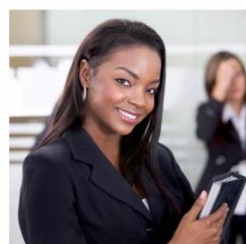
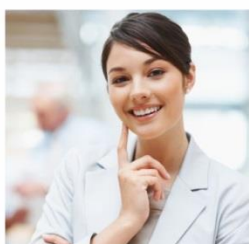


ANAIIS

**XIII Semana Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem e
XII Mostra de Trabalhos Científicos**



**A SAÚDE DA MULHER NA
CONTEMPORANEIDADE**



XIII Semana Acadêmica do Curso de Enfermagem
XII Mostra de Trabalhos Científicos

A Saúde da Mulher na Contemporaneidade

ANAIIS



**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

Campus de Frederico Westphalen

Diretora Geral

Silvia Regina Canan

Diretora Acadêmica

Elisabete Cerutti

Diretor Administrativo

Clóvis Quadros Hempel

Campus de Erechim

Diretor Geral

Paulo José Sponchiado

Diretora Acadêmica

Elisabete Maria Zanin

Diretor Administrativo

Paulo Roberto Giollo

Campus de Santo Ângelo

Diretor Geral

Gilberto Pacheco

Diretor Acadêmico

Marcelo Paulo Stracke

Diretora Administrativa

Berenice Beatriz Rossner Wbatuba

Campus de Santiago

Diretor Geral

Francisco de Assis Górski

Diretora Acadêmica

Michele Noal Beltrão

Diretor Administrativo

Jorge Padilha Santos

Campus de São Luiz Gonzaga

Diretora Geral

Sonia Regina Bressan Vieira

Campus de Cerro Largo

Diretor Geral

Edson Bolzan



**XIII Semana Acadêmica do Curso de
Enfermagem
XII Mostra de Trabalhos Científicos**

A Saúde da Mulher na Contemporaneidade

**29, 30 de setembro e 01 de outubro
FREDERICO WESTPHALEN - RS**

ORGANIZAÇÃO DO EVENTO

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

Departamento de Ciências da Saúde

Acadêmicos do VI Semestre do Curso de
Graduação em Enfermagem

Adriana Rotoli

Jaqueline Marafon Pinheiro

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 GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**XIII Semana Acadêmica do Curso de Enfermagem
XII Mostra de Trabalhos Científicos**

A Saúde da Mulher na Contemporaneidade

ANAIIS

Organizadora
Jaqueline Marafon Pinheiro



Frederico Westphalen
2015



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 e Tani Gobbi dos Reis

Capa/Arte: Lais da Rocha Giovenardi

Revisão Linguística: Wilson Cadoná

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 Enfermagem (13. : 2015 : Frederico Westphalen, RS)

Anais [da] XIII Semana Acadêmica do Curso de Enfermagem , XII Mostra de Trabalhos Científicos [recurso eletrônico] / Organizadora: Jaqueline Marafon Pinheiro. Frederico Westphalen : URI – Frederico Westph, 2015.
125 p.

Modo de acesso: <http://www.fw.uri.br/site/pagina/editora>
ISBN 978-85-7796-159-7

1. Enfermagem - anais 2. Semana Acadêmica do Curso de Enfermagem. I. Pinheiro, Jaqueline Marafon. II. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen. III. Curso de Enfermagem. IV. Título.

CDU 616-083(063)

Bibliotecária Gabriela de Oliveira Vieira



URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prédio 9
Campus de Frederico Westphalen
Rua Assis Brasil, 709 - CEP 98400-000
Tel.: 55 3744 9223 - Fax: 55 3744-9265
E-mail: editorauri@yahoo.com.br, editora@uri.edu.br

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
Jaqueline Marafon Pinheiro	
A CRIATIVIDADE COMO INSTRUMENTO BÁSICO EM ENFERMAGEM	11
Bruna de Oliveira; Keterlin Salvador; Ohana Isabel Hausmann; Rafaela da Rosa Alves; Jaqueline Marafon Pinheiro	
A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESSENCIAL FERRAMENTA PARA SE TRABALHAR EM SAÚDE	14
Paola Franceschi Zanatta; Jéssica Vendruscolo	
A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO CUIDADO A PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS	17
Paola Franceschi Zanatta; Caroline Rossetto	
A OBESIDADE COMO DOENÇA RESULTANTE DE MÚLTIPLOS FATORES: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
Jéssica Vendruscolo; Rosângela Binotto	
A SAÚDE COLETIVA NO CONTEXTO FAMILIAR (HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	23
Jéssica Vendruscolo; Marines Aires; Jaqueline Marafon Pinheiro	
ANSIEDADE	26
Camila Zagonel; Crislaine Baron; Higor Soranzo Almeida; Luana Patricia Machado; Valéria Rheinheimer; Adriana Rotoli; Jaqueline Marafon Pinheiro	
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO	29
Lidia Maria Pich Dalla Nora; Laura Helena Gerber Franciscato	
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO SUS	31
Lídia Maria Pich Dalla Nora; Jaqueline Marafon Pinheiro; Marines Aires	
BENEFÍCIOS DO HOME CARE, A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DO ENFERMEIRO E A PRÁTICA DESTA ASSISTÊNCIA NO BRASIL.....	34
Danieli Casaril; Eloise Cristine Franz; Jaqueline Marafon Pinheiro	
CARACTERÍSTICAS DOS ATENDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL ANTES E APÓS O EVENTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA	38
Paola Franceschi Zanatta; Greici Kelli Tolotti	
COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	41
Cristhie Megier Trautmann; Gizele Teresinha dos Santos; Jaíne Dallalibera; Jaqueline Marafon Pinheiro	
DISTÚRBIOS ALIMENTARES: OS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS, AS IDADES MAIS ATINGIDAS E SUAS MANIFESTAÇÕES NO ORGANISMO.....	44
Luana Patrícia Machado; Valéria Rheinheimer; Jaqueline Marafon Pinheiro	

DOENÇA DE PARKINSON E O CUIDADO DE ENFERMAGEM	47
Ana Luisa Ramayer Palinski; Gabrieli Walascheski dos Santos; Juliana da Silva Cardoso; Larissa Berghetti; Marines Aires	
DOENÇA DE PARKINSON, UMA REVISÃO LITERARIA	51
Edinara Ragagnin; Geovana Locatelli; Jardel Barbieri; Tais Balzan; Marines Aires	
ENSINAR É UMA ESPECIFICIDADE HUMANA: O QUE A ENFERMAGEM TEM A VER COM ISSO?.....	54
Vanessa Pereira; Adriana Germano Pereira, Marcelo Tenedini; Sara Daiana de Cezaro; Reivelton Sturzbecher; Gisele Terezinha dos Santos; Patrícia de Cristo; Jaqueline Marafon Pinheiro	
ENSINAR X APRENDER.....	58
Ana Luisa Ramayer Palinski; Ana Lise de Mattos; Fabiula Seffrin; Gabrieli Walascheski dos Santos; Juliana da Silva Cardoso; Larissa Berghetti; Maieli Sartori; Jaqueline Marafon Pinheiro	
GRUPO DE GESTANTE: ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	61
Lidia Maria Pich; Monique Prestes	
HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO DESTA DOENÇA SILÊNCIOSA.....	64
Hígor Soranzo de Almeida; Jaqueline Marafon Pinheiro	
INFLUÊNCIA DOS FATORES CULTURAIS SOBRE A DOENÇA MENTAL.....	68
Danieli Casaril; Eloise Cristine Franz; Patrícia Castanho Bueno Dezengrini; Rafaela da Rosa Alves; Adriana Rotoli; Jaqueline Marafon Pinheiro	
NUTRIÇÃO NA IDADE ADULTA.....	71
Juliana da Silva Cardoso; Lidia Maria Pich; Dionara Simoni Hermes Volkweis	
O SINDICATO DO/AS TRABALHADORES/AS RURAIS E O PROTAGONISMO DA MULHER DO CAMPO	74
Iara Fatima Durante; Marisa do Nascimento Pigatto	
OBSERVAÇÃO EM ENFERMAGEM	77
Bruno Carvalho; Ismael Broc; Maicon Vicente Theisen; Jaqueline Marafon Pinheiro	
ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	80
Caroline Rossetto; Greici Kelli Tolotti; Daniane da Silva Krabbe; Djulia Rosa da Silva; Lucas Alexandre; Marines Aires; Francieli Sponchiado	
ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	83
Djulia Rosada Silva; Edinara Ragagnin; Geovana Locatelli; Daniane da Silva Krabbe; Carla Argenta; Marines Aires	

PARTICIPAÇÃO POPULAR NA VISÃO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A FISCALIZAÇÃO E FORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	86
Vanessa Pereira; Caroline Ottobelli	
PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	89
Eloise Cristine Franz; Rafaela da Rosa Alves; Sabrina Ester Gierme; Marines Aires	
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM INFORMATIZADA	92
Cássia Jordana Krug Wendt	
SUICÍDIO.....	95
Cristhie Megier Trautmann; Bruna Feldman Bertoldo; Carla Regina Marchezan; Jessica Cruz Dos Santos; Raquiela Ulbrik; Adriana Rotoli; Jaqueline Marafon Pinheiro	
TANATOLOGIA: A CIÊNCIA QUE TEM MUITO A ENSINAR SOBRE A VIDA	98
Jéssica Vendruscolo; Caroline Ottobelli; Laura Helena Gerber Franciscatto; Paola Franceschi Zanatta	
TRABALHO EM EQUIPE NA ENFERMAGEM	101
Amanda de Castro Paz; Giovana Mertins; Kemelyn Wolff; Luiza Nádia Fanezi; Jaqueline Marafon Pinheiro	
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA EPIDEMIA QUE ULTRAPASSA FRONTEIRAS	104
Carina Ercio Ottonelli; Edinara Ragagnin; Geovana Locatelli; Jardel Barbieri; Karine Beatriz Ziegler; Tais Balzan; Laura Helena Gerber Franciscatto; Caroline Ottobelli	
REDES SOCIAIS: INTERFACE COM O FAZER	108
Marisa do Nascimento Pigatto; Ligia Carangache Kijner	
RESUMOS SIMPLES	111
A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO PRÉ-OPERATÓRIO DO PACIENTE CIRÚRGICO.....	112
Larissa Berghetti; Laura Gerber Franciscatto	
A PERDA DA DIMENSÃO CUIDADORA NA PRODUÇÃO DE CUIDADO EM ENFERMAGEM: REFLEXÃO TEÓRICA.....	113
Jéssica Vendruscolo; Marines Aires	
ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM A PUÉRPERA NO AMBIENTE HOSPITALAR....	115
Cássia Jordana Krug Wendt	
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HIGIENE E CONFORTO DO PACIENTE HOSPITALIZADO	117
Jaqueline Cardoso; Laura Gerber Franciscatto	
COMUNIDADE TERAPÊUTICA – RELATO DE EXPERIÊNCIA	118
Jéssica Cruz dos Santos; Raquiela Ulbrik; Adriana Rotoli	
CUIDADOS BÁSICOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	119
Eloise Cristine Franz; Sabrina Ester Gierme; Laura Gerber Franciscatto	

MANEJO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGRESSIVOS OU VIOLENTOS	120
Cássia Jordana Krug Wendt	
O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES PORTADORES DE FERIDAS	121
Hígor Soranzo de Almeida; Laura H. G. Franciscatto	
SAÚDE E EDUCAÇÃO: CAMINHOS PARA CIÊNCIA GERONTOLÓGICA.....	122
Elisabete Cerutti; Lucimauro Fernandes de Melo	
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: RELATO DE UMA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR	123
Iara Fatima Durante; Loreci Pinheiro; Adelcio Spolti; Patrick Viana; Helena Diefenthaler Christ; Anelise Flach; Edina Paula Winter	
VIVÊNCIA HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA	125
Valéria Rheinheimer; Jaqueline Marafon Pinheiro	

APRESENTAÇÃO

A saúde da mulher há muito tempo tem sido alvo de debates e discussões, e permanece assim na atualidade e, por isso, o Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Frederico Westphalen, preocupado com esta questão promoveu, por meio da XIII Semana Acadêmica, discussões acerca da saúde da mulher na contemporaneidade, 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, no que tange à saúde feminina.

Assim, os objetivou-se proporcionar aos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem maior aprofundamento do conhecimento teórico acerca da Saúde da Mulher, bem como, novos conhecimentos práticos sobre a temática, a integração das diferentes turmas de alunos 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 XII Mostra de Trabalhos Científicos.

Os alunos escreveram, juntamente com os professores do curso de Enfermagem e Colegiado, sobre temas variados o que totalizaram 23 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

A CRIATIVIDADE COMO INSTRUMENTO BÁSICO EM ENFERMAGEM¹

Bruna de Oliveira²

Keterlin Salvador³

Ohana Isabel Hausmann⁴

Rafaela da Rosa Alves⁵

Jaqueline Marafon Pinheiro⁶

Introdução: Conforme podemos constatar a atividade do profissional exige dele bastante dedicação, conhecimento e habilidades, os quais são essenciais e fundamentais para a característica de si mesmo, podemos identificar como instrumentos básicos da formação. Abordamos os instrumentos básicos baseados na enfermagem, que utilizam da criatividade ou fazem o uso de instrumentos, tanto no desempenho da atividade, como para a finalidade de alcançar metas. A criatividade é uma das ferramentas essenciais que o profissional enfermeiro aplica em suas atividades tanto assistenciais ou até mesmo em ensino e pesquisa em enfermagem, fazendo parte de outros processos também. **Objetivo:** Identificar a importância da criatividade nas atividades realizadas pelo profissional enfermeiro (a). **Método:** Resenha crítica do livro Instrumentos Básicos Para o Cuidar: Um desafio Para a Qualidade de Assistência de autoria de Tamara Iwanow Cianciarullo publicado no ano 2000. **Resultados:** Entende-se criatividade por ser uma necessidade humana e social, não é algo que seja reservado aos criadores, mas sua utilização gera novas ideias e novos criadores, com objetivo de gerar desenvolvimento e evolução em vários campos de atuação, essencialmente no progresso da enfermagem. A criatividade vem de modo natural do ser humano, que resulta na sua autorrealização, estimulando o crescimento individual e coletivo. A capacidade do ser humano leva a novas descobertas que são estimuladas juntamente com novas ideias, o que proporciona um ambiente agradável, aperfeiçoando o profissional da enfermagem frente as suas realizações, suas atividades e situações. A criatividade não é apenas um instrumento básico que o enfermeiro utiliza na tentativa de solucionar problemas. Ele também pode aplicar seu potencial criativo através de associação de ideias, a partir da reflexão de sua prática no dia a dia, criando assim novas alternativas para seu desenvolvimento pessoal e profissional. A estimulação do potencial criador é uma atividade que faz uso da imaginação e favorece inovações de um modo geral. Segundo o autor Snyder, a criatividade é uma capacidade essencial ao enfermeiro na busca da resolução de problemas da enfermagem. Ele propõe que o profissional estude os problemas que enfrenta no seu dia a dia, reflita sobre eles com

¹Resumo Expandido. Resenha Crítica.

² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: brunaol23@outlook.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: keterlinsalvador@hotmail.com

⁴ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: ohanaisabelhausmann@gmail.com

⁵ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: rafaelaalvesrede@hotmail.com

⁶ Enfermeira. Mestra em Educação. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. Email: jaqueline@uri.edu.br

dedicação e interesse, pois desta forma estará construindo o saber. Também sugere que busque recursos em outras ciências e crie condições para realizar associações de ideias. Na concepção de Rogers, a estimulação do potencial criador do enfermeiro amplia sua visão de mundo, mantendo-o como um sistema aberto a novas alternativas e explorações. Isso ajuda a desenvolver a enfermagem como ciência e confere ao ser humano a possibilidade de crescimento constante. Rollo May afirma que para o indivíduo utilizar sua criatividade necessitará de coragem para colocar suas ideias. No entanto, o ser humano criativo alcança um alto grau de satisfação pessoal e de crescimento interior. Diversos autores propõem que a pessoa procure ampliar seus horizontes, de forma a não limitar sua concepção de mundo. Quando o enfermeiro possui uma visão global das condições do paciente, pode interpretá-las usando sua intuição e pensamento criativo, aliados a um censo crítico. Podemos considerar que o pensamento criativo permite aos enfermeiros elaborar novas soluções, para os problemas rotineiros. Uma das funções do enfermeiro é a de ensinar, seja o paciente-cliente, o colega de equipe, o acadêmico, a família e assim sucessivamente. Nessa função também há utilização da criatividade pelo profissional. Algumas estratégias para desenvolver o ensino são: não sufocar a criatividade, ou seja, o educador deve considerar os questionamentos do educando e ajudá-lo a encontrar resposta a partir de seus próprios conceitos, considerando as ideias mais adequadas, que podem ser aproveitadas, sem que o resultado alcançado se transforme em ameaça ou crítica destrutiva; estimular criatividade através de associação de ideias e articulação de fatos, tentativa de descoberta de soluções de problemas, técnicas construtivas de argumentação e debate sobre os mais variados assuntos. Os meios de que o enfermeiro dispõe para ensinar, incluem o tempo, o espaço, objetos e pessoas. Esses meios proporcionam aos alunos a oportunidade de terem acesso a informações e experiências novas, através da pesquisa e experimentação. Ensinar é um processo dinâmico e variado. Tanto alunos como professores mudam constantemente, assim como o universo a sua volta. Essa mutabilidade constante exige o uso do potencial criativo do professor. Ao incentivar o potencial criativo do aluno de enfermagem, propiciamos o desenvolvimento de uma maior capacidade para encontrar soluções para os problemas de enfermagem que surgem no processo do cuidar. No entanto, ao mesmo tempo em que os docentes estimulam a curiosidade e a independência no criar do estudante, também apresentam dificuldade em aceitar o aluno efetivamente criativo. Esse é um ponto de reflexão, pois é preciso encontrar um espaço efetivo para desenvolver o potencial criador do estudante de enfermagem. Para isso a atividade deve ser planejada. Além de planejamento, é necessário que o enfermeiro professor procure disciplinar e treinar novos estilos de ensino, testando estratégias, mantendo-se atualizado. Também deve-se avaliar se o método usado para ensinar está surtindo efeitos positivos, se sua estratégia tem sido adequada. Podemos perceber que a presença da criatividade é fundamental para o desenvolvimento das mais variadas atividades humanas. Os atos criativos propiciam o progresso científico da sociedade. Os produtos criativos reestruturam nosso modo de compreensão e ajudam a criar novas alternativas e reformular ideias antigas. Criam-se novas teorias a partir de outras reorganizadas, na busca constante do ser humano pela verdade e pela explicação de fatos internos e externos. Pesquisar é um ato de criação, pois faz uso da reelaboração de conceitos que se diferem dos anteriores. Se não fosse pela pesquisa, que inclusive foi deixada como legado por Florence Nightingale, a enfermagem estaria afastada da evolução da humanidade e seria considerada como uma disciplina não embasada em princípios científicos. É importante lembrar que é através da dedicação de diversas enfermeiras à pesquisa que ampliamos os conhecimentos de enfermagem. E isso reflete em várias áreas de atuação do profissional enfermeiro, seja na área do cuidado, da adaptação, da reabilitação física e mental. É a necessidade do homem de descobrir o porquê de seus atos e de todas as coisas que o cercam que levam o enfermeiro a pesquisar e a desenvolver seu potencial criativo. Isso tudo tende a destacar a enfermagem cada vez mais, afastando-a da

inflexibilidade em se aceitar novos pontos de vista, proporcionando variados caminhos para a criatividade contida em cada enfermeiro. Considerações finais: Portanto foi possível verificar que a criatividade realmente é um dos instrumentos básicos para a formação do profissional em enfermagem, conforme o publicado pela autora Tamara Iwanow Cianciarullo, que busca visar a criatividade nos vários campos de atuação desse profissional. Com base no tema proposto, consideramos válidos os argumentos apresentados pela autora, pois a utilização do potencial criador possibilita resultados mais efetivos e é vasto seu campo de aplicação, podendo ser executado nas mais simples situações cotidianas até a resolução de problemas mais complexos. Isso propicia melhor desempenho e crescimento profissional, tanto individual como coletivo. Com isso, é possível observar quanto progresso a criatividade gera dentro da Enfermagem, o que possibilita maior rendimento, tanto acadêmico como da profissão.

