saúde é exatamente modificar esse modelo biomédico onde ocorre apenas um tratamento, na maioria das vezes medicamentoso, depois que já há uma doença instalada, para um modelo onde o foco principal é a prevenção de futuras doenças, baseando-se na autonomia do indivíduo. Como a saúde é produzida socialmente e determinada por vários fatores de interação do meio com o indivíduo, deve ser avaliada a influencia que fatores como o local onde as pessoas moram, sua classe social, desigualdade social, desassistência, descaso, cultura, nível de escolaridade para poder identificar o grau de sua influencia no fator saúde ou doença. Por isso é extremamente necessário conhecer a realidade da sociedade para promover estratégias eficazes e direcionadas que possam vir realmente a dar resultados esperados na melhoria de vida de cada um, já que saúde conforme a conferencia de ALMA –ATA “ é um bem estar físico mental e social”. A extrema necessidade de levar em conta as condições socioeconômicas e culturais da população, e sua integração, para que seja possível implementações de estratégias de saúde de forma equitativa, ou seja, que atinja toda a população, já que todos anseiam uma saúde plena. O problema é que até hoje as estratégias utilizadas para melhorar a qualidade de vida da população não foram satisfatórias, pois não conseguiram atingir toda população de uma forma equitativa, atender as reais necessidades para que todos tenham saúde, pois os setores da sociedade não estão articulados para tratar de um único objetivo em comum, muito menos sendo esse a saúde publica. A promoção da saúde visa capacitar a comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e da saúde, trazendo um novo enfoque e uma ampliação no conceito saúde, para que muito mais do que participar as pessoas sejam capazes de entender de forma clara o seu papel social individual, que sejam capazes de atuar nessas condições indispensáveis e relevantes em seus padrões de vida. Tendo

¹ Acadêmica do III Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen. E-mail: claudinhaandriolli@hotmail.com

² Acadêmica do III Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen.

³ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pela EE – UFRGS. Professora na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen.

uma alimentação balanceada e saudável que atenda as suas necessidades nutricionais, evitem atividades de perigo que possam por em risco a homeostasia, ou evidenciem prováveis patologias sendo condições de vida desnecessárias e evitáveis, como o uso abusivo de bebidas alcoólicas, de tabaco ou quaisquer tipos de droga ilícita, tendo uma renda e uma vida digna. Porém para que isso ocorra é necessária a participação da população não só na elaboração de práticas públicas favoráveis, mas também nos processos de decisões relacionadas ao seu estado de saúde, tendo controle de seu destino, fazendo com que as pessoas entendam que elas são extremamente responsáveis pela sua situação seja ela de saúde ou doença, provocando assim uma descentralização do poder através de ações multidisciplinares e inter-setoriais, que envolvam, além da população, o governo, instituições privadas, universidades entre outros. Dessa forma a população deve exercer o seu poder, tendo voz ativa para lutar contra a desigualdade e acima de tudo, exercendo o controle das situações a partir de sua conscientização e pensamento crítico. No entanto a desigualdade social evidente dificulta extremamente essa autonomia do indivíduo no fator saúde, já que esse não consegue escolher um padrão de vida que pode ser considerado adequado ou que atenda as suas reais necessidades, isso é simplesmente imposto a ele através de uma sociedade, onde quem pode mais e que tem mais direitos, é quem tem melhores condições financeiras. Logo uma pessoa que vive em condições de vida e meio mais desfavoráveis nem sempre tem uma alimentação adequada, que atenda a suas reais necessidades nutricionais estando mais vulnerável a fatores de risco como uso de drogas, por estar relacionada ao meio em que se vive, tendo assim uma acesso dificultado à saúde, pois essa ganhou um caráter extremamente econômico-lucrativo, como se as pessoas de classes sociais menos favorecidas não tivessem também o direito a ter saúde, sendo essa uma mercadoria, levando a crer que quem pode pagar, supostamente pode vir a ter saúde, já quem não pode conseqüentemente devesse ficar doente. Dessa forma fica claro que se uma pessoa vive em condições de pobreza, em periferias, em moradias sem saneamento básico, com má alimentação ou com uma renda insuficiente para atender às necessidades mínimas de sobrevivência, está de certa forma condicionada a doenças, pois encontra-se numa situação de exclusão e vulnerabilidade. É necessário mudar o enfoque para atuar de forma precisa provocando uma real transformação na sociedade como um todo, assumindo o processo de Promoção da Saúde como ação de extrema urgência e que para ser atingida deve envolver a mudança do relacionamento humano e o conceito de saúde do próprio indivíduo, fazendo com que esse deixe de ser um simples espectador de sua saúde e passe a ter consciência de suas atitudes e seu estilo de vida que influenciam no fato saúde, podendo assim evitar estilos de vida ou situação prejudiciais a sua vida. O problema é que essa total interação social não é tão simples, já que a estrutura do relacionamento humano da colonização do Brasil é predominantemente de exploração, submissão ao poder econômico-social destinado à minoria. Para que ocorra maior interação social é necessária uma mudança não somente no indivíduo em particular mais em toda a sociedade, o que torna as estratégias da promoção da saúde ainda mais difíceis de serem implantadas sem uma integração de todos os setores sociais minimizando inicialmente a desigualdade social, pois só assim poderá ser possível que todos consigam ter condições e padrões mínimos para uma sobrevivência com dignidade, diminuindo a exclusão e aumentando o acesso das pessoas de baixa renda à saúde, já que essas, influenciadas por fatores ambientais, econômicos e sociais, são as que mais necessitam e utilizam programas assistencialistas direcionados à saúde. Essa troca pedagógica propiciada pelo diálogo é importante para a aprendizagem, não só dos participantes, mas, também, das profissionais,

