

**XIV Semana Acadêmica do Curso de  
Graduação em Enfermagem  
I Semana Acadêmica de Fisioterapia  
XIII Mostra de Trabalho Científico**

*Interdisciplinaridade nos Serviços de Saúde*

**ANAIS**



**Universidade Regional Integrada do Alto  
Uruguai e das Missões**

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:

**Nestor Henrique de Cesaro**

Câmpus de Frederico Westphalen

Diretora Geral

**Silvia Regina Canan**

Diretora Acadêmica

**Elisabete Cerutti**

Diretor Administrativo

**Clovis Quadros Hempel**

Câmpus de Erechim

Diretor Geral

**Paulo José Sponchiado**

Diretora Acadêmica

**Elisabete Maria Zanin**

Diretor Administrativo

**Paulo Roberto Giollo**

Câmpus de Santo Ângelo

Diretor Geral

**Gilberto Pacheco**

Diretor Acadêmico

**Marcelo Paulo Stracke**

Diretora Administrativa

**Berenice Beatriz Rossner Wbatuba**

Câmpus de Santiago

Diretor Geral

**Francisco de Assis Górski**

Diretora Acadêmica

**Michele Noal Beltrão**

Diretor Administrativo

**Jorge Padilha Santos**

Câmpus de São Luiz Gonzaga

Diretora Geral

**Sonia Regina Bressan Vieira**

Câmpus de Cerro Largo

Diretor Geral

**Edson Bolzan**



**XIV Semana Acadêmica do Curso de  
Graduação em Enfermagem  
I Semana Acadêmica de Fisioterapia  
XIII Mostra de Trabalho Científico**

*Interdisciplinaridade nos serviços de saúde*

10, 11, 12 e 13 de maio 2016

**Frederico Westphalen - RS**

**Organizadores do Evento**

Universidade Regional Integrada do Alto  
Uruguai e das Missões – Câmpus de  
Frederico Westphalen

Departamento de Ciências da Saúde

Adriana Rotoli

Daniele Olea Vanz

Jaqueline Marafon Pinheiro

Acadêmicos do V Semestre do Curso de  
Graduação em Enfermagem

**Organização dos Anais**

Jaqueline Marafon Pinheiro

UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES  
CÂMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE FISIOTERAPIA

**XIV Semana Acadêmica do Curso de  
Graduação em Enfermagem  
I Semana Acadêmica de Fisioterapia  
XIII Mostra de Trabalho Científico**

*Interdisciplinaridade nos Serviços de Saúde*

**ANAIS**

**Organizadora**  
Jaqueline Marafon Pinheiro



Frederico Westphalen

2016



Este trabalho está licenciado sob uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivados 3.0 Não Adaptada. Para ver uma cópia desta licença, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>.

**Organização:** Jaqueline Marafon Pinheiro  
**Revisão metodológica:** Diego Bonatti  
**Diagramação:** Diego Bonatti  
**Capa/Arte:** Philipe Gustavo Portela Pires  
**Revisão Linguística:** Responsabilidade dos autores

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

Catálogo na Fonte elaborada pela  
Biblioteca Central URI/FW

S47a Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem , Semana Acadêmica de Fisioterapia (14.: 2016 : Frederico Westphalen, RS)

Anais [do] XIV Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, I Semana Acadêmica de Fisioterapia , XIII Mostra de trabalho científico [recurso eletrônico] : interdisciplinaridade nos serviços de saúde / Organizadora: Jaqueline Marafon Pinheiro. – Frederico Westphalen : URI – Frederico Westph, 2016

88 p.

Disponível em: <http://www.fw.uri.br/new/aluno/pagina/editora>  
ISBN: 978-85-7796-183-2

1. Enfermagem – Semana acadêmica. 2. Fisioterapia – Semana acadêmica. I. Pinheiro, Jaqueline Marafon. II. Título.

CDU 616-083(063)

Bibliotecária: Gabriela de Oliveira Vieira



URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prédio 9  
Câmpus 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@uri.edu.br

Impresso no Brasil  
Printed in Brazil

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	9
<b>RESUMOS SIMPLES .....</b>	<b>10</b>
PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	11
<i>Bruno Carvalho; Ismael Broc; Ivone Jose Scapin</i>	
ENFERMAGEM E GERIATRIA .....	12
<i>Carla Regina Marchezan; Cristhie Megier Trautmann; Jaqueline Marafon Pinheiro</i>	
SAÚDE PSQUIÁTRICA – RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	14
<i>Carla Regina Marchezan; Raquiela Ulbrik; Jaqueline Marafon Pinheiro</i>	
A IMPORTÂNCIA DA TIREOIDE .....	15
<i>Carla Regina Marchezan; Raquiela Ulbrik; Jaqueline Marafon Pinheiro</i>	
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA :IMPLICAÇÕES NO IDEB.....	17
<i>Fernanda Sudbrack dos Santos; Edite Maria Sudbrack</i>	
PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	18
<i>Jaqueline Cardoso; Marcia Casaril</i>	
TRABALHANDO EDUCAÇÃO SEXUAL NO ENSINO MÉDIO: UMA ABORDAGEM REALIZADA PELO PIBID .....	19
<i>Jéssica Bronzatti; Chakira Londero; Leidinéia Ferri; Tailine Balbinot; Claudia Felin Cerutti Kuhnen</i>	
FUNDAMENTOS DO CUIDADO HUMANO I - RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	21
<i>Raquiela Ulbrik; Caroline Ottobelli</i>	
EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM GRUPOS DE SAÚDE – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	22
<i>Taís da Rocha Giovenardi; Karine Beatriz Ziegler; Geovana Locatelli</i>	
IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	23

<i>Taís da Rocha Giovenardi; Karine Beatriz Ziegler; Geovana Locatelli</i>	
OPORTUNIZANDO CONHECIMENTO PRÁTICO ACERCA DA SAÚDE DA MULHER EM UMA ESF.....	24
<i>Taís da Rocha Giovenardi; Karine Beatriz Ziegler; Geovana Locatelli</i>	
FAMILIARIZANDO-SE COM O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	25
<i>Taís da Rocha Giovenardi; Karine Beatriz Ziegler; Geovana Locatelli</i>	
<b>RESUMOS EXPANDIDOS.....</b>	<b>27</b>
A COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE ENFERMAGEM.....	28
<i>Andressa Cristina Botezini; Raquiela Ulbrik; Jaqueline Marafon Pinheiro</i>	
PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESF: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	31
<i>Carla Regina Marchezan; Raquiela Ulbrik; Andressa Cristina Botezini; Jaqueline Cardoso; Luiz Paulo Pelissari; Jaqueline Marafon Pinheiro</i>	
ORGANIZAÇÃO, ESTRUTURAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN: ENFOQUE NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DO ESCOLA .	34
<i>Edinara Ragagnin; Marcia Casaril dos Santos Cargnin</i>	
AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS PELOS MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA DA 19ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL .....	37
<i>Eloise Cristine Franz; Marcia Casaril dos Santos Cargnin</i>	
O PARTOGRAMA COMO UMA TECNOLOGIA PARA A ASSISTÊNCIA AO PARTO .	41
<i>Geovana Locatelli; Caroline Ottobelli; Karine Beatriz Ziegler; Taís da Rocha Giovenardi</i>	
GERENCIAMENTO TAMBÉM É CUIDADO, E ATRIBUIÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO.....	45
<i>Jéssica Vendruscolo; Vanessa Pereira; Marines Aires</i>	

A MULHER INDÍGENA E A NECESSIDADE DE ABORDAGENS EQUÂNIMES PELA ENFERMAGEM .....	48
<i>Jéssica Vendruscolo; Laura Helena Gerber Franciscatto</i>	
PROCESSO DE ENFERMAGEM: UMA FORMA DE HUMANIZAR E GERENCIAR O CUIDADO.....	51
<i>Jéssica Vendruscolo; Vanessa Pereira; Laura Helena Gerber Franciscatto</i>	
VIVÊNCIA DE SAÚDE COLETIVA NA 19ª CRS: SETOR DE PLANEJAMENTO .....	54
<i>Karine Beatriz Ziegler; Marines Aires</i>	
HOME CARE: DO DESAFIO À SOLUÇÃO .....	57
<i>Karine Beatriz Ziegler; Tais da Rocha Giovenardi; Marines Aires</i>	
IDOSOS VULNERÁVEIS RESIDENTES NA COMUNIDADE: UMA NOTA PRÉVIA....	60
<i>Karine Beatriz Ziegler; Marines Aires</i>	
A SEGURANÇA DO PACIENTE NO SABER-FAZER DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EXTRA-HOSPITALAR EMERGENCIAL .....	62
<i>Karine Beatriz Ziegler; Marines Aires</i>	
ANSIEDADE COMO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO.....	65
<i>Raquiela Ulbrik; Carla Regina Marchezan; Bruna Feldman Bertoldo; Jessica Cruz Dos Santos; Adriana Rotoli</i>	
DEPRESSÃO: A DOENÇA DO FUTURO .....	68
<i>Raquiela Ulbrik; Carla Regina Marchezan; Bruna Feldman Bertoldo; Jessica Cruz Dos Santos; Adriana Rotoli</i>	
ESTUDO FUNCIONAL DO SISTEMA IMUNITARIO: MARCADORES SOROLOGICOS .....	71
<i>Samer Stumm da Silva; Jaqueline Marafon Pinheiro</i>	
A EXPRESSÃO “CONTROLE SOCIAL” NOS CURRÍCULOS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO.....	74
<i>Vanessa Pereira; Caroline Ottobelli</i>	
GESTÃO DO CUIDADO E A ENFERMAGEM.....	77

<i>Vanessa Pereira; Jéssica Vendruscolo; Marines Aires</i>	
É NECESSÁRIO HUMANIZAR AS RELAÇÕES .....	80
<i>Vanessa Pereira; Juliane Cerutti Ottonelli</i>	
TRANSFORMAÇÃO DE GRUPOS EM EQUIPES COMO UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ACADÊMICA .....	82
<i>Vanessa Pereira; Caroline Ottobelli</i>	
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: CORRELAÇÃO ENTRE A MORTE, SÍNDROME DE BURNOUT E SEGURANÇA DO PACIENTE .....	85
<i>Karine Beatriz Ziegler; Jardel Barbieri; Tais Balzan; Marcia Casaril dos Santos Cargnin</i>	



## APRESENTAÇÃO

A interdisciplinaridade é uma prática que podem integrar-se em diferentes áreas, com o objetivo de promover uma interação entre os diversos profissionais, disciplinas, professores, e acadêmicos. A interdisciplinaridade é um elo entre o entendimento das disciplinas nas suas mais variadas áreas. O exercício interdisciplinar vem sendo considerado, desta forma, uma integração de conteúdos entre disciplinas do currículo, bem como de diferentes cursos.

Nesse sentido, o referido tema, tem sido alvo de debates e discussões, e permanece assim na atualidade e, por isso, os Cursos de Graduação em Enfermagem e Fisioterapia da URI – Câmpus de Frederico Westphalen, preocupados com esta questão promoveram, por meio da XIV Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, I Semana Acadêmica de Fisioterapia e XIII Mostra de Trabalho Científico, discussões acerca dos mais variados temas que os dois Cursos abrangem, tendo como cerne, a Interdisciplinaridade, e neste sentido buscou ampliar os conhecimentos sobre o tema, bem como, subsidiar a operacionalização de ações voltadas à promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

Assim, os objetivou-se proporcionar aos acadêmicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem e Fisioterapia maior aprofundamento do conhecimento teórico acerca dos temas: “Família”, “O Profissional Enfermeiro”, “Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde”, “Segurança do Paciente”, “Aspectos teórico-práticos no manejo com estomias”, “Terapia tópica de feridas, a tecnologia e o ambiente ideal para cicatrização”, “Gestão da Enfermagem nos Serviços de Saúde”, “Residência Multiprofissional em Saúde”, “Qualidade de vida, Bem-estar e Satisfação da imagem corporal”, “Home Care”, bem como, novos conhecimentos práticos sobre as temáticas, a integração das diferentes turmas e cursos e, para finalizar, proporcionar o incentivo a exercitarem a escrita e busca por conhecimento científico para a elaboração e apresentação oral dos resumos simples e expandidos compondo a XIII Mostra de Trabalhos Científicos.

Os acadêmicos escreveram, sobre temas variados, juntamente com os professores, 20 resumos expandidos e 12 resumos simples, o que totalizou 32 resumos.

Com isso, foi oportunizada aos acadêmicos a apresentação oral dos resumos, o que possibilitou o desenvolvimento da oratória, a valorização das vivências, a experiência e o incentivo para preparar os acadêmicos para apresentação de trabalho científico como também desenvolver a habilidade da comunicação em público.

**Jaqueline Marafon Pinheiro**

Professora do Curso de Graduação em Enfermagem URI-FW

# **RESUMOS SIMPLES**

# PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Bruno Carvalho<sup>1</sup>  
Ismael Broc<sup>2</sup>  
Ivone Jose Scapin<sup>3</sup>

**Introdução:** Saúde em sentido amplo é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e aos serviços de saúde. Quando analisamos a saúde, vimos fatores que colaboram interno e externamente como origem **Objetivos:** Trazer ao publico as formas de com ter uma vida saudável tano mental quanto física **Método:** Resumo expandido, resenha critica. **Resultados:** Quando vimos saúde como sentido amplo, seguidamente observamos que existem relações entre a origem das doenças com fatores que tanto internamente com externos podem contribuir para o aparecimento das mesmas, bem como ajudar para sua resolução. Fatores externos são observados e enfatizados quando ocorre algum problema de saúde, no entanto por outro lado os fatores internos do indivíduo talvez estão sendo deixado de lado, fazendo que as pessoas estejam ignorando-se e se definindo como um mistério. O ser humano entende-se como um ser global, um todo, com objetivos, subjetivos, estados físicos, psíquicos e social, se constantemente temos que nos adaptar as mudanças que ocorrem em nosso meio, ao não se adaptar podemos adoecer. Ao não satisfazermos a nossa interioridade, emoções, alegrias, sentimentos, afetos e desejos, próprios do ser humano, teremos dificuldades de sermos felizes. Se constantemente agirmos em dissonância entre o pensar e o inconsciente, formamos experiências negativas principalmente na infância, não entenderemos a origem das doenças É necessário conhecer o ser humano em todas as suas dimensões, os seus objetivos, a sua formação e a sua vivência. Entender a sua interioridade, buscar uma relação satisfatória, conhecer a sua história, analisar as linguagens de vida e comparar com os pensamentos as necessidades físicas adequadas, pois podem ser a origem das doenças ou da vida saudável. **Considerações Finais:** por meio deste trabalho tivemos a percepção que para se ter uma vida saudável devemos estar em harmonia tanto física quanto mental.

## REFERÊNCIAS

BRABAN'T, George P. **Chaves de psicanálise**. 4 ed.. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

FREUD, Anna. **O ego e os mecanismos de defesa**. 10. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

---

<sup>1</sup> Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: bruno.bc199@gmail.com.

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: ismaelbroc@gmail.com.br.

<sup>3</sup> Professor do Curso de Graduação em Enfermagem, Mestre em educação-UFSM E-mail: ivone10escapin@gmail.com.br

## ENFERMAGEM E GERIATRIA

Carla Regina Marchezan<sup>1</sup>  
Cristhie Megier Trautmann<sup>2</sup>  
Jaqueline Marafon Pinheiro<sup>3</sup>

**Introdução:** O envelhecimento é um processo natural e não patológico que ocorre com todos os seres vivos, sendo conceituado por gerontólogos como redução da capacidade de sobrevivência, ou diminuição da adaptação do indivíduo ao meio ambiente. **Objetivo:** Discorrer brevemente sobre o atendimento realizado ao paciente geriátrico pela equipe de enfermagem. **Desenvolvimento:** Para o enfermeiro interessado na área de geriatria e gerontologia é essencial que seja conhecedor das peculiaridades da anatômicas e fisiológicas advindas do envelhecimento, tendo a diferença de senilidade (presença de doenças adquiridas ao passar da vida) e senescência (envelhecimento saudável) bem definida em sua mente. São dois termos que tem seus conceitos aperfeiçoados cientificamente de modo progressivo, exigindo gradativa atualização do profissional da área. (Sociedade Brasileira de geriatria e Gerontologia, 2011). É muito comum a existência de doenças conforme a faixa etária vai se elevando, porém o envelhecimento não é uma doença e nem todos os Idosos possuem doenças. (CARVALHO FILHO Et al., 2000) Os profissionais que atuam no atendimento geriátrico devem ter alguns cuidados especiais: O tratamento medicamentoso administrado no idoso deve ser observado minuciosamente, pois pode ter reações indesejáveis ou não atingir os objetivos, o paciente idoso deve ser atendido numa sala clara, com temperatura amena, cores alegres, de preferência verde ou amarelo com cadeiras confortáveis e o piso deve ser antiderrapante de preferência. O local pelo qual o idoso irá se deslocar devera estar identificado com setas para que ele se sinta localizado. A análise do mesmo deve ter a leitura labial e expressão facial como aliados para que o paciente lhe entenda mais facilmente. Ruídos ambientais devem ser nulos, salientando que falar alto demais e gesticular bruscamente podem deixar o idoso constrangido tornando difícil revelar suas dificuldades. (CARVALHO FILHO Et al., 2000). Os mesmos autores colocam que o Exame Físico do paciente Idoso deve iniciar no momento que ele entra no local para ser atendido sendo avaliado desde as dificuldades para deambular, despir-se, vestir-se, deitar, levantar e sentar. Segundo o Ministério da Saúde, as doenças que mais acometem os idosos são doenças cardiovasculares, diabetes, Osteoporose e o AVC (Acidente Vascular Cerebral). (BRASIL, 2014). **Conclusão:** Os profissionais da enfermagem devem estar preparados para o atendimento desta crescente faixa etária que compreende os idosos, de modo que possam orienta-los e supervisiona-los para que sigam a dieta orientada por profissionais. (FIGUEIREDO; TONINI, 2006). O trabalho do enfermeiro tem por objetivo diminuir e evitar hospitalizações, bem como diminuir o consumo de medicamentos desnecessários. Cabe ao enfermeiro desenvolver atividades, como encontros semanais, onde possam ser tratados assuntos do interesse do grupo, isso propiciara ao idoso relacionamento com os demais além de estar esclarecendo possíveis dúvidas e podendo ainda promover a saúde desta população. (FIGUEIREDO; TONINI, 2006).

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: carlareginamarchezan@hotmail.com.

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: cristhie.trautmann@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestra em Educação. Professora no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jaqueline@uri.edu.br.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Organismo. Doenças.

## **REFERÊNCIAS**

CARVALHO FILHO, Eurico Thomas de; PAPALÈO NETTO, Matheus. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

CLEMENTE, Elvo; JECKEL NETO, Emilio A. **Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento**. 2. ed. Porto Aelgre: EDIPUCRS, 2002

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de e TONINI, Teresa. **Gerontologia - Atuação da Enfermagem no Processo de Envelhecimento**. São Paulo: Yendis, 2006.

BRASIL, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Disponível em <http://www.sbgg.org.br/>.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2014.

## SAÚDE PSIQUIÁTRICA – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carla Regina Marchezan<sup>1</sup>  
Raquiela Ulbrik<sup>2</sup>  
Jaqueline Marafon Pinheiro<sup>3</sup>

A disciplina de Saúde Psiquiátrica ofertada no quarto semestre do curso de Enfermagem tem por objetivo proporcionar ao aluno conhecimentos de psicopatologias, tratamentos em psiquiatria e manejo de emergências possibilitando ao acadêmico intervir nas situações que se apresentarem em âmbito ambulatorial, de atenção secundária (núcleos/centros de atenção psicossocial) e hospitalar. Em um de nossos estágios onde passamos o dia no Hospital Santa Teresinha de Palmitinho ficamos frente a frente com pessoas que sofrem de transtornos mentais, nesse dia tivemos a oportunidade de ver o prontuário desses pacientes, e poder ter uma conversa, ainda que breve, mas muito produtiva com um dos pacientes, em nosso caso uma mulher a qual ela nos relatou um pouco de sua história e como eram seus dias no hospital. Ao chegarmos ao hospital nos sentimos um pouco nervosas e com medo, pois não sabíamos o que esperar das pessoas que ali estavam internadas e nem como agir diante das situações a qual iríamos passar, nossa primeira atividade foi ver o prontuário de uma paciente, e saber um pouco sobre ela, posteriormente fomos até o quarto dessa paciente e ali podemos ter uma conversa, breve, pois o estado emocional da paciente se alterava quando ela lembrava o motivo de sua internação, e o que ela tinha passado durante sua vida, a tristeza e o sofrimento quando ela pensava em seus filhos. O dia foi muito produtivo, pois podemos ficar mais próximos das pessoas e conhecer melhor a realidade de pessoas que sofrem desses transtornos como: alcoolismo, uso de drogas, esquizofrenia, depressão, bipolaridade, entre outras doenças. A enfermagem psiquiátrica é de suma importância para quebra de paradigmas existentes na sociedade em relação às pessoas que sofrem de transtornos psíquicos e/ou dependência química. Trabalhamos a fim de proporcionar aos mesmos uma vida com maior dignidade, atendimento humanizado e reestabelecendo seus vínculos em geral com a comunidade na qual o indivíduo está inserido.

**Palavras-chave:** Transtornos mentais. Estágio. Enfermagem psiquiátrica.

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: carlareginmarchezan@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: raquelaulbrik@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestra em Educação. Professora no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jaqueline@uri.edu.br.

## A IMPORTÂNCIA DA TIREOIDE

Carla Regina Marchezan<sup>1</sup>  
Raquiela Ulbrik<sup>2</sup>  
Jaqueline Marafon Pinheiro<sup>3</sup>

**Introdução:** A tireoide é uma das maiores glândulas do corpo, localizada na região anterior do pescoço, sendo ela responsável pela produção dos hormônios triiodotironina (T3) e tiroxina (T4) que atuam no metabolismo e manutenção da homeostase em todos os sistemas do nosso organismo (CBEM,). **OBJETIVO:** O referido trabalho tem como objetivo expandir nossos conhecimentos a respeito do tema e dessa forma fazer com quem possamos aplicar esses conhecimentos na nossa vida profissional. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão literária a qual por meio de livros e materiais educativos buscamos aprimorar nossos conhecimentos a respeito do tema, destacar a importância da tireoide e as principais diferenças entre hipotireoidismo e hipertireoidismo. **Desenvolvimento:** a tireoide tem importante papel no crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes, na regulação dos ciclos menstruais, na fertilidade, peso, memória, concentração, no humor e no controle emocional. A tireoide pode sofrer uma disfunção, seja no aumento da produção de T3 e T4 ou na diminuição da produção dos mesmos (CBEM). Quando na disfunção da tireoide ocorre o aumento dos hormônios T3 e T4 ocorre o hipertireoidismo (MAIA, 2013). Já quando os hormônios T3 e T4 estão abaixo do normal estaremos diante de um caso de hipotireoidismo. O Hipotireoidismo afeta mais as mulheres principalmente em seu período de menopausa. Os sintomas mais comuns do hipotireoidismo são fadiga, depressão, intolerância ao frio, ganho de peso, constipação, mialgia, irregularidades menstruais, câibras ocorrem frequentemente, as unhas tornam-se fracas, ocorre também queda de cabelo, bem como a diminuição dos batimentos cardíacos, a pele ressecada, o aumento dos níveis de colesterol e constipação dentre outros sintomas (NOGUEIRA, 2011). No hipertireoidismo podemos verificar algumas alterações/sintomas, entre eles podemos citar a presença de batimentos cardíacos acelerados ou irregulares, a diminuição de peso, nervosismo e irritabilidade, tremores, olhos saltados, aumento da tireoide (bócio), excesso de suor, intestino solto e dificuldade para dormir (MAIA, 2013). Apenas os sintomas e sinais são imprecisos para o real diagnóstico tanto do hipotireoidismo quanto do hipertireoidismo, sendo necessária a realização de exames laboratoriais para a exatidão do diagnóstico do caso clínico do paciente. O tratamento para as doenças da tireoide varia de acordo com fatores de causa, idade e gravidade, é baseado na terapia com iodo radioativo, retirada cirúrgica da tireoide, betabloqueadores ou medicamentos antitireoidianos. A avaliação do funcionamento adequado da tireoide é realizado já nos primeiros dias de vida nos recém-nascidos pelo teste do pezinho, podendo em alguns casos ocorrer o hipotireoidismo congênito, resultando na diminuição na produção de T4 afetando todo o desenvolvimento da criança (BEVILACQUA 2003) **Conclusão:** contudo, a tireoide é uma das principais glândulas do corpo humano desenvolvendo um papel muito importante desde o nascimento até o final da vida e assim como os outros órgão e glândulas do corpo tem

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: carlareginmarchezan@hotmail.com.

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: raquelaulbrik@gmail.com.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestra em Educação. Professora no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jaqueline@uri.edu.br.

a sua importância, e quando não cuidada pode gerar algumas doenças que de modo geral afeta a vida das pessoas.

**Palavras- chave:** Glândula. Hipotireoidismo. Hipertireoidismo.

## **REFERÊNCIAS**

<http://www.endocrino.org.br/>. Sociedade brasileira de endocrinologia e metabologia, acessado em 21/06/2015 e 07/05/2016.

Nogueira C.R. et al. Hipotireoidismo: Diagnósticos, 2011. Disponível em:  
<<http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/hipotireoidismo-diagnostico.pdf>>

Maia, A. L. et al. Consenso Brasileiro para o Diagnóstico e tratamento do Hipertireoidismo. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n3/v57n3a06.pdf>>

Bevilacqua, Fernando. et al. Manual do exame Clínico, 13ª. Edição, Rio de janeiro: cultura medica, 2003. 392pg.



## PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: IMPLICAÇÕES NO IDEB

Fernanda Sudbrack dos Santos<sup>1</sup>  
Edite Maria Sudbrack<sup>2</sup>

**Resumo:** O propósito do estudo é conhecer o Programa Saúde na Escola, nas instituições educativas do município de Frederico Westphalen. Justifica-se pela importância em compreender que as políticas se materializam em ações, no caso os programas e políticas da União, submetem-se às condições de implementação das medidas previstas. O estudo propõe um diálogo interdisciplinar entre duas grandes Políticas Públicas, de educação e de saúde, no momento em que os Ministérios da Saúde e de Educação, valem-se da Política de Avaliação no IDEB, como um critério para implantar o PSE. Ao relacionar educação e saúde projeta-se a ideia de inovação pela possibilidade de acolher produções de áreas distintas, mas que se complementam. No foco deste estudo, a ênfase se dará na Política de Avaliação que deu origem ao IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica. Entre as políticas de saúde, o foco reside no Programa Saúde na Escola. Faz-se necessário salientar que as reflexões ora apresentadas são originárias de um estudo que tem com intuito de analisar as Políticas de Saúde na Escola e as Políticas Educacionais de Avaliação em Larga Escala (IDEB), a fim de estabelecer convergências entre as mesmas, numa imersão no arcabouço teórico que aborda a problemática da pesquisa. O caminho metodológico traçado para tal alcance é a abordagem qualitativa e descritiva. A investigação ora proposta, ao analisar as políticas públicas da saúde e da educação, contribuirá para lançar luz a esta medida em relação aos seus efeitos socioeducacionais, auxiliando na tomada de decisões do planejamento de novas políticas.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas. Saúde. Educação.

---

<sup>1</sup> Acadêmica de Fisioterapia. Bolsista do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen-RS. E-mail: nandas2eddu@hotmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Educação pela UFRGS. Professora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação - Mestrado em Educação da URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: sudbrack@uri.edu.br.

## PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

Jaqueline Cardoso<sup>1</sup>  
Marcia Casaril<sup>2</sup>

A promoção da saúde é mais ampla e abrangente, busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas, transformando os processos individuais de tomada de decisão para que sejam favoráveis à qualidade de vida à saúde procurando identificar e enfrentar o macro determinante do processo de saúde-doença. Já a prevenção das doenças buscaria que os indivíduos ficassem isentos da mesma, seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram. Para a prevenção, a ausência de doença seria um objetivo suficiente. Para a promoção da saúde, o objetivo é um nível ótimo de vida e de saúde, a ausência de doenças não é suficiente, já que perante qualquer nível de saúde registrado em um nível de saúde melhor. A estratégia da promoção é claramente social, política e cultural, posto que a saúde é uma utopia a ser definida em suas coordenadas espaço-temporais, modificando estilos de vida e intervenções ambientais. Boa parte da confusão entre promoção e prevenção advém da grande ênfase em modificações de comportamento individual e do foco quase exclusivo na redução de fatores de riscos para determinadas doenças, vigentes em certos programas intitulados de promoção da saúde; Da mesma forma, promoção e prevenção são complementares e não excludentes no planejamento de programas de saúde, e a população beneficia-se das medidas adequadas e equilibradamente propostas em ambos os campos. O conceito de doença constituiu-se a partir de uma redução do corpo humano, pensado a partir de constantes morfológicas e funcionais, sendo que a doença é dotada de realidade própria, externa e anterior às alterações concretas do corpo dos doentes. O pensamento humano desenvolve-se em duas direções: por um lado, a profundidade, a redução e o estreitamento; por outro lado, a amplitude, a abrangência e a abertura de fronteiras. Apresentou-se para o pensamento científico, o desafio da busca da amplitude, valorizando a compreensão da interação entre as partes na direção da unidade e da totalidade, a complexidade surgiu na discussão científica na possibilidade de explicar a realidade mediante modelos que buscam os elementos dos objetos, mas, principalmente as relações que se estabelecem entre eles. A compreensão adequada do que diferencia promoção de prevenção é justamente a consciência de que a incerteza do conhecimento científico não é simples limitação técnica passível de sucessivas superações, “Buscara saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualificação da existência” (Santos 1987).

**Palavras-chave:** Promoção da saúde. Prevenção de doença. Profissional da saúde.

### REFERÊNCIAS:

CZERESNIA, D.; Freitas, C.M. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Ed. Fiocruz. Cap. 1.

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jaquelinecardoso96@hotmail.com.

<sup>2</sup> Professora doutoranda, do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada Do Alto Uruguai e Das Missões, Uri- Câmpus Frederico Westphalen Email: Marcia@uri.edu.br

## **TRABALHANDO EDUCAÇÃO SEXUAL NO ENSINO MÉDIO: UMA ABORDAGEM REALIZADA PELO PIBID**

Jéssica Bronzatti<sup>1</sup>  
Chakira Londero<sup>2</sup>  
Leidinéia Ferri<sup>3</sup>  
Tailine Balbinot<sup>4</sup>  
Claudia Felin Cerutti Kuhnen<sup>5</sup>

A escola, como espaço formal, proporciona através de temáticas transversais no Ensino Fundamental e Ensino Médio, condições que possibilitam o desenvolvimento dos alunos como cidadãos conscientes, participativos, reflexivos, autônomos, conhecedores de seus direitos e deveres na sociedade. A orientação sexual é um dos conteúdos propostos no Parâmetro Curricular Nacional (PCN), sendo assim, oficinas com o tema sexualidade representam o ponto de partida de um processo que precisa ser complementado pela escola, família e políticas sociais regionais voltadas para adolescentes, favorecendo as diferenças e a rede de influência onde o jovem está envolvido nesta fase da vida. Desta forma, este trabalho objetiva descrever uma atividade realizada pelos acadêmicos de Ciências Biológicas com os alunos do Ensino Médio. Pensando nisso, o PIBID (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência), subprojeto de Biologia, elaborou uma oficina intitulada "Educação Sexual" para as turmas de 2º anos da Escola Estadual Politécnico José Cañellas. Inicialmente, os alunos assistiram ao filme nomeado "Confissões de Adolescentes". O filme aborda questões e situações reais que envolvem a conduta sexual entre a atual juventude. Com o intuito de deixar os alunos mais à vontade para interagir com este tema, que por muitas vezes é encarado como sendo um assunto constrangedor por uma parcela de indivíduos desta faixa etária, foi disponibilizado pipocas durante a exibição do filme, a fim de proporcionar um ambiente mais agradável. Durante a apresentação, os alunos foram elaborando questões referentes a suas dúvidas e as colocando na caixinha previamente disponível na sala, caso tivessem constrangimento de fazê-las em público. Estas, foram posteriormente respondidas e disponibilizadas via blog <http://pibidbiourifw.blogspot.com.br/>. O blog é uma página online que foi criada pelos pibidianos com a finalidade de divulgar e facilitar o acesso dos trabalhos desenvolvidos pelo PIBID. Assim, os estudantes, em horários extracurriculares, puderam visitar o blog para esclarecer suas dúvidas, além de acompanhar os demais projetos. Em seguida, os estudantes assistiram uma explanação de slides apresentados pelos pibidianos. A mesma tratava da responsabilidade sexual, situações típicas decorrentes da adolescência e uma abordagem sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's). Baseados nos pressupostos acima, e com o objetivo de aliar a interdisciplinaridade nesta oficina, foi convidado uma psicóloga para conversar sobre as transformações e dificuldades que ocorrem nessa fase. Por fim, foi promovido uma dinâmica que consistia em distribuir três desenhos

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação de Ciências Biológicas da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jessica\_bronzatti@outlook.com.

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação de Ciências Biológicas da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: chakiralondero@hotmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Graduação de Ciências Biológicas da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: leidy\_ferri@yahoo.com.br.

<sup>4</sup> Acadêmica do Curso de Graduação de Ciências Biológicas da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: tailinebalbinot@yahoo.com.br.

<sup>5</sup> Professora Ms. do Curso de Ciências Biológicas URI – Câmpus de Frederico Westphalen –RS. E-mail: claudia@uri.edu.br

diferentes para cada aluno: triângulo, círculo e um quadrado, que simbolizava respectivamente o vírus HIV, a sífilis e uma pessoa saudável. A atividade lúdica consistia nos alunos circularem pela sala e copiar o desenho dos colegas mais próximos. Assim, estabelecendo uma analogia, todos estariam infectados com os vírus. Com o resultado dessa brincadeira foi possível demonstrar a facilidade da transmissão e aquisição das viroses. É necessário ressaltar que, a escola exerce um papel importante para os adolescentes na construção da Educação Sexual, pois muitas vezes o conhecimento que eles adquirem fora do âmbito escolar sobre esse tema é contorcido ou até errado e cabe à família e a escola esclarecer essas dúvidas. Metodologias como estas possibilitam trabalhar aspectos cognitivos e afetivos da sexualidade articulados aos valores éticos, morais e comportamentais.

**Palavras-chave:** Adolescentes. Alunos. Educação sexual. PIBID. Tema transversal.

# FUNDAMENTOS DO CUIDADO HUMANO I - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Raquiela Ulbrik<sup>1</sup>  
Caroline Ottobelli<sup>2</sup>

Nas aulas de Fundamentos do Cuidado Humano I, aprendemos as principais técnicas e procedimentos que o enfermeiro poderá realizar como atribuição exclusiva. Uma das habilidades do profissional enfermeiro é a realização da sondagem nasoenteral. A sondagem nasoenteral é a colocação de uma sonda pela via nasal que chega até o duodeno do paciente. Dentre os objetivos para fazer uma sondagem nasoenteral está a nutrição do paciente e a administração de medicamentos. Diante do exposto, o presente resumo tem como objetivo: relatar a experiência, junto a disciplina de Fundamentos do Cuidado Humano I, do desenvolvimento da técnica de sondagem nasoenteral. Para que o procedimento seja realizado com sucesso o enfermeiro deve comunicar ao paciente o que será realizado, mostrando a sonda, explicar para que a sonda serve, sempre mantendo uma conversa com o paciente, dessa forma o paciente vai se sentir mais a vontade e confiar mais no trabalho do profissional, em muitos casos o paciente se sente desconfortável diante da situação, cabe ao enfermeiro tranquiliza-lo, não se atentar somente para o paciente, mas também conversar com seu familiar, explicar ao familiar e ao paciente os cuidados com a sonda, isso pode ser muito útil no caso do paciente ter que ficar um longo tempo com a sonda. O enfermeiro não pode olhar somente para o procedimento que esta sendo feito mas, sim para o paciente em todo o seu contexto. A sondagem é um procedimento invasivo que expõe o corpo do paciente, sendo assim as medidas de privacidade são muito importante, para não expor o paciente para as demais pessoas, a colocação de biombos, fechar portas e janelas, fazem com que o paciente se sinta mais a vontade diante daquela situação. A realização da sondagem é uma técnica delicada, exige calma, paciência e atenção por parte do enfermeiro, existe a possibilidades da sonda não estar no lugar certo, por isso a necessidade de fazer alguns testes para confirmar o posicionamento da sonda no local correto. O enfermeiro é um dos profissionais mais importantes na recuperação de um paciente, manter-se sempre bem atualizado a respeito das técnicas, tratar o paciente com respeito, não olhar somente para a patologia mas sim para o paciente em geral, não atentar somente para o paciente dentro do hospital mas procurar saber melhor sobre as condições de vida do paciente, são detalhes simples mas que trazem destaque para nosso trabalho e faz com que sejamos reconhecidos como profissionais que fazem a diferença no nosso campo de atuação, afinal um dos principais propósitos da enfermagem é trabalhar ajudando a salvar vidas!

**Palavras-chave:** Sondagem Nasoenteral. Enfermagem.

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Auto Uruguai e das Missões-Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: raquielaulbrik@gmail.com

<sup>2</sup> Doutoranda em Enfermagem, professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Auto Uruguai e das Missões E-mail: caroline@uri.edu.br

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM GRUPOS DE SAÚDE – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Taís da Rocha Giovenardi<sup>1</sup>  
Karine Beatriz Ziegler<sup>2</sup>  
Geovana Locatelli<sup>3</sup>

A educação em saúde tem por objetivo desenvolver responsabilidades no indivíduo, proporcionando observar-se enquanto membro de uma família e comunidade, visualizando-se enquanto um ser individual e coletivo. Os grupos são as ações principais no que se refere a promoção da saúde, visando que o indivíduo se torne o protagonista do cuidado de si mesmo e do outro. O controle dos níveis de pressão arterial e de glicemia, a atividade física regular e o cuidado com a alimentação, associados a orientações constantes sobre saúde tornam-se instrumentos importantes no tratamento e controle da hipertensão e diabetes. Nesse contexto relato a experiência de trabalho com grupos de saúde de dois bairros de um município localizado no médio alto Uruguai do Rio Grande do Sul. A atividade é desenvolvida mensalmente, no período matutino da segunda e terceira quarta-feira do mês em cada localidade e tem como enfoque principal a educação em saúde sendo que, para tal, em cada encontro é preparado assuntos diferenciados pertinentes à população e aos seus interesses individuais e coletivos. Na ocasião, como rotina, inicia-se as atividades do grupo com a aferição da pressão arterial de todos os participantes e exame de glicose daqueles que tem diagnóstico médico de diabetes, sendo anotado e comparado os resultados na carteirinha de controle de cada paciente. Também, são abordados assuntos relacionados à promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo exposto de forma sucinta, numa linguagem clara, que possibilite o entendimento de todos os participantes. Além disso, duas vezes ao ano ocorre o controle de peso e altura, sendo realizado o cálculo de índice de massa corporal. Juntos, os grupos, possuem em média 65 participantes sendo em sua maioria mulheres com mais de 60 anos. Atividades de educação em saúde desenvolvidas através de encontros onde a informação é transmitida de forma clara e objetiva, tornam-se motivadoras e eficazes, principalmente para portadores de doenças crônicas.

**Palavras-chave:** Educação em saúde Grupos. Enfermagem.

---

<sup>1</sup>Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família. Especialista em acupuntura. E-mail: taisrgiovenardi@hotmail.com

<sup>2</sup>Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: karine\_beatrizz@hotmail.com

<sup>3</sup>Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: geovanalocatelli@yahoo.com.br

# IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Taís da Rocha Giovenardi<sup>1</sup>  
Karine Beatriz Ziegler<sup>2</sup>  
Geovana Locatelli<sup>3</sup>

Este trabalho relata a experiência enquanto enfermeira de atenção básica com a tarefa de implantar uma equipe de saúde da família (ESF) num município de médio porte do Médio Alto Uruguai. O município possui seis equipes de saúde da família, o programa de agentes comunitário de saúde e uma unidade básica de saúde que atende as especialidades médicas. A ESF é composta por profissionais do programa de agentes comunitários de saúde, de outras equipes de saúde da família e novos contratados. Inicialmente, elaboramos um planejamento de ações da ESF enquanto equipe, que nem sempre conseguimos cumprir por diversos fatores, porém o mesmo se faz necessário mediante as várias atividades da ESF. A estrutura física se dá, temporariamente, dividindo espaço com a unidade básica de saúde. Diante deste contexto, a primeira estratégia pensada pela coordenadora foi elaborar um planejamento para homogeneizar a equipe e organizar estrutura física. Para tal solicitou apoio da universidade que ofereceu educação permanente para a equipe e pensou na reestruturação do edifício juntamente com a equipe. O território a ser coberto pela ESF é delimitado em 8 micro áreas, sendo que segundo os dados do IBGE de 2010, conta com 3241 residências e a população é estimada em 9.955 pessoas. Após a implantação da ESF em setembro de 2015, houve um longo trajeto a ser percorrido, onde a inexistência de locais específicos para o atendimento, gerava incertezas e ansiedade, ainda hoje encontramos inúmeras dificuldades, porém muita coisa já foi conquistada, conquistamos a utilização exclusiva de três salas pela ESF, o que nos permite voltar a realizar os exames preventivos, consultas de enfermagem e acolher aos acadêmicos em aulas teórico-práticas. A partir disso, começamos a nos estabelecer como Estratégia de Saúde da Família, planejando a ocupação do espaço físico, posicionando a mobília, organizando as questões administrativas, requerendo equipamentos e materiais necessários ao trabalho, grupos de saúde, organizando protocolos operacionais padrão, prontuários, seguindo o cadastramento da ACS e a demanda espontânea da população das áreas de abrangência, buscamos elaborar o prontuário da família. Onde cada Família terá um arquivo com o nome de um familiar responsável e cada membro terá o seu prontuário individual, contendo as informações essenciais, Histórico de saúde, e os atendimentos impressos do e-SUS. Além de manter ininterrupto todo o atendimento ao fluxo de pacientes da ESF. Centrados na família, ambiente e questões sociais, com foco no cuidado humanizado, visamos implementar políticas e programas de saúde, para assim obter a realização do propósito da ESF que é atender o indivíduo e sua família de forma integral, contínua e fortalecer vínculos desenvolvendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

**Palavras-chave:** Implementação. Saúde da Família. Planejamento.

---

<sup>1</sup>Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família. Especialista em acupuntura. E-mail: taisrgiovenardi@hotmail.com

<sup>2</sup>Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: karine\_beatrizz@hotmail.com

<sup>3</sup>Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: geovanalocatelli@yahoo.com.br

## OPORTUNIZANDO CONHECIMENTO PRÁTICO ACERCA DA SAÚDE DA MULHER EM UMA ESF

Taís da Rocha Giovenardi<sup>1</sup>  
Karine Beatriz Ziegler<sup>2</sup>  
Geovana Locatelli<sup>3</sup>

Aulas teórico-práticas fazem parte do currículo de várias áreas de ensino e principalmente da saúde. Nas unidades de saúde a consulta de enfermagem vem sendo cada vez mais realizada como prática de atuação dos profissionais enfermeiros. Alguns dos procedimentos pertinentes à profissão, no que se refere à Saúde da Mulher são o exame preventivo de colo de útero (Papanicolau) e o exame de palpação de mamas, bem como orientações incluídas na educação em saúde. Exames preventivos realizados na saúde pública são significativamente responsáveis pela diminuição no número de óbitos de mulheres por câncer de colo de útero e câncer de mama. Sendo assim relato a experiência enquanto enfermeira que oferece campo de estágio em sua unidade de trabalho para alunos de graduação em enfermagem na área de Saúde da Mulher. As atividades desenvolvidas nesta área acontecem com o intuito de oferecer aos alunos a oportunidade de vivenciar as mais diversas ações possíveis. Neste contexto proporcionou-se coleta de exames preventivos, consulta de enfermagem e visita domiciliar, sala de espera, grupos de saúde e educação permanente da equipe. Cabe ressaltar que todos pacientes atendidos pelos alunos o fizeram com consentimento. Para o desenvolvimento das ações houve preparo dos acadêmicos em sala de aula pela professora sobre todo conhecimento teórico-prático acerca da Saúde da Mulher e posterior entendimento da rotina da unidade de saúde e procedimentos realizados. O referido estágio foi percebido como pertinente e proveitoso pelos acadêmicos. Na avaliação das atividades realizadas os acadêmicos e professora da disciplina relataram sobre a importância de existir espaços que oportunizem o aprendizado prático para os alunos. Sendo assim, ressalta-se o trabalho em conjunto da universidade e instituições para a integral formação acadêmica.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher. Conhecimento. Prevenção.

---

1Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família. Especialista em acupuntura. E-mail: taisrgiovenardi@hotmail.com

2Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: karine\_beatrizz@hotmail.com

3Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: geovanalocatelli@yahoo.com.br



# FAMILIARIZANDO-SE COM O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Taís da Rocha Giovenardi<sup>1</sup>  
Karine Beatriz Ziegler<sup>2</sup>  
Geovana Locatelli<sup>3</sup>

Na busca por estratégias, produtos e ações acerca da segurança do paciente foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Este objetiva a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de saúde na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde. (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013). O profissional enfermeiro é considerado facilitador no processo de identificação da ocorrência de eventos adversos. Portanto, tendo uma equipe sob sua supervisão, cabe a ele a tomada de decisões e atitudes positivas, pois, mais do que buscar culpados, é necessário identificar as fragilidades existentes no processo e adotar medidas preventivas eficazes. Consideramos a construção deste resumo pertinente, pois visa a ampliação ao acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente. A Segurança do Paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Sendo considerado como dano, o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo este ser físico, social ou psicológico. (BRASIL, 2013). “Um incidente de segurança do paciente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Sendo que quando um incidente gera dano ao paciente, este é considerado como um evento adverso.” (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, 2013, p.9). Para a Organização Mundial da Saúde (1996), os eventos adversos são os danos resultantes do processo de cuidado. A partir disto compreendemos a importância de trabalharmos com foco em um cuidado seguro, pautado por normativas, protocolos e da elaboração de procedimentos operacionais padrões, que deverão ser utilizados como um guia, para que em caso de dúvidas os profissionais tenham onde buscar mais informações ou a quem recorrer, evitando adaptações errôneas.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente. Eventos Adversos. Protocolos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Assistência Segura:** Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. SIA Trecho 5 - Área especial 57 - Lote 200, Brasília - DF, 2013.

---

1Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família. Especialista em acupuntura. E-mail: taisrgiovenardi@hotmail.com

2Acadêmica do IX semestre de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: karine\_beatrizz@hotmail.com

3Acadêmica do IX semestre de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: geovanalocatelli@yahoo.com.br

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Ministério da Saúde. **Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático**. Brasília, 1996. Disponível em:  
<[http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56\\_a.pdf](http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2015.

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde / REBRAENSP – Porto Alegre : EDIPUCRS..** 2013.

# **RESUMO EXPANDIDO**

## A COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE ENFERMAGEM

Andressa Cristina Botezini<sup>1</sup>  
Raquiela Ulbrik<sup>2</sup>  
Jaqueline Marafon Pinheiro<sup>3</sup>

**Introdução:** A palavra comunicação vem do latim *comunicare* e significa “pôr em comum”, é a capacidade de trocar e discutir ideias, dialogar, conversar e ter um relacionamento melhor com as pessoas. Porém a comunicação é uma habilidade que muitas pessoas não conseguem desenvolver com tanta facilidade. Para a maioria das pessoas o processo de comunicação é composto de emissor, receptor e mensagem. Para iniciar o processo de comunicação o emissor deve mandar uma mensagem, já o receptor recebe a mensagem com o propósito de entendê-la. Com isso podemos dizer que em inúmeras vezes o enfermeiro faz papel de emissor e de receptor para poder se comunicar com o paciente, tendo com isso que passar uma mensagem para o paciente e esse paciente entendê-la, como receber a mensagem do paciente e entendê-la (CIANCIARULLO, 2000). A comunicação é compreendida como um processo fundamental como instrumento de ajuda terapêutica, para isso o enfermeiro deve ter conhecimento teórico abrangente sobre o tema, e adquirir a habilidade do relacionamento interpessoal, para que isso ocorra de uma maneira adequada o enfermeiro deve falar, mas acima de tudo escutar, dar espaço para o paciente fazer perguntas ter um tempo suficiente para a conversa e acima de tudo demonstrar interesse com o assunto. A partir dessa conversa o enfermeiro pode ter mais facilidade na identificação de problemas e ver as principais necessidades desse paciente, que em muitos casos necessita apenas de uma conversa (MOURÃO, 2009). **Objetivo:** O referido trabalho tem como objetivo expandir nossos conhecimentos a respeito do tema e dessa forma fazer com que possamos aplicar nossos conhecimentos na nossa vida profissional. **Metodologia:** Trata-se de uma reflexão teórico-metodológica onde buscamos por meio de artigos e materiais didáticos aprimorar nossos conhecimentos a respeito da comunicação na enfermagem, suas diferentes formas, e sua fundamental importância na nossa profissão já que sem a comunicação não existe nenhum tipo de vínculo entre profissional, paciente e familiar. **Resultados:** A comunicação pode ser feita de várias formas, sendo elas: verbal, não-verbal e paraverbal. A forma que mais usamos é a forma verbal, por meio da linguagem falada e da linguagem escrita (BLAQUES, 2007). A comunicação tem a função de informar, persuadir, ensinar ou discutir, promover o relacionamento entre as pessoas (CIANCIARULLO, 2000). A comunicação em enfermagem é de fundamental importância, uma competência que o profissional de enfermagem deve desenvolver, a enfermagem se apresenta através do processo de cuidar do ser humano. E para se comunicar com o paciente é preciso respeitar seus valores e crenças, para o profissional de enfermagem conhecer a comunicação colabora com a qualidade dos relacionamentos que serão estabelecidos nas relações entre paciente e enfermeiro (CIANCIARULLO, 2000). Um instrumento básico para a comunicação é observar os padrões de respostas fisiológicas e emocionais que um paciente fornece ao enfermeiro, se o enfermeiro não estiver atento a comunicação paraverbal e não-verbal do paciente ele pode interpretar de maneira errada as

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: andressa\_botezini@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: raquelaulbrik@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestra em Educação. Professora no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jaqueline@uri.edu.br

condições do paciente, o planejamento de assistência a enfermagem é comunicado de maneira escrita ou falada as outras pessoas da equipe de saúde para assim ser realizado um trabalho em equipe para trazer melhores resultados para a enfermagem do paciente. O enfermeiro também pode utilizar de sua criatividade para melhorar a comunicação com o paciente, a habilidade psicomotora do profissional de saúde comunica de forma não-verbal parte de sua identidade, que é vista na maneira de como o profissional se movimenta no espaço enquanto está trabalhando no processo de cuidados do paciente (CIANCIARULLO, 2000). Na comunicação terapêutica durante a interação entre o enfermeiro e o paciente ocorre o levantamento de hipóteses que podem ou não ser confirmadas nos procedimentos aplicados pelo enfermeiro para assim buscar a melhor na saúde do paciente, na maioria dos casos a qualidade da assistência de enfermagem está diretamente ligada a comunicação que existe entre o enfermeiro e o paciente, o papel do enfermeiro não está somente voltado a aplicar as técnicas e procedimentos eficientes, mas sim desenvolver a habilidade de comunicação, dessa forma a comunicação é utilizado como um meio de satisfazer as necessidades do paciente, a comunicação ocorre no simples fato do enfermeiro aplicar uma injeção intramuscular, o enfermeiro irá explicar o que irá ser feito, porque irá ser feito aquele procedimento, e cabe ao enfermeiro usar palavras que o paciente entenda o que ele está falando, e poder receber respostas dos pacientes tanto verbais como não-verbais e assim poder interpretar o que o paciente está querendo lhes dizer (CIANCIARULLO, 2000). Para o enfermeiro o toque pode ser o mais importante de todos os comportamentos da linguagem não-verbal, já que o enfermeiro é o profissional da saúde que mais toca no paciente, porém o significado do toque depende do contexto, da cultura, do local que é tocado e das pessoas envolvidas (BLAQUES, 2007). Todas as ações de enfermagem devem ser documentadas e na maioria dos casos isso é feito de maneira escrita, para isso é necessário usar termos corretos, vocabulário científico ao descrever os procedimentos e acontecimentos que ocorreram com o paciente, dessa forma a comunicação será mais efetiva entre todos os membros da equipe de saúde (CIANCIARULLO, 2000). A primeira etapa a se realizada com o paciente é a entrevista de enfermagem, onde são colhidos todos os dados do paciente, para uma melhor realização da entrevista de enfermagem cabe ao enfermeiro usar uma linguagem clara onde o paciente irá entender e assim relatar melhor o que se passa com ele, o uso adequado das maneiras de comunicação influenciará no sucesso ou no fracasso da entrevista (CIANCIARULLO, 2000). A comunicação também é um dos temas mais pesquisados na área da enfermagem, por ser um tema bastante complexo, pela importância que tem na qualidade da assistência de enfermagem e por estar de forma direta e indiretamente envolvida no processo de recuperação do paciente, varias estratégias de ensino são aplicadas para os estudantes de enfermagem desenvolverem melhor essa habilidade, a habilidade é enfocada desde o primeiro no de faculdade e na maioria das disciplinas durante o curso (CIANCIARULLO, 2000). A comunicação tem muita importância pois com ela o paciente pode transmitir ao enfermeiro seu estado físico e mental, transmitir suas emoções, o que esta sentindo, o que esta passando, coisas que em muitos casos somente o enfermeiro é capaz de entender. Entre os instrumentos básicos para o cuidado a comunicação tem sua extrema importância pois dessa forma podemos aumentar nosso vinculo com o paciente e dessa forma fazer com que o paciente possa se sentir mais a vontade e mais tranquilo em um ambiente que para muito é sinônimo de dor e sofrimento.