Palavras-chave: Enfermagem, Profissional, Criatividade, Instrumento Básico.

REFERÊNCIA

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar:** um desafio para a qualidade de assistência. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESSENCIAL FERRAMENTA PARA SE TRABALHAR EM SAÚDE¹

Paola Franceschi Zanatta²

Jéssica Vendruscolo³

Funcionando como um potente instrumento a ser utilizado nesta área, a educação em saúde já existe há muitos anos, porém nem sempre foi tão difundida, útil e sabiamente utilizada como nos últimos tempos. Servindo para estimular a própria população a conhecer mais sobre as diferentes patologias que existem, assim como suas prevenções, cuidados e tratamentos e também valorizando o conhecimento popular, ela oferece subsídios para a promoção do autocuidado, e também através disto contribui para a redução de muitas doenças e agravos que muitas vezes ocorriam simplesmente por falta de informação. Durante muitos séculos ela ficou meramente conhecida apenas como a transmissão de conhecimentos, sem a discussão ou reflexão dos mesmos. Tradicionalmente no Brasil foi de início chamada de educação sanitária. Tendo surgido no começo do século XX, partindo da necessidade do Estado brasileiro de controlar as epidemias de doenças infecto-contagiosas que prejudicavam a economia exportadora do país. Neste período, o país era assolado por doenças como a febre amarela, a varíola, tuberculose e também sífilis, que também estavam relacionadas com as péssimas condições sanitárias e econômicas em que a população vivia naquela época. (MACIEL, 2009). Hoje ela está muito mais presente do que se imagina, servindo como ferramenta para que, além de levar conhecimento para os indivíduos, os profissionais de saúde possam conhecer também acerca da população que atendem, como histórias de vida, experiências vividas, moradia, condições socioeconômicas, fatores culturais como religião, crenças e tradições, e todo o contexto em que estão inseridos, o que já se sabe que tudo isto influencia bastante no nível de saúde dos cidadãos. Usada como recurso de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde de todo o Brasil, a educação em saúde hoje se encontra mais voltada para ações de prevenção e promoção da saúde. Utilizando de várias técnicas diferentes, quando se trata de promoção de saúde, procura intervir nas condições de vida das pessoas, auxiliando também no processo de tomada de decisões quando o assunto é qualidade de vida e saúde. Já quando as ações são de cunho preventivo, as informações são voltadas mais para orientar os indivíduos sobre a detecção, controle e também enfraquecimento de fatores de risco, visando ações que eliminem ou diminuam o risco de doenças. (PINAFO; NUNES; GONZÁLES, 2012). Dentre os materiais que podem ser utilizados pelos profissionais de saúde se encontram as cartilhas informativas, que ainda têm uma boa aceitação dos usuários do sistema de saúde, e também pelos profissionais. Bem como em muitas localidades existem jogos eletrônicos que podem ser trabalhados quando a população alvo for crianças e adolescentes. Sem contar as palestras educacionais, eventos, simpósios, jornadas e também feiras onde a população é convidada a participar, em que a prevenção e a promoção da saúde podem ser amplamente difundidas. (MUNGUBA, 2010). As práticas educacionais realizadas em grupo são um importante modo de fornecer informações

¹ Resumo Expandido.

² Enfermeira, pós-graduada em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Câmpus de Frederico Westphalen- RS. Relator do trabalho. E-mail: p-zanatta@hotmail.com.

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

abrangendo uma população maior. Também é bastante interessante pelo fato de ocorrer a troca de saberes, e abrir a possibilidade dos indivíduos exporem suas dúvidas e conhecimentos com outras pessoas que talvez tenham as mesmas dificuldades, ou saibam informações sobre determinado assunto, que os mesmos ainda não conheciam. Nem sempre é tarefa fácil reunir um grupo de pessoas, portanto este trabalho deve ser bastante estimulada pelos profissionais, instigando a população alvo a participar. (MARTINS, et al., 2007). As práticas pedagógicas trazem a ideia de que a apreensão do saber acarreta em mudanças de comportamentos e práticas, favorecendo a melhoria daquilo que estava precário. Gazzinelli, et al. (2005) dizem que: “O princípio de se educar para saúde e para o ambiente parte da hipótese de que vários problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população.”. Apesar de parecer uma tarefa relativamente fácil, fornecer educação em saúde nem sempre é. Há muitas limitações encontradas referentes à cultura de cada tipo de população, onde em muitas localidades o modelo biomédico ainda é muito forte, e muitos indivíduos ficam fixos na questão curativa, ou seja, consulta médica e medicamento, não dando espaço para a educação em saúde. Outro problema também muitas vezes encontrado, é que nem todos os profissionais das unidades básicas participam das atividades educativas. Outro ponto importante é o excesso de trabalho, caso este que em muitas unidades de saúde é visto, e que acaba por limitar as ações de saúde para a demanda que chega, dificultando as ações de educação, que muitas vezes necessitam de tempo e dedicação para serem elaboradas. (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012). Apesar de haver dificuldades, a educação em saúde, oferecida tanto em práticas grupais quanto individuais, é sem sombra de dúvidas um fundamental instrumento para a aquisição de conhecimentos e troca de informações, tanto dos profissionais de saúde, quanto da população que é atingida. É através dela que muitas ideias sobre prevenção e promoção da saúde são amplamente difundidas através dos indivíduos que as recebem, e que muitas ações e práticas inadequadas sobre saúde são modificadas, melhorando assim a qualidade de vida da sociedade, e aumentando a prevenção de fatores de risco e agravos de muitas doenças.

Palavras-chave: Educação em saúde; Usuário; Saúde.

REFERÊNCIAS

GAZZINELLI, M. F.; et. al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, p.:200-206, 2005.

MACIEL, M. E. D. Educação em Saúde: Conceitos e Propósitos. **Cogitare Enferm**, p. 773-776, 2009.

MARTINS, J. J.; et al. Educação em Saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 443-456, 2007.

MUNGUBA, M. C. S. Educação na saúde – Sobreposição de saberes ou interface? **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. p. 295-296, 2010.

PINAFO, E.; NUNES, E. F. P. A.; GONZÁLES, A. D. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 1825-1832, 2012.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Esc. Enferm. USP**. p. 641-649, 2012.

A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO CUIDADO A PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS¹

Paola Franceschi Zanatta²

Caroline Rossetto³

Anteriormente a década de 70, as únicas instituições hospitalares que “abrigavam” os portadores de transtornos mentais eram os chamados manicômios. Instituições estas que ofertavam um atendimento muito pouco humanizado, privando o indivíduo do convívio com a sociedade, a família, e reprimindo qualquer resquício de autonomia que os mesmos poderiam ter. Em meados de 1970, com o início do processo da Reforma Psiquiátrica, estes fatos começaram a mudar. (PITTA, 2011). O movimento da Reforma lutou em prol de mudanças dos cuidados a estes indivíduos, clamando pela extinção dos manicômios, para que dessa forma cessassem os relatos de violência asilar, pela humanização e mudança nos atendimentos aos portadores de transtornos mentais, fazendo com que os mesmos tivessem seus direitos devolvidos, assim como a ressocialização, o convívio com a família e a criação de novas instituições que ofertassem tratamento a estes indivíduos, sem ter que precisar a internação hospitalar, que na maioria das vezes ocorria de forma desnecessária. (BRASIL, 2005). Este cenário que fora exposto fazia com que, na maioria das vezes, a própria família do indivíduo adoecido o excluísse, levando-o para estas instituições, onde os mesmos ficavam reclusos e dificilmente recebiam visitas. AIRES, et al (p.568, 2010), destacam que : “A família era vista como um sistema doente, como a causa do adoecimento, ou seja, transferia-se a ela a culpabilização pela doença”. Isto é, como a própria sociedade depositava grande parte da “culpa” do adoecimento do ente na família, e o estigma e a segregação que esta família acabava tendo era grandioso, era visto que esta iria se afastar do indivíduo, ou isolá-lo em hospitais psiquiátricos. Após o evento da Reforma, houve o entendimento de que a família é parte indispensável para a eficácia do tratamento a estes indivíduos. Estando também envolvida no desenvolvimento sadio ou não de seus entes. Assim, aos poucos este estigma da família sendo culpabilizada foi sendo extinto, fazendo-se entender que a família se caracteriza em uma peça fundamental para a melhoria e tratamento dos portadores de transtornos mentais, incluindo assim a mesma neste novo contexto. (BORBA, et al, 2011); (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010). Uma das primeiras e mais significativas instituições que foram criadas para substituir os manicômios, foram os Centros de Atenção Psicossocial. Quase todas estas unidades funcionam em um regime de atendimento diário, ou seja, dependendo das características de sua patologia, o paciente fica na instituição durante o dia, ou durante um turno, ou até mesmo somente participando de consultas ou reuniões, podendo ele retornar para sua casa, no convívio de sua família após o tratamento. (BRASIL, 2004). Estes centros ofertam para estes indivíduos diversos serviços, contando com profissionais como médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, técnicos de enfermagem, pedagogos e artesãos, e algumas unidades também contam com o apoio de universidades que realizam alguns atendimentos. Diante disto, é possível ver que o portador de transtorno mental pode

¹ Resumo Expandido.

² Enfermeira, pós-graduada em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Câmpus de Frederico Westphalen- RS. Relator do trabalho. E-mail: p-zanatta@hotmail.com.

³ Acadêmica do 10 semestre do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional Integrada do alto Uruguai e das missões. Uri/FW. enfrossetto@gmail.

contar com um leque muito abrangente de profissionais no mesmo local, e todos voltados em prol de uma mesma causa, a cura ou o tratamento de suas patologias. (BRASIL, 2004). É visto que a criação dos CAPS foi um grande incentivo para que as famílias voltassem a fazer parte do convívio com o ente que outrora fora excluído. Houve uma grande mudança no modo de pensar, onde a reinserção social do indivíduo e o convívio familiar hoje se fazem cruciais para a melhoria deste. O CAPS é uma peça fundamental, atuando de uma forma que visa ressocializar o paciente através de atividades em que o mesmo tenha sua autonomia aos poucos resgatada, incluindo também a família nesta tarefa. (BRASIL, 2004). Sendo então um dos objetivos do CAPS encorajar as famílias a participarem do cotidiano dos serviços e dos usuários dele, é possível que esta participe incentivando o indivíduo a seguir e se envolver no projeto terapêutico. Também os familiares podem participar de reuniões e assembleias que ocorrem na unidade, podendo se inserir nos grupos terapêuticos e projetos para estarem mais presentes no tratamento de seus entes, fazendo parte primordial na melhoria e ressocialização do indivíduo. (BRASIL, 2004). Um ponto de suma importância, é que a família do portador de transtorno mental também precisa ser amparada, pois nem todas estão preparadas e aptas a lidar com um indivíduo com limitações e particularidades muitas vezes singulares. FILHO, et al (p. 640, 2010) dizem que: “A família pode se sentir culpada pelas dificuldades enfrentadas por seu ente próximo”. É relevante entender, que a melhoria significativa do paciente e sua reinserção social somente será plenamente efetiva, se os familiares também forem auxiliados em suas necessidades e dificuldades. E isto pode ser alcançado através de intervenções e ações que possam fornecer orientações, apoio e informações, sanando suas dúvidas e ofertando ajuda no enfrentamento de seus obstáculos. (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008). É sabido que a participação familiar em qualquer espécie de tratamento na área da saúde se faz primordial, no caso específico do portador de transtorno mental, se faz mais importante ainda, visto que o indivíduo em muitos casos necessita de muita atenção e cuidado em suas particularidades. A partir disto, é cada vez mais necessário o incentivo às famílias para que participem ativamente do tratamento destes entes. Assim como é preciso criar mais formas de acolhimento para estas famílias, suprimindo-as com informações, sanando suas dúvidas e questionamentos, e ofertando principalmente apoio em suas dificuldades, facilitando o cuidado, que muitas vezes é difícil.

Palavras-chave: Família; Portador de Transtorno Mental; Reforma Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M.; ROOS, C. M.; GONÇALVES, A. V. F.; SCHNEIDER, J. F.; OLSCHOWSKY, A. Ações em saúde mental às famílias nos diferentes contextos de trabalho: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) p. 567-74, 2010.
- BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; CASTRO, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **J Bras Psiquiatr.** p. 98-104, 2008.
- BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F.; O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Rev Esc Enferm USP,** p. 11-17, 2010.
- BORBA, L. O. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. Esc. Enf.** p. 442-449, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, p.1-86, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, p. 1-56, 2005.

FILHO, M. D. S.; et al. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, p. 639-647, 2010.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 4579-4589, 2011.

A OBESIDADE COMO DOENÇA RESULTANTE DE MÚLTIPLOS FATORES: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Jéssica Vendruscolo¹

Rosângela Binotto²

O presente trabalho é uma revisão bibliográfica a partir de leituras de artigos e livros, com o intuito de adquirir conhecimento acerca de um assunto cotidiano, perceptível aos olhos dos profissionais enfermeiros que lidam com as mais diversas patologias consequentes da obesidade, sedentarismo e maus hábitos de vida. Início este resumo fazendo um apanhado geral sobre a obesidade, suas causas (fatores: alimentação, sedentarismo e genética), as consequências, e por fim, o papel do enfermeiro atuante em relação às doenças mórvidas como a obesidade. O que é a obesidade? A adiposidade e/ou obesidade é um distúrbio dos sistemas reguladores do peso corporal e caracteriza-se pelo armazenamento de gordura no corpo. Toda essa energia/gordura vem da alimentação, e se mantém caso não seja gasta com algum tipo de atividade física. Podemos classificar a doença como: alta ou androide (a gordura se concentra mais no tórax e no abdômen, comum entre homens), e obesidade baixa ou ginecoide a gordura se concentra principalmente nas nádegas, coxas regiões próximas à pelve, esta é predominantemente subcutânea e causa a famosa celulite. A segunda não tem relação com patologias crônicas, no entanto a primeira possui, comprometendo assim a saúde. (MEIRA, 2011). A obesidade é também considerada um problema de saúde pública em países desenvolvidos, e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma epidemia global. (ABRANTES, 2002). Este fato remete diversas consequências, pois a doença gera outras, crônicas e graves, além de estar crescendo gradativamente. Tal realidade poderia ser mudada, já que a patologia é o reflexo de uma infância/adolescência constituída, principalmente, por uma combinação de péssima educação alimentar e escassas atividades físicas. De acordo com Abrantes (2002, p. 336) “A prevalência de obesidade está crescendo intensamente, na infância e na adolescência, e tende a persistir na vida adulta: cerca de 50% de crianças obesas aos seis meses de idade, e 80% das crianças obesas aos cinco anos de idade, permanecerão obesas.” Ainda, o autor Pereira (2012, p. 253) consiste que “[...] atualmente, existem mais crianças com excesso de peso do que desnutridas.” Dentre as causas, podemos citar uma série de fatores, direta ou indiretamente ligados, como: a industrialização, urbanização, e modernização (englobando os fatores econômicos, sociais, demográficos, culturais e políticos), trouxeram o aumento da ingestão de calorias e diminuição da atividade física, já que todos esses fatores influenciam desde a compra do alimento, até no seu preparo e consumo, causando, muitas vezes, a obesidade. (TARDIDO, 2006). Dados apontam que o índice de adiposidade vem aumentando a cada dia, e que dentre suas principais causas, além da qualidade do alimento, é a ingestão de energia demasiada, ou seja, existência e permanência de dietas altamente calóricas. (MEIRA, 2011). Mais um fator agravante é a prática de atividades físicas que quando não executadas (sedentarismo), mantém as quantidades de tecido adiposo no organismo. Segundo Sabia (2004, p. 350) “A manutenção

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

² Bióloga Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Frederico Westphalen.

estável do peso e composição corporal durante os anos resulta de um balanço preciso entre a ingestão e o gasto energético,” e a forma mais imprescindível de gasto de energia é, sem sombra de dúvidas, a atividade física. Ainda, o autor Mello (2004, p. 177) aponta que “A criança e o adolescente tendem a ficar obesos quando sedentários, e a própria obesidade poderá fazê-los ainda mais sedentários.” Esta fala se adapta não só para a criança e para o adolescente, como também, se encaixa para pessoas que são sedentárias. Se tratando de obesidade a genética não fica para trás, já que existe predisposição genética para a obesidade, neste caso são presentes nas alterações neuroendócrinas e metabólicas somando-se aos fatores acima mencionados. Todos esses interferem na susceptibilidade em relação à obesidade, pois o aumento da prevalência da doença em vários países do mundo indica a forma com que as pessoas vivem o que parece induzir que há uma predisposição genética. Em outras palavras podemos dizer que o gene se adaptou às formas de vida a que foi exposto. (MARQUES, 2004). Na circunstância da obesidade, não deve ser apenas aceita como somente aparência, é necessário levar em consideração os riscos que ela traz à saúde. Algumas patologias crônicas estão diretamente ligadas ao excesso de peso, de acordo com Abrantes (2002, p. 336) a obesidade “Está associada com hipertensão arterial, doença cardíaca, osteoartrite, diabetes tipo 2 e alguns tipos de câncer, e seu impacto é mais pronunciado na morbidade do que na mortalidade,” ligado a estas patologias e muito além, já que o autor Luiz (2010, p. 42) “Analisando a literatura, percebe-se que é encontrada uma forte relação entre a obesidade e aspectos psicológicos, tais como sintomas depressivos, problemas comportamentais e sociais [...]”. Mas é possível tratar a obesidade e suas consequências? De acordo com o quadro podem ser feitos os seguintes padrões de tratamento: tratamento clínico – não medicamentoso (inclui práticas de exercícios físicos e dieta nutricional), tratamento dietético (mudanças no comportamento alimentar, sendo que é importante a inclusão da atividade física), tratamento medicamentoso (deve servir como auxílio e não como base fundamental). De forma geral, independente do tratamento, o paciente deve compreender que é uma questão além da estética, pois visa à redução da morbidade, e diminui drasticamente as chances de sofrer mortalidade por doenças crônicas decorrentes da obesidade. A perda de 5% a 10% traz mudanças significativas em relação à hipertensão arterial, glicemia, aterosclerose, e outros. (MONINO-BORGES, 2006). Diante disso, o papel do enfermeiro é extremamente importante, tanto no tratamento clínico da morbidade, na assistência ao paciente e seu familiar, no ato de dominar a teoria através das técnicas e o Processo de Enfermagem, quanto na educação em saúde, nas ações preventivas, a fim de evitar agravos (sejam essas ações desenvolvidas na infância ou idade adulta) com programas e atividades atrativas em instituições, que mostrem verdadeiramente as vantagens e a qualidade de vida que se pode ter através do autocuidado.

Palavras-chave: Obesidade, Nutrição adequada, Prática de atividades físicas, Enfermagem.

REFERÊNCIAS

MEIRA, C. F. **Obesidade infantil: um problema hereditário ou uma compulsão alimentar?**. Curitiba. 3 f. Trabalho acadêmico da disciplina de Sociologia – Curso de Biomedicina das Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná.

ABRANTES, M. M. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p; 335 – 340, Maio 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n4/v78n4a14.pdf> Acesso em: 05 Mar. 2014.

PERERA, L. O. et al. Obesidade: Hábitos Nutricionais, Sedentarismo e Resistência à Insulina. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 2, p; 111 – 127, Abril 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n2/a03v47n2.pdf>. Acesso em: 05 Mar. 2014.

SABIA, R. V. et al. Efeito da atividade física associada à orientação alimentar em adolescentes obesos: comparação entre o exercício aeróbio e anaeróbio. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte**, São Paulo, v. 10, n. 5, p; 349 – 355, Outubro 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v10n5/v10n5a02.pdf>. Acesso em: 07 Mar. 2014.

TARDIDO, A. P. et al. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 21, n. 2, p; 117 – 124, Abril 2006. Disponível em: http://www.ucg.br/ucg/eventos/Obesidade_Curso_Capacitacao_Ambulatorial/Material_Consulta/Material_Nutricao/O%20impacto%20da%20moderniza%E7%E3o%20na%20transi%E7%E3o%20nutricional%20e%20obesidade.pdf . Acesso em: 06 Mar. 2014.