ampliando o olhar para além da técnica, instigando a criatividade e ensinando novas formas de fazer construídas naquela cultura.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Saúde Pública. Prevenção.

Referências

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não!. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.

PRIMEIRA VISITA NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Caroline Rosseto¹
Greice Kelli Tolotti²
Debora Dalegrave²

Este relato de experiência é resultado do processo de construção de uma visita de estudos dos acadêmicos do I semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul. Este trabalho resultou da inquietação por parte das acadêmicas, em interferir, de forma mais dinâmica, buscando fornecer subsídios para experiências no ensino de enfermagem. Neste sentido, no decorrer da disciplina de Introdução à Ciência e à Arte ao Cuidado de Enfermagem A, foi proposta aos acadêmicos do I Semestre do curso de Enfermagem/ URI, a primeira visita a campo no Bairro São Francisco de Paula na cidade de Frederico Westphalen. No local percorremos todo o bairro, podendo perceber com muita clareza a discordância em relação ao nível socioeconômico das famílias que lá habitam. Visualizamos a carência de saneamento básico e coleta de lixo. Em outro momento encontramos moradias muito bem cuidadas com uma realidade totalmente diferente da anterior. Questionamos-nos então, o porquê dessa divergência tão presente num mesmo local?. Chegamos à conclusão que a razão desse contraste surge a partir de um nível cultural muito diferente, onde que uma parte da população desde que nasce, convive com uma realidade muito difícil, com famílias desestruturadas, em meio aos mais variados problemas sociais, e com grande dificuldade de inclusão social. Acreditamos que ocorre uma influência significativa de má aplicação de políticas públicas em função do baixo nível de entendimento destas pessoas. Num segundo momento, visitamos o posto de saúde do bairro, tendo a oportunidade de esclarecer algumas dúvidas juntamente com enfermeira que atua naquela unidade, mesmo tendo visualizado a falta de repasses de verbas pelo governo, e também a falta de alguns profissionais, acreditamos que é possível realizar um planejamento junto à população, com medidas preventivas, grupos de apoio, palestras educacionais, e desta forma tentar conscientiza-los de que aquela realidade pode ser mudada para melhor. Essas medidas partem do comprometimento profissional da enfermagem, que tem uma dimensão transformadora perante a melhoria da qualidade de vida da população, promovendo saúde e prevenção de doenças. Sendo assim, a visita nos proporcionou a visualização da estrutura, organização, normas e rotinas de uma das áreas de atuação da nossa futura profissão. Obtivemos um grande aprendizado a partir dessa experiência, reforçando o que já conhecíamos na teoria, e assim como futuros profissionais, idealizamos que podemos pensar e agir de forma coerente, ética e acima de tudo com o devido amor a nossa profissão. Quanto aos limites evidenciados, podemos citar a diferença entre uma simulação e a realidade vivida,

¹ Acadêmicas do I Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen.

² Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pela EE – UFRGS. Professora na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen.

pois condições do ambiente, a disponibilidade de recursos e o clima emocional presente em diferentes situações são fatores que não podem ser simulados de uma forma fidedigna.

Palavras-chave: Relato de experiência. Visita de estudos. Ensino de enfermagem.

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