**Palavras-chave:** Comunicação. Enfermagem. Paciente.

## REFERÊNCIAS

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. **Instrumentos básicos para o cuidar:** um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: editora Atheneu, 2000.

MOURÃO C.M.L. et al. **Comunicação Em Enfermagem:** Uma Revisão Bibliográfica. 2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/10.3/html/16.htm>>

BLAQUES E.D. **Comunicação Como Instrumento Básico Em Enfermagem** 2007 SAP PAULO. Disponível em:  
<<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAGWkAB/comunicacao-como-instrumento-basico-enfermagem>>

## PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESF: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carla Regina Marchezan<sup>1</sup>  
Raquiela Ulbrik<sup>2</sup>  
Andressa Cristina Botezini<sup>3</sup>  
Jaqueline Cardoso<sup>4</sup>  
Luiz Paulo Pelissari<sup>5</sup>  
Jaqueline Marafon Pinheiro<sup>6</sup>

**Introdução:** As visitas domiciliares surgiram com o intuito de proporcionar um melhor prognóstico do paciente em virtude de uma boa qualidade de vida e tendo um objetivo principal: a prevenção e promoção da saúde do paciente e dos demais membros do ambiente (SANTOS Et. Al. 2008). As visitas domiciliares são realizadas de acordo com o cronograma que o enfermeiro da estratégia de saúde da família juntamente com a sua equipe de trabalho, levando em consideração a localização da moradia, condições ambientais presentes na micro área e também com um levantamento de número de habitantes que pertencem àquela micro área. **Objetivo:** Objetiva-se relatar as experiências vivenciadas por nos acadêmicos do V semestre de enfermagem, nas aulas teórico-práticas da disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva II, aulas estas ocorridas na ESF do Bairro Santo Antônio em Frederico Westphalen, onde podemos desenvolver as atividades de competência do profissional enfermeiro. **Metodologia:** Trata-se de um Relato de Experiência construído a partir das experiências vivenciadas nas aulas teórico-práticas da disciplina, bem como as ações que tivemos a oportunidade de realizar dentro do contexto a qual estávamos inseridos. **Resultados:** A visita domiciliar é um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, seja ele assistencial ou educativo. É uma dinâmica utilizada nos programas de atenção à saúde, visto que acontecem no domicílio da família, através dessa estratégia é possível conhecer o ambiente familiar e as micro áreas de moradia dos usuários do centro de saúde, ampliando o nível de informações e conhecimentos relativos ao auto cuidado, ao uso dos recursos sociais, à ação política em saúde ou, ainda, como atitude complementar às ações de vigilância em saúde, é uma forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo, à família ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais e locais, visando à maior equidade da assistência em saúde. Todos os profissionais envolvidos devem ter o conhecimento sobre o indivíduo (contexto de vida, meio ambiente, condições de habitação, relações afetivo-sociais da família), para possibilitar a prestação da assistência integral à saúde, para facilitar a adaptação do planejamento da assistência de enfermagem de acordo com os recursos que a família dispõe, para obter melhor relacionamento do grupo

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: carlareginamarchezan@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: raquielaulbrik@gmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: Andressa\_botezini@hotmail.com

<sup>4</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen: jaquelinecardoso96@hotmail.com

<sup>5</sup> Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen: luizpaulopelissari@hotmail.com

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestra em Educação. Professora no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jaqueline@uri.edu.br

familiar com o profissional de saúde, por ser sigiloso e menos formal e para ter maior liberdade para expor os mais variados problemas, tendo-se um tempo maior do que nas dependências do serviço de saúde. (SARAIVA F.J.C. 2011). A visita domiciliar é um importante instrumento para a prática de enfermagem na saúde pública em especial na Estratégia de Saúde da família é considerado como um meio importante de aproximação entre a ESF e as famílias, favorecendo o acesso aos serviços, à construção de novas relações entre os usuários, a equipe e a formação de vínculo entre estes. Contribuindo para a melhoria das ações no tratamento e atenção aos que estão envolvidos no processo saúde/doença, é através da visita domiciliar que se realiza atividades humanas e acolhedoras criando laços de confiança ao usuário no seu ambiente familiar seja ela realizada por Agentes Comunitário de Saúde (ACS), enfermeiros ou médicos. Nesse contexto, com finalidade de reorganização da atenção básica, de acordo com os preceitos do SUS, das especificidades da ESF, que visa à reorganização da atenção básica em todo o Brasil, o serviço de saúde deve prestar assistência resolutiva e de boa qualidade a população, tanto na unidade de saúde, como no domicílio, tendo como núcleo básico de abordagem do atendimento a saúde a família em seu contexto social. Deste modo é que se destaca a visita domiciliar, considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como instrumento de realização da assistência domiciliar constituída pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades ligadas a ESF. (SANTOS et. Al. 2008). Existem inúmeros benefícios pertinentes a realização de visitas domiciliares, como o fato de permitir que o profissional faça uma avaliação do perfil habitacional da população, contribuindo para a identificação de fatores de risco, contribui para mudanças no estilo de vida dos indivíduos, favorecendo o conhecimento da população e propiciando o aprendizado dessas pessoas, o profissional pode entender melhor o modo de vida dos usuários, conhecer o ambiente em que vivem e as relações familiares, abordando questões que vão além da doença física, e contemplando os problemas sociais e emocionais dos indivíduos, a visita domiciliar também pode contribuir para a mudança dos padrões de comportamento e promover a qualidade de vida por meio de práticas educativas, prevenção de doenças e promoção da saúde (LILIAN Et. Al. 2010). Porém além de todos os benefícios das visitas domiciliares ainda existem inúmeros problemas que acabam afetando a realização das mesmas incluindo, método dispendioso, pois demanda custo de pessoal e de locomoção, ocorre um gasto de tempo maior, tanto na locomoção como na realização da visita contratempos advindos da impossibilidade de marcar a visita: não ter ninguém em casa, o endereço não existir, a pessoa não residir mais naquele endereço, os afazeres domésticos das donas de casa podem impedir ou dificultar a realização da visita domiciliar entre outro. (SARAIVA, 2011). Durante o desenvolvimento das aulas teórico práticas da disciplina de saúde coletiva<sup>2</sup> realizadas no município de Frederico Westphalen, realizamos diversas atividades, como a efetuação da triagem na unidade que estávamos a participação no projeto saúde na escola, onde tivemos a oportunidade de estar realizando atividades educativas para com diferentes públicos escolares, onde foram tratados assuntos pertinentes e de interesse dos mesmos. Podemos também participar do desenvolvimento de atividades no grupo de hipertensos e diabéticos de uma área pertencente à Estratégia de Saúde da Família (ESF) local. Na oportunidade foram prestadas informações ao grupo sobre a gripe H1N1 e posteriormente participamos do desenvolvimento de atividades como verificação de sinais vitais, a realização de Exame de Glicemia Capilar (HGT), além disso foram identificadas algumas necessidades de orientações individuais dentro do grupo, as quais foram realizadas. Nos foi proposto pela docente responsável pela Disciplina, a enfermeira Jaqueline Marafon Pinheiro, a realização de visitas domiciliares (VD) onde podemos conhecer de perto a realidade diária dos pacientes. Durante as visitas domiciliares nos foi possibilitado realizar a consulta de enfermagem que é utilizada para a promoção de saúde e da qualidade de vida dos



indivíduos, compreende uma série de ações que são realizadas pelo profissional enfermeiro, desde recepção do paciente até a avaliação geral, o enfermeiro coleta informações, observa, verifica sinais vitais, realiza exame físico para poder conhecer um pouco mais acerca do paciente, após essa coleta de dados o enfermeiro analisa o caso e elenca possíveis diagnósticos de enfermagem e com isso as intervenções que podem ser aplicadas ao paciente para melhorar sua qualidade de vida. Após realizarmos as visitas domiciliares voltamos a Unidade de Saúde a começamos a estudar o caso dos pacientes, após elencarmos a lista de problemas com auxílio de materiais didáticos elencamos os diagnósticos e as intervenções para esses diagnósticos. No último dia dos estágios retornamos a casa dos pacientes para podermos dar um retorno e com as intervenções elencadas poder de alguma forma melhorar a qualidade de vida daquelas pessoas. **CONCLUSÃO:** A cada paciente atendido um aprendizado a mais, a cada dia de estágio mais e mais conhecimento tomava conta de nos estagiários, semana corrida que em inúmeros momentos o cansaço fingia tomar conta, mas o contato com os pacientes, suas histórias de vida, a maneira como éramos recebidos nas residências e o carinho com que éramos tratados fez no final tudo valer a pena, “gratidão”, palavra que pode definir tudo o que sentimos durante esses cinco dias.

**Palavras-chave:** Visita domiciliar. Experiência. Aula teórico-prática.

## **REFERÊNCIAS**

SARAIVA F.J.C. VISITA DOMICILIAR, faculdade de alagoas, Maceió 2011 disponível em: <[http://emfermagemfaal2010.blogspot.com.br/2011/06/visita-domiciliar\\_07.html](http://emfermagemfaal2010.blogspot.com.br/2011/06/visita-domiciliar_07.html)>

SOSSAI, L.C.F. et al. **A visita domiciliar do enfermeiro:** fragilidade X potencialidades. 2010. Disponível em:

[https://www.google.com.br/?gfe\\_rd=cr&ei=iGEuV\\_SbHMyU8QfqmZmwDQ&gws\\_rd=ssl#q=a+visita+domiciliar+do+enfermeiro+fragilidades+e+potencialidades](https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=iGEuV_SbHMyU8QfqmZmwDQ&gws_rd=ssl#q=a+visita+domiciliar+do+enfermeiro+fragilidades+e+potencialidades)

SANTO, E.M. et al. **A trajetória histórica de visita domiciliar no brasil:** uma revisão literária. 2008. Disponível em:

<[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n1/pdf/v10n1a20.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a20.pdf)>

# ORGANIZAÇÃO, ESTRUTURAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN: ENFOQUE NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DO ESCOLAR

Edinara Ragagnin<sup>1</sup>  
Marcia Casaril dos Santos Cargnin<sup>2</sup>

**Introdução:** O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos. Da mesma forma que a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), foi editada pelo Ministério da Saúde, em 2014, a qual aponta a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, representa um marco político/ideológico importante no processo vivo e cotidiano de construção do Sistema Único de Saúde, uma vez que retoma o debate político sobre as condições necessárias para que sujeitos e comunidades sejam mais saudáveis, propondo que haja uma substituição de um processo de trabalho centrado na culpabilização individual pelo cuidado com a própria saúde. A PNPS tem como objetivo geral: “Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.” (BRASIL, 2014, p.13) promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, é acompanhada por um conjunto de conceitos e diretrizes que confirmam uma atitude baseada na cooperação e no respeito às singularidades, como o estímulo à intersetorialidade, o compromisso com a integralidade, o fortalecimento da participação social e o estabelecimento de mecanismos de cogestão do processo de trabalho, que promovam mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão centrando-se na organização do trabalho em equipe. A escola deve ser entendida como um espaço de relações, espaço privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, contribuindo na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde (BRASIL, 2014). No contexto situacional do espaço escolar, encontram-se diferentes sujeitos, com histórias e papéis sociais distintos – professores, alunos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, avôs, voluntários, entre outros –, que produzem modos de refletir e agir sobre si e sobre o mundo e que devem ser compreendidos pelas equipes de Saúde da Família em suas estratégias de cuidado. A escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social. Juntamente com outros espaços sociais, ela cumpre papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas. Desse modo, pode tornar-se locus para ações de promoção da saúde para crianças,

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: edinarah\_ragagnin@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande. Professora do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional e Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI- Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: marciacasaril@hotmail.com

adolescentes e jovens adultos. Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os estudantes, e também com professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Nesse processo, as bases são as “forças” de cada um, no desenvolvimento da autonomia e de competências para o exercício pleno da cidadania. Assim, dos profissionais de saúde e de educação espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de empoderamento dos estudantes, professores e funcionários das escolas, o princípio básico da promoção da saúde. Promover tem o significado de dar impulso; fomentar; originar; gerar. Promoção da saúde definiu-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção de doenças, pois refere-se a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (FREITAS, 2009, p. 49). As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demanda uma abordagem intersetorial. As Estratégias de Saúde da Família (ESF) devem se constituir como importantes agentes desencadeadores das iniciativas de promoção da saúde escolar em todas as localidades e espaços, principalmente nas localidades onde essa questão ainda é incipiente. Além disso, as ESF podem e devem atuar ativamente nos processos de educação permanente e continuada em saúde de professores, funcionários, pais e estudantes. Ainda, devem garantir e potencializar o acesso e a parceria das escolas com a Unidade de Saúde da Família, coordenando ações contínuas e longitudinais e promovendo a integralidade das ações e serviços em saúde em relação às demandas das escolas. Educar é uma exaustiva tarefa social, emancipatória, capaz de reorientar a humanidade. A educação transforma o homem em ser social e histórico e possibilita formar novas gerações através da transmissão de conhecimentos, valores e crenças. Permite o desenvolvimento de uma consciência crítica que o torna capaz de transformar a realidade. Assim, a educação deve chegar a todos, objetivando formar seres humanos que caminhem em busca de seus sonhos, da felicidade individual e social, lutando por mais qualidade de vida. Educar para saúde é ir além da assistência curativa, priorizando ações preventivas e promocionais, reconhecendo os usuários dos serviços de saúde como sujeitos portadores de saberes e condições de vida, estimulando-os a lutarem por mais qualidade de vida e dignidade. **Objetivo geral:** Desenvolver atividades na perspectiva de sistematizar ações para a implementação do Projeto Saúde na Escola **objetivos específicos:** Organizar e estruturar ações junto a instituição escolar; Desenvolver atividades a fim de fomentar os primeiros passos para a construção do projeto Saúde na Escola. **Metodologia:** Este é um projeto de Prática Assistencial, está sendo realizado com crianças e adolescentes, em uma escola à qual pertence ao ESF II do município de Frederico Westphalen, o projeto está sendo realizado em seis etapas: Etapa 1: levantamento do perfil e das necessidades da população-alvo; Etapa 2: escolha e organização do tema; Etapa 3: escolha e adaptação dos recursos didático-pedagógicos em saúde; Etapa 4: planejamento da aplicação dos recursos didático-pedagógicos em Saúde; Etapa 5: avaliação da estratégia de ação; Etapa 6: continuidade ou desmame. **Resultados:** A presente proposta encontra-se em andamento, até o presente momento foram realizados 3 encontros de acordo com as etapas acima citadas, com os alunos do sexto ano foi trabalhado: Doenças genéticas, Hidrocefalia, Microcefalia, Síndrome de Down, Câncer, Tabagismo, Câncer de pulmão, já com os alunos do oitavo e nono ano no segundo e no terceiro encontro realizado foi trabalhado: Sexualidade, As Mudanças Anatômicas e Fisiológicas que o corpo sofre na Adolescência. **Considerações finais:** A efetivação das práticas de educação em saúde configuram-se ainda como um desafio para a prática do enfermeiro nos espaços da saúde coletiva. Romper com o velho paradigma do processo educativo ainda é um grande desafio. Para tanto, torna-se necessária uma real

implicação do enfermeiro com o processo educativo em saúde no sentido de reconhecê-lo como ferramenta forte e eficaz no cuidado (BRASIL, 2014). Como desafio, pontuamos ainda, a formação dos profissionais de saúde como uma das problemáticas centrais, a maioria dos discursos é permeada por uma educação voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, em uma relação vertical e impositiva. Ainda, é fundamental que os profissionais reconheçam que a educação em saúde é um processo de fazer com (e não para) o grupo, de romper com a marca da unidirecionalidade e da verticalidade na relação educador (enfermeiro) e educando (sujeito cuidado). Por fim, vale citar a necessidade de reestruturação da formação acadêmica dos enfermeiros no sentido de reconhecerem as práticas educativas como ferramenta para o cuidado, buscando aproximar as práxis da educação em saúde da realidade social.

**Palavras-chave:** Programa Saúde na Escola. Estratégia de Saúde da Família. Promoção da Saúde. Enfermagem.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica Saúde na Escola**. Brasília, 2009. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcdad24.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad24.pdf). Acesso em: 20, abril 2015.

FREITAS, D. C. M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. **Fiocruz**. Rio de Janeiro, 2009.

OLIVEIRA, L. R. SANTOS, M. E. A. Educação em saúde na estratégia de saúde da família: conhecimentos e práticas do enfermeiro. **Revista Enfermagem Integrada**. Minas Gerais, Nov / Dez 2011.

SOUZA, M. C. M. R. HORTA, N. C. Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática. **Guanabara Koogan**. Rio de Janeiro. 2012.

# AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS PELOS MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA DA 19ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Eloise Cristine Franz<sup>1</sup>  
Marcia Casaril dos Santos Cargini<sup>2</sup>

**Introdução:** A 8ª Conferência Nacional em Saúde que ocorreu em 1986, foi discutida a Reforma Sanitária Brasileira, que trazia como tema “saúde como direito de todos”, visando a participação da população na gestão, organização e controle de saúde, também no mesmo ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), sendo abordados temas como: diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores; novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores; e política nacional de saúde e segurança dos trabalhadores (BRASIL, 1986). A partir de então a saúde do trabalhador teve maior visibilidade nacional. Em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal Brasileira, garantindo direito de saúde a todos e dever do estado, e estabeleceu a constituição do campo saúde do trabalhador. No seu artigo 200 amplia a competência do SUS, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...], em seu inciso II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” (BRASIL, 1988, p. 2). O SUS foi regulamentado apenas em 1988, por meio das Leis Orgânicas de Saúde (LOS) nº 8.080 de 1990 e nº 8.142 de 1990, as quais definem a Saúde do Trabalhador “um conjunto de ações epidemiológicas, de vigilância sanitária, de promoção, e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”. (BRASIL, 1990, p. 2). A fim de tornar a atenção aos trabalhadores cada vez mais ampla em 2012 é instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com a finalidade de: “definir os princípios, as diretrizes e as estratégias [...] para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos”. (BRASIL, 2012, p. 1). Neste contexto cabe pontuar o conceito de trabalhador, que de acordo com Dias (2006) é todo homem ou mulher que desenvolve atividade para seu sustento ou de seus dependentes, e estão inseridos no mercado de trabalho de forma informal ou formal. O trabalho significa uma forma de sobrevivência para o ser humano, além de ser uma questão de realização profissional. A atividade laboral é um dos elementos que mais interferem nas condições de saúde dos trabalhadores, sendo que as diversas formas de labor oferecem variados riscos à saúde dos trabalhadores. Os agravos à saúde envolvem os acidentes, as doenças e óbitos. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (2013), agravos a saúde são “os danos a integridade física, mental e social dos indivíduos, provocados por doenças ou circunstâncias nocivas, como acidentes. A Lei nº 8.213/1991, em seu art. 11 e 19, considera acidente de trabalho o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. (BRASIL, 1991).

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: ello\_franz@hotmail.com.

<sup>2</sup> Mestre em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); doutoranda em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Docente no curso de graduação de enfermagem na URI – Câmpus de Frederico Westphalen. Email: marciacasaril@hotmail.com

Segundo Carvalho (2014, p. 5) “os acidentes ocorrem por atos inseguros que derivam dos indivíduos que os comentem, e por condições inseguras que estão relacionadas com causas objetivas ou materiais, existentes no ambiente laboral”. Os acidentes ou doenças relacionado a saúde do trabalhador se tornam um problema complexo, pois envolvem questões sociais, econômicas, e de Saúde Pública do país, devido a recuperação da qualidade de vida e de saúde desses trabalhadores. (RIOS, et al., 2012). Segundo a Organização Internacional do Trabalho (2013), no ano de 2013 morreram 2,34 milhões de pessoas em decorrência de acidentes de trabalho. No Brasil as informações sobre acidentes de trabalho e doenças ocupacionais são provenientes do Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), divulgados no último Anuário Estatístico da Previdência Social, no ano de 2014 foram notificados aproximadamente 704,136 mil acidentes de trabalho. As doenças profissionais são “doenças contraídas em resultado de uma exposição a fatores de risco relacionados a uma atividade laboral”. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2013, p. 4). Quando uma doença é diagnosticada e se estabelece uma relação direta com o trabalho, a doença é então reconhecida como profissional. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2013). Já os óbitos se referem aos trabalhadores que falecem devido a um acidente de trabalho, ou doenças já relacionadas ao trabalho. (BRASIL, 2013). Estes, acima referidos são passíveis de notificação compulsória pelo SUS previsto por lei, e com pena de multa às empresas que não efetivarem a notificação. E quando ocorre algum acidente de trabalho, ou doença profissional ou do trabalho o empregador terá que fazer o preenchimento e emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), já a Relatório Individual de Notificação de Agravado (RINA) quem faz o preenchimento e envia ao sistema de informação é o serviço de atendimento em saúde, onde o acidentado for atendido sejam públicos, privados, conveniados, filantrópicos, sindicais ou empresariais, ambulatoriais ou de pronto atendimento. Esse instrumento é efetivado pelo profissional que faz o atendimento, em três vias e alimenta o Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST). (RIO GRANDE DO SUL, 2000). Diante desses aspectos fez-se necessário realizar uma pesquisa, a qual busca conhecer o perfil dos agravos (acidentes e doenças) relacionado ao trabalho, dos trabalhadores dos municípios de abrangência da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde. **Objetivo:** Conhecer o perfil dos agravos (acidentes, doenças e óbito) relacionados ao trabalho notificados no Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador dos municípios de abrangência da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul. **Método:** Está sendo realizado uma pesquisa de cunho qualitativa, descritiva e documental, que teve início no segundo semestre de 2015, abrangendo os 26 municípios pertencentes a 19ª CRS, que compreende: Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Bom Progresso, Caiçara, Cristal do Sul, Derrubadas, Erval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Iraí, Liberato Salzano, Novo Tiradentes, Palmitinho, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Rodeio Bonito, Seberi, Taquaruçu do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista Alegre e Vista Gaúcha. A coleta de dados está sendo realizada por meio dos registros de notificação do Relatório Individual de Notificação de Agravado (RINA) do ano de 2015 disponíveis no Sistema de Análise de Negócios (SAN), na página do Sistema de Análise de Dados do SIST (<https://san.procergs.rs.gov.br>), mediante autorização do técnico responsável pelo SIST/SAN, pelo gestor do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) sede em Palmeira das Missões e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI - Campus de Frederico Westphalen (sob o nº CAAE 45127015.3.0000.5352. Foi disponibilizada uma matrícula e senha de acesso. Os dados gerados por meio de relatório após a seleção das variáveis no sistema SAN, serão apresentados por meio de tabelas, sendo que a análise descritiva será realizado por meio de cálculo de frequência simples e relativa. **Resultado:** A pesquisa encontra-se em andamento. **Conclusão:** Portanto, com a presente pesquisa será possível obter dados fidedignos, a fim de

das equipes multidisciplinar de saúde dos municípios poderem direcionar ações para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, bem como gerar informações que possam ser utilizados para pesquisas futuras, bem como com os trabalhadores mais afetados pelos agravos, conforme a pesquisa identificará. Contudo, a saúde do trabalhador é mais uma área da saúde que também possui fragilidades, mas que precisa ser melhorada e desenvolvida de acordo com as leis.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador. Agravado.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/109386/lei-8080-90>> Acesso em: 05 maio. 2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde:** leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)> Acesso em: 04.Mai., 2016.

\_\_\_\_\_. Constituição Federal. **Artigos 196 a 200**, 1988. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofederal.pdf> Acesso em: 06 mai. 2016

\_\_\_\_\_. **1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores.** 1986. Disponível em: <<http://www.cntsscut.org.br/sistema/ck/files/conferencia/cnts1.pdf>> Acesso em: 06 maio 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de Julho de 1991.** Acesso em: 05 de maio de 2016. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm)>

BRASIL. Ministério da previdência Social. Seção IV – Acidentes do Trabalho. In: **Anuário Estatístico da Previdência Social 2013.** Disponível em: <<http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/estatistica-saude-e-seguranca-do-trabalhador/anuario-estatistico-de-acidentes-do-trabalho-aeat>> Acesso em: 05 de maio de 2016.