PEREIRA, R. M. C. et al. Obesidade na criança e no adolescente: quantas calorias a mais são responsáveis pelo excedente de peso?. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 2, p; 252 – 257, Dezembro 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n2/18.pdf>. Acesso em: 05 Mar. 2014.

MARQUES, M. I. et al. Aspectos genéticos da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 3, p; 327 – 338, Setembro 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v17n3/21882.pdf>. Acesso em: 06 Mar. 2014.

A SAÚDE COLETIVA NO CONTEXTO FAMILIAR (HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Jéssica Vendruscolo²

Marines Aires³

Jaqueline Marafon Pinheiro⁴

O presente resumo é um relato de experiência baseado nas aulas teóricas de saúde coletiva sobre o contexto de avaliação das famílias (teoria colocada em prática durante os estágios, que tinham como objetivo a inserção do aluno em campo prático, a fim de identificar as fragilidades e formas de lidar com as famílias, sem que haja fortes interferências dentro da cultura das mesmas). Vale ressaltar que ao se referir aos estágios, trago também a vivência das práticas em outras disciplinas, sem deixar de pensar na família como um todo, seja na Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou no meio hospitalar. Dentro deste trabalho inicialmente será feito um apanhado teórico baseado nas ideias de SOUZA & HORTA (explicando sobre as relações familiares) que darão segmento à experiência enriquecedora do estágio e a importância do conhecimento da clínica, associado à escuta ativa e ao atendimento digno. Afinal, o que é uma família? Como realizar a abordagem e intervir na família? SOUZA & HORTA trazem o fato de ser difícil descrever uma família, afinal cada uma tem suas características, suas crenças, sua cultura. Isso porque além dos determinantes sociais, culturais, psicossociais, econômicos, e ambientais, é composta de vários indivíduos com códigos genéticos semelhantes ou não, e identidades/perfis distintos, que juntos compõem um grupo social, diferenciado de outros. Cada indivíduo que compõe a família torna-a diferente, porque as relações mudam com o número e a característica dos sujeitos, independente das relações de parentesco ou consanguinidade, a família será família quando duas ou mais pessoas residirem no mesmo espaço (e muito além do espaço). Dividem risos e tristezas, bons e maus momentos, comemoram as conquistas do filho aprovado em um concurso, ou se aborrecem com o ente que perdeu o emprego, e esses fatores externos, embora sejam acontecimentos cotidianos, influenciam na situação e nas relações da família, interferindo até mesmo na saúde. Além disso, a família tem noções de definição sobre o processo de ser saudável e doente, sendo considerada unidade de cuidado, participante ativa na promoção da saúde ou na recuperação; reconhece quando um dos indivíduos está passando por um momento/situação difícil, se preocupa com seu ente, e tem uma cultura sobre o cuidar (que transpassa a linha tênue de cada geração e permanece como fonte de conhecimentos terapêutica ou de cuidado). Embora seja comumente generalizada a maneira com que a família lida com perdas, ou com o diagnóstico de uma determinada doença a um ente (onde se costuma pensar que todos demonstram o sofrimento – através de palavras), é preciso estar ciente de que há o familiar que aparentemente não está sofrendo por tais acontecimentos, mas

¹ Resumo expandido.

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

³ 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

⁴ Enfermeira, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jaqueline@uri.edu.br

que em seu interior padece profundamente, como também há o familiar que é idoso e cuidador, que não está em boas condições de saúde e ainda assim exerce o papel de cuidador. Estas pessoas, muitas vezes, sofrem tanto quanto o ente que adoeceu, porque cuidam do outro e esquecem do autocuidado, em nome das relações e laços familiares ou afetuosos. Ao se deparar com situações como esta é que entra o profissional de enfermagem com suas intervenções, que podem ser baseadas em instrumentos de avaliação apresentados por SOUZA & HORTA: Modelo Calgary – Genograma e Ecomapa, APGAR de família, Fundamental Interpersonal Relations Orientation (FIRO), PRACTICE, dentre outros, cada um com sua fundamentação e metodologia. Os modelos nem sempre são utilizados, ou conhecidos, pois a efetividade não está no instrumento utilizado, mas na maneira como o enfermeiro conduzirá as entrevistas, onde é preciso estimular a criação de vínculos de compromisso e responsabilidade, transmitir confiança e “cair dentro da família”, questionar e saber a hora de questionar, ser compreensível e ter em mente que não cabe ao enfermeiro prestar julgamentos sobre o modo de vida da família, deixando de lado apenas seus próprios valores individuais ou crenças, é preciso estar neutro em críticas e reflexivo em ações, ou seja, deve-se desenvolver um “olhar especial”. Quando se fala em cuidado e intervenção familiar, logo se pensa que as intervenções serão com toda a família; a questão não é “ser com”, mas “ser para” a família, pois intervindo com um dos “pilares” (indivíduos) de tal família, haverá resultados dentro de toda a sua estrutura. É possível compreender o que é uma família através das práticas, as leituras e a teoria proporcionaram o norte de toda a questão que é um tanto quanto complexa. Sendo assim, é válido trazer as experiências ao presente texto: Fazer uma intervenção não é fácil, principalmente quando surge um alguém estranho e novo no espaço da família, mas é possível, e isso se torna perceptível a cada contato com o paciente e seu familiar, seja na Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou em uma unidade hospitalar. Os vínculos são criados aos poucos, querendo estar para “ajudar a melhorar” e não “mudar”, sem interferir fortemente na cultura da família ou criar conflitos, mostrando que as soluções estão ali, dentro de cada pessoa, dentro da família. Reflexões e experiências de tamanha grandiosidade como esta na conclusão de estágios/semestre, são como um troféu para um campeão, ou muito mais do que isso, porque ao perceber tamanho conhecimento adquirido, não é admissível “guardar” tal “mérito” em uma coleção, mas colocá-lo em prática a cada dia. Certamente foi uma honra aprender teorias de grandes autores ao lado de verdadeiros mestres, dentro de uma universidade e um curso que prepara um profissional enfermeiro para atuar entregando não só o conhecimento aplicado em técnicas e procedimentos, ou a um Processo de Enfermagem impecável, descrito em lindas palavras a uma equipe, mais ainda: entregar/prestar o melhor dos cuidados, àquele que envolve o conhecimento e o domínio da teoria, associado a um misto de amor e respeito pelo ser humano. Desta forma, finalizo com a seguinte reflexão: É gratificante saber que a Enfermagem é tudo o que foi mencionado acima, muito mais e além. É gratificante entender que ouvir não é uma tarefa tão fácil, mas que o ato é capaz de resolver problemas de grande magnitude. É gratificante perceber que a busca pelo conhecimento e formação também nos faz crescer como ser humano, e descobrir aquilo que se tem de melhor; é “se lapidar como ser humano” e finalmente compreender que o cuidado está nos pequenos detalhes, na gentileza, no carinho, na atenção e na escuta, e que isso faz um bom enfermeiro, um bom ser humano, capaz de “ser usuário do próprio cuidado”, tendo em mente que sempre há o que melhorar.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde Coletiva; Experiências; Cuidado; Acolhimento.

REFERÊNCIA

SOUZA & HORTA. Enfermagem em Saúde Coletiva Teoria e Prática. 3ª ed. Rio de Janeiro, EPUB, 2012. GUANABARA KOOGAN.

ANSIEDADE¹

Camila Zagonel²

Crislaine Baron²

Higor Soranzo Almeida²

Luana Patricia Machado²

Valéria Rheinheimer²

Adriana Rotoli³

Jaqueline Marafon Pinheiro³

Introdução: O transtorno de ansiedade pode ser classificado de várias formas. Ansiedade é considerada resultado de uma sensação de que algo desagradável poderá acontecer, envolvendo um sentimento de tensão diante de situações ameaçadoras ou estressantes. Ela deve ser entendida como um fenômeno que pode tanto beneficiar o indivíduo como prejudicar, e isto depende da situação que ele enfrenta. Acredita-se que problemas interpessoais e problemas na infância podem influenciar diretamente no desenvolvimento deste fenômeno, o simples fato de ser apresentado a algo novo pode acarretar um estado ansioso. Segundo Hilgard (2002, pg 553) “Quase todos nós sentimos ansiedade e tensão diante de uma situação ameaçadora ou estressante, estes sentimentos são reações normais ao estresse. A ansiedade é considerada anormal somente quando ocorre em situações que a maioria das pessoas enfrenta com pouca dificuldade”. Podendo se tornar algo normal no cotidiano das pessoas, porém dependendo do grau ela pode ou não ser patológica. **Objetivo:** Objetivo mostrar as classificações dos tipos mais frequentes de transtornos de ansiedade e também apresentar alguns dos sintomas. **Metodologia:** A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho é de Revisão de Literatura. **Resultados:** Os transtornos de ansiedade incluem um grupo de transtornos do qual a ansiedade é o sintoma desencadeante. **Transtorno de Ansiedade Generalizada (conhecido como TAG):** se caracteriza por constantes sensações de tensão e preocupação excessiva. O portador da TAG deve apresentar sintomas presentes no dia a dia e por mais de seis meses, esses sintomas podem prejudicar várias áreas importantes da vida como nos estudos, as queixas físicas mais comuns são alterações no sono, cefaleia e taquicardia. Geralmente o paciente sofre desse transtorno não busca a ajuda de um psicólogo ou de um tratamento específico, porém não é capaz de chegar a uma solução sozinho por apresentar grande dificuldade na tomada de decisões. Por isso a pessoa passa a sofrer intensamente, focando sua atenção nas dificuldades. **Transtorno do Pânico:** é caracterizado por crises de sensação de que algo aterrorizante está por acontecer. Essas crises geralmente acarretam algumas alterações fisiológicas como tremores musculares, falta de ar e náuseas. Sem o tratamento esse transtorno tende a se tornar crônico. **Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC):** Os pacientes deste transtorno apresentam características de ações ou ideias repetitivas, como verificar várias vezes se as portas da casa estão fechadas. Ele também

¹ Resumo Expandido

² Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e da Missões – URI Câmpus Frederico Westphalen

³ Enfermeiras. Professoras no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e da Missões – URI Câmpus Frederico Westphalen

é conhecido como um transtorno de manias, a mania de limpeza é um bom exemplo a ser citado, esses rituais de manias e repetitividade com as situações podem estar diretamente ligados à ansiedade. De tão controladores e perfeccionistas esses pacientes apresentam uma necessidade muito grande de cuidar todos os que estão ao seu redor, pois eles pensam que algo de ruim pode acontecer a essas pessoas e que eles irão conseguir controlar essas situações. Os pensamentos obsessivos são muito angustiantes por eles se cobrarem muito perante as situações vividas. Fobia: Segundo Hilgard (2002, pg 557) “Muitas pessoas tem algum medo irracional, seja de serpentes, insetos ou alturas, entretanto, um medo geralmente não é diagnosticado como um transtorno fóbico a menos que interfira consideravelmente na vida diária da pessoa” caracterizada como um medo intenso de uma situação que muitas pessoas podem tratar como algo normal, esse medo intenso pode gerar fortes crises de ansiedade e até causar um estado de pânico. É como, por exemplo, alguém que tem muito medo de ficar preso a lugares fechados, a pessoa irá sofrer muito perante essa situação e esse sofrimento só irá passar no momento que sair deste lugar. A fobia tem ligação direta com o estresse e a ansiedade e pode ser dividida em dois grandes grupos, fobia simples e fobia social. A fobia simples é um medo específico de um objeto, animal ou de determinadas situações, por exemplo, um medo absurdo de cobra. A fobia social é caracterizada por um medo difuso especialmente em situações que envolvem um ambiente social, esses pacientes têm grande dificuldade em interagir com o público e também apresentam medo de se apresentar ou ler na presença de pessoas diferentes. Quando é necessário passar por este tipo de situação, eles tentam disfarçar os sintomas que o transtorno pode causar, como gagueira, tremores e nervosismo. Transtorno pós-traumático: esse transtorno pode afetar pessoas que tenham vivido ou presenciado alguma situação que as deixaram traumatizadas, por exemplo, um acontecimento que tenha ameaçado de alguma forma a sua própria vida ou de outros. O paciente que sofre deste trauma revive toda a situação que lhe causou intenso medo e aflição, seja em forma de pensamentos, imagens ou até em sonhos. Essas recordações de momentos traumáticos fazem com que as pessoas sofrem muito psicologicamente e também sofram com alterações fisiológicas, como episódios taquicardia e sudorese. Muitas vezes há grande dificuldade em diagnosticar esses transtornos por eles serem bastante confusos, por isso deve-se prestar bastante atenção nos sinais e sintomas que eles podem nos causar. Esses sintomas podem ser tanto psicológicos como físicos. Segundo Robert (1988, pg 16) “A ansiedade, portanto, tem dois elementos que costumam andar de mãos dadas: reação emocional e reação física. Ela pode se tornar um problema quando é considerada desproporcional, isto é, quando o individuo acha que esta se sentindo muito mais ansioso do que qualquer outro, em circunstancia idênticas.” Os problemas físicos mais comuns são incapacidade de relaxar, tensão muscular, perturbação do sono, fadiga, dores de cabeça, tontura e taquicardia, falta de ar, sudorese, palpitações, náuseas, entre outros. Vale salientar que esses problemas podem ser comuns a varias pessoas, porém quando visualizado com bastante frequência e de modo crônico deve ser avaliado com atenção, pois estes podem ser os sinais mais evidentes da doença. Os sintomas psicológicos são vários, como preocupação excessiva, perfeccionismo, comportamentos compulsivos, medos irracionais, pânico, medo de falar em publico, cobrança excessiva com si mesmo, pesadelos, entre outros. Considerações Finais: Os transtornos de ansiedade e a ansiedade em geral podem ser de difícil diagnostico. O paciente vai apresentar muitos sinais e sintomas, podendo esses ser alguns característicos de determinado transtorno, como já foi citado. Por esses motivos, destacamos a importância de dar uma maior atenção a quem vem apresentando sinais/sintomas diariamente ou consecutivamente. Há uma grande importância também sobre a necessidade de conversar com essas pessoas e orientá-las à procurar ajuda, pois muitas vezes eles tentam se autoajudar ou acham que as crises são algo normais diante de algumas situações em que a vida nos sujeita.

Palavras-chave: Transtorno. Ansiedade. Sintomas. Psicológico.

REFERÊNCIAS

ATKINSON, Rita; ATKINSON, Richard C; SMITH, Edward; BEM, Daryl J; NOLEN-HOEKSEMA, Susan. **Introdução a Psicologia de Hilgard**. São Paulo, Brasil, 2002.

PRIEST, Robert. **Como combater a ansiedade e a depressão**. São Paulo, Brasil, 1988.

MARCOLAN, João Fernando; RIBEIRO DE CASTRO, Rosiani C. B. **Enfermagem Em Saúde Mental e Psiquiátrica**. 2013.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA: ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO¹

Lidia Maria Pich Dalla Nora²

Laura Helena Gerber Franciscato³

Introdução: A Sala de Recuperação Pós-Anestésica implica na utilização de uma metodologia de trabalho que requer do enfermeiro a implementação de ações sistematizadas. O enfermeiro é o profissional capacitado para atuar na Sala de Recuperação Pós- Anestésica habilitado para lidar com as complicações que este ambiente pode proporcionar. Conhecer o paciente, manter um cuidado constante, a fim de que se possa prestar uma assistência individualizada e humanizada, treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas, são alguns dos cuidados que devem ser desenvolvidos na Sala de Recuperação Pós-anestésica. A segurança e o bem estar do paciente são fundamentais, com isso devemos dar o máximo de conforto, garantindo que o paciente sinta-se seguro e acolhido pela equipe de enfermagem, transmitindo confiança nas suas ações (MORAES, PENICHE, 2003). O período pós-operatório compreende o momento em que o paciente sai da sala de operações até o retorno às suas atividades normais. Sua duração é variável, pois depende do tipo de intervenção cirúrgica e das condições fisiológicas do paciente. O período pós-operatório é dividido em três etapas: imediato que compreende as primeiras 12 ou 24 horas após o término da cirurgia. Sua real duração depende do porte ou gravidade da cirurgia e estado em que se encontra o paciente ao seu término. O período pós-operatório mediato que se inicia após as primeiras 24 horas e se desenvolve por um período variável até o dia da alta hospitalar e o período pós-operatório tardio que sucede o anterior e se estende por 1 a 2 meses, até a completa cicatrização das lesões. (MORAES, PENICHE, 2003). Devido à elevada incidência de complicações no período pós operatório imediato, é muito importante a permanência do paciente na Sala de Recuperação Pós-anestésica até que recobre a consciência, esteja com os reflexos ou com os movimentos dos membros inferiores e quadril ativos e com os sinais vitais estáveis. No período pós-operatório o cliente encontra-se em uma condição de fragilidade emocional e fisiológica, por este motivo ele precisa de cuidados constantes da equipe de enfermagem. Esta deve estar preparada e com todos os recursos necessários para qualquer tipo de intervenção, devem apresentar materiais disponíveis, indispensáveis para se prestar uma assistência segura ao paciente durante todo o período que se encontra na Sala de Recuperação Pós-anestésica. (POPOV, PENICHE, 2009) **Objetivo:** Identificar as atribuições do profissional enfermeiro na Sala de Recuperação Pós- anestésica. **Método:** Foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos nacionais publicados no ano de 2003 e 2009 no mês de setembro através de um sistema informatizado disponível na base de dados da Scielo (Scientific Electronic Library Online). **Resultados:** Nesta pesquisa identificamos que os enfermeiros representam uma categoria que tem significativamente importância para atuar na Sala de Recuperação Pós-anestésica, pelo conhecimento científico adquirido e os cuidados com o ser humano. Dentro deste cenário visualiza-se que para uma

¹ Resumo expandido.

² Acadêmica do VI Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: lidiampich@live.com

³ Enfermeira. Laura Helena Gerber Mestre em Genética e toxicologia Aplicada. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Câmpus Frederico Westphalen.

melhor organização deste setor a sistematização das ações devem ser priorizadas. Considera-se importante o enfermeiro atuante na Sala de recuperação Pós-anestésica realizar o acompanhamento e a monitorização das respostas dos pacientes mantendo vínculo ativo com a sua equipe, além de oferecer condições para atuar com o cliente de maneira efetiva, planejada e segura. Quando o paciente é admitido na SRPA, os profissionais devem notificar a chegada do paciente e realizar as anotações de enfermagem. O enfermeiro simultaneamente pode avaliar a condição do paciente e individualizar o plano de prescrições de enfermagem. Os fatores de avaliação inicial são os sinais vitais do paciente (pressão arterial, pulso, respiração e temperatura), oximetria de pulso e nível de consciência. Os sinais vitais são monitorados a cada 15 minutos, ou com maior frequência se a condição do paciente o exigir, após uma hora de permanência do paciente. Os materiais eletrônicos que compõem a sala de recuperação pós- anestésica devem ser revisados constantemente pela enfermeira que deve possuir total habilidade em manuseá-los. O treinamento da equipe de enfermagem também é referenciado pelos artigos, sendo que o enfermeiro precisa realizar capacitações cotidianamente para manter sua equipe atualizada garantindo total segurança destes pacientes. No mesmo tocante identifica-se que avaliação do profissional enfermeiro atuante na Sala de Recuperação Pós-anestésica deve ter conhecimento das drogas utilizadas na anestesia, o nível de consciência do paciente e o seu estado geral. Os artigos referenciados elucidam que para uma estabilização do paciente submetido ao processo cirúrgico deverá apresentar padrão respiratório eficaz, estabilização dos sinais vitais, retorno do nível de consciência, mínimo de dor possível; sinais de volemia adequada, como volume urinário de 30 mL/h e pressão arterial estabilizada no nível de normalidade do paciente e ausência de sangramentos por sondas ou drenos. Além disso, o enfermeiro deverá avaliar se as ações implementadas são eficazes durante todo o período pós-operatório, verificando as prescrições médicas e a execução da administração de oxigênio suplementar. **Conclusão:** Conclui-se que a partir da leitura rigorosa dos artigos o profissional enfermeiro juntamente com a equipe de enfermagem necessita prestar uma assistência de qualidade pautadas no respeito na ética, introjetando que a Sala de Recuperação Pós-anestésica é um ambiente que denota muita tensão entre os profissionais, assim necessita de profissionais extremamente capacitados para atuar neste momento que pode gerar um risco de vida. Os enfermeiros necessitam estar preparados, de forma técnica e científica, para prestar uma assistência eficaz e segura.

Palavras-Chave: Sala de Recuperação Pós-Anestésica, Enfermeiro, Equipe de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem

REFERÊNCIAS

POPOV, Silva Cristina Débora; PENICHE, Giani Cassia de Aparecida. **As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica.** Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script>. Acesso em 27-09-2015.

MORAES de Oliveira Lygia, PENICHE, Giani Cassia de Aparecida, **Assistência de Enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura.** Disponível em: [file:///C:/Users/lucas%20p/Downloads/Assist%C3%Aancia_de_Enfermagem_na_SRPA%20\(5\).](file:///C:/Users/lucas%20p/Downloads/Assist%C3%Aancia_de_Enfermagem_na_SRPA%20(5).) Acesso em 27-09-2015.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO SUS

Lídia Maria Pich Dalla Nora¹

Jaqueline Marafon Pinheiro²

Marines Aires³

Introdução: Saúde requer do enfermeiro uma atenção voltada aos objetivos que atendam ao setor e reparem a dificuldade nas condições das redes de serviços de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) exige um profissional generalista com perfil diferenciado que atenda com competência técnica, científica e comprometido no processo de gestão para que desenvolva habilidades necessárias na dimensão da prática e do saber gerencial. (FERNANDES et al, 2010). O desenvolvimento das redes básicas de saúde é em decorrência da descentralização do SUS, como resultado ocorrem transformações na gestão, mudanças de conscientização e principalmente de um processo de educação em saúde que está voltado para a população e para os profissionais que estão neste cenário. Nesta situação a uma perspectiva de atendimento integral à população com melhores condições de saúde. As redes básicas de saúde devem ter sua qualidade destacada por que é através dela que os usuários podem identificar seus problemas e serem atendidos em sua integralidade, sendo este um instrumento necessário para o controle da qualificação da assistência. (FERNANDES et al, 2010) No exercício da função gerencial o enfermeiro deve ser capaz de compreender e participar de decisões mais complexas estimulando a participação social, política e econômica, ao invés de apenas manter condutas organizadas segundo rotinas preestabelecidas da instituição de saúde. A atividade gerencial do enfermeiro deve fundamentar-se nos valores da profissão, no código de ética e no direito do indivíduo enfermo. Deste modo o enfermeiro estará atuando criticamente no gerenciamento das redes básicas de saúde rompendo com as delimitações impostas e tornando visíveis suas competências. O enfermeiro deve ter o compromisso com a sociedade a fim de firmar seu papel e prestar uma melhor assistência a população. O (SUS) necessita de enfermeiros generalistas para atender a demanda, enfrentando os desafios apontados por este sistema frágil, que apresenta dificuldades sociais, políticas e econômicas, favorecendo a manutenção e sua transformação para desenvolver atitudes e ações racionais e humanas. (WEIRICH, MUNARI et al, 2009). A nova política do SUS está sustentada em princípios como equidade, integralidade, universalidade e igualdade, este sistema tem a capacidade para desenvolver ações de maior qualidade e que favorecem a sua transparência. Este sistema reorganiza a atenção básica em saúde através de obras prestadas no sentido de anular as técnicas individualizantes e segmentadas das ações terapêuticas. O enfermeiro possui uma visão da realidade que contribui para a criação de estratégias em busca da resolução de problemas. As redes básicas de saúde é o primeiro nível de atenção que o usuário recebe, onde há uma equipe multidisciplinar responsável pelo cuidado da comunidade,

¹ Acadêmica do VI Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: lidiampich@live.com

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

³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem - URI - Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail maires@uri.edu.br

facilitando seu acesso e acolhendo em suas necessidades. O enfermeiro deve atuar garantindo a qualidade da assistência em todos os níveis de atenção à saúde, planejando, organizando, gerenciando e avaliando o processo de trabalho com auxílio podendo desempenhar seu papel no progresso do sistema de saúde. Os enfermeiros ocupam cargos-chaves na gerência dos serviços de saúde com habilidades específicas que se destacam com o espírito de liderança, comunicação para interagir com a equipe e a comunidade decidindo as condutas mais adequadas no desempenho da função de gestão. Neste contexto ele contribui para a implantação e conservação das políticas de saúde para se ter uma melhor qualidade da assistência prestada por esses profissionais junto aos serviços de saúde. Na gerência dos serviços de saúde se exige deste profissional uma visão voltada às necessidades da comunidade com competência que vai ao caráter educativo, assistencial, administrativo e o político. Sendo assim, acredita-se que o enfermeiro seja hábil a desempenhar o papel de gerente nas redes básicas de saúde com participação onde a finalidade está na união do empenho coletivo, para que seja estabelecida uma nova realidade organizacional alinhada a melhores práticas, com prestação de uma assistência integral à população de forma ética, digna e humanizada (WEIRICH, et al, 2009). Objetivo: Este estudo tem como objetivo realizar um resgate teórico acerca do profissional enfermeiro atuante no Sistema Único de Saúde. Método: Foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos nacionais publicados de 2009 e 2010 no mês de setembro através do sistema informatizado disponível pelo scielo. Resultados: Neste estudo, vemos profissionais que representam uma categoria que tem significativamente ocupado cargos gerenciais e, que foram escolhidos em função de sua representatividade no contexto onde atuam, ainda que a informação obtida nem sempre seja generalizável no que diz respeito. Dentre o conjunto de atividades do enfermeiro gerente, são de assistência à saúde nos programas de planejamento, supervisão, avaliação dos serviços e assessoria técnica nas unidades de saúde, o que representa as atividades de gerenciamento dos serviços. Atendimento às urgências e emergências e desenvolve atividades simultâneas de assistência e de gerência. As atividades assistenciais de maior frequência consistem no desenvolvimento de políticas de ações programáticas, tais como: saúde do adolescente, mulher, criança, adulto, idoso, saúde mental, tuberculose, entre outros inúmeros programas. Porém as atividades de gerência constituem em sua maioria, atividades administrativas burocráticas mais ligadas às questões operacionais do trabalho nas unidades de saúde. Conclusão: O desenvolvimento das redes básicas de saúde vem modificar a prestação de serviços no setor dando autonomia aos enfermeiros como gestores e definindo mudanças no modo de fazer saúde. Assim, apesar da gerência ser uma tarefa complexa ela deve ser realizada no intuito de construir um plano que acolha as necessidades da comunidade para possibilitar a satisfação desses serviços. Os enfermeiros ocupam cargos-chaves na gerência dos serviços de saúde com habilidades específicas que se destacam com o espírito de liderança, comunicação para interagir com a equipe e a comunidade decidindo as condutas mais adequadas no desempenho da função de gestor. Neste contexto ele contribui para a implantação e conservação das políticas de saúde para se ter uma melhor qualidade da assistência prestada por esses profissionais junto aos serviços de saúde. Na gerência dos serviços de saúde se exige deste profissional uma visão voltada às necessidades da comunidade com competência que vai do caráter educativo, assistencial, administrativo e o político. Sendo assim, acredita-se que o enfermeiro seja hábil a desempenhar o papel de gerente nas redes básicas de saúde com participação onde a finalidade está na união do empenho coletivo, para que seja estabelecida uma nova realidade organizacional alinhada a melhores práticas, com prestação de uma assistência integral à população de forma ética, digna e humanizada.

Palavras-chave: Atenção básica, atuação e enfermagem.

REFERÊNCIAS

WEIRICH, Fátima Claci; MUNARI, Bouttelet Denize; MISHIMA, Martins Silvana; BEZERRA Queiroz Ana Lúcia. **O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde.** Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/07.pdf>. Acesso em 10-09-2015.

FERNANDES, Marcelo Costa; BARROS, Adriana Sousa; SILVA, Maria Lucilane Sales; NÓBREGA, Fátima Maria Bastos; SILVA, Rocineide Maria Ferreira; TORRES, Martins Augusto Raimundo. **Análise da Atuação do Enfermeiro na gerencia de unidades básicas de saúde.** Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000100002&script=sci_arttext Acesso em 10-09-2015.

ROCHA JSY. **Análise crítica dos modelos de planejamento em saúde na América Latina.** Educ Med Salud 1992; 26(2).

BENEFÍCIOS DO HOME CARE, A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DO ENFERMEIRO E A PRÁTICA DESTA ASSISTÊNCIA NO BRASIL¹

Danieli Casaril²

Eloise Cristine Franz³

Jaqueline Marafon Pinheiro⁴

Introdução: Os serviços de Home Care podem ser compreendidos como o atendimento prestado a pacientes em sua própria residência. Representa uma opção segura, prática e eficaz para aqueles que por alguma razão não podem se locomover até uma unidade de atendimento hospitalar. Tem como propósito o bem estar e o conforto do paciente, aliado a um atendimento eficaz e mais econômico. (BELLEHUMEUR, et al. 2007). Segundo Bellehumeur, et al. (2007) os atendimentos em residência têm uma abrangência maior em países europeus, que foram os pioneiros desta modalidade. No Brasil a prática deste tipo de atendimento é recente, porém desde que foi adotado têm tido êxito, tanto no setor público quanto no setor privado. Este tipo de serviço é direcionado a pacientes em qualquer fase de suas vidas, porém a procura é maior por parte dos idosos, bem como por pacientes em fase terminal. A equipe de Home Care varia conforme a necessidade do paciente, na maioria dos casos conta com um administrador, um profissional médico, e um enfermeiro, que desempenha papel fundamental. (BELLEHUMEUR, et al. 2007). **Objetivo:** Observar o importante papel que o profissional enfermeiro realiza nos atendimentos domiciliares, bem como identificar os benefícios desta modalidade de serviço e como essa prática acontece no Brasil. **Métodos:** O estudo foi baseado em uma revisão de literatura, sendo utilizados artigos de banco de dados eletrônicos, acerca do tema "Home Care". **Resultados:** A expressão Home Care é de origem inglesa, e pode ser traduzida como Cuidados realizados no lar. Os cuidados domiciliares tiveram origem no século XIX, e eram prestados por religiosas. A partir desse momento essa prática vem tendo uma evolução significativa, requerendo muita técnica daqueles que a praticam. (BELLEHUMEUR, et al. 2007). Conforme Bellehumeur, et al. (2007) a modalidade de atendimento domiciliar teve grande desenvolvimento principalmente nos EUA, com a população cada vez maior e a saúde cada vez mais precária, o Home Care tornou-se uma alternativa viável. Esses cuidados custam menos do que comparado com hospitais, além de prestar uma atenção e conforto bem maior. Essa assistência domiciliar é custeada por empresas, sejam elas privadas ou públicas, além de serem serviços praticados por profissionais bem treinados e muito técnicos. A demanda por essas instituições em busca de profissionais altamente capazes de realizar esse tipo de serviços é relativamente alta. Este atendimento em domicílio é indicado para pacientes com doenças graves (agudas ou crônicas), tendo como objetivo a recuperação e reabilitação da saúde dos enfermos. O atendimento pode incluir, a administração de medicamentos, curativos, higiene pessoal, verificação de sinais vitais, entre outros mais abrangentes. (LOPES, E.; SOUSA, V.; GODOI,

¹ Resumo Expandido. Reflexão teórico-metodológica.

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

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

⁴ Enfermeira. Mestra em Educação. Professora no Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jaqueline@uri.edu.br

V., 2012). Ainda segundo essas autoras o Home Care traz benefício ao paciente, por este se encontrar junto com a sua família, o que ajuda na sua recuperação, ou mesmo para manter seu quadro estável. A assistência domiciliar deve ser considerada como um recurso a ser utilizado que procura manter o cliente junto à sua família, buscando-se o conforto e a recuperação, reabilitação biopsico-social, além de primar pela garantia dos mesmos princípios de biossegurança a que os clientes teriam acesso na internação hospitalar tradicional (COFEN, 2011). A equipe de Home care é formada por profissionais diversos, que variam conforme a necessidade do paciente. Esta assistência é oferecida por diversos profissionais de saúde, sendo os mais requisitados, médicos, enfermeiras, técnicos em enfermagem, auxiliares, e em casos não tão comuns, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogo, fisioterapeutas, entre outros. Esses profissionais atuam em equipes junto com o paciente e familiares, para promover, manter e restaurar a saúde. Equipes maiores podem contar com um administrador, que também deverá ser da área da saúde. O enfermeiro geralmente assume o papel de liderança na equipe. (BELLEHUMEUR, et al. 2007). Os atendimentos domiciliares requerem dos profissionais envolvidos muito mais conhecimento e habilidades técnicas do que em um atendimento em uma instituição. Não que o segundo não exija técnica e conhecimento, em qualquer lugar o profissional da saúde deve ser extremamente capacitado, porém no atendimento domiciliar não há acesso à assistência pessoal imediata de outros profissionais (RIBEIRO, 2007). Segundo Ribeiro (2007), o elemento mais importante na criação de uma equipe eficiente seja uma compreensão do papel de cada membro da mesma, bem como as responsabilidades de cada um. O administrador (a) de uma equipe de Home Care deve ser um profissional da área da saúde (enfermeiros, médicos). O papel do administrador (a) baseia-se em organizar e dirigir as atividades da instituição, mantém um total adequado de profissionais qualificados, acompanha o andamento dos atendimentos, garante que não haja falta de materiais, supervisiona os sistemas de orçamento e contabilidade. (BELLEHUMEUR, et al. 2007). Para a contratação de uma equipe de Home Care é necessário um encaminhamento do paciente para uma instituição. O encaminhamento é feito de várias formas, seja por um médico, após uma alta de hospital, até mesmo por familiares. (BELLEHUMEUR, et al. 2007). No encaminhamento deve conter algumas informações como o histórico do paciente, o diagnóstico da doença, uma prescrição médica, medicamentos, a necessidades desses cuidados, enfim dados essenciais sobre essa pessoa. Então, a instituição, juntamente com a equipe de enfermagem, avalia se poderão prestar esses serviços, com base nas informações e se o paciente for confirmado para esses cuidados, o mesmo receberá uma visita no seu domicílio. Porém nem todos os pacientes que enviam o encaminhamento são aprovados. (BELLEHUMEUR, et al. 2007). Os serviços particulares de atendimentos domiciliares precisam ter uma licença estadual para exercer a prática dos atendimentos. Uma equipe de licenciamento visita, então a instituição e avalia determinados tópicos, como, por exemplo a qualificação dos membros da equipe, bem como a obediência das leis seguidas por tais profissionais. (BELLEHUMEUR, et al. 2007). A enfermeira tem papel fundamental nos serviços domiciliares de Home Care. Desempenha várias tarefas, das quais podemos destacar o fornecimento de todo tipo de assistência para o paciente, além de ter a percepção caso o mesmo precisa de outros cuidados de diferentes profissionais. Também determina a frequência e a duração das visitas, e sempre faz a evolução sobre as avaliações do estado do seu paciente, até que o mesmo possa ter alta. (BELLEHUMEUR, et al. 2007). O Enfermeiro é um facilitador no processo de recuperação e reabilitação do indivíduo. Essa modalidade de assistência requer o planejamento de estratégias, sendo um educador em saúde, um dos principais papéis do enfermeiro no atendimento em domicílio. O perfil de um enfermeiro nessa modalidade de serviços exige do mesmo conhecimentos científico, tecnológico, extrema habilidade de se relacionar com pessoas de diferentes personalidades, muita competência e um perfil próprio. O enfermeiro deve também saber se comunicar, explicar sobre o quadro de

saúde do paciente por exemplo, orientar, de maneira que o paciente entenda. O profissional deve sobretudo exercer seu trabalho domiciliar com ética e responsabilidade.(LOPES, E.; SOUSA, V.; GODOI, V., 2012). O código de ética dos profissionais da enfermagem define Home Care como a prestação de serviços de saúde ao cliente, família e grupos sociais em domicílio. (LOPES, et al, 2012). “A Resolução-COFEN Nº 256 de 12 de julho de 2001, define que esta modalidade assistencial exprime, significativamente, a AUTONOMIA e o caráter liberal do profissional Enfermeiro”. (COFEN, 2001)”. Essa modalidade de prestação de serviços visa o bem estar e o conforto do paciente, acreditando que o mesmo muitas vezes se sentirá mais a vontade em sua casa. Internações prolongadas por exemplo causam ao paciente um certo temor a hospital, baseado neste propósito acredita-se que alguns procedimentos podem ser realizados no domicílio. Além do conforto, os serviços de Home Care podem custar menos, e os profissionais podem dedicar mais atenção ao paciente em questão, algo que pode não ser possível em ambiente hospitalar. A redução do risco de infecções também é um fator que traz benefícios.(BELLEHUMEUR, et al. 2007). Conforme diz Bellehumeur, et al. (2007) “para exercer seu papel como enfermeira de assistência domiciliar, você precisa cumprir uma série de tarefas, além do fornecimento de qualquer assistência necessária ao paciente.” Considerações Finais: Observando e analisando a história dos serviços domiciliares, bem como o crescimento destes tipos de atendimentos, tanto públicos como privados podemos perceber a importância dos mesmos para o progresso da saúde em uma determinada região/país. É uma modalidade prática, econômica e eficaz. Identificamos que a prestação do cuidado no domicílio traz muitos benefícios, tanto para a recuperação do paciente, quanto para a família deste, que pode manter os cuidados necessários na própria residência. Atualmente no Brasil os serviços de atendimento domiciliar estão crescendo, porém há carência de cursos de especialização nesta área, afim de formar profissionais altamente qualificados e experientes.

REFERÊNCIAS

FABRÍCIO, S. C. C., et al, 2004. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Revista Latino-America Enfermagem**, 2004 setembro-outubro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000500004&script=sci_arttext. Acesso em 10 out 2014.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R, 2004. Atendimento Domiciliar ao Idoso: Problema ou Solução?.**Cad. Saúde Pública** vol.20 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000400013&script=sci_arttext. Acesso em 16 out. 2014.

GARCIA, R. S. F., 2014. **A história do home care no Brasil**. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/a-historia-do-home-care-no-brasil/120711/> Acesso em 10 out. 2014

CATHYBELLEHUMEUR, et al.**Home Care: Cuidados Domiciliares; Protocolos para a prática clínica;** tradução Ivan Lourenço Gomes; revisão técnica Christina Aparecida Ribeiro, Marivan Santiago Abrahão. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

LOPES, E.;SOUSA, V.; GODOI, V., 2012. Home Care: A enfermagem no domicílio, 2012. **III Ciclo de Seminários: Campos de Atuação da Enfermagem**. Disponível em:http://www.den.uem.br/pet/atividades/Seminarios-III_ciclo_deseminarios:campos_de_atuacao_da_enfermagem. Acesso em 16 out. 2014

LUCENA, J. B. C., et al, 2011. Home Care:Serviço Domiciliar em Saúde. **1º Simpósio Científico FTSG de Graduação e Pós- Graduação**Disponível em: <http://www.vitoriahomecare.com.br/Artigos/4/31-116-1-PB.pdf>. Acesso em 10 out. 2014.

MENEZES, A. P.**Manual de orientação para Home Care.** Disponível em:<http://www.cassind.com.br/sgw/upload/947880ccb9ff497f8685f87ecb021472429f91cf.pdf> :Acesso em 10 out. 2014.

SÍLVIA, K. L., et al, 2005. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Revista saúde Pública, 2005.** Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24792.pdf>. Acesso em 10 out.2014.