BRASIL. Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual de Instruções Para Preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT.** Maio, 1999. Disponível em: <[http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/4\\_101112-101538-142.pdf](http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/4_101112-101538-142.pdf)> Acesso em: 28 abril de 2016.

CARVALHO, G.M. **Enfermagem do trabalho.** 2ª Ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 2014.

DIAS, E. C. **Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil.** Saúde do Trabalhador Rural – RENAST. Pg 1-27. Versão fev. 2006.

GOMEZ, C. M. Costa, S. M. F. T. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilema.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):21-32, 1997.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **A prevenção das doenças profissionais.** Edição: Abril 2013. Disponível em:  
<[http://www.dnpst.eu/uploads/relatorios/safeday\\_pt\\_2013.pdf](http://www.dnpst.eu/uploads/relatorios/safeday_pt_2013.pdf).> Acesso em: 29 fev. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. PORTARIA Nº 35/2000. Disponível em:  
<[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000677\\_Portaria%20SES%20n%C2%BA%2035%202000%20Fluxo%20de%20Informa%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000677_Portaria%20SES%20n%C2%BA%2035%202000%20Fluxo%20de%20Informa%C3%A7%C3%A3o.pdf).> Acesso em: 26 fev. 2015.

RIOS, Marcela Andrade.; NERY, Adriana Alves.; ALVES, Murilo da Silva.; JESUS, Cléber Souza de. Acidentes e doenças relacionadas ao trabalho em Jequié, Bahia, registrados no Instituto Nacional de Seguridade Social, 2008-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 315-324, abr-jun, 2012.

SPINDLER, Márcia Fantinel. **O regime regulatório brasileiro de segurança e saúde no trabalho e a gestão dos riscos ocupacionais:** discussão sobre o panorama atual. 2013. 146 p. Dissertação (Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – Fundacentro), São Paulo, 2013.



# O PARTOGRAMA COMO UMA TECNOLOGIA PARA A ASSISTÊNCIA AO PARTO

Geovana Locatelli<sup>1</sup>  
Caroline Ottobelli<sup>2</sup>  
Karine Beatriz Ziegler<sup>3</sup>  
Taís da Rocha Giovenardi<sup>4</sup>

**Introdução:** O nascimento é historicamente um evento natural. É indiscutivelmente um acontecimento mobilizador, e desde as primeiras civilizações tem inúmeros significados culturais agregados que sofreram transformações através de gerações, e ainda comemoram o nascimento como um dos fatos marcantes da vida (BRASIL, 2001). A assistência ao nascimento vem sofrendo transformações, no que diz respeito à busca por melhores evidências, para assegurar sua qualidade e obter melhores resultados maternos e perinatais. Dessa forma, a preocupação com a adequação da tecnologia na assistência é uma tendência que se contrapõe ao modelo de assistência ao nascimento predominante nas últimas décadas, caracterizado pela institucionalização do parto e pelo uso rotineiro de práticas obstétricas que, muitas vezes, são iatrogênicas (ROCHA, et al, 2009). **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é realizar uma reflexão acerca do partograma como uma tecnologia para a assistência ao parto. **Método:** Para isso, foi realizada uma busca junto à literatura nacional, onde a seleção dos artigos se deu através da leitura completa dos mesmos. **Resultados:** Com o avanço técnico e científico e o crescente aumento da complexidade dos serviços de saúde, surge a imperativa necessidade da adoção de normas, procedimentos, fluxos e registros como instrumentos de avaliação da qualidade do atendimento (Brasil, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde (1996), a adoção de várias práticas intervencionistas inúteis, inadequadas ou desnecessárias é um risco que foi incluído por muitas pessoas que tentam melhorar os serviços obstétricos. O objetivo da assistência é que se tenha uma mãe e uma criança saudáveis, com o menor nível de intervenções possíveis. Nesse contexto, durante o trabalho de parto podemos fazer uso das tecnologias de cuidado, sendo o partograma de suma importância como uma dessas tecnologias, por ser um instrumento para a avaliação da evolução normal e com distócias do trabalho de parto, e também, um instrumento legal de proteção à atividade profissional. O desenvolvimento das tecnologias se tornou uma busca constante do ser humano e que de forma sistemática, vem determinando não só a sobrevivência na terra, como também a capacidade de dominação e transformação. Diante disso, o cuidado na enfermagem/ saúde vem sofrendo influências significativas pelas mudanças no âmbito da tecnologia, gerando diversas inquietações acerca dos benefícios e dos riscos, e das relações entre os profissionais, clientes e as tecnologias como instrumento essencial ao cuidado de enfermagem (SCHWONKE, et al, 2010). Nessa perspectiva, o enfermeiro deve estar em permanente processo de capacitação técnica, pesquisando, conhecendo e aprendendo sobre as novas tecnologias, além da necessidade de ser um profissional competente para a inclusão e aplicação dos mesmos, na incorporação, na utilização e avaliação tecnológica dos produtos de seu serviço e área de atuação (ARONE,

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. Email: geovanalocatelli@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Frederico Westphalen R/S. E-mail: caroline@fw.uri.br

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. Email: karine\_beatrizz@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira, Especialista em Acupuntura. E-mail: taisrgiovenardi@hotmail.com

CUNHA, 2007). O objetivo principal dos profissionais que atendem aos partos, e também das mulheres que recebem os seus serviços, é de que se obtenha ao final da gestação um neonato saudável, com plena capacidade de desenvolvimento biológico, psicológico e social futuro, assim como, uma mulher/mãe, com saúde e sem trauma pelo processo de nascimento pelo qual acabara de experimentar (BRASIL, 2001). Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde recomenda a utilização do partograma para o acompanhamento do trabalho de parto, com o objetivo de melhorar a assistência e reduzir a morbimortalidade materna e fetal. Em publicação sobre evidências para a assistência ao parto em 1996, seu uso foi classificado como uma prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada (Organização Mundial de Saúde, 1996). O partograma é uma tecnologia na área da obstetrícia, que auxilia na atenção materna, na vigília e evolução do trabalho de parto (VASCONCELOS, et al, 2013). É um instrumento de importância fundamental para a avaliação e documentação da evolução do trabalho de parto no diagnóstico dos desvios da normalidade. Trata-se de uma representação gráfica do trabalho de parto, que permite acompanhar a sua evolução, documentar, diagnosticar as alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias (BRASIL, 2001). O profissional enfermeiro deve compreender a importância do uso sistemático e possuir habilidade na utilização do Partograma, sendo este de grande importância, como uma ferramenta para a redução da morbimortalidade materna e fetal, e ainda, uma necessidade daqueles profissionais que pretendem ter uma atuação competente, humanizada, segura e assertiva à parturição (VASCONCELOS, et al, 2013). Embora várias iniciativas tenham sido desenvolvidas nos últimos anos, ainda há a permanência de problemas na sistematização da assistência à gestação e ao parto, desrespeitando direitos básicos da cidadania e ainda, colocando em risco a vida de mulheres e recém-nascidos (BRASIL, 2001). Com a finalidade na melhoria da assistência obstétrica e neonatal, foram implantadas pelas esferas do governo, diversas políticas e programas com ações voltadas no que se refere ao incentivo ao parto normal, ao acompanhamento do pré-natal, assistência ao parto, puerpério e ao neonato, e ainda a redução da mortalidade materna e perinatal. Destacam-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Rede Cegonha e o Projeto Maternidade Segura, uma iniciativa que propiciou a implantação do Partograma nas maternidades, sendo obrigatório para o acompanhamento do trabalho de parto. Apesar disso, as taxas de morbimortalidade materna e perinatal continuam elevadas no Brasil, sendo incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento socioeconômico do País (BRASIL,2010). Segundo dados dos indicadores de mortalidade do DATASUS, o número de óbitos maternos em todo o Brasil em 2011, foi um total de 64,8 para cada 100.000 nascidos vivos, enquanto a taxa de mortalidade neonatal, teve um total de 10.6 óbitos por 1000 nascidos vivos no mesmo ano (DATASUS, 2012). O Brasil ainda é o país com maior registro na proporção de partos cesárea. As taxas brasileiras de cesariana correspondem a 52% em 2010, chegando a 87% na rede privada e 37% na rede pública, sendo valores muito elevados relativamente aos 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde (GOIS, MENCHEN, 2011). Dessa maneira, vários aspectos devem estimular o aprendizado do uso do partograma na assistência clínica ao parto, considerando que a Organização Mundial da Saúde tornou o seu uso obrigatório nas maternidades desde 1994. Auxilia e facilita no acompanhamento do trabalho de parto por principiantes e a passagem de plantão do pré-parto, favorecendo também na utilização racional de ocitócicos e analgesia. Assim sendo, o uso do partograma interfere, sobretudo, na elevada incidência de cesáreas sem indicação obstétrica. Sua utilização também é valorizada pelo diagnóstico precoce das distócias e suas respectivas intervenções (BRASIL, 2001). O uso do partograma viabiliza o cumprimento da Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 e a Resolução do Conselho Federal

de Enfermagem, COFEN nº 0477/2015, pelo qual a enfermeira obstetra que presta assistência ao parto e nascimento, tem como responsabilidade identificar distócias obstétricas e tomar providências necessárias até a chegada do médico, devendo intervir em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis para garantir a segurança da mãe e do neonato (COFEN, 2015). E sendo uma proposta de uma assistência centradas na necessidade da mulher, é possível observar que o uso do partograma com linhas de alerta e ação facilita a tomada de condutas frente ao trabalho de parto com evolução fisiológica normal, bem como o diagnóstico de alterações, identificando ou prevenindo possíveis distócias com o uso de intervenções preestabelecidas ou a solicitação da avaliação médica, se necessário. **Considerações Finais:** Portanto, na assistência obstétrica, o enfermeiro deve possuir habilidade na utilização do partograma e compreender a importância do seu uso sistemático, sendo uma necessidade daqueles profissionais que buscam a prestação de uma assistência competente, humanizada, segura e assertiva à parturição (VASCONCELOS, et al, 2013). Embora a atuação da enfermeira obstetra seja reconhecida como importante, ainda existem lacunas de conhecimentos acerca dessa questão, o que requer novas discussões e reflexões que venham respaldar e dar maior visibilidade ao trabalho desenvolvido por estes profissionais (VELHO, OLIVEIRA, SANTOS, 2010). Assim, percebemos a importância pela busca constante do conhecimento e capacitação dos profissionais enfermeiros, na intenção do aprimoramento, excelência e respaldo na assistência prestada, e pelo empoderamento destes no exercício legal da sua profissão.

**Palavras-chave:** Partograma. Tecnologia. Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ARONE, E. M.; CUNHA, I. C. K. O. Tecnologia e Humanização: Desafios Gerenciados pelo Enfermeiro em prol da Integralidade da Assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n. 6, Brasília, nov./dez., 2007.

BARLEM, E. L. D. Perspectivas Filosóficas do uso da Tecnologia no Cuidado de Enfermagem em Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, Brasília, jan./fev., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão de Alto Risco. Manual Técnico**. 5ª edição, Brasília, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 20, outubro, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher**. 1ª edição, Brasília, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 20, outubro, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº477/2015**. Brasília, 2015. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015\\_30967.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html). Acesso em: 21, outubro, 2015.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 10, novembro, 2015.

GOIS, A.; MENCHEN, D. Cesáreas superam partos normais pela primeira vez no país. **Folha de São Paulo**. São Paulo, novembro, 2011. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/9952-cesareas-superam-partos-normais-pela-primeira-vez-no-pais.shtml>>. Acesso em: 10, novembro, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Ministério da Saúde. **Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático**. Brasília, 1996. Disponível em: <[http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56\\_a.pdf](http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf)>. Acesso em: 20, outubro, 2015.

ROCHA, I. M. S.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G.; COSTA, A. S. C. O Partograma como Instrumento de Análise da Assistência ao Parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, São Paulo, dezembro, 2009.

SCHWONKE, C. R. G. B.; FILHO, W. D. L.; LUNARDI, V. L.; SANTOS, S. S. C.;

VASCONCELOS, K. L. *et al.* Partograma: Instrumento para Segurança na Assistência Obstétrica. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 7, n. 2, Recife, fevereiro, 2013.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K.A. Reflexões sobre a Assistência de Enfermagem prestada à Parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 63, n. 4, Brasília, jul./ago., 2010.

## GERENCIAMENTO TAMBÉM É CUIDADO, E ATRIBUIÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Jéssica Vendruscolo<sup>1</sup>

Vanessa Pereira<sup>2</sup>

Marines Aires<sup>3</sup>

O presente resumo é uma reflexão teórica realizada a partir das discussões desenvolvidas na disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva III no curso de Graduação em Enfermagem. Tais leituras abordaram inicialmente dois textos as ideias de dois grandes autores: Merhy (2008) e Cecílio (2009). Tais autores objetivam discutir o cuidado, Merhy (2008) aborda “a perda da dimensão cuidadora na forma de trabalhar a assistência”, fazendo reflexões diante do uso das tecnologias – leves, leves-duras e duras, sendo estas distintas formas de cuidar com diferentes resultados, e um grande impacto na área da saúde na atualidade; Cecílio (2009) traz “diferentes elementos para se pensar na forma de cuidar”, debatendo sobre a eficácia e resolubilidade do acolhimento, acompanhado da humanização e toque, provando-nos que acima de profissionais dotados de conhecimento, é preciso haver sensibilidade em todas as nossas ações. Ainda em sala de aula, efetivaram-se discussões de outros artigos, que tratavam especificamente gerência do cuidado, ampliando conhecimentos, proporcionando reflexões e principalmente questionamentos, instigando assim a busca de novos conceitos no que tange esta temática. Desta forma, o presente resumo tem por objetivo refletir diferentes ideias e propósitos de autores que integram a definição e prática da gerência do cuidado, para que assim haja uma maior compreensão acerca dessa atividade. Buscando atingir tais perspectivas, realizou-se a leitura estudos sobre a temática de três diferentes artigos, nas autorias de Chrystovam (2012), Santos (2013), e Santos (2011), abordando a construção de um conceito mais sólido em relação à gerência do cuidado, e as ações desenvolvidas pelos enfermeiros em diferentes serviços de saúde. Chrystovam (2012) faz um estudo com base na literatura para construir e apresentar uma definição teórica sobre a gerência do cuidado; Santos (2013) realiza uma revisão integrativa, evidenciando e analisando as práticas dos enfermeiros quanto à gerência do cuidado; Santos (2011) constrói a análise das ações de gerenciamento do cuidado, realizadas pelos enfermeiros em um serviço de emergência de um hospital. Compreende-se, assim, que a revisão em tais artigos enriquece as leituras realizadas em sala de aula, à mesma medida em que as percepções dos autores Mehry (2008) e Cecílio (2009) se fazem indispensáveis na compreensão do contexto em gerenciamento do cuidado, pois tais autores trazem a importância da sensibilidade, do espírito inovador e olhar crítico/organizacional ao mesmo tempo em que “cuidamos”. O significado de gerenciamento do cuidado é atribuído por alguns autores como a articulação do cuidado direto e indireto, ou seja, a relação entre o cuidar e o gerenciar, onde ambas esferas ganham maior dimensão de resolubilidade e integralidade ao usuário, pois além de planejar e melhorar as ações de cuidado, prover e prever recursos, ainda mobiliza ações e relações interpessoais. (SANTOS, 2013; SANTOS, 2011). Santos (2011, p. 696) afirma que “o enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja”, e Santos (2013, p. 261) aponta que “a gerência do cuidado é uma atribuição do enfermeiro diretamente relacionada à busca pela qualidade assistencial e de

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jessi\_vendruscolo@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: protessa@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutoranda, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: maires@uri.edu.br

melhores condições de trabalho para os profissionais”. Desta forma, além de entender o conceito de gerenciamento do cuidado é imprescindível lembrar-se das atribuições do enfermeiro, um profissional crítico, generalista, reflexivo e humanista, capaz de atuar nos três diferentes níveis de atenção (Primária, Secundária e Terciária), trabalhando com indivíduos em todas as fases do ciclo vital, em caráter individual ou coletivo, com ética e responsabilidade, cabendo a ele a realização de Consultas de Enfermagem, a educação permanente da equipe, o planejamento, gerenciamento e avaliação das ações dos Agentes Comunitários em conjunto aos outros profissionais, bem como a realização de encaminhamentos, solicitação de exames complementares e prescrição de medicações (os três últimos perante protocolos da unidade), como demais ações de gerenciamento dos serviços de saúde. (BRASIL, 2012). Algumas destas atribuições são desenvolvidas especificamente na Atenção Básica, outras vêm ao encontro de diferentes serviços de saúde, que possuem normas e rotinas específicas, como um Centro Cirúrgico, por exemplo, onde o enfermeiro é responsável pela escala de trabalho dos profissionais e outras funções também específicas do referido local de trabalho. Diante de tantas responsabilidades de caráter organizacional e gerencial, o papel do enfermeiro parece distante daquela enfermagem que é “arte e ciência do cuidado”, pendendo a atribuições “burocráticas”, poder-se-ia dizer. Em contrapartida, ainda somos enxergados, por grande parte das pessoas, como profissionais do “cuidado no leito”, da “seringa e agulha”, do “jaleco e uniforme brancos”, subentendendo que ora promovemos o gerenciamento, ora o cuidado, enquanto deveríamos assumir verdadeiramente a responsabilidade de promover a saúde dos usuários de forma integral, na constante busca pela avaliação da qualidade do cuidado prestado. Parte deste pensamento fragmentado sobre nossas funções emergiu com Florence Nightingale (fundadora da enfermagem moderna), e junto à “enxurrada de mudanças”, onde a enfermagem passa a ser reconhecida como profissão, surgiram divisões dentro da classe quando as *nurses* eram responsáveis pelo cuidado, e as *ladies nurses* encarregadas de promover a administração. (CHRISTOVAM, 2012; SANTOS, 2013). A reflexão um tanto crítica que aqui vem sendo descrita não se direciona ao passado, mas ao presente, pois algumas autorias afirmam que existem dificuldades por parte dos profissionais em integrar (teoricamente) a gerência e o cuidado, fazendo com que essa dialética se torne uma dicotomia, considerando tais atividades como concomitantes e incompatíveis. (CHRISTOVAM, 2012). Ainda, outros autores afirmam que há dificuldade de entendimento conceitual em relação à gerência do cuidado, e apontam que o gerenciar não é compreendido como dimensão complementar do processo de cuidar, da mesma forma em que a literatura é limitada em relação à conceituação mais sólida quando se fala em gerência do cuidado. (CHRISTOVAM, 2011; SANTOS 2013). Como resultados das leituras realizadas em cada um dos artigos lidos, Christovam (2012, p. 739) cria novas considerações teóricas a partir de estudos em bases de dados, afirmando que “o conceito de gerência do cuidado não se divide em duas partes, mas é formado por significados que se opõem e, ao mesmo tempo, aproximam-se e se complementam”. Santos (2013, p. 259) aponta que dos textos estudados poucos abordam o gerenciamento do cuidado de forma clarificada, mas em relação à prática os estudos apontam oito ações de gerência do cuidado em enfermagem, das quais se destacam o dimensionamento de pessoal – equipe de enfermagem, o exercício da liderança por parte dos enfermeiros, o planejamento da assistência de enfermagem, Educação Permanente da equipe, gerenciamento dos recursos materiais e humanos, a coordenação, o ato do cuidado direto e a realização de procedimentos mais complexos, e avaliação dos resultados. Assim, a partir das leituras, pode-se perceber que os profissionais sabem definir e praticar a gerência e o cuidado, no entanto têm dificuldades em compreender a gerência do cuidado como um conceito sólido e articulado, assim como há poucas definições teóricas em relação a esta na literatura. Desta forma, pensando em um recurso que faria o diferencial na atuação dos enfermeiros, seria a própria formação, como

instrumento que educa, nos torna reflexivos e inovadores, pois é tendo conhecimento que se aprende a buscar conhecer cada vez mais. Esta ferramenta, presente na graduação de enfermagem da universidade e nas aulas de Saúde Coletiva, foi o “botão de disparo” que despertou a curiosidade, possibilitando enxergar a gerência do cuidado muito além dialética de duas atribuições distintas que se articulam, mas uma oportunidade de promover a saúde dos usuários dos serviços de saúde, de forma integral e resolutive, e o quanto se pode fazer a diferença na vida desses usuários, administrando, planejando, inovando e avaliando sem jamais perder a sensibilidade, indispensável em nossas ações. Afinal, se nossa formação exige que sejamos generalistas, que saibamos ser generalistas, sensíveis ao gerenciar, empreendedores no cuidar.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Gerenciamento do Cuidado. Produção de Cuidado de Qualidade. Integralidade e Resolubilidade.

## REFERÊNCIAS

CHRISTOVAM, B. P. et al. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev Esc Enferm USP.**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, p; 734 – 741, Novembro 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n3/28.pdf>> Acesso em: 11 Fev. 2016.

SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn.**, Brasília, v. 66, n. 2, p; 257 – 253, Abril 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>> Acesso em: 11 Fev. 2016.

SANTOS, J. L. G. et al. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p; 695 – 702, Dezembro 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/19446>> Acesso em: 11 Fev. 2016.

CECÍLIO, L. C. O. et al. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface – Comunic, Saude, Educ.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p; 545 – 555, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a07v13s1.pdf>> Acesso em: 11 Fev. 2016.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde:** uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. 2008. Prof. do DMPS/FCM/UNICAMP, São Paulo.

BRASIL. **Política Nacional da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

## **A MULHER INDÍGENA E A NECESSIDADE DE ABORDAGENS EQUÂNIMES PELA ENFERMAGEM**

Jéssica Vendruscolo<sup>1</sup>

Laura Helena Gerber Franciscatto<sup>2</sup>

O presente resumo se trata de um relato de experiência, vivenciado através da disciplina de Enfermagem no Cuidado à Saúde da Mulher, ao curso de graduação em Enfermagem da universidade. A disciplina proporcionou conhecimentos através da teoria, como também sensibilidade e um olhar equânime nas práticas por meio de diversas experiências vividas na unidade obstétrica de uma instituição hospitalar. Desta forma, o objetivo do presente resumo é abordar a experiência com uma puérpera adolescente e indígena, com sua cultura e forma de expressar-se diferenciada, o que chamou a atenção dos acadêmicos e docentes para a maneira com que a enfermagem aborda a Educação em Saúde e o cuidado com o indígena. A vivência ocorreu no Hospital Divina Providência no município de Frederico Westphalen, mais especificamente no setor obstétrico e durante o período de estágios da disciplina de Enfermagem no Cuidado à Saúde da Mulher, o que também permitiu que visualizássemos todo o contexto que envolve a saúde da mulher. Assim, é importante considerar que a maternidade representa um amplo processo de transições em âmbito paternal, maternal-fisiológico e social, de modo geral. Representa mudanças para as adolescentes que não possuem independência e interrompem a vida escolar pelo processo gestacional, à mesma maneira que ocorrem adaptações às mulheres que possuem estabilidade profissional, em relação ao campo de trabalho. (SCHWARTZ, 2011; SIMAS, 2013). Para a mulher indígena, o casamento e a maternidade são vivenciados por volta dos 14 anos, quando ainda adolescente, interferindo no processo de educação pela questão cultural. (MOLITERNO, et al., 2013). Desta forma, em um estudo que identifica o processo de gestação entre mulheres kaingang, também abordado por Moliterno, et al., (2013), evidenciou gestantes primigestas e multigestas com idade mínima de 12 anos e máxima de 20 anos, demonstrando que o processo gestacional ocorre na adolescência. Ainda, o mesmo autor, através dos resultados de sua pesquisa, afirma o quanto as questões culturais estão ligadas à gestação e nascimento. Na cultura indígena é presente o uso de ervas pela crença de que mantém o posicionamento adequado do feto, como também promove o alívio da dor das contrações durante o processo de trabalho de parto. Há a restrição alimentar, pelo receio em relação ao aumento excessivo do peso fetal, como também se restringe o sono durante o dia, pois acredita-se que a mulher precisa se manter ativa e trabalhando com seus afazeres, por facilitar o nascimento do bebê (também, pelo fato da gestação ser frequente entre as índias). Durante o processo de trabalho de parto de uma gesta indígena, a presença do marido está no momento do corte do cordão umbilical, apenas, sendo indicação de índias mais velhas o isolamento da parturiente em um cômodo, de modo a trancar a porta para que ninguém acompanhe o nascimento. Na presença de uma Unidade Básica de Saúde na aldeia, a gestante tem seu acompanhamento Pré-Natal realizado pela mesma, e ao se deparar com alguma situação de distócia ou início do processo de trabalho de parto, acaba sendo encaminhada a uma instituição hospitalar. Tal ambiente possui normas e rotinas específicas, convertendo a concepção cultural de nascimento por parte das indígenas a um processo mecanizado, medicalizado e institucionalizado. (MOLITERNO,

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jessi\_vendruscolo@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutoranda, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: laura@fw.uri.br



et al., 2013). Para Ferreira (2013), a situação de saúde da mulher no contexto cultural indígena é fragilizada, fragmentada e preocupante, primeiramente pela maneira com que as pessoas veem a cultura indígena, até mesmo profissionais da área da saúde (pensando nas próprias concepções pessoais em relação a esta cultura). Em seguida, pela forma com que se realiza a abordagem com a mulher indígena que se esconde do marido durante o trabalho de parto, mas sente-se intimidada e coagida ao falar de suas particularidades a um profissional da saúde. A vergonha é presente, sobretudo se tratando da vida sexual e reprodutiva destas mulheres segundo Ferreira (2013), evidenciando-se tal conceituação e situação em campo prático, com a puérpera indígena, onde a mesma referiu sentir vergonha durante o banho de aspersão e demais situações que expuseram-na aos profissionais (avaliação dos lóquios e tamanho uterino, amamentação). Observou-se também a falta de comunicação e orientação, a ponto de a paciente duvidar da eficácia da sondagem vesical de demora (suspeitando que não fizesse a drenagem e que ainda pudesse “cair” da bexiga ao movimento), restringir sua ingestão hídrica e alimentação por não haver um processo educativo capaz de promover entendimento e tranquilidade. O medo e ansiedade foram presentes no momento em que a indígena percebe os lóquios e a frequência dos mesmos como “algo” anormal, se sentindo ainda mais assustada ao perceber um grande fluxo de profissionais no quarto. Em meio a normas, profissionais e procedimentos, quem não conhece o meio hospitalar sente-se deslocado e confuso com a rotina, principalmente se tratando de um indivíduo onde a cultura é uma forma de vivenciar acontecimentos e ver o mundo. A cultura de um povo muda sua concepção de vida, gerando influências até mesmo sobre a saúde, e por isso é preciso lembrar-se de um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS): a Equidade. Falar em equidade é falar em igualdade e justiça, tendo enfoque nas necessidades da população, partindo do pressuposto de que existem indivíduos em situações de risco e vulnerabilidade, o que exige dos profissionais da área da saúde um olhar especial. Nesse olhar especial e equânime deve estar a população indígena, não apenas nas Unidades Básicas dentro das aldeias, mas nas demais instituições de saúde as quais o indígena também é usuário. Um olhar especial que deve se fazer presente na forma com que se propaga o diálogo e as orientações ao indígena, com uma linguagem clara, de modo a promover compreensão e efetivação desta Educação em Saúde, não desrespeitando as crenças antigas e ainda aliando o conhecimento científico à cultura, em benefício da saúde. Se a enfermagem deseja verdadeiramente promover a integralidade do cuidado e resolubilidade dos problemas de vida e saúde, deve pensar e realizar ações sem distinções pela cultura desses povos, sem julgamentos pelas escolhas que fazem, sem coação e ignorância pela vida que levam, com respeito e amor pelo ser humano, carinho e humanização no ato de cuidar.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Equidade. Cultura Indígena. Respeito pelo ser Humano.