CARACTERÍSTICAS DOS ATENDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL ANTES E APÓS O EVENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA¹

Paola Franceschi Zanatta²

Greici Kelli Tolotti³

Em meados da década de 70, deu-se início ao processo da Reforma Psiquiátrica, que lutou em busca de melhorias na área da saúde coletiva, igualdade de serviços para todos os indivíduos, assim como mudança nos modelos de gestão e atendimento aos portadores de transtornos mentais. Este movimento impulsionou a produção de novas tecnologias de atendimento e gestão, tanto por parte dos profissionais como dos usuários dos sistemas de saúde mental. (BRASIL, 2005). Faz-se necessário e importante entender o porquê destas mudanças, que foram tão clamadas, tanto por parte da sociedade em geral, quando dos usuários dos serviços. Eventos e situações estas que foram os principais motivos para as maiores mudanças no acolhimento, cuidado e tratamento dos indivíduos portadores de transtornos mentais no Brasil. (BRASIL, 2005). Anteriormente ao processo da Reforma, os indivíduos que sofriam de algum transtorno mental não tinham direitos e nem deveres como qualquer cidadão. Eram simplesmente excluídos da sociedade, pela própria sociedade e principalmente pela família, o que fazia com que a situação fosse ainda mais grave. Havia toda uma segregação da família que tivesse um ente portador de transtorno mental, além da culpabilização da mesma pela doença do indivíduo, por isto era mais fácil interná-lo longe de casa. (AIRES, et al., 2010). Acontece que as únicas instituições que “abrigavam” estes indivíduos eram os chamados manicômios, lugares estes onde os indivíduos perdiam toda e qualquer autonomia que lhes existia. Muitas vezes sofriam violência asilar, maus-tratos, vivendo em péssimas condições de higiene, excluídos do convívio com outras pessoas que não fossem portadores de transtornos mentais, muitas vezes com pouca ou nenhuma roupa, ou seja, viviam em condições desumanas. (ARBEX, 2013). Uma das coisas que mais chamam atenção eram os motivos para as internações nos manicômios. Não existia um parâmetro, tampouco uma avaliação. A maioria dos indivíduos não tinha sequer um diagnóstico de transtorno mental. Por exemplo, muitas esposas eram internadas para que o marido pudesse viver com a amante, gays, lésbicas, homossexuais, protestantes, cidadãos que pertencessem a qualquer religião que não fosse dentro dos padrões permitidos pela sociedade, ou também alguém que se tornara incômoda para outra pessoa com mais poder. (ARBEX, 2013). Dessa forma, com o evento da Reforma Psiquiátrica, foram sendo extintos os modelos manicomial e sendo criadas novas formas de atendimentos a estes indivíduos, que além de sofrerem com suas patologias, sofriam também com a precariedade dos serviços ofertados nesta área. Aos poucos surgiram os primeiros Serviços de Residência Terapêuticas (SRT), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e principalmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). (BRASIL, 2005). Dentre os citados, enfatizam-se os CAPS, unidades estas que trabalham em um regime de atendimento diário, vindo a substituir as internações hospitalares. Possibilitando que pela parte do dia os usuários realizem o seu tratamento e pela parte da noite retornem para suas moradias, estimulando sua ressocialização na sociedade e no convívio familiar, incentivando a

¹ Resumo Expandido.

² Enfermeira, Pós-graduada em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Câmpus de Frederico Westphalen- RS. Relator do trabalho. E-mail: p-zanatta@hotmail.com.

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

busca pela sua autonomia, além de possibilitar a participação da família no tratamento e cuidado dos mesmos. (BRASIL, 2004). Estes Centros ofertam serviços tanto para os usuários quanto para seus familiares, e dentre estes atendimentos, citam-se as atividades grupais, como as oficinas terapêuticas, culturais, geradoras de renda, também o atendimento individualizado aos familiares, as atividades desenvolvidas em conjunto com bairros em comunidades, podendo ser definidas estas como caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários, dentre diversas outras atividades que permitem o resgate da autonomia do indivíduo e promovem a sua ressocialização. (BRASIL, 2004). Estas unidades cresceram e se expandiram por quase todo o país, hoje existem cinco tipos diferentes de CAPS, I, II, III, CAPSad e CAPSi, e alguns deles oferecem atendimento noturno também, para aqueles indivíduos que necessitam de cuidados mais intensivos, fazendo com que não haja a necessidade de internação em um leito hospitalar, porém estas unidades ainda são em menor número, em algumas cidades se mostrando até insuficientes dependendo da demanda atendida. (BRASIL, 2004); (BALLARIN, et al, 2011). Da mesma forma é preciso compreender que antes de reinserir o indivíduo na sociedade, é preciso dar condições que capacitem o portador de transtorno mental para uma vida no convívio em sociedade, o que muitas vezes não é uma tarefa fácil, à vista de suas limitações e perdas sofridas advindas de sua patologia. E da mesma maneira, não se pode somente reabilitar indivíduo, sem que o mesmo tenha incluso em seu tratamento o convívio na sociedade. Neste sentido as unidades do CAPS oferecem um atendimento que abrange estes dois aspectos, oferecendo subsídios para a reabilitação do paciente, ao mesmo tempo em que oferta atividades que reinserem o mesmo na sociedade. (PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013). É visto que desde a extinção dos manicômios e a criação destes novos modelos de atendimento muita coisa mudou, principalmente no que tange à parte da desinstitucionalização, onde o indivíduo hoje pode permanecer na sua casa sem deixar de ser acompanhado pelas unidades. É claro que ainda há muitas coisas a serem melhoradas, mas é com base nas mudanças advindas desde o processo da Reforma Psiquiátrica, é possível inferir que o atendimento ao portador de transtorno mental evoluiu muito.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Portador de Transtorno Mental; CAPS.

REFERÊNCIAS

AIRES, M.; ROOS, C. M.; GONÇALVES, A. V. F.; SCHNEIDER, J. F.; OLSCHOWSKY, A. Ações em saúde mental às famílias nos diferentes contextos de trabalho: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) p. 567-74, 2010.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**, 1 ed São Paulo: Geração Editorial, p.255, 2013.

BALLARIN, M. L. G. S. et al. Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, p. 162-168, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, p.1-86, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento

apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, p. 1-56, 2005.

PARANHOS-PASSOS, F.; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 13-31, 2013.

COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM¹

Cristhie Megier Trautmann²

Gizele Teresinha dos Santos³

Jaíne Dallalibera⁴

Jaqueline Marafon Pinheiro⁵

Introdução: Comunicação é um ato intrínseco ao existir humano. Mesmo antes de nascer já nos comunicamos, transmitindo e recebendo mensagens do mundo. O existir no mundo só é possível quando nos comunicamos. O comunicar-se verdadeiramente implica em vários aspectos complexos que se não estiverem claros entre as pessoas que estão se comunicando pode causar desentendimento e até fracasso em uma relação. **Objetivo:** Perceber a importância da comunicação com sucesso na enfermagem. **Método:** Resenha crítica do livro Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência, de autoria de Cianciarullo, Tamara Iwanow, publicado no ano 2000. **Resultados:** Etimologicamente a palavra comunicação vem do latim *comunicare* que significa “pôr em comum”, capacidade de trocar ou discutir ideias, dialogar, conversar com vista ao bom relacionamento com as pessoas. É uma habilidade que pode ser ou não desenvolvida nas pessoas, para desenvolvê-la é preciso que as pessoas sejam conscientes da existência de tal. A maioria das pessoas têm consciência de comunicação tanto quanto tem consciência de andar ou respirar por exemplo. Respirar, andar, comunicar-se, confunde-se com a própria vida, mas até que ponto as pessoas prestam atenção na forma que respiram, caminham e se comunicam? O processo comunicativo é composto de emissor, receptor e mensagem. Para que se inicie o processo comunicativo, o emissor envia uma mensagem. O receptor por sua vez recebe a mensagem e a decifra com o objetivo de entendê-la. Para que ocorra o processo comunicativo o receptor deve emitir uma mensagem ao emissor. Frequentemente o enfermeiro assume o papel tanto de emissor quanto de receptor, ao se relacionar com o paciente, sendo assim necessário entender a mensagem que o paciente envia, e enviar mensagem que seja entendida pelo paciente. A mensagem é uma ideia a ser transmitida, a qual deve ter o mesmo entendimento para o receptor e o emissor. A comunicação engloba todas as formas que uma pessoa utiliza para poder afetar o outro, as quais são, Verbal: falada e escrita; não-verbal: cinésia, toque e territorialidade; paraverbal: diferentes tons de voz e ritmos de fala. *A forma de transmitir mensagens que mais temos consciência é a verbal ou linguística e se refere à linguagem falada ou escrita. A maior dificuldade é quando as pessoas têm sua própria linguagem e isso pode gerar desentendimentos e confusões. A incomunicação pode ocorrer também aonde a palavra é bem*

¹ Resumo Expandido, resenha Crítica. Trabalho sobre Comunicação apresentado na disciplina de Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I A.

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

³ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: gizi.enf.santos@hotmail.com

⁴ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Câmpus Frederico Westphalen. E-mail:

⁵ Enfermeira. Mestra em Educação. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: jaqueline@uri.edu.br

conhecida pelo receptor e pelo emissor, mas nem sempre tem o mesmo significado. Se disser para um amigo que está triste, nem sempre a tristeza será a mesma que a dele. E quantas vezes já terminamos uma conversa dizendo: Eh, você não me entendeu! O mesmo acontece com frases mal construídas, uso de palavra de múltiplos sentidos ou o uso de um termo próprio de uma área de conhecimento podem dificultar o entendimento. Quando nos comunicamos de forma não-verbal, ela traduz a linguagem transparente do corpo, geralmente não temos consciência de nossa comunicação não-verbal, por exemplo a expressão facial. Quantas vezes ouvimos: “sim está bom!”, mas pela expressão facial da pessoa não estava nada bom. A forma não-verbal é a expressão facial, expressão corporal, gestos e toques. O receptor não atento, pode não captar todas as mensagens se não observar além das palavras do emissor. A cinésia é a ciência que estuda o comportamento cinético do corpo, mostra que se prestarmos mais atenção na expressão facial e na postura corporal, teremos mais chance de entender a mensagem do emissor. As posições e movimentos do corpo podem ser classificados como emblemas (são aqueles atos não-verbais que traduzem uma mensagem verbal que não pode ocorrer, como os sinais do surdo-mudo, um aceno para quem está longe). Ilustradores (movimentos que acompanham a fala) e demonstrações de afeto. Reguladores (movimentos sutis e inconscientes que regulam o fluxo de uma conversa). E os adaptadores (são os que adquirimos na infância e são utilizados geralmente em situações que precisamos suportar). Tocar é uma forma de comunicação não-verbal, e pode significar a distância ou envolvimento entre as pessoas que estão se comunicando. Territorialidade também é uma forma de comunicação não-verbal, diz respeito ao espaço além do nosso corpo que temos como nosso. Esta distância pode influenciar e definir o tipo de envolvimento e comunicação que queremos manter com o outro. Paraverbal se refere ao tom de voz, ao ritmo, suspiros, períodos de silêncio e entonação que damos às palavras quando falamos. As barreiras da comunicação são: falta de capacidade de concentração, pressuposição de entendimento, ausência do significado comum, influência dos mecanismos inconscientes, e limitação do emissor ou do receptor. Basicamente podem faltar habilidades para ouvir, ver, sentir e compreender a mensagem do outro. As funções da comunicação são: informar, persuadir, ensinar e discutir. Um novo paradigma está surgindo e a comunicação passa a ter a função de promover o relacionamento entre as pessoas, comunicação horizontal para a busca de soluções. Neste paradigma valoriza-se o receptor como o “dono” do problema e assim ele é visto como responsável também por procurar soluções dentro de um contexto de participação, que gerará mudanças de comportamentos. A comunicação é uma necessidade básica humana, uma competência que o (a) enfermeiro (a) tem que desenvolver para aperfeiçoar o saber-fazer profissional. A enfermagem se apresenta através do processo de cuidar o ser humano, um ser complexo e indivisível, precisando que se considere suas crenças, preze sua autoestima e o autoconceito, além de manter uma relação empática. Conhecer a comunicação ajuda o trabalho em grupo, para que as atividades da enfermagem sejam desempenhadas com eficiência no processo de cuidar e no próprio exercício a enfermagem. Os demais instrumentos serão bem empregados pelo enfermeiro se ele detiver conhecimento e habilidade de usar a comunicação. Todo planejamento de assistência de enfermagem é comunicado pela fala ou escrita, para que ocorra o trabalho em equipe, para que atinjam seus objetivos é preciso que a mensagem que está no plano seja entendida por toda a equipe. A habilidade psicomotora indica comunicação não-verbal, que fica traduzida como o profissional se movimenta e age no cuidar. A comunicação é o processo de compreender, compartilhar, mensagens e a influência do comportamento das pessoas envolvidas a curto, médio e longo prazo. O papel do enfermeiro não é somente desempenhar técnicas e procedimentos eficientes, com a comunicação o enfermeiro tem mais facilidade em atender as necessidades do paciente. Mesmo durante a administração de medicamentos há comunicação, no momento em que o enfermeiro explica o que está ocorrendo. Deve-se

utilizar palavras de fácil compreensão e observar as respostas verbais e não-verbais, para sabermos se ele entendeu, sua percepção e sentimentos a respeito do que foi falado. Se a comunicação entre enfermeiro e paciente não ocorre, o significado do cuidado pode estar sendo profundamente afetado. Quanto à comunicação não-verbal afirma-se que o toque é o mais importante de todos os comportamentos não-verbais. Pesquisas mostram que mulheres e crianças são os pacientes mais tocados, e pacientes menos graves são mais tocados que os mais graves. O toque pode gerar relaxamento ou ansiedade e apreensão no paciente. Dar banho, fazer exercícios ativos e estímulo ambientais desconhecidos são responsáveis pelo aumento da pressão intracraniana em pacientes com trauma cerebral. Todas as ações da enfermagem devem ser documentadas e escritas. Assim as anotações de enfermagem devem-se usar termos corretos, vocabulário científico, precisão e exatidão ao descrever os acontecimentos no prontuário do paciente. As prescrições devem ser claras e precisas para que todos entendam. Na entrevista a coleta de dados deve ser correta, pois pode prejudicar todo o planejamento de cuidados da equipe. Considerações finais: Constatamos que para ocorrer o processo comunicativo vários aspectos devem ser considerados. Este pode e deve ser desenvolvido pelo enfermeiro como uma habilidade. Quando isso ocorre a comunicação se torna uma ferramenta poderosa e que garante a qualidade do processo de cuidar, garantindo a eficácia do uso dos demais instrumentos. Pois existir no mundo só acontece quando nos comunicamos, o enfermeiro só existe na medida em que utiliza a comunicação no saber-fazer profissional.

Palavras-chave: Comunicação; enfermagem; mensagem; receptor; emissor;

REFERÊNCIA

CIANCIARULLO T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar:** um desafio para a qualidade de assistência. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

DISTURBIOS ALIMENTARES: OS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS, AS IDADES MAIS ATINGIDAS E SUAS MANIFESTAÇÕES NO ORGANISMO¹

Luana Patrícia Machado²

Valéria Rheinheimer²

Jaqueline Marafon Pinheiro³

Introdução: As atenções dos profissionais da área da saúde estão voltadas cada vez mais para os distúrbios alimentares por apresentarem significativos graus de morbidade e mortalidade. Isso se dá pelo alto índice de casos registrados e visualizados diariamente por estes profissionais nos centros de saúde. Esse tipo de transtorno acomete principalmente, os adolescentes e adultos jovens, porém mais do sexo feminino. É na busca de um maior conhecimento sobre esses distúrbios que realizamos este trabalho, e através dele esclareceremos o que pode levar ao desenvolvimento da doença, quais os tipos de tratamento e alertar as pessoas que é uma doença cada vez mais comum e que muitos dos atingidos não conhecem a dimensão que esses distúrbios podem ter. **Objetivo:** Teremos como objetivo mostrar as classificações de alguns tipos mais frequentes de transtornos alimentares e também apresentar alguns sinais e sintomas que a doença pode causar no organismo. **Metodologia:** A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho é de Revisão de Literatura. **Resultados:** Todos os tipos de distúrbios alimentares estão ligados diretamente com algum tipo de problema psicológico. Hoje ele é tratado como uma das grandes preocupações das organizações de saúde brasileira e mundial. O comportamento alimentar de um indivíduo é determinante para sua sobrevivência, uma alimentação adequada e controlada contribui para a saúde e o bem-estar do indivíduo. Uma boa alimentação será caracterizada por padrões de alimentação equilibrada, peso corporal apropriado à sua altura e uma boa forma física. Uma má alimentação pode gerar doenças e conseqüentemente alterações no organismo. A anorexia nervosa é um tipo de transtorno alimentar, que o paciente recorre por uma busca implacável por magreza, optando por métodos muitas vezes de alto risco. O indivíduo come de maneira excessivamente lenta, frequentemente brincando com os alimentos e cortando-os em pedaços pequenos, usando isto como uma estratégia para evitar o consumo do alimento. A perda de peso é vista como um sinal de alcance extraordinário e autodisciplina, já o ganho de peso é visto como uma perda inaceitável de autocontrole. (MAHAN, L. KATHLEEN). Os pacientes com este diagnóstico apresentam distorção da imagem corporal, fazendo assim com que se sintam gordos apesar de estarem magros. Se a Anorexia Nervosa se desenvolver antes do início da puberdade, a maturação sexual pode ser interrompida e a menarca pode se atrasar. Essa doença parece ser mais comum em países industrializados e que adotam e idealizam o tipo corporal magro, em países como EUA, Europa, Canadá, Austrália e Japão (MAHAN, L. KATHLEEN). Embora esse padrão de beleza esteja presente em outros países e sociedades. Já a bulimia nervosa (BN) é mais comum que a anorexia. Tipicamente, a idade de início situa-

¹ Revisão bibliográfica

² Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: luanapmachado@hotmail.com; valeria._p@hotmail.com

³ 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

se entre 15 e 18 anos. Estima-se que uma em cada cinco pessoas com bulimia seja do sexo masculino. Ela é caracterizada por episódios compulsivos de ingestão de alimentos, e após essa ingestão em excesso o paciente recorre a métodos compensatórios, tais como vômito auto induzido, uso de laxantes e outros. Porém, o ato mais comum que pacientes com BN realizam após esta ingestão excessiva é o vômito autoinduzido, observado em 80 a 90% dos indivíduos com BN. Os pacientes estimulam o reflexo de ânsia com um dedo ou instrumentos (por exemplo, escovas de dente, talheres) (MAHAN, L. KATHLEEN). Outra característica importante que os pacientes apresentam é o sentimento de culpa com relação ao ciclo de alimentação excessiva e pelos métodos usados para perder esse excesso, geralmente feitos em segredo. Paciência e apoio são essenciais no processo de ajuda a pacientes bulímicos, para que sejam realizadas mudanças positivas em seus hábitos alimentares. Os clientes com respostas de má adaptação da regulação alimentar devem passar por uma avaliação de enfermagem abrangente, incluindo as avaliações biológicas, psicológica e sociocultural completas. Um exame físico completo deve ser realizado, com particular atenção para os sinais vitais, peso em relação à altura, pele, sistema cardiovascular e evidencia de abuso de laxativos ou diuréticos e de vômito. Pode-se também indicar um exame dentário sendo que é útil para avaliar os indicadores de crescimento, do desenvolvimento sexual e do desenvolvimento físico geral. Também é necessária uma história psiquiátrica, história de abuso de substâncias e avaliação familiar. Entretanto deve-se ter em mente a importância de uma relação satisfatória entre o profissional da saúde com o paciente, uma vez que a negação pelo paciente é muitas vezes presente. Dependendo da gravidade do estado pode-se pensar em internação para restabelecimento da saúde. Correção de possíveis alterações metabólicas e um plano alimentar bem definido é fundamental. Os principais comportamentos dos pacientes com distúrbios alimentares são: ingestão excessiva (caracterizada pelo consumo rápido de grandes quantidades de alimentos em um período curto); jejum ou restrição (as pessoas diagnosticadas com anorexia geralmente consomem poucas calorias por dia, no entanto elas consideram esse pouco como o suficiente para suprir suas necessidades. Podem passar até dias sem se alimentar); eliminação (os indivíduos com esses distúrbios procuram vários meios de eliminar as calorias obtidas através da alimentação, usando remédios inadequados como pílulas de emagrecimento, laxantes e entre outros). Considerações Finais: O distúrbio alimentar é uma doença muito complexa, pois envolve muitos fatores, como fatores biológicos, ambientais, psicológicos e culturais. É uma patologia que deve ser tratada de uma forma muito diferenciada, pois é preciso avaliar minuciosamente os sinais que ela causa. Muitas vezes estes podem ser bastante confusos e também não vistos aos olhos dos profissionais de saúde e pelas pessoas que convivem com o indivíduo. O modelo imposto muitas vezes pela sociedade de ter um corpo perfeito e magro leva as mulheres principalmente a desenvolver este distúrbio. Outra faixa que é bastante atingida são os adolescentes por estarem ligados a esses padrões de beleza e buscar cada vez mais segui-los, é a “ditadura da aparência”. Através deste trabalho concluímos que o tratamento do distúrbio alimentar não deve se limitar somente a um profissional de saúde e sim a uma equipe multiprofissional com a ajuda de enfermeiros, médicos, psicoterapeutas e nutricionistas. Mas também é de extrema importância a ajuda e colaboração do paciente e também de sua família.