## REFERÊNCIAS

- MOLITERNO, A. C. M. et al. Processo de gestar e parir entre as mulheres kaingang. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p; 293 – 301, Junho 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a04.pdf>>. Acesso em: 21 Abr. 2016.
- FERREIRA, L. O. et al. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência & Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p; 1151 – 1159, Novembro 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/28.pdf>. Acesso em: 21 Abr. 2016.

SCHWARTZ, T. et al. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciência & Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p; 2575 – 2585, Dezembro 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n5/a28v16n5.pdf>.> Acesso em: 21 abr. 2016.

SIMAS, F. B. et al. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e multíparas. **Revista Psicologia: Teoria e Prática.** São Paulo, v. 15, n. 1, p; 19 – 34, Abril 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n1/02.pdf>.> Acesso em: 21 Abr. 2016.

## PROCESSO DE ENFERMAGEM: UMA FORMA DE HUMANIZAR E GERENCIAR O CUIDADO

Jéssica Vendruscolo<sup>1</sup>

Vanessa Pereira<sup>2</sup>

Laura Helena Gerber Franciscatto<sup>3</sup>

O presente resumo se trata de um relato de experiência, vivenciado através da disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto I, ao curso de graduação em Enfermagem da universidade. Tal disciplina proporcionou um embasamento teórico, no que se refere a uma das grandes habilidades e competências do profissional enfermeiro: a elaboração e prática do Processo de Enfermagem, onde surge a importância da realização da anamnese e exame físico, bem como observação de todas as condições que permeiam a vida do paciente: histórico familiar, histórico de saúde, dentre outros fatores. A teoria estendeu-se à prática, com aulas teórico-práticas, cujos campos foram uma Estratégia de Saúde da Família, e uma instituição hospitalar - cedendo espaços em unidades cirúrgica e clínica. Como objetivos, o presente resumo se baseia em elaborar um relato de experiência junto à paciente com hepatopatia + anemia com posterior diagnóstico de doença hemorroidária, a fim de demonstrar a importância do Processo de Enfermagem quanto à complexidade de cuidados exigidos pela paciente, e também seu familiar. Especificamente, a vivência ocorreu em ambiente hospitalar, no Hospital Divina Providência de município de Frederico Westphalen, junto ao setor de tratamento clínico, durante os estágios da disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto I, com cuidador e paciente, que com todo o seu contexto envolveu-nos a elaborar detalhadamente o Processo de Enfermagem, fortalecendo vínculos e gerando conhecimentos, interligados a um misto de sensibilidade. Desta forma, será abordado inicialmente o Processo de Enfermagem e seus objetivos, passando então à descrição de tal rica e encantadora experiência, com o entendimento de que é possível promover o tratamento clínico sem deixar a empatia fora de campo, e que ao proceder desta forma estamos reforçando ainda mais os vínculos, conseqüentemente atendendo as reais necessidades do paciente, a fim de humanizar e gerenciar o cuidado. O Processo de Enfermagem é definido como um instrumental tecnológico, com uma metodologia organizada, de modo a favorecer o cuidado e as ações prestadas pela Enfermagem. Um instrumento que indica a adoção de um modo de se fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem), onde inicialmente são identificadas as fragilidades, definidas como *Diagnósticos de Enfermagem*, seja para o paciente ou familiar/cuidador; posterior a essa identificação surgem as *Intervenções de Enfermagem* (respectivas para cada cuidado); em consequência esperam-se, estudam-se e comparam-se os resultados obtidos pelas intervenções, sendo os *Resultados de Enfermagem*. (GARCIA, 2009). Alguns autores o consideram como uma forma de gerenciamento do cuidado, por ser planejado e organizado ainda antes de se promover o cuidado diretamente ao paciente, e principalmente por aliar essa organização ao cuidado direto, buscando-se a efetividade nas ações; outros definem tal Processo como uma tecnologia leve-dura, por incorporar conhecimentos protocolados na produção de cuidado, sempre mantendo o norte da humanização. (SANTOS, 2013; CECÍLIO, 2009; MERHY, 2008). O Processo de

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jessi\_vendruscolo@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: protessa@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutoranda, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: laura@fw.uri.br

Enfermagem inicia-se com a observação do contexto, o diálogo e os vínculos construídos com os sujeitos envolvidos, superando a sua própria definição de “sistematização”, já que suas ações nem sempre são determinadas por procedimentos ou finalidades técnicas, mas gestos e palavras, ou somente a prática da escuta ativa por parte dos profissionais, como peças fundamentais na produção de cuidado. Ao exercê-lo estamos olhando para o paciente de forma integral, pois se faz necessária a “investigação” de cada fator determinante de saúde para o paciente, seja no contexto fisiopatológico, psicológico, ou social, abrangendo em aspecto de maior magnitude: a saúde física e mental do sujeito, onde o enfermeiro deve ter a capacidade de “reflexão” e “ação” para exercer um cuidado com excelência e qualidade. (GARCIA, 2009). Desta forma, é válido descrever a experiência com uma paciente e seu familiar/cuidador, onde a mesma interna na unidade com hepatopatia + anemia, e recebe o diagnóstico de doença hemorroidária, com intensos sangramentos digestivos devido aos problemas hepáticos. Parecia ser “fácil” tratar, mas promover a resolubilidade era uma questão além de medicamentos ou tecnologias duras, exigindo dedicação profissional, cuidados minuciosos, escuta ativa, empatia, toque, sensibilidade e solidariedade humana, pois a referida paciente desacreditava de si mesma, com uma situação psicológica interferente em sua saúde física, devido a situações vivenciadas em âmbito social e de inter-relacionamentos que proporcionaram tais agravos. Já em ambiente hospitalar, puderam-se perceber dois acontecimentos marcantes no que tange a observação criteriosa acompanhada da reflexão para promover ações perante o Processo de Enfermagem: um deles vem ao encontro da comunicação e a interferência do medo na adesão ao tratamento, devido à falta de orientação. O outro momento é referente ao primeiro contato com a paciente e familiar, onde a aproximação efetivou-se com o toque e empatia, onde ambos se sentiram sensibilizados, demonstrando sentimentos aflorados e aprisionados pela dor do processo de internação hospitalar. Diante de toda conjuntura, surgiu a percepção da importância do Processo de Enfermagem, que proporcionou o entendimento da clínica sem se passar despercebida a humanização, por ter sido verdadeiramente muito mais que uma tecnologia leve-dura, sistemática e protocolada, mas uma forma de entender o contexto social, psicológico e biológico da paciente e seu familiar/cuidador, como fatores determinantes da saúde integral do indivíduo. Além disso, possibilitou o entendimento de que por mais que a internação hospitalar seja um processo recheado de desafios e sofrimento, tanto para o paciente como para o cuidador/familiar, é possível tornar tal experiência menos dolorosa e mais digna, através de cuidados desenvolvidos de maneira afetuosa, que valorizem o indivíduo enquanto ser humano e toda a sua complexidade, não meramente focando na patologia e aplicação de técnicas, e que o Processo de Enfermagem pode abrir caminhos para que sejam executados cuidados com qualidade, empatia, envolvimento, conhecimento, olhar crítico e reflexivo, aliado a sensibilidade, toque e escuta ativa. Isso é possível quando a graduação nos ensina a sermos verdadeiros seres humanos desde o princípio; humanos enquanto acadêmicos e futuros profissionais; humanos com pacientes e equipe, no gerenciamento dos serviços e ações de saúde, na constante e incansável busca por bons resultados. É preciso que sejamos compassivos e profissionais, pelo reconhecimento da Enfermagem e do papel do Enfermeiro, à procura do verdadeiro sentido da palavra CUIDADO, como também na EFETIVIDADE ao exercer o mesmo, com autenticidade, envolvimento e responsabilidade, e junto a estes, todo amor pelo ser humano, porque “somos seres humanos cuidando de seres humanos ou, como disse Dra. Wanda de Aguiar Horta, *‘gente que cuida de gente.’*” (GARCIA, et al. 2009; p. 192).

**Palavras-chave:** Enfermagem; Processo de Enfermagem; Integralidade e Humanização do cuidado.

## REFERÊNCIAS

GARCIA, T. R. et al. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, Paraíba, v. 13, n. 1, p; 188 – 193, Junho 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>.> Acesso em: 18 Jan. 2016.

SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn.**, Brasília, v. 66, n. 2, p; 257 – 253, Abril 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>.> Acesso em: 11 Fev. 2016.

CECÍLIO, L. C. O. et al. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface – Comunic, Saude, Educ.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p; 545 – 555, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a07v13s1.pdf>.> Acesso em: 11 Fev. 2016.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde:** uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Prof. do DMPS/FCM/UNICAMP, São Paulo.

VILA, V. S. C. et al. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino-am Enferm.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p; 137 – 144, Abril 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10506.pdf>.> Acesso em: 18 Jan. 2016.

COSTA, F. D. et al. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica.**, São Paulo, v. 34, n. 2, p; 261 – 269, Setembro 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a10v34n2.pdf>.> Acesso em: 18 Jan. 2016.

## VIVÊNCIA DE SAÚDE COLETIVA NA 19ª CRS: SETOR DE PLANEJAMENTO

Karine Beatriz Ziegler<sup>1</sup>

Marines Aires<sup>2</sup>

A vivência junto ao setor de planejamento 19ª Coordenadoria Regional da Saúde (CRS), me foi proporcionada em aulas teórico-práticas da disciplina de Saúde coletiva IV, realizado no período de 25 a 27 de maio de 2015. A CRS é um órgão da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (RS), que atua no fortalecimento da atenção básica. Objetivando o maior número de especialidades via Sistema único de saúde (SUS) dentro da região abrangente, fazendo com que os pacientes não necessitem se deslocar para os grandes centros, visando alcançar a meta de 100% de atendimentos. Na oportunidade evidenciou-se a organização necessária para a realização de uma boa gestão em saúde. Ficando claro que o Planejamento da saúde envolve as três esferas de poder, o municipal, estadual e o federal. O Planejamento visa a realização e fiscalização de contratos entre unidades do SUS e seus prestadores de serviços, como clínicas, laboratórios, ambulatorios e hospitais, idealizando e auxiliando os municípios na busca por convênios, e formulação de projetos, cobrando a prestação de serviços e fiscalizando tanto a situação financeira, quanto a qualidade, para assim manter a propriedade, autonomia e sobrevivência dos serviços de saúde. Percebemos que para a efetivação de uma boa gestão municipal, as ações devem ser iniciadas com a elaboração de um Plano de Saúde, estratégico e esquematizado, este documento é elaborado a cada 4 anos, sendo construído no primeiro ano da gestão e tendo validade até o primeiro ano da gestão subsequente e oferecerá metas para o gestor municipal. O Plano de Saúde é um documento de intenção política, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas vistos sob uma ótica analítica. Trata-se de um instrumento referencial básico que reflete as diferentes realidades de saúde de uma população para propor estratégias de enfrentamento dos problemas evidenciados (Brasil 2014). O segundo passo segue com as programações anuais de cada município. A lei 8080/90 estabelece como atribuição comum a união, estados e municípios a elaboração e atualização periódica do plano municipal de saúde, indicando ainda que a proposta orçamentária da saúde deve ser feita em conformidade com o Plano. A portaria 3.332/GM/2006 define que o Plano Municipal de Saúde (PMS), é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS. A ser comparado com estes deverá ser elaborado quadrimestralmente um relatório de gestão, que será encaminhado para a coordenadoria, assumindo caráter punitivo se não enviado pelo menos uma vez ao ano, sendo denominado Relatório Anual. O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, contemplando a comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios. (BRASIL 2008). Com base nestes documentos os municípios são fiscalizados, a Coordenadoria conta com o apoio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que desde a sua criação, em 2000, acompanha o cumprimento do dispositivo constitucional que determina a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde, tendo sido reconhecido seu papel na própria LC

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: karine\_beatriz@hotmai.com

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutoranda, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: maires@uri.edu.br

141/2012, que o elege para tal. Permitindo aos Conselhos de Saúde e à sociedade em geral a transparência e a visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos. Constitui importante instrumento para a gestão pública em saúde, pois a partir das informações sobre recursos alocados no setor, têm-se subsídios para a discussão sobre o financiamento e planejamento do SUS. (BRASIL 2015). Os municípios também são consultados junto ao Cadastro Informativo de Créditos não Quitados (CADIN) do Setor Público Federal, que é um banco de dados onde se encontram registrados os nomes de pessoas físicas e jurídicas em débito para com órgãos e entidades federais. As informações contidas no CADIN permitem à Administração Pública Federal uniformizar os procedimentos relativos à concessão de crédito, garantias, incentivos fiscais e financeiros, bem como à celebração de convênios, acordos, ajustes ou contratos de modo a favorecer a gestão seletiva dos recursos existentes. (BRASIL 2014). Sendo critério para o benefício Fundo a Fundo. Contemplamos a importância do Cadastramento dos estabelecimentos de saúde, profissionais, infraestrutura existente, além da incorporação do módulo de cadastramento de equipes de saúde da família no (CNES), O cadastro compreende o conhecimento dos Estabelecimentos de Saúde nos aspectos de Área Física, Recursos Humanos, Equipamentos, Serviços Ambulatoriais e Hospitalares. É a base para o Cartão Nacional de Saúde (CNS) dos profissionais que executam ações e ou serviços de Saúde pelo SUS no país. (BRASIL 2010). Através desta vivência, podemos compreender a forma de contratação dos municípios com o estado (SUS), que pode ser realizado por três métodos distintos: - **Contrato produção**, que é quando o contrato estabelece um número máximo de produção que será pago pelo SUS mensalmente, sendo que o mês que a instituição atender a baixo do número máximo, recebe somente pelo que foi produzido, e quando atende a mais, recebe apenas o valor máximo contratado, porém os atendimentos excedentes ficaram no que denominam série histórica, sendo esta, no final do ano, contabilizada, tornando-se um índice que permitirá aumentar o número máximo de produção na renovação do contrato. - **Contrato por valor Global**, paga exatamente aquilo que foi contratado, nem a mais, nem a menos, sendo válido neste módulo a série histórica, tanto para aumentar quanto para somar o valor contratado para o próximo ano. Temos ainda em nossa região. - **Contratação orçamentada**, onde a instituição receberá por aquilo que produzir, sem um teto pré-estabelecido, e ainda nesse formato de contrato, a empresa receberá o acréscimo de um incentivo mensal, para estimular a produção. Fomos informadas das ações estaduais, para a proteção do portador de deficiência física, sendo que existem leis que garantem a habilitação ou a reabilitação do portador de deficiência. O Decreto Federal 3.298/99 e art. 89 da Lei Federal nº 8.213 de 8 de dezembro de 1991, o Poder Público está obrigado a fornecer uma rede de serviços especializados em habilitação e reabilitação, bem como a garantir o acesso nos estabelecimentos de saúde públicos e privados (HADDAD 2015). Ainda compreendemos o funcionamento do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), que é um Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. (BRASIL 2015). O Setor de planejamento também, é responsável pela distribuição de vagas entre todos os municípios da 19ª CRS, esta é realizada conforme a população de cada município, seguindo os índices do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE), sendo que no dia 15 de cada mês, fecha a escala de consultas mensais, esta divisão é feita por critério de gravidade, que é estipulado pela unidade solicitante, ou quando não há emergências, pelo tempo de espera. Obtivemos conhecimentos acerca da Secretaria Técnica (SETEC), que tem por finalidade subsidiar e qualificar as deliberações do Plenário, além de ter função assessora. Ao término deste período de vivência em campo de estágio, pude concluir acerca da importância da organização e o quanto uma boa gestão faz toda a diferença para a saúde, pois se soubermos gerir os nossos recursos, cobrar os nossos servidores, fiscalizar e proporcionar resolutividade nas ações prestadas, conseguiremos

alcançar as metas de serviço e de cuidado, tanto quantitativamente como na qualidade de nossas ações. Com isso aponto que uma boa gestão, não se faz apenas com boa vontade, mas com disciplina e muito conhecimento, e integração multiprofissional, para dominar as ações em saúde, fundamentadas em leis que nos respaldam, e a administração ciente dos recursos disponíveis, pois só o conhecimento interligado destas áreas, levará a efetivação de políticas públicas eficientes.

**Palavras-chave:** Gestão. Saúde pública. Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

IOESC. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Manual de orientação para gestores municipais de saúde**. Florianópolis:, 2008. Visualizado em 27/05/2015. Disponível em:

<file:///C:/Users/Karine%20Beatriz/Downloads/manual\_de\_gestores\_municipais.pdf>

BRASIL, Portal da Saúde – **Ministério da Saúde** 2015 – www.saude.gov.br visualizado em 27/05/20015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/5982-o-que-e-siops>

BRASIL, **Esplanada dos Ministérios**, Ed. Sede do Ministério da Fazenda, Bloco P - CEP 70.048-900 Brasília-DF Visualizado em 26/05/2015. Disponível em: <http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/servicos/faq/faq\_dp\_cadin.asp>

BRASIL. Ministério da Saúde **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação Avaliação e Controle, Coordenação Geral dos Sistemas de Informação** – CGSI, 2010, visualizado em 26/05/2015. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/2d202a8047458b4494e4d43fbc4c6735/Aprese ntacao+CNES.ppt?MOD=AJPERES>

BRASIL. **Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas**, DATASUS, 2015. Visualizado em 25/05/2015. Disponível em: <http://sisregiii.saude.gov.br/>

HADDAD. J. **Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia**. Avenida Brasil, 500 - São Cristovão - Rio de Janeiro - RJ . Visualizado em 27/05/2015. Disponível em: <http://www.into.saude.gov.br/conteudo.aspx?id=72>

GARCIA, M. L. O. **Calendário de Reuniões da SETEC** – 2015, visualizado em: 27/05/2015. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p\_secao=29>



## **HOME CARE: DO DESAFIO À SOLUÇÃO**

Karine Beatriz Ziegler<sup>1</sup>  
Tais da Rocha Giovenardi<sup>2</sup>  
Marines Aires<sup>3</sup>

Com as transformações que vem ocorrendo nas características da estrutura etária, onde há redução da taxa de crescimento populacional e um aumento significativo da expectativa de vida, temos um país com evidente envelhecimento populacional. Paralelo a longevidade, a incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), evidenciam-se como um sério problema de saúde pública pois se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração (BRASIL, 2015), alterando o estilo de vida e aumentando as necessidades básicas para a obtenção uma vida plena e satisfatória. Diante do exposto despertamos para a necessidade da implementação de novas formas de cuidado, Laber e Argenta (2011, p. 33) acreditam que “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” diversos estudos também comprovam a importância do convívio do paciente com a família e comunidade para o seu completo bem-estar. O atendimento extra-hospitalar por sua vez é definido como qualquer serviço de atendimento a pacientes que não se encontram internados em um hospital. Podendo ser instituições públicas, privadas ou não governamentais. (BRASIL, 2014). O Home Care, surge nesse sentido, para suprir a necessidade de prover atenção à saúde sem privar do convívio familiar, social, do conforto, rotina e individualidades de cada ser. Os serviços domiciliares, podem ser implementados separadamente ou agrupados para melhor atender as particularidades de cada caso, respeitando o grau de complexidade das ações e intervenções necessárias, contando ainda com as vantagens de reduzir custos, danos psicológicos e riscos de infecção relacionada a assistência à saúde. Estes subdividem-se em quatro eixos de cuidado: A visita domiciliar, que visa o conhecimento da realidade de vida do cliente, para que através do conhecimento do contexto socioeconômico familiar a equipe multidisciplinar possa orientar e educar com medidas palpáveis de autocuidado promovendo o empoderamento do indivíduo e sua família. A internação domiciliar por sua vez tratará de casos que demandem de uma maior atenção, cuidados, controle ou monitoramento, exigirá a formulação de um plano de atenção domiciliar, com prescrições de assistência clínica terapêutica e psicossocial, evoluções e relatórios atualizados periodicamente, podendo necessitar de equipes e/ou equipamentos específicos. O Atendimento domiciliar enquadra atividades, procedimentos domiciliares periódicos, com um roteiro, plano de assistência que vise um objetivo específico como a estabilidade, cura ou alívio de sinais/sintomas (cuidados paliativos) de forma planejada e contínua. Enquanto a Atenção domiciliar abrange medidas de cuidados e atenção de forma integral ao indivíduo e família, visando medidas de promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, utilizando-se de todos os outros eixos para atender o cliente como um todo, proporcionando a saúde integral. O Programa de Internação Domiciliar (PID) representa uma estratégia na reversão da atenção centrada em hospitais e propicia a construção de nova lógica de atenção, com enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização da atenção (FLORIANI E SCHRAMM ,

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: karine\_beatriz@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira, Especialista em Acupuntura. E-mail: taisrgiovenardi@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutoranda, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: maires@uri.edu.br

2004) . No entanto necessitamos cautela ao expor a relação entre o cuidador e o paciente, que por muitas vezes é complexa e, dependendo do perfil psicológico de ambos, poderá ser muito difícil, principalmente quanto as relações de cuidador familiar ou com vínculos afetivos em relação à autonomia do paciente que, apesar de estar dependente e frágil, muitas vezes tem expectativas de vida e planejamento para um futuro independente, levando o cuidador a fazer interpretações errôneas, de ingratidão na continuidade repetitiva dos cuidados diários. (NERI, 2000). Além destes conceitos e cuidados para com a atenção domiciliar devemos ter em vista o tempo necessário de permanência do paciente neste serviço, preceitos éticos da beneficência e não maleficência do sujeito, bem como garantir segurança deste em todas as fases do ciclo vital, com referências para os atendimentos as urgências, emergências e internações hospitalares. Como prestadores de cuidados, indiferente do ambiente de atuação, seja intra, extra ou pré-hospitalar, devemos saber que em determinados momentos, a ação do cuidar, assume dupla função, como a Emergência do cuidado e o Cuidado de Emergência e ao longo do atendimento, vai requerendo outros cuidados, que são da ordem da subjetividade. (FIGUEIREDO; VIEIRA, 2009). Ao inserirmo-nos no contexto familiar do paciente, devemos acima de tudo portarmos com respeito a suas crenças, culturas e religião, buscando aliar o conhecimento científico com o bem-estar individual, sem impor, apoderar, estabelecendo vínculos, para que o próprio paciente bem como o seu cuidador e familiares possam ser nossos aliados na busca pela saúde, segurança e bem-estar. A construção do novo modelo assistencial tem como meta a redução do tempo de internação hospitalar, valorizando novos espaços e novas formas de organização das tecnologias. Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família, o PID e os espaços para cuidados paliativos, também se apontam como estratégias para a diminuição dos custos hospitalares, para a humanização da atenção e diminuição de riscos, bem como para ampliar os espaços de atuação dos profissionais de saúde, de modo especial da enfermagem. (FREITAS et al. 2000). O AD envolve vários atores sociais em uma rede complexa de relações interpessoais, gerando situações de conflitos de interesses e de valores entre esses atores. Assim sendo, é preciso ter um olhar crítico, ponderando seus aspectos positivos e negativos do ponto de vista da efetiva proteção dos usuários, visando a qualidade do serviço e satisfação do paciente e não apenas basearmo-nos em custos financeiros e descondensar a atendimentos

## REFERÊNCIAS

LABER, Ana Carolina Fabris; ARGENTA, Carla. A fragilidade do idoso e sua relação com o envelhecimento humano: uma reflexão teórica. In: ARGENTA, Carla (Org.). **Anais da IX Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem**. Frederico Westphalen: Ed. URI, 2011.

BRASIL. **Higiene das Mãos na Assistência à Saúde Extra-hospitalar e Domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência**. Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: <[http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/Manual\\_Higiene\\_Saude.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/Manual_Higiene_Saude.pdf)> Visualizado em: 17 maio 2015.

BRASIL. **Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Portal da Saúde, Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>> Acesso: 14 de jul. 2015.

FIGUEIREDO, M. A.; VIEIRA, A. A. B. **Emergência: atendimento e cuidados de enfermagem**. 3ª ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

FREITAS, A. V. S.; Bittencort, C. M. M.; Tavares, J. L. atuação da Enfermagem no serviço de internação domiciliar: relato de experiência. **Revista Baiana**. 2000.

Neri A. L. **Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus Editora; 2000.

## **IDOSOS VULNERÁVEIS RESIDENTES NA COMUNIDADE: UMA NOTA PRÉVIA**

Karine Beatriz Ziegler<sup>1</sup>  
Marines Aires<sup>2</sup>

Com a atual transição demográfica nacional, o aumento no número de idosos torna-se crescentemente maior, o que passa a ser problematizado quando a idade avançada se associa a fragilidade econômica, social, previdenciária, de suporte a saúde e de distanciamentos familiares. Com o passar dos anos, o organismo humano, torna-se mais fragilizado pela ação da qualidade de vida cultivada, tornando o longevo mais suscetível a doenças, sendo mais vulnerável a responder negativamente as condições externas. Portanto evidencia-se a necessidade de identificar no meio social, quais os idosos que se encontram em situações de vulnerabilidade, buscando através da pesquisa, métodos eficazes de apara-lo juntamente a sua família, assegurando os seus direitos em detrimento a sua institucionalização. (BRASIL, 2003). Portanto a referida pesquisa tem por objetivo identificar os idosos vulneráveis residentes na comunidade da Estratégia de saúde da Família IV (ESF IV) do município de Frederico Westphalen/RS. Bem como, descrever as características sociodemográficas e a situação de saúde das pessoas idosas adscritas a mesma. Utilizar-nos-emos de um estudo de base populacional, observacional, transversal, do tipo inquérito ou surveys. (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003). A coleta dos dados foi realizada por meio de um instrumento contendo o perfil socioeconômico, demográfico e do instrumento Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13), que permite a identificação de idosos vulneráveis na comunidade, sendo este traduzido e adaptado para sua utilização no Brasil, com estrutura simples e de fácil aplicabilidade é composto por treze domínios, com escores que se atingirem valores iguais ou superiores a três evidenciam alto risco de declínio funcional e morte em dois anos. (SALIBA et al., 2001). A amostra deste estudo foi constituída de idosos com 65 anos ou mais, pertencentes a ESF IV do município de Frederico Westphalen, onde são cadastrados, 318 idosos, sendo excluídos os indivíduos que não forem encontrados após três tentativas de visita. Foram realizadas abordagens individuais e domiciliárias com 131 idosos, onde 96 foram entrevistados, com coleta de dados efetiva, número este, que compõem a amostra atual e aproximadamente 35 visitas foram nulas. De tal modo, não obtivemos o número total da amostra até o presente momento da pesquisa. Contudo o projeto foi renovado com bolsa PIIC para o próximo ano e daremos seguimento na pesquisa no período de agosto de 2015 a julho de 2016. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva. O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da URI/FW. Como resultados preliminares da pesquisa identificou-se que a maior parte, 51 (53,7%) idosos, têm de 65 a 74 anos de idade. Apresentando-se em condições de responder o questionário 82 (86%), residiam em casa própria 72 (75,8%), e a menor parte não tiveram nem um filho 6 (6,3%). Houve predomínio do sexo feminino 65 (68,4%), casados, 47 (49,5%), com escolaridade entre 1 a 8 anos de estudo. Na auto avaliação de saúde, 38 (40%) identificaram-na como sendo boa, e 12 (12,6%) como muito boa ou excelente, mas até o presente momento deparamo-nos com um alto índice de vulnerabilidade, onde 39 (41,1%) idosos entrevistados na comunidade foram identificados como vulneráveis segundo os determinantes da VES-13. Portanto pudemos

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: karine\_beatriz@hotmial.com

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutoranda, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: maires@uri.edu.br

concluir a partir desta nota prévia dos resultados da pesquisa, e a sua relevância científica e social, a existência de um alto índice de vulnerabilidade entre o grupo pesquisado e suas características sócio econômicas, despertando para a necessidade de prover condições necessárias para a efetivação do atendimento especializado nesse grupo populacional, manutenção dos idosos junto à comunidade, seu leito familiar e de convívio social e a carência existente de um suporte estrutural e de políticas e programas que amparem o cuidador e a família na tarefa de assistir e cuidar de seu familiar. Compreendemos que conhecer o perfil de uma população idosa é importante para apresentar aos gestores um diagnóstico e a descrição dos problemas e necessidades que afetam a saúde e o bem-estar geral, para então traçar políticas públicas voltadas para esse grupo etário que contribuirão para uma longevidade mais saudável e promissora.

**Palavras-chave:** Gerontologia. Comunidade. Vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de Metodologia Epidemiológica, In: **Epidemiologia e saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSIS, 2003. p.149-178.

BRASIL. Senado Federal. Estatuto do Idoso. Brasília: Senado Federal, 2003.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento. OPAS/OMS 2008.

SALIBA, D.; ELLIOTT, M.; RUBENSTEIN, L. Z.; SOLOMON, D. H.; et al. The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. **J Am Geriatr Soc**. 49(12):1691-9. 2001.

TRONCHIN DMR, GONÇALVES VLM, LEITE MMJ, MELLEIRO MM. Instrumento de avaliação do aluno com base nas competências gerenciais do enfermeiro. **Acta Paul Enferm**. 2008; 21(2): 356-360.

WITT, R.R. **Competências da enfermeira na atenção básica:** contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública [Tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Doutorado em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.

# A SEGURANÇA DO PACIENTE NO SABER-FAZER DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EXTRA-HOSPITALAR EMERGENCIAL

Karine Beatriz Ziegler<sup>1</sup>  
Marines Aires<sup>2</sup>

**Introdução:** A segurança do paciente vem sendo amplamente discutida nos diversos setores da saúde, sendo uma preocupação atual, por considerarmos que o cuidado é prestado por seres humanos, e estes são falíveis e sujeitos ao erro, porém devemos ponderar que o erro, não é a causa de um problema, e sim, resultante destes, como déficits organizacionais, má qualidade de equipamentos, sobrecarga da equipe, entre outros. Portanto, somente ao adotarmos uma cultura de segurança do paciente, daremos espaço à criação de medidas para otimizar o processo de trabalho, gerando alternativas para facilitar a assistência, impedindo a incidência e reincidência de erros. Entre tantos tipos de saberes, apropriamo-nos do saber fazer como princípio fundamental para um cuidado seguro. Segundo Gondim e Cols (2003), o saber fazer se refere às habilidades motoras associadas ao conhecimento necessário para o trabalho. Desta forma pretendemos voltar o olhar atento a segurança do paciente para os serviços de atendimento pré-hospitalar, por compreendermos que os primeiros cuidados prestados as vítimas de emergências graves, significam a diferença entre a vida e a morte, e desta forma assegurar a assistência humanizada, sistematizada, seguindo um plano de contingência, protocolos confiáveis e uma rotina de previsão e manutenção dos equipamentos e o treinamento da equipe é um compromisso humano e profissional. A cultura identificada na prática é fortemente arraigada a atribuir erros a falhas na conduta ou no conhecimento dos profissionais de saúde, como incompetência, negligência, imprudência ou corporativismo, porém esse tipo de abordagem dificulta a identificação, análise e correção dos fatores implicados. (PEDREIRA; HARADA, 2009). O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da Saúde em 1º de abril de 2013 e tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde. (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013). A Segurança do Paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, enquanto um incidente de segurança é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente, sendo que, quando um incidente gera dano ao paciente, este é considerado como um evento adverso. (BRASIL, 2013). O atendimento extra-hospitalar é definido como qualquer serviço de atendimento a pacientes que não se encontram internados em um hospital. (BRASIL 2014). Quando o sistema de foi implantado no Brasil, estava diretamente vinculado ao Corpo de Bombeiros, porém atualmente o Serviço de Atendimento Móvel as Urgências (SAMU) tornou-se um dos protagonistas destas cenas emergenciais, ocorrendo então a constantemente a integração destes profissionais. Contudo ao considerarmos a complexidade das ações e os riscos existentes no campo de atendimento pré-hospitalar, nos questionamos se: Os profissionais emergencistas, estão realmente preparados para desempenhar o papel de agir e cuidar diante de situações limítrofes, contemplando em seus atendimentos medidas de segurança ao paciente, alcançando real eficácia e continuidade das ações pré-hospitalares? **Objetivos:** Identificar o nível de segurança do paciente perante a atuação dos profissionais emergencistas

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: karine\_beatriz@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutoranda, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: maires@uri.edu.br

frente a provisão e manutenção da segurança do paciente em situações de urgências e/ou emergências extra hospitalares. **Métodos:** Trata-se de um projeto de pesquisa do tipo transversal e descritiva com abordagem quantitativa. Realizar-se-á nos Serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, contemplando o Serviço de atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Guarnições de Bombeiros Militares (GBM) dos municípios pertencentes a 19ª Coordenadoria Regional da Saúde (CRS) do estado do Rio Grande do Sul (RS) e 2 municípios da 15ª CRS. Sendo que o estudo abrangerá todos os trabalhadores, de todas as classes profissionais atuantes a mais de 6 meses no atendimento pré-hospitalar móvel, abrangendo os Médicos, Enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores de veículos de emergência. Serão utilizados dois instrumentos de coleta de dados, aplicados na mesma oportunidade. Primeiramente do perfil socioprofissional, contemplando questões acerca da formação e atuação profissional dos participantes e demais informações pessoais básicas que poderão influenciar na compilação de dados. O instrumento específico para identificar o índice da segurança do paciente no âmbito do APH, foi desenvolvido pela acadêmica, com base no Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, constituído de escalas do tipo Likert, resultando em cinco Áreas de conhecimento, onde cada área, abrange 5 questões específicas do APH, que deverão ser individualmente respondidas de acordo com os conceitos que variam de insuficiente ou totalmente inseguro, não pontuando (zero pontos) a excelente ou totalmente seguro que equivale a pontuação máxima (quatro pontos), sendo que cada uma das 5 categorias poderá somar no máximo vinte pontos e a soma das categorias, ou seja a escala final terá pontuação máxima de 100 pontos, o que equivale a um atendimento 100% seguro. Para análise dos dados será utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22, onde serão realizados testes paramétrico do coeficiente de correlação de Pearson e não paramétrico de Spearman. A discussão dos dados será realizada com base nas estatísticas encontradas, comparando-as com o referencial acerca do tema em estudo. A pesquisa será realizada de acordo com as orientações contidas na Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos. Respeitando a autonomia do sujeito, a beneficência, não maleficência, justiça e equidade. **Resultados:** O objetivo de identificar fragilidades no saber fazer dos cuidados extra hospitalares emergenciais, não é criticar ou julgar os profissionais envolvidos, mas para que possamos analisa-los e a partir deles programarmos medidas de segurança a fim de evita-los. Pois, “um sistema de atenção à saúde bem planejado, que considera que o ser humano pode errar, se antecipa na identificação de riscos antes que atinjam o paciente e causem danos.” (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, 2013, p.8). E evitar agravos provenientes deste atendimento, significa minimizar letalidades, sequelas e outros eventos adversos que possam decorrer tanto do próprio acidente como de uma intervenção inadequada.

**Palavras-chave:** Segurança. Emergência. Atendimento pré-hospitalar.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Assistência Segura:** Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. SIA Trecho 5 - Área especial 57 - Lote 200, Brasília - DF, 2013.

BRASIL. **Plano Nacional de Saúde** - PNS 2012-2015, Brasília – DF, 2011. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano\\_nacional\\_saude\\_2012\\_2015.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf)>. Acesso: 13 abr. 2015.

GONDIM, S. M. e COLS, G. **Perfil profissional, formação escolar e mercado de trabalho segundo a perspectiva de profissionais de Recursos Humanos.** Revista Psicologia: organizações e trabalho. São Paulo, Vol. 10, n. p. 119-152, 2003.

PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. **Enfermagem dia a dia:** segurança do paciente. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009. ISBN 9788577281480.

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente:** manual para profissionais da saúde / REBRAENSP – Porto Alegre : EDIPUCRS. p. 10-8-9. 2013.



## ANSIEDADE COMO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO

Raquiela Ulbrik<sup>1</sup>  
Carla Regina Marchezan<sup>2</sup>  
Bruna Feldman Bertoldo<sup>3</sup>  
Jessica Cruz Dos Santos<sup>4</sup>  
Adriana Rotoli<sup>5</sup>

O termo “ansiedade” tem varias definições pode significar aflição, angústia, opressão, sufocamento, um distúrbio emocional, um sentimento de insegurança pode gerar sofrimento intenso e adoecimento do indivíduo. Está presente em todos os seres humanos, mas sua intensidade varia de pessoa para pessoa, chamamos de distúrbio de ansiedade quando a ansiedade e as preocupações estão presentes todos os dias por seis meses ou mais. A ansiedade também pode ser um sinal de uma patologia de origem nervosa, ou também ser sintomas iniciais de doenças orgânicas como problemas cardiovasculares e respiratórios. A ansiedade pode ser causada por fatores psicológicos e fatores biológicos, diversas sensações físicas estão associadas a ansiedade como a dor muscular, dor de cabeça, fraqueza, cansaço, inquietação, batimentos cardíacos acelerados, dores no peito, falta de ar, entre outros. Nos transtornos ansiosos os sintomas são primários, ou seja, não são derivados de outras condições psiquiátricas como as depressões, psicoses e outras. Em alguns casos vários transtornos são presentes ao mesmo tempo, não possibilitando a identificação de primário ou não. Segundo estudos os transtornos ansiosos são comuns tanto em criança quanto em adultos. A causa dos transtornos ansiosos infantis é muitas vezes desconhecida e provavelmente multifatorial, incluindo fatores hereditários, além de outros. O referido trabalho tem como objetivo expandir nossos conhecimentos a respeito do tema e dessa forma fazer com que possamos aplicar nossos conhecimentos na nossa vida profissional. Trata-se de uma reflexão teórico-metodológica onde buscamos por meio de artigos e materiais didáticos aprimorar nossos conhecimentos a respeito da ansiedade, suas causas, tipos, tratamento e prevenção, sabendo que por mais que seja uma coisa simples para muitas pessoas, para outras pode afeta-las psicologicamente e ser necessário medidas de prevenção e tratamento. Os transtornos da ansiedade são doenças que estão relacionadas ao funcionamento do corpo e as experiências da vida, existem diferentes tipos de ansiedade isso varia de pessoa para pessoa, existem pessoas que podem se sentir ansiosa a maior parte do tempo sem razão nenhuma, ou pode ter ansiedade apenas algumas vezes porém em um grau mais elevado, a ansiedade traz sensações desconfortáveis que para evitar isso a pessoa deixa de fazer coisas simples do dia-a-dia. Nas mulheres a prevalência de transtornos ansiosos durante a vida é de 30,5% e para homens é de 19,2%. Os tipo de ansiedade são classificados de acordo com a sintomatologia especifica: Transtorno de pânico (TP) é diagnosticada quando há ocorrência espontânea e inesperada de ataques do pânico, períodos de medo intenso, múltiplos ataques por dia a

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: raquielaulbrik@gmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen E-mail: carlareginamarchezan@hotmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: bruna.feldmann@hotmail.com

<sup>4</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: je18\_santos@outlook.com.br

<sup>5</sup> Doutoranda em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Auto Uruguai e das Missões-Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: rotoli@uri.edu.br

poucos por ano. Os sintomas dos ataques de pânico são: medo extremo, sensação de morte ou tragédia iminentes, taquicardia, palpitações, dispneia e suores. Os ataques duram cerca de 20 a 30 minutos podendo desaparecer de forma rápida ou gradual. Os ataques podem ser relacionados com a infância sendo uma criança medrosa, ou separações dos pais, dificuldades na escola, a separação na infância desenvolvem ataques de pânico na vida adulta quando confrontados com situações de perdas ou separações. Cerca de um terço dos indivíduos tiveram transtorno depressivo antes de desenvolverem transtorno de pânico. As teorias psicanalistas dizem que os ataques de pânico acontecem devido a defesas insuficientes contra impulsos que promovem a ansiedade. Transtorno fóbico é um transtorno que refere-se ao medo excessivo de algum objeto, circunstância ou situações específicas quando não oferece algum perigo ao indivíduo sendo ele real ou imaginário. Os indivíduos acometidos por fobia social podem apresentar histórico de outros transtornos de ansiedade, do humor, relacionamentos ao uso de substâncias psicoativas e bulimia nervosa. Fobias específicas desenvolvem associação do objetivo ou da experiência com emoções de medo ou pânico, causas genéticas estão sendo levadas em consideração, dois a três terços dos acometidos tem pelo menos um parente de primeiro grau com fobia do mesmo tipo. Os sintomas das fobias se resumem em desencadeamento de ansiedade grave a medida que se é exposto a situações e objetos específicos, ou quando se antecipa tais acontecimentos, a principal característica nos exames psíquicos é a presença de um medo irracional de um objeto ou situação, e em alguns casos pode acabar resultando em transtornos depressivos. Durante a vida de 3% a 13%, as mulheres são mais afetadas do que os homens. Transtorno obsessivo compulsivo (TOC) ocorre obsessões e compulsões recorrentes, as quais causam sofrimento intenso ao indivíduo, obsessões, pensamentos, sentimentos, ideias ou sensações recorrentes e intrusivas, consiste na tentativa de amenizar a ansiedade causada pela obsessão, o comportamento compulsivo pode aumentar a ansiedade em muitos casos. É o aprisionamento por um padrão de pensamentos e comportamentos repetitivos que não tem sentido, são desagradáveis e difíceis de evitar. Pacientes que sofrem esses distúrbios sofrem com imagens e pensamentos que os invadem insistentemente e muitas das vezes a pessoa não tem nenhum controle desses pensamentos. Existe três fatores que podem estar relacionadas a ocorrência de TOC, fatores biológicos, genéticos e ambientais. O TOC pode resultar em esquizofrenia, transtornos do humor, transtorno de ansiedade, como pânico e fobias. O TOC se divide em 4 tipos de sintomas principais: Contaminação: obsessão mais comum é de contaminação, seguida pelo comportamento de se lavar ou evitação compulsiva do objetivo considerado contaminado. Dúvida Patológica: segundo tipo que mais ocorre, há a obsessão de dúvida, seguida pela compulsão em verificar, como voltar várias vezes para certificar-se de que trancou a porta ou se realmente desligou o fogão. Pensamentos Intrusivos: obsessões sem compulsão são em geral, pensamentos repetitivos de um ato sexual agressivo que o próprio indivíduo tem como digno de repreensão. Simetria: necessidade de simetria ou precisão que pode levar à compulsão e lentidão nos afazeres, o indivíduo pode levar horas para fazer a refeição ou para arrumar o cabelo. Outros padrões de sintomas, como obsessão religiosa, a tricotilomania, que é a compulsão por arrancar os cabelos e roer unhas. Transtorno De Estresse Pós-Traumático (TEPT) se encaixa perfeitamente no que foi dito: transtorno que se desenvolve após a pessoa ver, ouvir ou envolver-se em estresses traumáticos extremos, eventos estressores com medo e impotência, e dessa forma revive de forma persistente o acontecimento, desencadeando por experiências de tortura, catástrofes naturais, assaltos, estupros, acidentes graves, esses eventos são lembrados diariamente, as vezes por sonho, o que pode resultar em estado de hipervigilância. Principal causa da TEPT é o estressor, porém o fator estressor não é suficiente para sozinho causar o transtorno, precisa-se considerar fatores individuais, biológicos preexistentes e psicossociais, Alguns sintomas associados são, agressividade, violência, impulsividade, depressão e transtornos relacionados ao uso de substâncias,

comprometimento da memória e atenção. Transtorno De Ansiedade Generalizada (TAG), é caracterizada por Indivíduo que parece estar ansioso por qualquer motivo, sendo definido como ansiedade e preocupação excessiva sobre vários acontecimentos ou atividades, na maior parte dos dias, durante o período de 6 meses os sintomas do TAG são: tensão muscular, contraturas musculares, inquietação, cefaleia, hiperatividade autonômica (verificada pela falta de ar, sudorese excessiva, palpitações e sintomas gastrointestinais como hipersecreção gástrica, náusea, vômito, refluxo gastresofágico, diarreia), vigilância cognitiva (irritabilidade é característica), perturbações no sono, dificuldade de concentrações, fadiga, alteração do apetite, taquicardia, taquipnéia, hipertensão arterial, sudorese, tremores, inquietação motora, sensação de apreensão. Existe três formas de tratamento para a ansiedade: medicamentos, psicoterapia e combinação de dois tratamentos (medicamentos e psicoterapia). A maioria das pessoas com ansiedade começam a se sentir melhor depois de algumas semanas de tratamento, o diagnóstico precoce, o tratamento eficaz e o acompanhamento por um longo prazo são importantes para obter melhores resultados. Ao profissional enfermeiro cabe, evitar a crítica negativa, fazer com que o individuo se sinta confortável pra falar, estimular a fala usando terapias alternativas, ser atencioso, respeitar o espaço individual da pessoa, proporcionar informações confiáveis e reforçar as já fornecidas.

**Palavras-chave:** Ansiedade. Transtorno. Profissional enfermeiro.

## **REFERÊNCIAS**

MARCOLAN, João Fernando. **Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

GABBARD, Glen O. **Psiquiatria Psicodinâmica.** Porto Alegre, Artmed, 1998.

CASTILLO-ARGL, RECONDO-R, ASBAHR-FR, MANFRO-GG. Transtornos de Ansiedade-**Scielo-Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.22 s.2 São Paulo Dec. 2000.

## DEPRESSÃO: A DOENÇA DO FUTURO

Raquiela Ulbrik<sup>1</sup>  
Carla Regina Marchezan<sup>2</sup>  
Bruna Feldman Bertoldo<sup>3</sup>  
Jessica Cruz Dos Santos<sup>4</sup>  
Adriana Rotoli<sup>5</sup>

Depressão é um transtorno emocional grave, persistente que pode variar de intensidade leve ou grave e causa dificuldades na vida da pessoa em seus processos cognitivos e funcionais e no relacionamento interpessoal. Atualmente as síndromes depressivas são reconhecidas como um problema de saúde pública, e com o passar do tempo afeta um número maior de pessoas, do ponto de vista psicopatológicos, os quadros depressivos apresentam como elemento central o humor triste, porém elas se caracterizam por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos a autovalorização e a psicomotricidade. Também podem estar presentes sintomas psicóticos e fenômenos biológicos associados. Existem diversos fatores que desencadeiam as síndromes depressivas, entre eles fatores biológicos, genéticos e neuroquímicos, para a psicologia as síndromes depressivas tem uma relação fundamental com as experiências de perda, elas surgem com muita frequência após a perda de uma pessoa muito querida, de um emprego, de uma moradia, do status socioeconômico, ou ate mesmo de algo que tenha um valor simbólico para a pessoa. A depressão é considerada uma enfermidade crônica de alto custo econômico e com grande prevalência na população em geral. Esse resumo tem como objetivo ampliar nosso conhecimentos a respeito do tema, e dessa forma ampliarmos nossos conhecimento científico para aplicarmos esses conhecimentos na vida profissional. Trata-se de um reflexão teórico-metodológica, onde buscamos através de materiais didáticos e artigos aprimorar nossos conhecimentos a respeito da depressão, seus tipos, sintomas, tratamento, e em especial a depressão na gravidez que afeta um alto numero de pessoas e que se não for tratado a tempo pode trazer consequências mais graves na vida das pessoas envolvidas. A depressão é muito comum, sendo difícil estabelecer sua prevalência, investigações realizadas em países ocidentais mostra que a depressão é um transtorno presente na população em geral, variando em torno de 3% a 11%, porem esses índices podem aumentar se a população for de indivíduos em tratamento em serviços de Saúde Mental ou unidades de atenção primária, e aqueles que sofrem de uma situação crônica de vida, como infarto recente e câncer. Investigações também têm apontado que a prevalência de depressão é de 2 a 3 vezes maior nas mulheres do que nos homens, para explicar isso pode-se considerar a influencia das pressões sociais, estresse crônico, e baixo nível de satisfação relacionado ao desempenho de papeis tradicionais femininos , ou pela diferente forma ente gêneros para lidar com os problemas do cotidiano e buscar soluções. Ao contrario do que muitas pessoas pensam a depressão é uma doença, e existe uma serie de evidências que mostram alterações químicas no cérebro do individuo

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: raquielaulbrik@gmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: carlareginamarchezan@hotmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: bruna.feldmann@hotmail.com

<sup>4</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: je18\_santos@outlook.com.br

<sup>5</sup> Doutoranda em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Auto Uruguai e das Missões-Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: rotoli@uri.edu.br

deprimido, principalmente em relação aos neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e dopamina) substâncias que transmitem impulsos nervosos para as células, o estresse também pode estar relacionado a depressão se a pessoa tiver predisposição genética. Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) o indivíduo depressivo apresenta os seguintes sintomas: humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida levando a fadiga aumentada e atividades diminuídas, cansaço excessivo após esforços leves, desânimo, indecisão, sentimento de medo, insônia, perda do desempenho sexual. Também se associam: sono perturbado, culpa ou perda da autoconfiança, e perda de energia e libido diminuída, agitação ou lentidão dos movimentos ou da fala, alterações do apetite, pensamentos e atos suicidas, dificuldades da concentração. Para a CID-10 os episódios depressivos se apresentam em três níveis: leve, moderada e grave. Depressão leve: Os sintomas podem ser identificados como aqueles associados ao pesar normal, e as alterações incluem: Afetiva: negação de sentimentos, sentimento de raiva, ansiedade, culpa, impotência, desespero, desânimo, tristeza e desesperança. Comportamentais: crises de choro, regressão, inquietação, agitação, retraimento. Cognitivas: preocupação com perdas, autoacusação, ambivalência, colocar a culpa nas outras pessoas. Fisiológicas: anorexia ou ingestão excessiva de alimentos, insônia ou hipersonia, cefaleia, dores nas costas, dores torácicas, ou ainda outros sintomas associados a perda de um ente querido. Depressão moderada: Sintomas afetivos: sentimento de tristeza, desesperança. Desânimo, baixa autoestima, dificuldade de sentir prazer nas coisas, sentimentos sombrios e pessimistas. Comportamentais: lentidão nos movimentos físicos, postura incorreta, fala mais lenta, isolamento social, sentimento de culpa relacionado aos fracassos ou remorsos da vida, desinteresse pela higiene e aparência pessoal. Cognitivas: retardo de pensamentos, dificuldades de concentração pensamentos obsessivos e repetitivos geralmente indicando pessimismo e negativismo, pensamentos e verbalização relacionados a ideação suicida. Fisiológica: anorexia ou ingestão excessiva de alimentos, insônia ou hipersonia, amenorreia, diminuição da libido, cefaleias, dores nas costas, fadiga, sentir-se bem pela manhã e ir piorando durante o dia. Depressão grave: Os sintomas afetivos são: sentimento de desespero, impotência, afeto inalterado, sentimento de negação e vazio, apatia, solidão, tristeza, incapacidade de sentir prazer. Comportamentais: retardo psicomotor intenso resultando em movimentos físicos diminuídos, ou movimentos de agitação, postura largada, caminhar lenta e rigidamente, comunicação praticamente inexistente ou comunicação delirante, ausência de higiene, isolamento social. Fisiológicos: lentidão geral de todo o corpo, digestão lenta, constipação intestinal e retenção urinária, amenorreia, impotência, diminuição da libido, anorexia, perda de peso, dificuldade para pegar no sono e acordar cedo na manhã. No transtorno depressivo grave pode ocorrer de acontecer episódios com sintomas psicóticos, com presença de delírios e alucinações, os sintomas psicóticos podem ser congruentes com o humor, sendo registrados delírios de culpa, inutilidade, doença corporal ou desastres iminentes, as alucinações auditivas são irônicas ou condenatórias, os sintomas psicóticos também podem ser incongruentes com o humor, sendo assim são registrados delírios persecutórios e autorreferentes, e as alucinações não tem conteúdo afetivo. A depressão na gravidez é um transtorno mental muito mais comum do que se imagina podendo levar a depressão pós-parto se não tratada adequadamente. Entre os fatores de risco que podem levar a depressão pré-natal podemos citar a existência de histórico de violência doméstica, a gravidez na adolescência, o baixo nível de escolaridade, dificuldades financeiras, eventos de nível estressor, desamparo social, histórico psiquiátrico, entre outros. O nascimento prematuro bem como o peso consideravelmente menor do feto ao nascer podem ser causas de depressão durante a gravidez, sabendo que, qualquer indivíduo em estado depressivo passa a não dar a atenção adequada para sua alimentação e cuidados com a saúde em geral, inclusive fazendo uso de substâncias como álcool, cigarro e outras drogas ilícitas a mulher afetada então pode

além disso negligenciar o pré-natal, submetendo o feto a condições de risco bem como aumentando as chances da mortalidade neonatal. Os sintomas da depressão na gestação são de falta de interesse pelas atividades cotidianas, distúrbios na alimentação e no sono, inquietude, pensamentos suicidas, sentimento de tristeza, culpa e pânico. O tratamento com antidepressivos não é indicado, pois de acordo com alguns médicos, o tratamento pode gerara danos ao feto, porem deve ser avaliado a relação risco/beneficio. Já a psicoterapia pode ser grande aliada em casos mais leves e o uso de fitoterápicos deve ser avaliado por um medico, como todo o uso de medicamento durante a gravidez. O tratamento para a depressão é totalmente medicamentoso, atualmente existe mais de 30 antidepressivos disponíveis, é uma terapia simples e não deixam a pessoa eufórica e nem viciada, alguns medicamento precisam de medicamentos preventivo que pode levar anos ou ate mesmo a vida inteira, isso para evitar novos episódios depressivos, a psicoterapia ajuda o paciente, mas não previne contra novos episódios e nem cura a doença. Os medicamentos mais usados para a depressão são: citalopram, clomipramina, clonazepam, fluoxetina, rivotril, tofranil, daforin. Somente o medico pode dizer qual o medicamento certo a dosagem certa e o tempo de tratamento para cada paciente. Como podemos perceber no decorrer do trabalho a depressão estão cada vez mais frequente na vida das pessoas, a prevalência da depressão é de ocorrer mais nas mulheres do que nos homens, isso pode estar relacionada a influencia das pressões sociais, estresse crônico, ou pela diferente forma ente gêneros para lidar com os problemas do cotidiano e buscar soluções. Existem diferentes formas de depressão cada uma com sua especificidade e formas diferenciada de tratamento. É um problema de saúde publica que se não for tratado adequadamente podem acabar gerando consequências mais graves para a população.