Palavras-chave: Transtorno Alimentar; Saúde; Psicológico; Alimentação.

REFERÊNCIAS

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde:** www.saude.gov.br.

STUART, GAIL WISCARZ. **Enfermagem Psiquiátrica**. 4. ed. 2002.

DOENÇA DE PARKINSON E O CUIDADO DE ENFERMAGEM¹

Ana Luisa Ramayer Palinski²

Gabrieli Walascheski dos Santos³

Juliana da Silva Cardoso⁴

Larissa Berghetti⁵

Marines Aires⁶

Introdução: O Parkinson é uma doença crônica que pode acometer tanto homens como mulheres. Atinge o sistema nervoso causando a morte dos neurônios que produzem dopamina. Os sinais e sintomas mais comuns são o comprometimento dos movimentos, tremores em repouso, entre outros que não têm cura e tendem a agravar-se gradualmente devido a patologia. O tratamento é realizado através de medicações que a pessoa deve fazer o uso por toda a vida. E o enfermeiro é um dos profissionais de saúde que vai dar suporte ao paciente, familiar/cuidador sobre os cuidados que essas pessoas devem ter para obter uma melhor qualidade de vida mesmo sendo portador dessa doença. **Objetivo:** O objetivo deste resumo é abordar a fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento do Parkinson, além dos cuidados de enfermagem que devem ser realizados, junto a este paciente visando a uma melhor qualidade de vida a manutenção da autonomia e autoestima diante das perdas em consequências dos sinais e sintomas da doença. **Método:** o resumo foi construído através de um trabalho sobre patologias geriátricas da disciplina de enfermagem aplicada à saúde do idoso do VI semestre. Para tanto se realizou uma revisão bibliográfica em artigos e livros sobre a temática. **Resultados e discussões:** de acordo com Moreira; Martins; Neri; Araújo “a doença de Parkinson é um distúrbio crônico progressivo, que em geral inicia-se na meia-idade ou idade avançada, e que gera grande incapacidade com a progressão da doença”. É uma patologia que atinge o sistema nervoso central e compromete os movimentos, ela prejudica a coordenação motora, provoca tremores e dificuldades nos movimentos e locomoção. Não há formas de se prevenir do Parkinson. O Parkinson resulta da degeneração das células situadas em uma região do cérebro conhecida como substância negra que são responsáveis pela produção de dopamina, um neurotransmissor que, entre outras funções, controla os movimentos. A causa exata do desgaste destas células do cérebro é desconhecida. Com a deficiência da dopamina surgem alterações funcionais em estruturas localizadas no cérebro, que estão envolvidas no controle dos movimentos, causando o aparecimento dos principais sinais e sintomas sendo eles tremores, acinesia ou bradicinesia (lentidão e diminuição dos movimentos voluntários); rigidez (enrijecimento dos músculos, principalmente no nível das

¹ Resumo Expandido elaborado junto a Disciplina de Enfermagem Aplicada a Saúde do Idoso.

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: aninha_palinski@hotmail.com.

³ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: gabrieli.walascheski@yahoo.com.br.

⁴ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: jujucardoso07@hotmail.com.

⁵ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: larissaberghetti@hotmail.com.

⁶ Doutoranda em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem - URI - Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: maires@uri.edu.br.

articulações); instabilidade postural (dificuldades relacionadas ao equilíbrio, com quedas frequentes). Esses sintomas pioram de intensidade, afetando inicialmente outro membro do mesmo lado e, após alguns anos, atingem o outro lado do corpo. De acordo com a Associação Brasileira de Neurologia o diagnóstico da Doença de Parkinson é basicamente clínico, baseado na correta valorização dos sinais e sintomas descritos. O profissional mais habilitado para tal interpretação é o médico neurologista, que é capaz de diferenciá-los do que ocorre em outras doenças neurológicas que também afetam os movimentos. O tratamento a Doença de Parkinson é tratável e geralmente seus sinais e sintomas respondem de forma satisfatória às medicações existentes. Esses medicamentos, entretanto, são sintomáticos, ou seja, eles repõem parcialmente a dopamina que está faltando e, desse modo, melhoram os sintomas da doença. Devem, portanto, ser usados por toda a vida da pessoa que apresenta tal enfermidade, ou até que surjam tratamentos mais eficazes. O Enfermeiro é um dos profissionais da saúde que deve prestar orientações e cuidados para a família e o paciente portador da doença de mal de Parkinson. Para poder passar essas informações ele deve ter conhecimento sobre a fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento da doença assim ele consegue orientar a família/cuidador e planejar os cuidados ao paciente. Em relação à doença de Parkinson segundo Marchi; Chagas; Tumas; Miasso; Crippa e Tirapelli (2013, p.2) “dos pacientes entrevistados demonstram que 53% não apresentam adesão ao tratamento e 52% não tomam a medicação no horário correto”. Conforme dados de não adesão ao tratamento e o uso da medicação nos horários incorretos podemos visualizar a importância do papel do enfermeiro em orientar o paciente a aderir ao tratamento conforme prescrição médica e explicar sobre o uso do medicamento, tais como horários e quantidade, além de informar para não se esquecer de tomar a medicação, pois é através dela que retardamos a doença. O enfermeiro deve ter um olhar crítico ao paciente portador de Parkinson orientando-o sobre sua patologia para que ele possa adquirir entendimento da mesma, dessa forma torna-se mais fácil para o enfermeiro orientar os cuidados que o mesmo deve ter para que ele possa desfrutar de sua vida mesmo possuindo essa doença (SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010). Para que o paciente com Parkinson possa ter uma qualidade de vida melhor devemos avaliar como a doença afetou cada indivíduo passando as seguintes orientações para o paciente, familiar/cuidador: o enfermeiro deve explicar para o paciente, família/cuidador que essa doença ainda não tem cura, ela acomete o sistema nervoso central causando várias manifestações clínicas como tremores em repouso que vão aumentando gradualmente, lentidão da fala, rigidez muscular, entre outras; deve - se orientar para fazer o uso da medicação conforme prescrição médica nos horários prescritos sem interromper o tratamento; orientar para realizar exercícios diários, com segurança para não se machucar, pois aumenta a força muscular e melhora a coordenação e destreza; orientar para que o paciente faça um acompanhamento com o fisioterapeuta, onde ele irá programar uma série de exercícios individualizados conforme a necessidade do paciente; é necessário orientar para ter cuidado com escadas, devem ser colocadas barras de apoio no banheiro, remover tapetes escorregadios, dentre outras para que o paciente possa realizar as atividades de rotina com segurança; encorajar, ensinar e apoiar o paciente durante as atividades da vida diária; explicar que o paciente pode ter graves problemas com constipação por causa da fraqueza dos músculos usados na defecação e medicamentos utilizados, orientando pra manter uma rotina intestinal regular encorajando o paciente a seguir um padrão de horário, a aumentar a ingesta de líquidos e a ingerir alimentos com um conteúdo de fibras moderado e encaminha-lo a um nutricionista; orientar para que alimentação seja realizada com calma e concentração, pois o paciente com Parkinson apresenta dificuldade para mastigar e deglutir; orientar o familiar/cuidador para ter paciência e escutar com atenção o que o indivíduo com Parkinson falar porque devido à patologia ele apresenta uma voz baixa e suave que exige esforço ao pronunciar as palavras; encorajar o paciente a manter atividades diárias, a participar de grupos

de apoio, e realizar exercícios físicos com acompanhamento de um fisioterapeuta e manter a terapia medicamentosa para ajudar a prevenir a depressão que acontece com frequência aos portadores de Parkinson. Considerações finais: O referente trabalho teve como objetivo especificar de uma forma simples e de fácil entendimento a fisiopatologia, o diagnóstico e o tratamento da doença de Parkinson. Além disso, abordamos o papel do enfermeiro e os cuidados que o mesmo deve prescrever para o paciente, familiares ou cuidador. O enfermeiro pode atender o portador da doença de Parkinson no hospital, na unidade básica de saúde e através de visitas domiciliares. O acompanhamento deve ser realizado através do profissional de enfermagem, do médico, do fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, psicóloga para dar suporte ao paciente e sua família podendo assim fazer com que todos possam realizar suas atividades diárias e ter uma qualidade de vida melhor.

Palavras -chave: Doença de Parkinson. Sinais e Sintomas. Cuidados de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA. **O que é a Doença de Parkinson (DP).** Disponível em: http://www.cadastro.abneuro.org/site/conteudo.asp?id_secao=31&id_conteudo=34&ds_secao=Perguntas%20e%20Respostas. Acesso em: 24/08/2015

LOPES, Flávia Danielle; SILVA, S, Examy; FLORIANO, Vivian; NAYANA, Karen; FERREIRA, Fernanda; MEDEIROS, Jetro. **Os Cuidados de Enfermagem no Mal de Parkinson.** Disponível em: http://apl.unisuam.edu.br/augustus/pdf/ed23/rev_augustus_TC_ed_23_05.pdf. Acesso em: 10/09/15.

MARCHI, C, Katia; CHAGAS, N, H, Marcos; TUMAS, Vitor; MIASSO, I, Adriana; CRIPPA, S, José Alexandre; TIRAPELLI, Carlos Renato. Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado. **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol.18, n.3 Rio De Janeiro, Mar. 2013. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 12/09/2015.

MOREIRA, Camilla Silveira; MARTINS, Kamilly Farah Cardoso; NERI, Vanderson Carvalho; ARAÚJO, Paulo Gustavo Araújo. **Doença de Parkinson:** Como diagnosticar e tratar. Disponível em: <http://www.fmc.br/revista/V2N2P19-29.pdf>. Acesso em: 24/08/2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROLOGIA. Disponível em: <http://www.minhavidacom.br/saude/temas/parkinson>. Acesso em: 24/08/2015.

LIMONGI, P, João Carlos. **Doença de Parkinson.** Site oficial Dr. Drauzio Varella. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/>. Acesso em: 10/09/2015.

SOUZA, S, Emanuely; ALVES, F, Thalita Isapaula; PASSOS, B, Ana Beatriz. Sistematização Da Assistência De Enfermagem A Um Idoso Com Parkinson Em Uma Instituição De Apoio Do Município De Ipatinga. **Revista Enfermagem Integrada**, Minas Gerais v..3 , n.2, Nov./Dez. 2010. Disponível em: http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/09-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-a-um-idoso-com-parkinson.pdf. Acesso em: 10/09/15.

VITORINO, Michelle Ruela; HOMEM, Fernanda Carla Borges; Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=418026&indexSearch=ID>. Acesso em: 24/08/2015.

VIVA BEM COM PARKINSON. **Causas da Doença de Parkinson.** Disponível em: <http://vivabemcomparkinson.com.br/o-parkinson/>. Acesso em: 24/08/2015.

DOENÇA DE PARKINSON, UMA REVISÃO LITERÁRIA¹

Edinara Ragagnin²

Geovana Locatelli³

Jardel Barbieri⁴

Tais Balzan⁵

Marines Aires⁶

A Doença de Parkinson (DP) é definida como distúrbio neurológico progressivo, caracterizado principalmente pela degeneração das células (neurônios) da camada ventral da parte compacta da substância negra. Tal degeneração resulta na diminuição da produção de dopamina, produzindo um conjunto de sintomas caracterizados principalmente por distúrbios motores. Seu início costuma ser insidioso, e dificilmente o portador identifica o momento exato em que notou alguma mudança em si; geralmente são parentes ou pessoas próximas que percebem alterações sutis. A incapacidade produzida pelos sintomas motores da doença caracteriza-se pelos principais sinais da doença, que são: presença de tremor de repouso (sobretudo das mãos), rigidez muscular do tipo plástica ou cética, bradicinesias que se traduzem por diminuição dos movimentos e dificuldade em iniciar movimentos voluntários, além de instabilidade postural por perda de reflexos posturais. Além disso, podem apresentar sintomas como melancolia, perda de apetite, fadiga, distúrbios do sono, perda da autoestima e ansiedade embora a velhice não seja sinônimo de doença, a convivência com a enfermidade crônica é um fenômeno comum entre idosos. Das doenças neurodegenerativas mais frequentes neste grupo etário encontra-se a doença de Parkinson (DP). A DP afeta pessoas de ambos os sexos, independente de etnia ou classe social. O início do quadro clínico ocorre, geralmente, entre os 50 e 70 anos, atingindo cerca de 10 milhões de pessoas em todo mundo, enquanto que, no Brasil, estima-se que 300 mil pessoas são afetadas. Tendo em vista o caráter crônico e progressivo da doença, ela pode levar a situações como: perda do emprego, aposentadoria precoce, perda da independência, da autonomia e dificuldades na comunicação. Tais perdas poderão repercutir em conflitos nas relações familiares, isolamento, depressão e exclusão social. Envelhecer e conviver com a DP tem trazido como consequência, alterações progressivas da capacidade funcional que implicam perdas de autonomia e independência, tal situação exige mudanças na estrutura de vida dessas pessoas e dos seus cuidadores familiares, e pode ensejar diferentes significados para cada uma, de acordo com o ambiente em que vivem, sua história de vida e suas condições sociais, econômicas e culturais. A terapêutica não-farmacológica, envolve cuidados complementares ao farmacológico, que incluem grupo

¹ Trabalho realizado na disciplina de saúde do idoso, revisão literária sobre a doença de Parkinson.

² Acadêmica do sexto semestre do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada Do Alto Uruguai e Das Missões, Uri Campos Frederico Westphalen edinarah_ragagnin@hotmail.com

³ Acadêmica do sexto semestre do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada Do Alto Uruguai e Das Missões, Uri Campos Frederico Westphalen geovanalocatelli@yahoo.com.br

⁴ Acadêmico do sexto semestre do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada Do Alto Uruguai e Das Missões, Uri Campos Frederico Westphalen Jar.del.barbieri50@hotmail.com

⁵ Acadêmica do sexto semestre do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada Do Alto Uruguai e Das Missões, Uri Campos Frederico Westphalen taisbalzan50@hotmail.com

⁶ Professora doutoranda do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada Do Alto Uruguai e Das Missões, Uri Campos Frederico Westphalen Marines@uri.edu.br

de ajuda mútua, vivências corporais, musicoterapia, fonoaudiologia, fisioterapia, entre outras. O tratamento é ajustado de acordo com a necessidade de cada um e gravidade do quadro clínico, é apenas para aliviar os sintomas porque não existe cura. O tratamento pode ser medicamentoso, cirúrgico, sessões de fisioterapia, fonoaudiologia e acompanhamento por nutricionista, médico e equipe de enfermagem, de toda equipe multiprofissional e apoio familiar são de extrema valia para o portador de Parkinson visando a promoção de conforto, e melhor qualidade de vida, o enfermeiro pode atender o portador de Parkinson, seja no hospital, na unidade Saúde da Família ou na sua residência, mediante realização de visita domiciliar, ao invés do médico em alguns países como Reino Unido, existe um número crescente de enfermeiros especialistas em doença de Parkinson, que podem oferecer orientações especializadas ao portador da doença, primeiro passo para o profissional de enfermagem frente ao portador de Parkinson, é focalizar como a doença afetou as atividades da vida diária, a capacidade funcional do paciente e as respostas ao tratamento medicamentoso.

A maioria dos portadores de Parkinson apresentam distúrbio de movimentos, alguma alteração funcional até mesmo disfunção comportamental. Durante a avaliação, o enfermeiro deve observar o paciente quanto à qualidade da fala, perda da expressão facial, dificuldade de deglutição, tremores, lentidão dos movimentos, fraqueza, postura anterógrada, presença de rigidez, lentidão mental e confusão. Os cuidados que o profissional de enfermagem pode prestar incluem orientar, ensinar, incentivar, estimular a realização de algumas ações, tais como, orientar o portador de Parkinson, quanto a necessidade de realizar exercícios diariamente, a fim de melhorar a força muscular, coordenação, destreza e reduzir a rigidez muscular, estimular a realizar exercícios posturais para conter a tendência da cabeça e do pescoço se deslocarem para diante e para baixo, incentivar a procurar um fisioterapeuta para desenvolver um programa de exercícios individualizados e para fornecer instruções para o paciente e cuidador sobre o modo de realizar os exercícios com segurança, encorajar, ensinar e apoiar o paciente durante as atividades diárias para promover o autocuidado, encorajar o paciente a seguir um padrão de horário regular para realizar as necessidades fisiológicas e aumentar a ingestão de líquidos e alimentos com um conteúdo de fibra moderada, já que a constipação e dificuldade urinária são manifestações da doença, monitorar o peso semanalmente, para saber se a ingestão calórica é adequada, pois alguns portadores de Parkinson apresentam dificuldades para manter o peso, decorrente da dificuldade para mastigar e deglutir, encorajar a procurar um fonoaudiólogo, para ensinar exercícios, que possibilitem a melhora da fala e facilitem a comunicação entre família, paciente e profissionais da saúde, pois alterações na fala são características dos portadores de Parkinson, estimular a participação em grupos de apoio, atividades de lazer e eventos sociais que podem ajudar a reduzir a depressão, esclarecer quanto à importância do tratamento medicamentoso, horário das medicações e dosagem, e da necessidade do acompanhamento interdisciplinar, a fim de retardar a progressão da doença e proporcionar melhor qualidade de vida, sabe-se que o enfermeiro pode realizar todos os cuidados para que os sujeitos possam encarar a doença de uma forma menos agressiva, bem como encaminhar ou orientar cuidados de forma humanística e integral portanto recomenda-se aos profissionais de enfermagem ampliar seus conhecimentos acerca das patologias que acometem os idosos incluindo a doença de Parkinson, pois a cada ano eleva-se o índice de portadores desta patologia e nós enfermeiros devemos estar preparados para o saber cuidar e saber agir, seja atuando na saúde coletiva, na saúde pública e no hospital, visando promover maior bem-estar e consequentemente proporcionar melhor qualidade de vida ao idoso.

Palavras-chave: Doença de Parkinson, Enfermagem, Saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

ISLEIDE SANTANA CARDOSO SANTOS, MARIA DO ROSARIO DE MENEZES, ANDRÉA DOSSANTOS SOUZA. **Concepções de idosos sobre a vivência com a doença de Parkinson.**

FABIANA MAGALHÃES, NAVARRO-PETERNELLA, SONIA SILVIA MARCON; **A convivência com a doença de Parkinson na perspectiva do Parkinsoniano e seus familiares.**

LUCIA HISAKO TAKASE GONSALVES, ANGELA MARIA ALVAREZ, MICHELI COAL ARRUDA; **Pacientes portadores da doença de Parkinson: significado de suas vivências.**

MARCIA DOURADO, JERSON LAKS, ANNETTE LEIBING, ELIASZ ENGELHARDT; **Consciência da doença na demência.**

SITE: <http://www.scielo.br/>, <http://brasil.bvs.br/>

ENSINAR É UMA ESPECIFICIDADE HUMANA: O QUE A ENFERMAGEM TEM A VER COM ISSO?