**Palavras-chave:** Depressão. Depressão na gravidez. Transtorno emocional

## **REFERÊNCIAS**

PEREIRA, Priscila krauss. Et. Al. **Prevalência da depressão gestacional e fatores associados.** Revista da literatura. 2007

MARCOLAN, João Fernando. **Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar,** Rio de Janeiro, Elsevier, 2013

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.** Porto Alegre, Artmed, 2000

# ESTUDO FUNCIONAL DO SISTEMA IMUNITARIO: MARCADORES SOROLOGICOS

Samer Stumm da Silva<sup>1</sup>  
Jaqueline Marafon Pinheiro<sup>2</sup>

**Introdução:** Os testes sorológicos ou imunoenaios são técnicas utilizadas para detectar a quantidade ou a presença de antígenos (substância capaz de produzir anticorpos) e anticorpos (substâncias capazes de destruir invasores dentro do organismo), e com relação aos testes, estão sendo cada vez mais aperfeiçoados, ao mesmo tempo que vem sendo criados novos, tendo em vista a grande importância do diagnóstico precoce de muitas patologias que requerem muitos cuidados. Além disso, os testes sorológicos têm sido utilizados com sucesso na pesquisa de anticorpos. Temos a definição de anticorpos como células imunológicas criadas para proteger e destruir células invasoras, podendo ser vírus ou bactérias, e estes microrganismos são identificados pelos antígenos (estruturas específicas do microrganismo) que é nesta estrutura que é destruída pelas células do sistema imunológico (LENZ, G. 2004). Assim, estes testes tornaram-se auxiliares importantes em processos de diagnósticos individual e de pesquisas epidemiológicas, podendo o mesmo mostrar o início, meio e tempo de duração dentro do organismo. Os exames sorológicos consistem em análise de uma amostra (geralmente de sangue) para identificar a presença de anticorpos (exame qualitativo) ou para medir a quantidade de anticorpos (exame quantitativo). **Objetivos:** O estudo tem como principal objetivo o estudo e a compressão individual e nível de importâncias dos marcadores. **Metodologia:** Foi utilizada uma revisão de literatura disponível em Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e LILACS a partir dos descritores: testes sorológicos, imunoenaios, utilizando artigos dos últimos 5 anos, trazendo também conceitos bases de artigos com literaturas mais passadas, após a seleção de aproximadamente 15 artigos que traziam estes temas, foram excluídos os artigos que traziam temas diversos ou uma grande variedade de patologias associadas, para apenas deixar os que 6 artigos que mais davam foco no tema central. Tendo os artigos selecionados foi feita a revisão de literatura do tema para que pode-se ser extraído apenas a temática sobre os testes sorológicos e imunoenaios e assim extrair apenas o conceito e definição específica dos marcadores sorológicos e imunoglobulinas. **Referencial teórico:** A importância da sorologia vai muito além da pesquisa somente com os anticorpos e os antígenos específicos da patologia, ou as pesquisas das imunoglobulinas especificam da fase crônica ou aguda da doença. Para compreender os resultados tem que ser levado em consideração que estes podem incluir: verdadeiro positivo (VP) – resultado positivo na presença da doença; falso positivo (FP) – resultado positivo na ausência da doença; verdadeiro negativo (VN) – resultado negativo na ausência da doença e falso negativo (FN) – resultado negativo na presença da doença (SILVA, A. P. F. 2014). É importante ressaltar que também que existem outros parâmetros para avaliação de um exame sorológico, que são: sensibilidade – quando refere-se à proporção de resultados VP; especificidade – quando refere-se à proporção de resultados V; eficiência – quando refere-se à relação entre os resultados VP e VN; valor preditivo positivo - indica a probabilidade de ocorrência doença quando o teste é positivo; valor preditivo negativo - indica a probabilidade

---

<sup>1</sup> Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: samerstumm@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestra em Educação. Professora no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jaqueline@uri.edu.br

de não ocorrência da doença quando o teste é negativo; prevalência - quando refere-se à porcentagem de indivíduos doentes em uma população; precisão - determina a concordância dos resultados obtidos quando um mesmo teste é feito várias vezes; exatidão - determina a capacidade do teste em fornecer resultados muito próximos ao valor verdadeiro; reprodutibilidade - refere-se à obtenção de resultados iguais em testes realizados com a mesma amostra do material biológico, quando feitos por diferentes pessoas em diferentes locais; validade – determina que o resultado expressa verdadeiramente o que se está observando ou o quanto o resultado se distancia da realidade; limiar de reatividade – Ou cut off – corresponde a região de corte do teste sorológico, ou seja, um valor acima do qual os resultados serão considerados positivos e abaixo, os resultados dados como negativos (SILVA, A. P. F. 2014). **Resultados:** Após estudos foi possível diferenciar estas cinco classes de imunoglobulinas (IgM, IgG, IgE, IgA e IgD). As três imunoglobulinas investigadas com maior frequência em exames são IgM, IgG e IgE. Os anticorpos IgM e IgG têm ação conjunta na proteção imediata e a longo prazo contra infecções. Os anticorpos IgE estão associados a alergias. Na primeira vez que alguém é exposto a um agente infeccioso, como um vírus ou uma bactéria, o sistema imunológico demora algum tempo para reconhecer os antígenos envolvidos e produzir anticorpos específicos em quantidade suficiente para combater a infecção. A resposta inicial é formada por anticorpos IgM. Algum tempo depois, inicia-se a produção de anticorpos IgG. O corpo se “lembra” e mantém um pequeno estoque de anticorpos (uma mistura de IgM e IgG). Na próxima vez que o indivíduo for exposto ao mesmo micro-organismo, responde com mais intensidade e rapidez, fornecendo proteção principalmente por meio de anticorpos IgG (LENZ, G. 2004). Além destas cinco principais imunoglobulinas que caracterizam a fase aguda e crônica da patologia, existem outros seis marcadores sorológicos que demonstram as fases ou caracterizam outros momentos durante a infecção, sendo que estes são mais abrangentes durante a infecção: HBeAg (antígeno “e” do HBV), Anti-HBc IgM (anticorpos da classe IgM contra o antígeno do núcleo do HBV), Anti HBc IgG (anticorpos IgG contra o antígeno do núcleo do HBV), anti-HBc Total (IgG+IgM), Anti-HBe (anticorpo contra o antígeno “e” do HBV), Anti HBs (anticorpos contra o antígeno de superfície do HBV), e existem outros dois exames sorológicos que caracterizam a fase aguda ou crônica da patologia específica que são: anti-HAV IgM e anti-HAV IgG, tendo em vista que HAV é usado no caso da hepatite A, sabendo-se então que na hepatite B usa-se HBV e na hepatite C usa-se HCV, e este marcador geralmente varia para cada patologia pesquisada (PROENÇA, L. G. et. Al. 2009). Em alguns exames sorológicos devem ser anotados alguns dados mais importantes como sexo, idade e se paciente passou por algum tipo de imunização, pois esta pode interferir em alguns valores, já que muitas vacinas contêm fragmentos ou antígenos do microrganismo e assim os anticorpos vão trabalhar para destruir o vírus ou, se por ventura o paciente não saber que estava na sua janela imunológica (Janela imunológica é o intervalo de tempo entre a infecção pelo vírus e a produção de anticorpos no sangue) ele vai poder começar a desenvolver sinais e sintomas da patologia mais rápido do que o normal e assim os resultados se apresentarão alterados (PELEGRINI, A. et al. 2007). **Considerações finais:** Para poder entender corretamente os testes sorológicos e os seus marcadores é preciso uma explicação simples e fácil que caracterize cada um e assim demonstrar como cada marcador age para que se possa dar um diagnóstico preciso ou conseguir compreender corretamente os resultados. É muito importante saber como os testes são feitos e saber entender os resultados dos marcadores para assim saber dar um diagnóstico preciso ou compreender corretamente os resultados para poder agir com certeza nos tratamentos ou na busca de conhecimento sobre assunto para na fazermos afirmações errôneas.

**Palavras-chave:** Imunologia. Marcadores sorológicos. Anticorpos. Antígenos;



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Brasília. 2014. Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-janela-imunologica>.> Acesso em: 15 abr. 2016

BIOFÍSICA; G. L.; **Métodos Imunológicos**, 2004. Disponível em:

<<http://www.ufrgs.br/biofisica/Bio10003/MIMUNO.pdf>.> Acesso em: 15 abr. 2016

KIESSLICH, D; ABRAHIM, N; MYUKI, F; PEREIRA, C. F. R; MARTINHO, A. C; CAMPELLO, S. C; ALMEIDA, T. A; VASQUEZ, L. S; **Prevalência de marcadores sorológicos e moleculares do vírus da hepatite B em gestantes do Estado do Amazonas, Brasil**, 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n3/v12n3a06.pdf>.> Acessado em: 15 de abril de 2016.

PROENÇA, L. G; BERLINCK, R. S; Norma Técnica de Vigilância Epidemiológica das Hepatites Virais. 2009. Disponível em:

<[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/imunizacao/hepatites/Documentos\\_Tecnicos/Norma\\_Tecnica\\_da\\_Vigilancia\\_Epidemiologica\\_das\\_Hepatites\\_Virais.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/imunizacao/hepatites/Documentos_Tecnicos/Norma_Tecnica_da_Vigilancia_Epidemiologica_das_Hepatites_Virais.pdf).> Acessado em 15 de abril de 2016.

TEVA, A; FERNADEZ, J. C. C; SILVA, V. L; **Imunologia**, 2013. Acessado em: Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap1.pdf>.> Acessado em: 15 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Brasília. 2005. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites\\_aconselhamento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites_aconselhamento.pdf).> Acesso em: 15 abr. 2016.

## A EXPRESSÃO “CONTROLE SOCIAL” NOS CURRÍCULOS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO

Vanessa Pereira<sup>1</sup>  
Caroline Ottobelli<sup>2</sup>

**Introdução:** Na busca por uma educação de qualidade com vistas na formação de cidadãos comprometidos também com a coletividade, procura-se promover a construção de políticas educacionais que promovam um aparato legal que dê sustentabilidade às ações no intuito de formar profissionais éticos, competentes que ao inserir-se na comunidade sejam capazes de promover e construir conhecimento, criando uma consciência coletiva para a participação e desenvolvimento da sociedade brasileira. Esta qualidade de educação e perspectiva perpassa pelo exercício do controle social efetivo. Para Arantes et al. (p.4 2007), “o Controle Social pode 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.” Dessa forma, o controle social é um complemento indispensável de controle do planejamento e da execução das ações do governo. No entanto, muitos são os problemas vivenciados no exercício do Controle Social, o qual compreende um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS. Apesar de o SUS ter sido criado há quase duas décadas, a falta de compreensão dos princípios que o norteiam, neste caso, do Controle Social, é uma realidade. Na área da saúde a prática do Controle Social se materializou por meio da institucionalização dos Conselhos e Conferências de Saúde os quais trouxeram 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. Diante deste panorama, se faz necessário que os cursos de graduação trabalhem com uma visão ampliada acerca do Controle Social no intuito de contribuir para que tomemos posse dos saberes e práticas que podem potencializar a mudança do quadro atual predominante, que não se restringe ao conhecimento técnico ou à ciência, mas contempla a percepção e o exercício do poder que nos impulsiona para a construção de projetos de vida, de liberdade e de felicidade, com a viabilização de nossos sonhos pessoais e profissionais por saúde. Sendo assim, os cursos de graduação devem voltar sua formação para a construção de possibilidades pedagógicas interpretativas, no que tange o controle social, na tentativa de estimular propostas de mudança no setor da saúde. Para Pereira (2007), a formação, junto aos cursos de graduação devem desenvolver processos formativos significativos, capazes de formar sujeitos críticos e reflexivos, aptos a transformar a realidade na qual estão inseridos. Dentro desta perspectiva, o processo formativo deve habilitar os profissionais para a vida produtiva e social. Torna-se, diante das discussões trazidas acima, imprescindível a realização deste estudo o qual pretende descrever, discutir e analisar a inserção do tema controle social nos currículos dos cursos de graduação da URI-Campus de Frederico Westphalen no intuito de promovermos uma reflexão de como esta temática se apresenta junto ao meio acadêmicos destes cursos. Diante destas considerações, percebemos a pertinência de apontar o problema de pesquisa deste estudo, como sendo: Como ocorre a inserção do tema controle social nos currículos dos cursos de graduação da URI-Campus de Frederico Westphalen? **Objetivos:** Descrever, discutir e analisar a inserção do

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: protessa@gmail.com

<sup>2</sup> Doutoranda da Universidade Federal do Rio Grande-FURG. Professora Enfermeira orientadora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus Frederico Westphalen-RS. E-mail: caroline@uri.edu.br

tema Controle Social nos currículos dos cursos de graduação da URI-Campus de Frederico Westphalen. **Metodologia:** A pesquisa é constituída por duas fases, a primeira, a qual já foi desenvolvida, compreendeu a análise documental do Projeto Político Pedagógico, dos Planos de Ensino e do Plano de Desenvolvimento Institucional dos cursos de graduação da URI-Campus de Frederico Westphalen. No que se refere a segunda etapa, a mesma compreenderá a coleta de dados da pesquisa de campo, onde faremos uso da técnica de entrevista semiestruturada junto aos professores, coordenadores de curso e de área do conhecimento. Para tanto, foi desenvolvido um contato prévio com a direção da universidade e posteriormente com os coordenadores de curso e de área do conhecimento e professores dos cursos de graduação. Após, solicitamos a disponibilização dos Projetos Políticos Pedagógicos, Plano de Desenvolvimento Institucional e dos Planos de Ensino dos cursos para analisarmos. Estes apresentavam-se disponíveis no site da reitoria da universidade sendo que os Planos de Ensino das disciplinas, integravam os PPCS. Após a análise bibliográfica junto aos materiais, procedeu-se a análise dos dados. **Resultados:** para fins de análise foram criadas duas categorias que orientaram a análise de resultados: “O controle social nos Projetos Pedagógicos dos Cursos e Planos de Ensino” e o “O controle social junto ao Plano de Desenvolvimento Institucional.” Na categoria “O Controle Social nos Projetos Pedagógicos dos Cursos e Planos de Ensino”, ao analisar o Projeto Político Pedagógico dos Cursos (PPC) e Planos de Ensino, a expressão Controle Social foi encontrada nos seguintes cursos da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Frederico Westphalen: Administração, Ciências Contábeis, Direito, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Serviço Social. Como forma de exemplificar de que maneira a expressão Controle Social é identificada nos cursos de graduação, citaremos o curso e de que forma ela foi evidenciada. No curso de Administração a expressão Controle Social é evidenciada como Controle Social sobre as finanças. Em Ciências Contábeis a expressão aparece como o Controle Social e as instituições sociais onde é exercido. No Direito a expressão Controle Social evidencia-se como o direito a participação popular. No curso de Enfermagem o Controle Social é evidenciado com formação para a participação, e a participação social na gestão. Na graduação de Farmácia a expressão é evidenciada como participação social na gestão. Na Nutrição a expressão aparece nos fundamentos legais como forma da LOS 8.142/90. No curso da Fisioterapia a expressão evidencia-se com o Controle Social na história da saúde pública brasileira. E por fim no curso de Serviço Social a expressão evidencia-se nessas três formas: o papel do Controle Social na formulação das políticas públicas, o Controle Social como controle sobre a profissão e o Controle Social e a seguridade social. Na categoria “O controle social junto ao Plano de Desenvolvimento Institucional”, evidenciou-se que a expressão Controle Social é abordada em três pontos no Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), primeiro ponto é aonde a missão e visão da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus Frederico Westphalen vão de encontro a premissa do Controle Social que é de inserir acadêmicos na comunidade, comprometidos com a participação na construção de uma sociedade melhor. Segundo ponto o controle social é abordado no Regimento Geral da Universidade, que enfatiza e promove a participação de discentes junto aos colegiados dos cursos. E por fim, o terceiro ponto aonde a expressão controle social aparece no Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), é quando faz menções do incentivo e da participação dos docentes junto aos conselhos. **Conclusão:** Consideramos que esta primeira etapa de coleta de dados foi válida, uma vez que, ao encontrar a expressão Controle Social nos documentos, evidenciou-se que oito cursos de graduação da URI- Câmpus Frederico Westphalen-RS, abordam o controle social em disciplinas específicas, que várias áreas do conhecimento não abordam nada acerca do controle social. Observou-se que o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), não faz muita menção de como a universidade executará e possibilitará aos estudantes o exercício do

controle social. Os resultados obtidos permitirão além de formar informações que sejam relevantes para as conclusões do estudo, e assim propor implementações a fim de se ter um despertar coletivo para uma formação com vistas ao exercício da participação popular, promovendo dessa forma, que alguns benefícios através das discussões na esfera acadêmica acerca do controle social no âmbito de fiscalização e formulação de políticas de saúde, venham a ocorrer. Entretanto, para isso se faz necessário uma educação permanente para o controle social, com processos pedagógicos que auxiliam para o avanço da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências das pessoas. Conclusões exatas referentes ao projeto só teremos ao compilar todos os dados coletados, pois a segunda etapa do projeto não está concluída. Acreditamos que a consciência coletiva começa por nós estudantes, pois uma vez que em nossa formação temos discussões e reflexões acerca do controle social, ou seja, estudamos as políticas públicas de saúde e adquirimos esse conhecimento, temos que, por dever, sermos mais atuantes nesse exercício de cidadania.

**Palavras-chave:** Controle social. Currículos. Cursos de graduação.

## **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.br>>

PEREIRA, I. B. História da Educação em Saúde. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJ/Fiocruz, 2007.

## GESTÃO DO CUIDADO E A ENFERMAGEM

Vanessa Pereira<sup>1</sup>  
Jéssica Vendruscolo<sup>2</sup>  
Marines Aires<sup>3</sup>

Tal qual desde que se conhece a enfermagem esta é, a arte do cuidar. O cuidado é a soma de definições quanto ao uso de tecnologias (duras, leves-duras e leves), que procura ser o mais adaptado o possível às necessidades individuais de cada paciente. Cuidado é a expressão de direitos, é a diferentes combinações de tecnologias efetivas e adequadas a cada situação, é a responsabilização pelo outro e por último, a expressão de um trabalho em equipe, articulado e solidário. No artigo: A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão em cuidado, o autor se utiliza do conto de Tolstói para fazer uma reflexão sobre o tema múltiplas dimensões de cuidado a saúde ( profissional, organizacional e sistêmica). O autor Cecilio, nos convida a refletir sobre as práticas gerenciais do cuidado, e trás como um ideal de cuidado a ser atingido o conto de Tolstói. Este relata a história de um juiz que vive na Rússia no século XIX sobre sua experiência de adoecer e morrer. No conto, o juiz ao adoecer perde sua autonomia, ou seja, não consegue mais fazer atividades que antes lhe eram triviais. Os médicos não conseguem diagnosticar a doença, e nem mesmo amenizar as dores que Ilitch sentia. A família, além de mentir sobre o agravamento de sua doença, expressa pena e culpa ao vê-lo naquela situação. Dessa forma, outro personagem entra na história para cuidar do enfermo, um serviçal que no decorrer do conto é o único que começa a enxergar, escutar e conseqüentemente a ajudar de forma verdadeira e generosa Ilitch. Guérassim, o serviçal mujique (camponês russo), analfabeto, fez o que nenhum familiar, amigo ou médico havia feito: compreendeu o que se passava no íntimo de Ilitch, lhe deu a atenção que tanto necessitava e juntos descobriram um nova tecnologia de cuidado que não está em nenhum protocolo, cuidado simples em que consistia na elevação das pernas de Ilitch promovendo um alívio da dor ao distensionar o abdômen, local esse, que o juiz sentia muita dor. O encontro entre esses dois personagens é um espaço de cuidado, é uma nova tecnologia de cuidado segundo Cecilio (p.548, 2009), “que nasce do gesto, da proximidade física, da escuta e da generosidade do “cuidador”. A dor de Ilitch, a necessidade de Ilitch o sentido que Ilitch dá ao seu sofrimento, encontrando ressonância, sintonia e resposta por parte do criado.” Sendo assim, Cecilio o autor do artigo, utilizando o conto de Tolstói nos apresenta a complexidade da gestão do cuidado em saúde e suas múltiplas dimensões. Segundo Cecilio (2009), a gestão de cuidados comporta três dimensões: a dimensão profissional que é o encontro singular entre profissional-usuário, é a dimensão que ocorre o conto de Tolstói. Outra dimensão da gestão em cuidado é a dimensão organizacional desenvolve-se em contextos organizacionais, relacionados ao compartilhamento de responsabilidades, questões relativas ao registro e uso de informação, relacionamento de equipe, onde a dimensão profissional e a organizacional se entrelaçam e se condicionam mutuamente. E por fim, a dimensão sistêmica, que pode ser pensada como conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e os fluxos que se estabelecem entre eles. O

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: protessa@gmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jessi\_vendruscolo@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutoranda, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: maires@uri.edu.br

autor defende para além das regularidades sistêmicas que quantos mais encontros como de Ilitch-Guérássim mais cuidados, mais criação será possível. O autor faz questionamentos de como fazer encontros genuínos como do conto de Tolstói acontecerem nos serviços de saúde, que trabalhador seria necessário “produzir” para sustentar e construir tais encontros? Para Cecilio as estratégias de gerenciamento estão pautadas na crescente busca do racionalismo, onde encontros de Ilitch-Guérássim são cada vez mais alvo das práticas de modelagem no junção trabalhador/usuário, aonde programa de “qualificação” e “humanização” podem estar contribuindo para uma operacionalização e formalização excessiva, dificultando ainda mais esses encontros, ou seja, para Cecilio tais métodos deixam de ser naturais e passam a ser mecanizados, onde o trabalhador agirá de tal maneira por ser treinado para isso. Sendo assim, acredito que treinar trabalhadores, capacitá-los a agir de forma solidária, e com escuta efetiva nos serviços de saúde estabelecendo um relacionamento entre usuário-trabalhador se fazem necessários no momento em que os humanos precisam ser constantemente lapidados. Porém concordo com o autor, que tal método pode deixar o atendimento muito formal e instrumentalizado, o que não considero algo negativo, diante de muitos atendimentos precários por diversos motivos, seja ele de cunho assistencial ou gerencial, lembrando que conforme o artigo, esses encontros Ilitch-Guérássim acontecem nos serviços de saúde na maioria das vezes sem que isso seja percebido por gestores e demais trabalhadores em saúde. Dessa forma, no que tange a enfermagem, creio que para desenvolvê-la realmente em sua essência que é o cuidado integral do indivíduo, acredito ser preciso ter vocação, gostar verdadeiramente do ser humano, amar essa profissão, pois como consequência disso, teremos profissionais comprometidos, usando as tecnologias leves, levíssimas, mesmo que muitas vezes em condições não ideais de trabalho. Desempenhando assim suas competências com a excelência que lhes é esperado, claro que sempre buscando o aprimoramento técnico-científico, através de uma educação permanente e continuada. O que se ensina aos acadêmicos de enfermagem é de extrema importância no que se refere ao gerenciamento de cuidados, mas acredito que ele só irá desenvolvê-lo e aplicá-lo se este tiver também dentro de si um educador, o qual utilize na suas atuações, uma pedagogia diretiva e não diretiva. A enfermagem também é educadora em saúde e para desempenhar esse papel é necessário alguns saberes/exigências que segundo Freire (2002), são necessários na arte do ensinar. Para Freire ensinar exige segurança, competência profissional, generosidade, esperança, alegria, exige comprometimento, ensinar exige compreender que educação é uma forma de intervenção de mundo. Não há como separar tais exigências do que a enfermagem precisa ter ao desenvolver suas técnicas, gerenciamento, seu conhecimento tanto de ordem curativa como preventiva, tanto de ordem assistencial como gerencial. É preciso a enfermagem se empoderar de seus saberes, e para isso o enfermeiro precisa desenvolver habilidades, buscar constantemente o conhecimento, a cientificidade, além de ter dentro de si o amor pelo cuidado, deverá nunca deixar de sonhar, de se indignar, de buscar por melhores condições de trabalho e atendimento dignos aos usuários dos serviços de saúde que for atuar. Tamanha a responsabilidade que este curso de graduação em enfermagem nos dá em mãos, e com isso mais me convenço do dever de se lutar para que sejamos realmente respeitados e valorizados nessa profissão. Somos uma sonhadoras sim, mas sem isso, viveríamos uma vida triste e sem propósito.