Vanessa Pereira¹

Adriana Germano Pereira¹

Marcelo Tenedini¹

Sara Daiana de Cezaro¹

Reivelton Sturzbecher¹

Gisele Terezinha dos Santos¹

Patrícia de Cristo¹

Jaqueline Marafon Pinheiro²

Introdução: Uma das competências da enfermagem é o cuidado com o paciente, tanto de ordem curativa como preventiva. Entretanto, os cuidados em saúde vêm ganhando uma nova dimensão, onde não só “curamos” e prevenimos doenças, mas também promovemos saúde. Para prevenir doenças, e promover saúde, o enfermeiro necessita desenvolver algumas habilidades no que se refere à comunicação, a ensinar. Saber comunicar-se de forma clara, simples e objetiva, é de extrema importância para a educação em saúde acontecer de forma efetiva. Para isso, é necessário o profissional enfermeiro estar amparado por estudos que o levem ao melhor desempenho dessa função. O educador Paulo Freire, em seu livro *Pedagogia da Autonomia*, elenca qualidades e critérios de que deve ter para ensinar, e segundo o autor “não apenas transferir conhecimento”. O enfermeiro precisa ter consciência que esses saberes são necessários para melhor desenvolver seu papel, pois o mesmo em muitas das suas áreas de atuação, terá que ser além de enfermeiro, um educador em saúde. Sendo assim, a obra de Paulo Freire é a contribuição que facilita a compreensão das questões voltadas ao meio educacional, como também um grande aliado às práticas pedagógicas cotidianas. **Objetivos:** realizar uma reflexão e análise das exigências que o educador Paulo Freire elenca em seu livro *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa*, que falam sobre o ensinar. **Metodologia:** Resenha crítica do livro *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa*, de Paulo Freire, ano de 2002. **Resultados e discussões:** Para uma melhor compreensão e análise dos itens dividimos em categorias. Na categoria “Ensinar exige segurança, competência profissional e generosidade”, o autor fala sobre a segurança que o educador deve ter para exercer sua autoridade em sala de aula, e que essa se funde com sua competência profissional, pois a falta dela desqualifica a autoridade do professor. A generosidade é apontada pelo autor como qualidade indispensável à autoridade. Relacionando essas exigências citadas com a prática do profissional enfermeiro, todas elas são necessárias, pois o enfermeiro precisa ser seguro, ter competência profissional e generosidade ao compartilhar saberes sobre saúde na comunidade em que está inserido, exercendo assim de

¹ Acadêmicos do VI semestre de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Câmpus Frederico Westphalen-RS.

² Enfermeira. Mestra em Educação. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus Frederico Westphalen-RS. E-mail: jaqueline@uri.edu.br

forma eficaz sua autoridade. Ser seguro de si, facilita que as pessoas confiem no trabalho e dará credibilidade ao profissional, pois segundo o autor Freire (p. 36, 2002) “é a segurança que se expressa na firmeza com que atua, com que decide, com que respeita as liberdades, com que discute suas próprias posições, com que aceita rever-se.” Dessa forma, o profissional enfermeiro precisa buscar permanentemente o aperfeiçoamento e o conhecimento. Na categoria "Ensinar exige comprometimento", essa exigência traz que o educador deve ser coerente entre aquilo que se fala e o que se faz, deve estar comprometido com a verdade, com a ética, e o modo como o aluno enxerga o professor faz toda diferença no cumprimento de sua tarefa tanto podendo ser de ajuda como não. O papel do enfermeiro também requer esse comprometimento ético, onde não pode ser omissor, e estar comprometido com a verdade, com a vida e o bem estar da comunidade, sendo exemplo para que o indivíduo dessa forma seja mais receptivo às orientações do enfermeiro sobre os cuidados com sua saúde. Na categoria "Ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo", o autor afirma que ser professor vai muito além de passar conteúdos, é ser ético, humilde e coerente. Segundo Freire (p.40, 2002) “Tão importante quanto o ensino dos conteúdos é minha coerência na classe. A coerência entre o que digo, o que escrevo e o que faço” esse trecho do livro se aplica à prática da enfermagem também, pois ao ensinar um paciente sobre como fazer determinado cuidado de saúde o profissional enfermeiro quando necessitar realizar tal cuidado, deve o fazer da forma que ensinou. Na categoria "Ensinar exige liberdade e autoridade", neste trecho o autor traz um exemplo de um colega, que, não usou abuso de autoridade sendo que tinha liberdade para isso, onde nos mostra que o professor deve estar munido de autoridade diante dos educandos para que haja um controle e uma garantia de uma melhor aprendizagem, não permitindo assim, que haja um desequilíbrio na troca de informações proposta pelo lecionando. O autor traz também a importância na liberdade de decisão, onde mostra que é decidindo que se aprende a decidir, contudo, sobre a supervisão dos pais, professores ou responsáveis, assumindo as consequências dos seus atos, analisando as mesmas juntamente com seus pais. Da mesma forma, o enfermeiro deve exercer sua autoridade frente à equipe que está sob sua responsabilidade não sendo arrogante e nem subserviente, deve fazer valer sua autoridade de chefe de equipe, ou de setor, sem deixar de estar atento e ouvir as reais necessidades dos profissionais que supervisiona e também dos pacientes. Na categoria "Ensinar exige tomada consciente de decisões", o autor se refere à educação como um ato de coerência, não importa ser autoritário de direita ou esquerda, o importante é instigar a curiosidade crítica do educando. O autor afirma que o educador crítico não pode mudar realidade do país a partir do curso ou seminário que lideram, mas pode demonstrar que é possível sim transformar. A tomada de decisões conscientes, se aplicam à enfermagem, pois o enfermeiro ao coordenar uma estratégia de saúde da família (ESF), deve promover saúde, educando essa comunidade não somente no que tange cuidados e prevenção de doenças, mas deve também instigar essa comunidade a ser participativa no controle social, isto é, incentivar que participem das reuniões do conselho municipal de saúde de seu município que é o espaço onde a população exerce seu direito de cidadania, ajudando a formular e fiscalizar as políticas públicas de saúde, promovendo assim quem sabe pequenas mudanças a fim de se ter uma saúde digna para todos. Na categoria "Ensinar exige saber escutar", traz o autor que o educador deve possuir o poder de incentivar, instigar e motivar o educando a falar, participar, interagir, ir contra o silêncio autoritário imposto por eles mesmos. Também é importante o silêncio no espaço de comunicação, pois isso mostra que o educando está aberto a receber e se adaptar aos novos conhecimentos aprendidos no momento, sendo de extrema importância falar somente quando se está munido de conhecimento profundo diante do assunto tratado. O educando deve refinar seu diálogo de acordo com os ensinamentos que lhe foram passados. Da mesma forma, o enfermeiro, deve realmente escutar o que o paciente deseja ao buscar os serviços de saúde, isso se chama

acolhimento, e jamais permitir que esse cidadão ou cidadã volte ao seu lar sem uma resolubilidade. Na categoria "Ensinar exige reconhecer que a educação é ideológica", Freire comenta que prefere ser criticado por ser considerado idealista, que aposta no ser humano, do que se debater com uma legislação que transgride a própria ética, pois, insistindo em seu poder ideologista, gera qualidades que se tornam sabedorias na prática docente. Para resguardar a sua ideologia, não se deve enclausurar-se em seu ciclo de verdades, deve escutar com respeito outras formas de pensamentos, mesmo não havendo concordância entre as partes, pois, aprendendo a lidar com as diferenças, ajuda a construir a si conhecer melhor e construir seu perfil. Isso também é aplicável à enfermagem, o profissional enfermeiro deve estar aberto a outros saberes, inclusive o saber cotidiano de seu paciente, e agir com respeito perante isso, a fim de se lapidar e estar disponível a possíveis contratempos e controvérsias que irão surgir no decorrer do desempenho de suas funções profissionais. Na categoria "Ensinar exige disponibilidade para o diálogo", trata-se de o docente assumir que não sabe tudo, de que não é o melhor, mas sim, de que está aberto a dialogar e buscar conhecimento, aprendendo novas coisas e aprimorando as que já sabe. O educador deve adequar à realidade do educando, para saber como é sua forma de aprendizagem, aliando a teoria à prática, não necessitando mudar-se para o local onde vivem para saber suas necessidades e dificuldades vividas por eles para aprender. Freire traz que devemos estar diante de diversos meios de comunicação para estarmos a par das realidades do meio à nossa volta, onde ele cita o exemplo da televisão que nos trás notícias e informações da realidade e do momento em que estão ocorrendo. No que tange à enfermagem, o enfermeiro deve manter a humildade, e estar aberto a conhecer a realidade do paciente, traçar um perfil epidemiológico da comunidade que está inserido, a fim de planejar suas ações, respeitando sempre a individualidade e o saber de cada indivíduo. Na última categoria "Ensinar exige querer bem aos educandos", traz que o educador deve manter um bem-querer pelo educando, mostrando-lhe a melhor forma de aprender, fazendo necessário um ensinamento crítico, aliado ao afeto e aproximação entre ambos, pois, não significa que por que mantém uma aproximação e afeto, que perderá a autoridade com o educando. O autor também traz que o ser humano foi programado para aprender e transmitir conhecimentos e que é impossível não misturar sentimentos durante o processo de aprendizagem, tais como sonhos, desejos, emoções que não devem ser reprimidos como se fossem uma ditadura. Finaliza trazendo a rigorosidade como algo desnecessário no processo de aprendizagem, pois, o ser que não traz consigo a arrogância, torna-se um educador melhor e mais "gente". Isso se atribui à enfermagem, pois o enfermeiro deve querer o bem de seus pacientes ou da comunidade e somente através da afetividade poderá dar um atendimento humanizado e digno, fazendo a diferença onde atuar. Considerações finais: O capítulo analisado e interpretado, nos faz acreditar de que existem muitos pontos a serem trabalhados no ser humano para que se torne um bom educador e enfermeiro. Práticas aliadas à teoria auxiliam na melhor aprendizagem do educando. Deve-se instigar, provocar discussões, pois assim, o educando aprende a ser crítico e a desenvolver sua curiosidade diante dos assuntos trazidos pelo educador. Conclui-se também que o professor deve estar munido de sinceridade diante de um assunto que não saiba comentar, usando sua honestidade para buscar conhecer e depois transmitir aos demais. Autoritarismo não facilita a aprendizagem, e sim a criação de vínculos e afetos entre educador e educando, pois assim, se torna mais tranquilo e fácil o processo de aprendizagem. O capítulo a que se refere este trabalho, nos faz entender como um docente deve se portar com os educandos, para que possa haver uma boa troca de experiências e aprendizagem entre ambas as partes. Toda essa reflexão sobre as exigências necessárias ao ensinar, se aplica veementemente na educação em saúde, e nos faz perceber, que essa prática educativa cabe também ao enfermeiro, a tamanha responsabilidade que este tem em mãos, e com isso mais nos convencemos do dever de se lutar para que sejamos realmente respeitados nessa profissão assim como os professores.

Palavras-chave: ensinar, enfermagem, educação em saúde

REFERÊNCIA

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 25. ed. PAZ E TERRA, 2002. (Coleção Leitura).

ENSINAR X APRENDER¹

Ana Luisa Ramayer Palinski²

Ana Lise de Mattos³

Fabiula Seffrin⁴

Gabrieli Walascheski dos Santos⁵

Juliana da Silva Cardoso⁶

Larissa Berghetti⁷

Maieli Sartori⁸

Jaqueline Marafon Pinheiro⁹

Introdução: Nos textos “Não há docência sem discência” e “Ensinar não é transferir conhecimento”, de Paulo Freire, publicado em 1996, o autor critica o modo de aprendizagem, de ensinamento, onde nos diz que não existe a aprendizagem sem a troca onde quem aprende não é apenas o aluno, é também o educador. A leitura destes textos nos faz compreender que o educador deve estimular aguçar a capacidade crítica, a curiosidade do educando e que deve criar estimular a possibilidade do aluno para que realizem suas próprias construções, pois este é o primeiro saber para a formação do docente. Objetivo: Revisão dos capítulos para a realização de uma análise crítica, buscando através da leitura o entendimento do assunto abordado. Método: Resenha crítica do livro Pedagogia da autonomia de Paulo Freire, publicado no ano de 1996. Resultados: A leitura do capítulo “Não há docência sem discência” nos relata que é preciso que o educador não ensine por meio de transferir o conhecimento, ele deve instigar o interesse dos educandos. Não basta apenas decorar o conteúdo que será repassado é preciso buscar maneiras desafiar-se a elaborar métodos que busquem o interesse dos alunos, por isso que ensinar não é só transferir conhecimentos e conteúdos é buscar formas de chamar atenção do corpo acomodado. “Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Quem ensina alguma coisa a alguém”, pois não existe o ensinamento sem o aprendizado, pois é possível ensinar como tarefa não apenas embutida em

¹ Resumo Expandido

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: aninha_palinski@hotmail.com.

³ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: cleunice.mattos@hotmail.com.

⁴ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: fabiula.seffrin@hotmail.com.

⁵ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: gabrieli.walascheski@yahoo.com.br.

⁶ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: jujucardoso07@hotmail.com.

⁷ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: larissaberghetti@hotmail.com.

⁸ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: maielisartori@gmail.com.

⁹ Enfermeira. Mestra em Educação. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Câmpus de Frederico Westphalen Uruguai e das Missões – URI – Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jaqueline@uri.edu.br.

aprender. Podemos ver também que aprender criticamente é possível quando educadores e educandos são criadores, instigadores, rigorosamente curiosos e persistentes. É possível, pois o educador vai ensinar o que ele sabe ou coisas novas. Percebe-se, assim a importância do papel do educador, o mérito com que viva a certeza de que faz parte de sua tarefa docente não apenas ensinar os conteúdos, mas também ensinar a passar o certo lembrando sempre que mesmo, às vezes, pensando errado pode ensinar a pensar certo. Ao ser introduzido, o conhecimento novo supera o outro que antes foi novo e se fez velho e amanhã será ultrapassado por um conhecimento novo, aí que se nota que as pessoas estão sempre abertas ao novo. Ensinar, aprender e pesquisar lida com dois momentos do ciclo gnosiológico: o momento em que se ensina e se aprende o conhecimento já existente, e o momento em que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente. O capítulo nos traz em subtítulos que: Ensinar exige pesquisa (Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Enquanto ensino, continuo buscando e procurando. Ensino porque busco, pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e para comunicar ou anunciar uma novidade); Ensinar exige respeito aos saberes dos educandos (Deve-se aproveitar a experiência que os alunos possuem e associar com os conteúdos. Uma das formas de experiência que os alunos têm é a vivência nas áreas das cidades descuidadas pelo poder público, podem ser discutidos sobre os lixões, os seus riscos e o porque eles não estão localizados em bairros ricos, a poluição de rios, a violência que causa a morte de muitas pessoas entre outros assuntos de conhecimento dos alunos que podem ser associados ao conteúdo que a disciplina ensina); Ensinar exige criticidade (A criticidade é uma forma de avaliar, analisar. Através da curiosidade adquirimos conhecimento que chamamos de curiosidade epistemológica. A curiosidade como pergunta, como procura de esclarecimento, como sinal de atenção, entre outros tipos de curiosidade vem sendo construída e reconstruída. Não haveria criatividade sem curiosidade, e através dela acrescentamos algo ao mundo.); Ensinar exige estética e ética (A prática educativa tem que ser um teste de decência e de pureza. Ao pensarmos no ser humano logo lembramos na ética. Pensar certo exige profundidade. Não há pensar certo sobre os princípios éticos, mudar é uma possibilidade e um direito, quem muda tem que assumir a mudança, não tem como mudar e fazer de conta que não mudou.); Ensinar exige corporeificação das palavras pelo exemplo (A corporeificação é dar corpo à palavra, fazer o que se fala. Pensar certo é fazer certo e buscar segurança na argumentação.); Ensinar exige risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação (Pensar certo pode nos levar ao risco. O preconceito de raça, de classe, de gênero é uma forma de discriminação. Pessoas que matam meninos nas ruas, que inferiorizam mulheres, que discriminam negros são arrogantes. Pensar e fazer errado não têm nada que ver com a humildade que o pensar certo exige. Pensar certo é um ato comunicante e para pensar precisa-se de entendimento. A tarefa do educador que pensa certo é exercer a prática de entender, desafiar o educando com quem e a quem comunica-se, fazer com que ele compreenda o que está sendo comunicado.); Ensinar exige reflexão crítica sobre a prática (A prática docente crítica envolve o fazer e o pensar sobre o fazer. É pensando criticamente sobre a prática de hoje ou ontem que podemos melhorar nas próximas, através disso adquirimos mais inteligência e quando assumimos como estamos sendo se tornamos mais fácil de mudar.); Ensinar exige o reconhecimento e a assunção da identidade cultural (A tarefa mais importante da prática educativo crítica é assumir-se. Assumir-se como ser pensante, ser social e histórico, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva e amar. A atitude de nos assumirmos não significa que nos excluimos dos outros. As vezes um gesto simples de um professor, por exemplo ou até de um de nós pode representar muito na vida de alguém, contribui tanto que nem imaginamos como um simples ato pode ajudar e ficará na memória dessa pessoa.). O educador ao entrar na sala de aula deve passar transparência aos seus alunos estando sempre aberto a todos os tipos de questionamentos, curiosidades e críticas e ser consciente de que deve ensinar e não apenas transferir

conhecimento, a educação abre caminhos e diversas opiniões são criadas, a partir daí surgem comparações em relação à raça e competência profissional do educador negro. O educador assim como qualquer profissional deve aceitar o diferente para que mudanças ocorram e essa capacidade de mudar vem se construindo desde a infância, tendo uma infância cheia de culturas e aprendizado e atos de solidariedade o ser humano pode se tornar um grande profissional e assim tornarmos alguém que faça mudança e não se torne mais um objeto na sociedade. O contexto fala que nenhum professor, doutor ou pessoa qualquer tem o direito de pisar ou minimizar outra pessoa, pois cada um possui um saber diferente e este saber não é melhor ou pior do que outro. Ninguém tem o direito de rebaixar ou tirar de um aluno o desejo e o entusiasmo que ele tem de aprender, nem de o diminuir perante seus colegas ou sociedade. A diferença entre autoridade e liberdade dentro de uma sala de aula deve ser diferenciada para que todos saibam seus reais significados, por exemplo, quando um aluno não vai à aula por motivo de doença na família ou com si próprio, é de sua liberdade dar uma explicação para o professor, apresentando-lhe um atestado ou simplesmente pedindo desculpas, como também é liberdade do professor aceitar ou não estas explicações e aceitando sua falta em sua aula, já uma autoridade, por exemplo, todo o professor quando esta dando sua aula quer que todos os alunos o escutem e prestem atenção para a compreensão de todos e também para que todos aprendam o conteúdo passado, mas quando alguns não estão tão interessados assim, compete ao professor como autoridade pedir que façam silêncio dentro da sala de aula. A maioria dos cidadãos tem a consciência de como se portar e sabem que devem respeito com o próximo, muitos não precisam que professor ou doutor lhes diga como devem agir perante as pessoas, isso o meu bom senso me diz que devo respeitar para ser respeitado, pois nossa ética de saber o que deve e o que não se deve fazer o certo do errado aprendemos em casa com nossos familiares e vamos aperfeiçoando com a vida. Este exercício de bom senso tanto com nossa família, vizinhos, amigos ou um desconhecido deve ser executado todos os dias, para nos tornarmos pessoas melhores, melhorando assim a sociedade em que somos inseridos e fazemos parte. Considerações finais: O aprendizado não é decorar o conteúdo, mas sim conhecer, ter conhecimento do que esta tratando, buscando sempre o interesse por completo do aluno e também do educador, que aprende junto. Quanto mais se instiga o conhecimento mais claro e interessante o conteúdo se torna, torna-se mais fácil e simples de aprender. O educador, além de ensinar conteúdo, deve ensinar sobre as coisas certas da vida, como fazer o bem, como seguir caminhos corretos para colher bons frutos de tudo aquilo de bom que se faz não só para si, mas também para os outros. É sempre bom estar aprendendo coisas novas, estar se atualizando, tendo conhecimento novo de tudo todos os dias.

Palavras – chave: Educador. Conhecimento. Aprendizagem.