**Palavras-chave:** Gestão de cuidado. Enfermagem. Ensinar

## **REFERÊNCIAS**

FREIRE, Paulo. **PEDAGOGIA DA AUTONOMIA: Saberes Necessários à Prática Educativa** 25ª Edição; PAZ E TERRA Coleção Leitura, 2002.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói:** elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão de cuidado. Interface- Comunicação Saúde, Educação, v.13, supl 1, p.545-55, 2009.

## É NECESSÁRIO HUMANIZAR AS RELAÇÕES

Vanessa Pereira<sup>1</sup>  
Juliane Cerutti Ottonelli<sup>2</sup>

A humanização da assistência hospitalar é um tema que vem sendo muito discutido entre profissionais de diversas áreas. Em 2001, o Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), evidenciando a importância das relações humanitárias, comprovando que esta, é uma necessidade ética para com os profissionais e usuários dos serviços de saúde. No artigo: A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar, de Telma Alves de Almeida Fernandes Leite a autora faz um levantamento bibliográfico sobre o assunto. Dessa forma, abordarei a seguir partes do texto as quais considero importantes para discussão e reflexões. A autora trás que historicamente o cuidado direcionado ao paciente era de forma integral, com enfoque não só na patologia, mas em seu meio. O conceito de saúde era ampliado, onde saúde era o equilíbrio da harmonia do homem consigo mesmo (microcosmo) e com sua natureza (macrocosmo). Segundo a pesquisa da autora, o processo de desumanização começou a ocorrer no período Renascentista, onde o universo matemático e mecânico onde a racionalidade tomava conta, e culminou no fim do século XIX, como consequência do divórcio entre a medicina e humanidade. Com a evolução científica e tecnológica as relações humanas dentro do ambiente hospitalar se tornaram cada vez mais frias e distantes, onde o foco de todas as atenções, estão somente na cura da enfermidade, ou seja, uma medicina apenas de ordem curativa. A tecnociência passou a ser endeusada, criando ambientes tecnicamente perfeitos, mas sem alma humana, esquecendo-se que o indivíduo doente está vulnerabilizado, desconhece as rotinas hospitalares, está fora do aconchego de seu lar, sente medo e incertezas, assim como seus familiares. Sendo assim, torna-se compreensível que com essas mudanças de valores, o profissional abandone a visão holística e seja mais objetivo, seduzido pela tecnologia, segundo a autora. <sup>3</sup>Outro aspecto abordado por ela, é sobre a visão empresarial do hospital, esta que segundo os autores buscados por Leite, trazem que a humanização da assistência hospitalar, deve ser analisada de modo mais amplo com melhoria das relações entre administradores e administrados, serviços terceirizados (lavanderia, hotelaria) precisam ser fiscalizados, pois estes são de responsabilidade do hospital. Protocolos e rotinas devem ser revistas sempre que necessário, pois podem levar a rigidez e a impessoalidade das relações, lembrando que o paciente já está fora de casa, despido de suas roupas e seus pertences e que muitas vezes irá encontrar dificuldades de se adaptar às regras e horários da instituição. Assim, o processo de humanização deve também estar presente na administração hospitalar logo que as influências econômicas e culturais podem afetar a qualidade da assistência. Leite (2006), também aborda sobre a formação do profissional, ela fala que “a formação do indivíduo não é apenas a que ocorre na universidade, ela se inicia com a educação que esse sujeito recebe no núcleo familiar, escolar, religioso [...]”, sendo assim, torna-se claro que se o profissional que teve uma formação com caráter humanista, atuará de forma mais humana em sua profissão. Em consonância, os demais autores do estudo de Leite, concordam que a formação acadêmica tem um importante papel na formação de futuros profissionais, tornando-se imprescindível que os currículos acadêmicos contemplem disciplinas que favoreçam a formação humanística e adotem o paradigma holístico. Quando se fala em humanizar soa redundante, pois somos seres

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: protessa@gmail.com

<sup>2</sup> Professora psicóloga doutoranda da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI- Câmpus Frederico Westphalen-RS.



humanos, mas o que se faz necessário é humanizar as relações, estas nem sempre são afetuosas e dignas, como demonstrado no estudo de Leite. A influência da visão holística na humanização sobre o processo de humanização também é abordado pela autora no artigo, Leite (2006) trás que “a visão holística ajuda a transcender os limites de atendimento ao usuário e seus familiares.” A questão das relações interprofissionais também são aspectos importantes para que possa existir uma assistência hospitalar holística e humanizada, onde a transdisciplinariedade, composta por profissionais de todos os níveis aliado a uma visão holística é um dos caminhos para uma atenção integral do paciente, na resolução dos conflitos e nas discussões dos casos clínicos. O artigo faz uma reflexão também com relação aos profissionais de saúde, estes também precisam ser cuidados, sem esquecer que como humanos estão sujeitos aos erros, e a sentir diversos sentimentos inevitáveis e inerentes em qualquer contato humano. Humanizar a saúde, se torna assim uma relação de qualidade entre profissional-de-saúde-paciente segundo a autora. Trazendo esses aspectos para a vida acadêmica no curso de enfermagem, posso afirmar, que na formação há uma abordagem constante e significativa sobre um olhar holístico ao cuidado do paciente. Porém, como citado pela autora, a educação familiar, religiosa e escolar, influi diretamente nas relações futuras. Acredito que embora a formação acadêmica desperte um pouco a sensibilidade e aflore a empatia nesses futuros profissionais, se estes, não tiverem em seu coração e em sua alma o amor pela profissão e pelo ser humano, este, apenas desempenhará sua técnica com excelência e precisão, porém a técnica não basta, precisamos do coração para olhar o todo de um paciente, e dar valor e respeito a vida humana.

**Palavras-chave:** Visão holística. Enfermagem. Humanização

## **REFERÊNCIAS**

LEITE, Telma Alves de Almeida Fernandes, STRONG, Maria Izabel. A Influência Da Visão Holística no Processo de Humanização Hospitalar. **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2006.

# **TRANSFORMAÇÃO DE GRUPOS EM EQUIPES COMO UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ACADÊMICA**

Vanessa Pereira<sup>1</sup>  
Caroline Ottobelli<sup>2</sup>

Com a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde, representou um marco na garantia do direito à saúde do cidadão brasileiro, redefinindo as ações e políticas públicas de saúde no país. Essas mudanças nas políticas públicas e nos recursos humanos em saúde, nos modelos assistenciais de saúde acarretaram a ampliação da atuação do enfermeiro no âmbito do SUS, e como desafio para o profissional, transformar grupos em equipes. Como há uma tendência de se confundir grupo com equipe, se faz necessário diferenciá-los teoricamente, pois ambos têm amplos significados. Segundo o estudo de Andrade (p.20,2009), “um dos aspectos que distingue grupos de equipes é a forma como as tarefas e responsabilidades são vistas, aceitas e cumpridas”. Dessa forma, para a autora no que se refere a grupo, a concretização do trabalho depende tão somente do indivíduo responsável por ele, diferente de equipe, que apesar da divisão de funções, os resultados e metas a serem atingidos é da conta de todos, pois se há falha de um indivíduo, outro membro da equipe deve assumir a responsabilidade daquele a fim de não prejudicar o resultado. Para Robbins (2009), no grupo de trabalho o objetivo é compartilhar informações e a sinergia é neutra ou por vezes negativa, enquanto que na equipe de trabalho o objetivo é coletivo e a sinergia positiva. No que tange, as responsabilidades no grupo essa é de cunho individual e as habilidades são variadas, diferentemente que em equipes, que a primeira é individual e coletiva e a segunda são complementares. Sendo assim, verifica-se a importância de se trabalhar em equipe, ou seja, com mais de uma ideia, pessoa, idade, sexo e tempo de trabalho, diferentes. Independente do nível de escolaridade, formação sócio-cultural, poder econômico, todos são sujeitos, todos pensam, criam, inovam.(CARDOSO,1998). Entretanto, para Robbins (2009), muitas pessoas não se encaminham naturalmente para o trabalho em equipe, sendo que essas pessoas preferem ser reconhecidas por suas realizações individuais. No que tange a enfermagem, esse é o desafio, transformar o grupo de trabalhadores em verdadeiras equipes de trabalho, comprometidas com a coletividade e o bem comum. Isso também não quer dizer que o conceito de grupo não seja bom, e não deva ser utilizado em determinados momentos. Segundo, Peixoto (2012), o trabalho em equipe para a área de Enfermagem é uma estratégia que favorece a atuação efetiva dos profissionais e uma melhoria nos atributos da assistência oferecida. A autora também considera que o clima do ambiente de trabalho pode interferir diretamente nas ações dos profissionais, tornando-se necessário identificar quais são os fatores que impulsionam e restringem os membros do grupo para o trabalho da equipe de enfermagem e que táticas de gerenciamento podem ser usados na inserção das mudanças. Após esse breve referencial teórico sobre grupos e equipes, evidencia-se a relevância do trabalho em equipe não só dentro dos serviços de saúde, visto que esta precisa de integração para buscar assegurar a integralidade da atenção à saúde, mas também fazer uma reflexão sobre essa prática dentro do ambiente acadêmico, local esse onde relações interpessoais acontecem, podendo ser um momento de aprendizado dessa prática. Dessa forma, buscando trazer isso à luz das

---

<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: protessa@gmail.com

<sup>2</sup> Doutoranda da Universidade Federal do Rio Grande-FURG. Professora Enfermeira orientadora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus Frederico Westphalen-RS.

experiências acadêmicas e de estágios do curso de enfermagem da disciplina Saúde da Mulher e Saúde Coletiva III, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus FredericoWestphalen-RS, farei um breve relato dessa percepção do trabalho em equipe. Ao longo desses três anos de vida acadêmica, foi no estágio de Saúde da Mulher e na elaboração de um projeto para formação de agentes comunitários de saúde, da disciplina de Saúde Coletiva III, que comecei a despertar para a importância do trabalho em equipe, e qual seria o verdadeiro significado da palavra, e isso me instigou a pesquisar e ler sobre o assunto. Percebi que os temas relações interpessoais, liderança, motivação, são características essenciais aos membros de uma equipe, assim como é fundamental saber administrar conflitos, pois estes, nem sempre são negativos, acredito que sejam necessários para que mudanças positivas venham a ocorrer. Compreendi que a humildade é uma qualidade fundamental na construção de uma equipe, e aprendi o quanto isso é gratificante e benéfico. Quando se trabalha em equipe, o grupo almeja que todos vão bem, que todos brilhem e consigam desempenhar suas funções, não há espaços para egos, para competições, todos olham na mesma direção. Geralmente, na vida acadêmica os grupos vão se formando por afinidades, e por muitas vezes a tendência é se “fechar” em determinado grupo, e realizar todas as atividades propostas juntos. Por um lado, é claro que isso é prazeroso, mas ao mesmo tempo cômodo, é ficar na zona de conforto. Às vezes ousar é necessário a fim de trocar experiências, ter novas visões se “abrir” para novas oportunidades de crescimento e aprendizado. E foi pensando nessa perspectiva que troquei de grupo de estágio e de trabalhos acadêmicos, grupos este, que sempre integrei desde o início da vida acadêmica. O resultado dessa ação foi um aprendizado que vou levar tanto pra vida profissional quanto pessoal, pois esse ato me proporcionou aprender a trabalhar em equipe, a “pegar” junto, e com isso desconstruí o antigo conceito do que eu “achava” que poderia ser ou deveria ser uma equipe. Esse ato me lapidou, a equipe me lapidou, e acredito ter feito o mesmo pelos demais. Alcançamos objetivos, todas olharam na mesma direção, estávamos em sintonia, não houve espaços para competições, queríamos apenas ser melhores, mas melhores juntas, dar o melhor de nós pelo paciente, pelo grupo de gestante e de mulheres, ouvir com o coração e com a cientificidade que nos é passado em sala de aula os relatos das mulheres com câncer de mama. Queríamos juntos aprender a elaborar um projeto de prática assistencial com consistência para a formação dos agentes comunitários de saúde, para que ao aplicar esse projeto, os agentes comunitários de saúde possam fazer a diferença no seu território de atuação, pois são o elo entre serviços de saúde e a comunidade. E assim, o fizemos, o projeto ainda está por ser aplicado, mas já foi apresentado aos professores. Com isso nos ajudamos no nervosismo, nos apoiamos nos erros, e nos incentivamos nos acertos, identificamos potencialidades de cada uma e trabalhamos em cima dessas para a efetivação dos objetivos. Ainda tenho, um longo caminho a percorrer no que se refere ao trabalho em equipe, tenho muito a aprender, mas o principal já ocorreu, percebi que “nenhum de nós é tão capaz quanto nós”, e que “duas cabeças pensam melhor que uma” está longe de ser apenas um ditado popular. Enfim, concluo esse relato de experiência com a frase de Henry James “você nunca chegará a lugar algum se não arriscar e tentar, e depois aprender com cada experiência”.

**Palavras-chave:** Trabalho em equipe. Relato de experiência. Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ROBBINS, Stephen Paul. **Comportamento Organizacional**. São Paulo, 6ª impressão março, 2009.

ANDRADE, Gislaine Leles de. **Como Transformar Grupos em Equipes**. Monografia apresentada à disciplina Introdução ao Trabalho Científico, do Curso Intensivo em Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas, como requisito parcial para obtenção de título em pós graduação. Belo Horizonte, p.20, 2009.

CARDOSO, Maria Ermandina; SILVA, Alcides Milton Da. SOBRINHO, Octacílio Schüler. **Trabalho Em Equipe: Uma Estratégia De Gestão**. FLORIANÓPOLIS,1998.

PEIXOTO, Myrian Karla Ayres Veronez. Perspectivas para o Trabalho em Equipe de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. Universidade Federal de Goiás Faculdade de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Goiás,2012.

# ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: CORRELAÇÃO ENTRE A MORTE, SÍNDROME DE BURNOUT E SEGURANÇA DO PACIENTE

Karine Beatriz Ziegler<sup>1</sup>

Jardel Barbieri<sup>2</sup>

Tais Balzan<sup>3</sup>

Marcia Casaril dos Santos Cargnin<sup>4</sup>

**Introdução:** O atendimento pré-hospitalar pode ser definido como a assistência prestada em um primeiro nível de atenção, aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, requerendo o deslocamento da equipe e dos equipamentos, podendo acarretar sequelas ou até mesmo a morte, se não prever um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. (BRASIL, 2002). Quando os profissionais são acionados para o atendimento, embora solicite-se algumas informações acerca do caso clínico, da localidade e da cena emergencial, nunca se sabe ao certo o que os espera do outro lado da linha telefônica, se a pessoa que fez contato transmitiu as informações corretas ou se a situação se agravou. Outro ponto relevante, é que os profissionais plantonistas, não podem prever a hora em que ocorrerá o chamado para uma nova missão, não possuem os momentos de pausa para descanso, nem mesmo preveem a amplitude do trabalho que realizaram, oscilando de atendimentos intensos, exaustivos e contínuos, onde permanecem 24 horas ininterruptas sobre a adrenalina de salvar vidas, sem reservar tempo para satisfazer nem mesmo as necessidades fisiológicas humanas, a dias entediadas de esperas intermináveis, sem ocorrências a serem atendidas. Atuando em situações limítrofes, desafiando o binômio vida-morte. Desta forma acreditamos que o grande desafio multiprofissional seja compreender o real significado do trabalho a ser realizado, as necessidades de cuidar e ser cuidado, o domínio do autocontrole, saber fazer e ter ciência que e a vítima já encontra-se em situações hostis, corre riscos de vida, e muitas vezes independente do atendimento prestado, esta evoluirá ao óbito devido aos acontecimentos que antecedem o atendimento, o que leva a ansiedade, aumentando a insegurança pelo sentimento de impotência profissional frente a finitude humana. **Objetivos:** Este trabalho teve como objetivo dissertar no contexto do atendimento pré-hospitalar sobre a morte, síndrome de Burnout e segurança do paciente, interligando as temáticas entre si e correlacionando-as. **Método:** Este estudo trata-se de uma reflexão, a partir de leituras realizadas, em decorrência da elaboração de uma revisão integrativa proposta na disciplina de Pesquisa em Enfermagem no VII semestre de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, realizada no primeiro semestre de 2015. **Desenvolvimento:** A segurança do paciente é de importância vital, pois visa a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao atendimento prestado. O atendimento pré-hospitalar consiste acima de tudo no conceito de impedir os agravos e não causar danos a vítima, até a

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: karine\_beatrizz@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jar.del.barbieri50@hotmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail:Taisbalzan50@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira, especialista em Saúde do Trabalhador, mestra em enfermagem pela escola de Enfermagem da UFRGS, doutoranda em Enfermagem pelo programa de pós graduação da FURG. Docente no curso de graduação de enfermagem URI- FW. Email: marciacasaril@hotmail.com

sua chegada ao ambiente de tratamento definitivo, minimizando complicações e buscando a estabilidade hemodinâmica, no menor tempo possível. (FELDMAN, 2004). Quando um ser humano encontra-se em situação de emergência, geralmente o caos gerado pelo impacto, pela dor, e pelo medo da morte já está instituído na cena, cabendo aos profissionais primeiramente, fazer o manejo das situações de riscos, sejam estes físicos ou de exposição ao sofrimento mental, pois além da necessidade de brevidade nas ações, não podemos esquecermo-nos da essência do cuidar e da cientificidade necessária nas intervenções, que é assegurada por meio de protocolos rígidos e específicos que devem ser atualizados e atentamente seguidos para proporcionar um atendimento de excelência. (NEUFELD, 2009). É necessário fortalecer a cultura de segurança do paciente, onde ao invés da culpabilização do sujeito, incentiva-se a admissão de um erro, compreendendo à complexidade do atendimento e dos riscos existentes na cena, daremos espaço à criação de medidas para otimizar o processo de trabalho, criando alternativas para facilitar a assistência, impedindo a reincidência de erros e o sofrimento profissional. A comunidade deve compreender a dinâmica do atendimento para assim respeitar os profissionais, enquanto estes devem preparar-se para o constante reconhecimento da natureza e da intensidade dos riscos, presentes em cada atividade, para melhor julgar a prestação de cada cuidado e prover a organização e a determinação em alcançar consistentemente um ambiente livre de culpabilização, no qual os indivíduos são capazes de relatar erros que resultaram em incidentes ou tinham potencial para causar dano ao paciente, visando a aprendizagem do grupo e a educação continuada que evitará novos danos. O reconhecimento e o incentivo à colaboração entre profissionais e áreas do conhecimento na busca por soluções para problemas de segurança do paciente, bem como promover a segurança e o bem-estar no saber-fazer profissional, aliado ao comprometimento organizacional, na provisão das tecnologias necessárias para a prestação de um atendimento seguro e a compreensão da psicologia dos desastres. A enfermagem é uma profissão fundamentada na ciência e na arte do cuidado, que busca infinitamente o alívio necessário aos pacientes no processo de vida e morte, onde a essência profissional transcende a cientificidade idealizando, mais do que a ascensão profissional, o bem-estar do paciente, prestando o consolo, o conforto e o alívio, seja este da dor, das angustias ou dos sinais e sintomas patológicos. O código de ética dos profissionais de enfermagem ressalta que o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos em todo o ciclo da vida sem discriminação de qualquer natureza, e tem entre seus princípios fundamentais, respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, inclusive nas situações de morte e pós-morte (BRASIL, 2007). A morte é o último acontecimento importante da vida e ninguém pode privar-se dele, portanto, durante esse momento o enfermo deve ser assistido e receber a melhor assistência possível, assegurando o direito de uma morte digna. A abordagem deficiente e o despreparo profissional frente à morte pode desencadear um sentimento de impotência e emoções que deixam os profissionais paralisados, o que acaba interferindo na qualidade do cuidado prestado aos pacientes e familiares neste momento ímpar de suas vidas, além de que os profissionais, muitas vezes enfrentam dificuldade ao depararem-se por meio da vivência do óbito com a própria finitude, podendo ser o início do desenvolvimento de mecanismos de defesa, problemas de relacionamento ou psicopatologias como, por exemplo, a síndrome de Burnout ou síndrome do esgotamento profissional, um distúrbio psíquico descrito em 1974 por Freudenberger, médico americano. O transtorno está registrado no Grupo V da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Caracterizada pelo estado de tensão emocional, estresse crônico provocado por condições de trabalho, físicas, emocionais e psicológicas desgastantes, a síndrome se manifesta especialmente em pessoas cuja profissão exige envolvimento interpessoal direto e intenso. (SEGANTIN e MAIA, 2007). No Brasil, costuma ser mais incidente em profissionais da área de saúde, como na área médica, de enfermagem e segurança, embora possa atingir

qualquer profissional, os mais vulneráveis são os encarregados de cuidar, ou seja, pessoas que trabalham em contato direto com outras. (ALONSO e CATAI, 2014). O sintoma típico da síndrome de burnout é a sensação de esgotamento físico e emocional que se reflete em atitudes negativas, como ausências no trabalho, agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade, dificuldade de concentração, lapsos de memória, ansiedade, depressão, pessimismo, baixa estima, dor de cabeça, enxaqueca, cansaço, sudorese, palpitação, pressão alta, dores musculares, insônia, crises de asma, distúrbios gastrintestinais são manifestações físicas que podem estar associadas à síndrome (CARVALHO E MALAGRIS, 2007). **Conclusão:** a enfermagem com enfoque no atendimento pré-hospitalar de emergência, muitas vezes é idealizada, sendo os profissionais denominados “super-heróis”, porem é importante perceber que estes, também enfrentam dificuldades estruturais, financeiras e muitas vezes psicológicas, pois, trabalham diretamente com o inesperado e com a morte, em situações limítrofes que podem ser muito angustiantes. A realidade exposta evidencia a carência de estudos que associem as temáticas supracitadas, para que o profissional possa estar preparado para enfrentar, qualquer tipo de atendimento, sem perder a essência e qualidade técnica e científica do cuidado, presando o humanismo e o autocuidado, para que suas condições laborais de soma dos fatores estressantes não resultem em danos ao paciente e no adoecimento do profissional.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente. Atendimento pré-hospitalar. Tanatologia. Síndrome de Burnout.

## REFERÊNCIAS

ALONSO, F. G.; CATAI, R. E. Síndrome de Burnout: manual de medidas preventivas e identificativas para aplicação pelo engenheiro de segurança do trabalho. Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba 2014. Disponível em: [http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/3546/1/CT\\_CEEEST\\_XXVIII\\_2014\\_10.pdf](http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/3546/1/CT_CEEEST_XXVIII_2014_10.pdf). Acesso em: 06 maio 2016.

BRASIL. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. RESOLUÇÃO COFEN 311/2007.** 2007, Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao\\_311\\_anexo.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf)>. Acesso: 10 maio 2015.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002. Ministério da Saúde, 2002. Gabinete do ministro. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/anexo/anexo\\_prt2048\\_05\\_11\\_2002.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/anexo/anexo_prt2048_05_11_2002.pdf)>. Acesso: 10 mar. 2015.

CARVALHO, L.; MALAGRIS, L. E. N. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. **ESTUDOS E PESQUISAS EM PSICOLOGIA**, UERJ, RJ, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v7n3/v7n3a16.pdf>. Acesso: 04 maio 2016.

FELDMAN, L. B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde:** critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari, 2004. p. 250.

NEUFELD, K. *The safety imperative*. Canadian Nurse, 2009; vol. 105, n° 2. Disponível em: < [http://www.canadian-nurse.com/~media/canadian-nurse/secure-page-content/issues/issues/2006-2015/cnj\\_march2009\\_e.pdf](http://www.canadian-nurse.com/~media/canadian-nurse/secure-page-content/issues/issues/2006-2015/cnj_march2009_e.pdf)> Acesso: 27 abr. 2015.

SEGANTIN B. G. O.; MAIA, E. M. F. L. ESTRESSE VIVENCIADO PELOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NA SAÚDE. Instituto de Ensino Superior de Londrina, Londrina, 2007. Disponível em: [https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arqidvol\\_5\\_1247866839.pdf](https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arqidvol_5_1247866839.pdf). Acesso em: 05 dez. 2015.



A presente edição foi composta pela URI,  
em caracteres Times New Roman,  
formato e-book, pdf, em julho de 2016.