REFERÊNCIA

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 43. ed., São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GRUPO DE GESTANTE: ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE¹

Lidia Maria Pich²

Monique Prestes³

Introdução: A educação permanente em saúde - EPS é compreendida como uma prática de ensino-aprendizagem e utilizada como uma política de educação na saúde por diversos profissionais. Nessa política o conceito que permeia é o trabalho e o ensino problematizador, sendo essa ultima ferramenta uma peça chave para a implementação das ações de saúde desenvolvidas com a população assistida. O ensino problematizador é crítico e não permite a superioridade do educador em relação ao educando, assim a aprendizagem ocorre de forma natural, traduzindo as experiências vividas por cada membro envolvido no processo educativo (CECCIM, 2005). A EPS traz o movimento de elucidar que o dia a dia do trabalho em saúde é produzido por vivências que vão construindo as experiências, e de acordo com isso, os profissionais da saúde identificam novos modos de aprender e cuidar no trabalho (EPS EM MOVIMENTO, 2014). O sistema único de saúde – SUS provocou significativas mudanças nas práticas em saúde, trazendo mais acesso e direitos aos usuários, mas isso ainda não é o suficiente, pois enfrentamos cotidianamente diversos problemas envolvendo a atenção primária. Nesse intuito, o SUS procura em suas novas políticas, provocar mudanças na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área, isto é, reformular novas formas de cuidar, tratar e acompanhar a saúde das pessoas (BRASIL, 2005). A educação permanente em saúde colabora para o fortalecimento da gestão participativa e da responsabilidade compartilhada, com ferramentas que ampliam espaços de diálogo, integração, participação, troca de experiências e de conhecimentos (SARRETA, 2009). A estratégia de saúde da família – ESF é um modelo de reorganização na atenção prestada a população adstrita no território, o qual abrange um determinado número de famílias. O cuidado prestado a essas famílias é diferenciado e unificado. As ações em saúde são construídas de acordo com as necessidades de cada usuário, ampliando a resolatividade e impactando soluções de saúde no dia a dia das pessoas e coletividade (BRASIL, 2012). O serviço prestado tem a função de gerar um total acolhimento e informação dos problemas identificados pelas equipes de saúde da família. As ESF'S, por sua vez, tem suas ações pautadas nas diversas fases do desenvolvimento do ser humano, desta forma, as gestantes formam uma importante rede de cuidado, devido interagir com aspectos sociais, econômicos, biológicos, culturais, psíquicos e comunitários. Portanto, os grupos de gestantes são utilizados como prática de interação aos diversos aspectos determinantes, sendo assim, a equipe multiprofissional necessita estar preparada para prestar um cuidado integral e humanizado. O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência da educação permanente em saúde – EPS em um grupo de gestantes pertencente a uma Estratégia de Saúde da Família. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo com caráter qualitativo na modalidade de relato de experiência, a partir da vivência de profissionais de saúde da família e acadêmicos do curso de graduação em enfermagem,

¹ Resumo expandido.

² Acadêmica do VI Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: lidiampich@live.com

³ Enfermeira. Mestre em Ciências. Professora substituta no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM Câmpus CESNORS Palmeiras das Missões. E-mail: moniprestes@hotmail.com

com grupo de gestante de uma estratégia de saúde da família no período de novembro de 2014 a março de 2015. A ESF era composta por um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, dois médicos, uma dentista, cinco agentes comunitários de saúde - ACS, uma profissional da higienização, uma recepcionista e um motorista. Em seu território abrangia cinco micro - áreas, com um total aproximado de 850 famílias, e 30 gestantes identificadas nesse período. Dentre estas, participavam efetivamente dos grupos 11 gestantes, acompanhadas por seus familiares. As gestantes e familiares eram convidadas para participar dos grupos pelas ACS, através de um convite confeccionado pela equipe e acadêmicos de enfermagem. O grupo se reunia uma vez por mês, na própria ESF, sempre acompanhado por um ou mais acadêmicos que na época estavam realizando estágios curriculares. As temáticas abordadas foram planejadas anteriormente, mas no decorrer dos encontros, estas sofreram alterações conforme as necessidades elencadas pelo grupo. Resultados: Durante o planejamento dos encontros, a equipe e acadêmicos, elaboraram um material didático com as diversas alterações fisiológicas do processo da gestação. No primeiro encontro esse material foi apresentado para as gestantes e familiares e assim foi possível identificar que as necessidades destes usuários eram diferentes daquelas que foram elaboradas. Nos demais encontros, a equipe se reorganizou para proporcionar um cuidado mais humanizado e dentro das expectativas do grupo. Esse grupo de gestantes possibilitou uma reflexão do modo de como os profissionais estavam trabalhando o seu cuidado, e com isso foi reinventada uma nova maneira de acolher essas gestantes e familiares. As atividades educativas junto às gestantes, seja, na forma grupal ou individual precisam ter linguagem clara e objetiva, com o intuito de orientar acerca dos cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, o recém-nascido, amamentação e planejamento familiar, envolvendo o pai e a família nesse processo do cuidado (BRASIL, 2003). Os profissionais da saúde aliados com o conhecimento compartilhado com a universidade garantem à população, uma maior compreensão dos serviços de saúde oferecidos, motivando a reflexão e adoção de novas práticas. A EPS movimentou as discussões acerca do cuidado, identificando em cada profissional e acadêmico, suas próprias vivências, o que gerou uma maior aproximação da comunidade com a ESF. O acolhimento foi essencial para o desenvolvimento da EPS, devido que o acolhimento é um cuidado prestado aos usuários, onde utiliza-se a escuta qualificada. Pode-se dizer que acolhimento é ouvir, prestar atenção, estar atento e principalmente estabelecer com o usuário uma boa interação, com empatia, evitando comentários preconceituosos ou excludentes, além de julgamentos. Para acolher, é necessário ter uma responsabilidade compartilhada, por isso é importante que profissionais de saúde e acadêmicos criem espaços de aprendizado participativo, contribuindo para um ambiente acolhedor e humanizado. Conclusão: Uma equipe cresce com o desenvolvimento do potencial de seus integrantes, onde é preciso valorizar e utilizar a experiência e o conhecimento de cada pessoa, respeitando as diferenças. Essa nova prática de educação permanente possibilitou um recolhimento nos processos de educação, os quais não significam repasses de informações e de conhecimento. Assim, quando pensamos no processo de educação em saúde, temos que considerar a imprevisibilidade do trabalho. A forma como lida-se com todas as dificuldades e surpresas que acontecem no trabalho produzem um saber tão importante quanto aqueles saberes dos manuais. Isso é o que chamamos de saberes da experiência, que vão compondo nossa caixa de ferramentas especiais, que fabricamos pelas nossas próprias vivências. Os serviços de saúde junto à universidade têm o papel de estabelecer um cuidado em saúde que vá muito além da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Um cuidado em saúde envolvendo a criação de uma relação, de um vínculo entre o usuário, trabalhador e educando. Conclui-se que o trabalho em saúde é um trabalho relacional, já que ele está baseado na relação com o outro. Os grupos de gestantes auxiliaram de forma efetiva os profissionais da ESF e os

acadêmicos na busca de novos conhecimentos, possibilitando um novo olhar ao processo de gestação.

Palavras – chave: grupo de gestantes; educação permanente; cuidado

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer** / Ministérios da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde:** desafio ambicioso e necessário. Interface - comunicação, saúde, educação, 9(16): 161-178, set. 2004-fev., 2005.

EPS EM MOVIMENTO. **A EPS, aprendizagem flutuante e um convite para pensar, sentir e se expressar**. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/a-eps-aprendizagem-flutuante-e-um-convite-para-pensar-sentir-e-se-expressar>>. Acesso em: 17.set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério:** Assistência Humanizada à mulher. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2003.

SARRETA F.O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: UNESP; 2009.

HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO DESTA DOENÇA SILÊNCIOSA

Hígor Soranzo de Almeida¹

Jaqueline Marafon Pinheiro²

Introdução: O enfermeiro tem função notória e de alta relevância no cuidado ao paciente e tudo o que o envolve, é de sua responsabilidade juntamente com a equipe multidisciplinar o empenho para a cura ou condições humanas de tratamento. Sendo uma vez líder de equipe, deve passar por ele todo o material que diz respeito ao seu cliente, sobressaindo mais uma vez a atenção ao cuidado, tratamento, incentivo a mudanças de hábitos e reeducação, não desviando do zelo a parte holística. Não se trata enfermidades, mas sim se cuida de gente, no seu todo. (SILVA, et al, 2010) Hipertensão arterial, doença não transmissível, silenciosa, em geral com diagnóstico tardio. Cerca de 24% de brasileiros são assediados pela hipertensão. Tendo em vista que a população alvo está na faixa etária de 65 anos. (VIGITEL, 2014). Estima-se que em torno de 30% da população com mais de 40 anos possa ter a pressão elevada, diz a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014). Segundo a Organização Mundial da Saúde, existem 600 milhões hipertensos no mundo e em seu relatório anual acusa a hipertensão de ser o terceiro fator de risco associado à mortalidade mundial, perdendo apenas para sexo inseguro e desnutrição. (AGENA, et al, 2011, pg.259). Nesse contexto, o enfermeiro tem papel fundamental no sentido de caracterizar hábitos e estilos de vida dessas pessoas, para obtenção de dados reais e concretos para o planejamento de uma assistência de enfermagem individualizada. (SERAFIM, et al, 2011, pg.336). **Objetivo:** realizar uma reflexão teórica acerca do papel do profissional enfermeiro na prevenção e tratamento da hipertensão arterial. **Método:** utilizou-se o método de revisão bibliográfica da literatura, sumarizadas a pesquisas anteriores, os artigos foram selecionados atendendo na questão das palavras-chave: “hipertensão”, “pressão elevada”, “monitorização da pressão”, “papel do enfermeiro”, “conceito de enfermeiro”, “cuidado com hipertensos”. A busca foi realizada *on-line*, no Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo, Associação Brasileira de Enfermagem, American Heart Association, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Além do acervo bibliográfico impresso. **Resultados:** o profissional enfermeiro está no mercado de trabalho atendendo em diversas áreas, desde hospitais, atenção básica à pesquisa e docência, entre outros. Por formação é humanista e educador em saúde. O enfermeiro não presta assistência apenas ao indivíduo, mas sim ao todo o seu contexto e sociedade onde ele está inserido, atentando sempre para o cuidado com a vida em todo o seu ciclo e após a morte do corpo. (Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução Nº 3 de 07 de novembro de 2011) Art. 6º - São enfermeiros: [...] III – o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz; (Brasil, Lei 7.498/1986 de 25 de julho de 1986) Art.3º O curso de Graduação em

¹ Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI-Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail higor_soranzo_de_almeida@yahoo.com.br

² Enfermeira. Mestre em Educação. Docente no Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail jaqueline@uri.edu.br

Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional: I – Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-social dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e II – Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e não Educação Profissional em Enfermagem. (Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução N° 3 de 07 de novembro de 2011). Dentro da maior parte do campo de trabalho do enfermeiro, está o acesso e contato direto com pessoas, sendo esse contato, muitas vezes por patologias. Dentro deste contexto podemos nortear a hipertensão arterial como queixa/estado patológico de muitos pacientes. A hipertensão é a pressão arterial sistólica maior que 140 mmHg e diastólica superior a 90mmHg, tendo em vista que deverá haver um período base e a aferição da pressão terá que ocorrer em dois ou mais momentos. (BRUNNER; SUDDARTH, vol.1, 2005). Hipertensão arterial é também definida como o nível de pressão arterial no qual os benefícios do tratamento, não farmacológico e farmacológico, são maiores do que o risco de não tratar. (PORTO; PORTO, 2012). A hipertensão é conhecida como um fator chave nas complicações das doenças cardiovasculares, tendo um grande número de óbitos acarretados por ela. Os agravos que hipertensão traz, são muitos, entre eles: infarto agudo do miocárdio, aneurisma dissecante da aorta e hemorragia intracraniana. (BRUNNER; SUDDARTH, 2005). A hipertensão está associada a diversos fatores, não é fácil eleger apenas um, pois vai desde, o ambiente psicossocial, sobre carga trabalhista, fatores de estresse, má alimentação, ingestão alcoólica, e o grande vilão: o sobre peso. “[...] destaca-se a obesidade, ingestão de bebida alcoólica, inatividade física e tabagismo, [...] 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade.” (SERAFIM, 2010, pg.659). Podendo ainda ser, uma ou mais das causas: Atividade aumentada do sistema nervoso simpático relacionada com a disfunção do sistema nervoso autônomo; Reabsorção renal aumentada de sódio, cloreto e água relacionada com uma variação genética na maneira pela qual os rins manuseiam o sódio; Atividade aumentada do sistema renina-angiotensina-aldosterona, resultando em expansão do volume do líquido extracelular e resistência vascular sistêmica aumentada; Vasodilatação diminuída das arteríolas relacionada com a disfunção do endotélio vascular; Resistência à ação da insulina, que pode ser um fator comum ligando a hipertensão, diabetes melito do tipo 2, hipertrigliceridemia, obesidade e intolerância à glicose (BRUNNER; SUDDARTH, 2005). Neste patamar, entra novamente o papel da enfermagem e da equipe multiprofissional. [...] cada participante da equipe multiprofissional tem seu papel definido e suas ações específicas estabelecidas. Os técnicos e os auxiliares de enfermagem estão subordinados à supervisão do enfermeiro. Dessa forma, eles precisam estar devidamente preparados e conscientizados sobre a importância da atuação junto aos hipertensos. (SILVA, et al, 2008, pg. 489) Tão quanto é importante a equipe multiprofissional em saúde, é de relevância o papel do profissional enfermeiro no tratamento do indivíduo. Sendo assim ele, o enfermeiro, pode nortear o paciente na contextualização para obter dados o quanto mais fidedignos possíveis, para que haja por parte do enfermeiro o planejamento de rotas de assistência de enfermagem singular para cada cliente, pois o enfermeiro é um educador em saúde de formação. (SILVA, et al, 2008) A importância do enfermeiro junto aos hipertensos está atrelada ao seu papel como educador, atuando na motivação do paciente quanto à adesão ao tratamento, seu autocuidado, propondo estratégias que favoreçam seu envolvimento com a doença e seu tratamento, além de capacitar os outros profissionais da equipe de enfermagem nas atividades que são de sua competência. (SILVA, et al, 2008, pg 489). Denotamos por

dados já mostrados que a hipertensão, infelizmente se trata de uma doença que está em nosso meio, e inúmeras as pessoas sofram desse mal. Podendo acarretar diversos riscos, danos fisiológicos e, em casos mais graves, até a morte. Cabe então à equipe multidisciplinar, tanto quanto, ao enfermeiro o incentivo à adesão ao tratamento e assegurar sua continuidade, não permitindo cristalizar na mente dos pacientes a procura do serviço de saúde apenas em casos mais limítrofes, e sim como forma de prevenção, trazendo para dentro de si esse regimento no seu dia a dia, tendo como dever da equipe de saúde: estratégias e desenvolvimento sobre a busca e manutenção da saúde. A hipertensão arterial caracteriza-se como uma doença multifatorial, com diferentes fatores, interferindo em sua gravidade. A abordagem do tratamento, além dos medicamentos anti-hipertensivos, deve incluir as formas não medicamentosas, o que muitas vezes requer a mudança em hábitos e estilos de vida. Dessa forma, a não adoção dessas mudanças contribui para o pouco controle da doença e caracteriza-se, como um desafio para os profissionais de saúde que atuam na assistência às pessoas hipertensas. (HASSELMANN, 2008 apud SERAFIM, et al, 2011). Portanto, cabe o empenho dos profissionais para a adesão do paciente ao tratamento, incumbindo aos profissionais criar métodos de cativar o público de hipertensos, criando grupo de apoio, palestras, visita domiciliar e incentivo à procura da equipe de saúde, porém, não devemos delimitar o acesso a essas estratégias apenas aos hipertensos, devemos encorajar os familiares e pessoas que os cercam, pois assim ganharemos força para um controle pressórico eficaz. Considerações finais: A hipertensão é um problema público, que não distingue gênero, classe social, raça ou credo. Seus agravos podem causar danos irreversíveis que não prejudicam apenas os enfermos, seus agravos mexem com toda uma estrutura de articulação social, que emergem em um patamar de saúde pública. A conscientização populacional juntamente com o empenho das equipes de saúde, são fatores-chave no âmbito de prevenção, combate e tratamento da hipertensão arterial. Uma vez instalada, cabe a classe multiprofissional em saúde, sob orientação do enfermeiro na terapêutica abordada, promover ações que diminuam os riscos e agravantes, além de o informar, proteger e recuperar a saúde dos indivíduos hipertensos, enfocando sempre na melhora do paciente.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica. Patologia. Tratamento

REFERÊNCIAS

AGENA, F. et al., Monitorização residencial da pressão arterial: atualidades e papel do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 45, n 1, 2011

SERAFIM, S.T. et al., Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.5, São Paulo, 2010

SILVA, E.B.S.S. et al. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n. 2, São Paulo, 2010

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, **Resolução CNE/CES nº 3**, de 7 de novembro de 2011

BRASIL, Lei 7.498/1986 de 25 de junho de 1986

PORTO, C.C., PORTO, L.A. **Vademecum de clínica médica**, ed.3, Rio de Janeiro, 2012

BRUNNER, SUDDARTH, **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**, v. 1, Rio de Janeiro, 2005

BRASIL, **VIGITEL**, <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf>. Acesso: 05/10/2014

INFLUÊNCIA DOS FATORES CULTURAIS SOBRE A DOENÇA MENTAL¹

Danieli Casaril²

Eloise Cristine Franz³

Patrícia Castanho Bueno Dezengrini⁴

Rafaela da Rosa Alves⁵

Adriana Rotoli⁶

Jaqueline Marafon Pinheiro⁷

Introdução: A cultura é um fator que tem influências sobre os indivíduos a sua complexidade engloba toda a vida, incluindo todos os costumes e hábitos de uma determinada população, que são carregados para toda a vida. O universo onde os indivíduos vivem, bem como a cultura de onde nasceram são os fatores determinantes, que são indispensáveis para a formação do indivíduo. Pois cada ser está inserido em grupo étnico, o qual apresenta e possui uma determinada cultura (OLIVEIRA, 2003). A cultura de cada pessoa pode variar tanto de um lugar para o outro como também, de um sexo ou de outro, pois homens e mulheres não possuem somente diferença anatômicas, mas também devido à própria cultura. (LARAIA, 2009). Exemplificando a cultura indígena eles não são habituados a trabalhar com cumprimento de horário, e já a raça branca é extremamente ligada ao trabalho e estabelecimento de regras, e isso pode ser chamado de estereótipo cultural, ou até mesmo de uma norma cultural, pois em um determinado grupo étnico uma norma ou “costume” são diferentes. Há também o desvio da cultura que é considerado uma infração de uma determinada regra que apresenta a cultura, um exemplo disso seria o de menores de 18 anos beber, no caso do Brasil é uma infração. (ROCHA; SILVA, 2014). Os aspectos culturais ou fatores culturais têm uma forte influência sobre a doença mental, pois as pessoas não vivem sozinhas e sim em uma sociedade, que tem regras, que faz pressão sobre os indivíduos, e que se esses não conseguirem ter um equilíbrio, poderão desenvolver um distúrbio mental, como por exemplo uma anorexia nervosa, devido a sociedade impor um modelo de beleza e para de igualar a esse modelo, as meninas geralmente desenvolvem essa doença. **Objetivo:** identificar algumas doenças mentais que sofrem influência da cultura. **Método:** O estudo foi baseado em uma revisão de literatura, e foram utilizados livros e artigos que foram tirados de bancos de dados eletrônico. E a partir do tema cultura e a doença mental, exemplo cultura e depressão.

¹ Reflexão teórico-metodológica.

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: danielicasaril@hotmail.com

³ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: ello_franz@hotmail.com

⁴ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail:

⁵ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail:

⁶ Enfermeira Mestre em Enfermagem- Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: rotoli@uri.edu.br.

⁷ Enfermeira Mestre em Educação. Docente do 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.

Resultados: Uma doença mental muito conhecida e que vem sendo alvo constante de preocupação por ser considerada a doença do século, é a depressão. A depressão não pode ser empregada para nos referirmos a um estado de tristeza prolongada, mas sim para um quadro clínico bem mais avançado. (PORTO, 1999). Segundo Porto a maioria dos pacientes diagnosticados com a doença relatam não sentir prazer nas atividades realizadas diariamente, bem como a falta de interesse por tudo o que os cercam. Há relatos também de sentimento de culpa, desvalorização de si, muitas vezes de seu caráter, ou até mesmo de seu corpo, tudo lhes parece fútil. A depressão, quando em um estágio avançado leva o indivíduo a querer pôr fim à própria vida, já que não encontra mais alegria em nada que fizer. (PORTO, 1999). Os fatores que podem desencadear a depressão são muitos, porém o que vale um enfoque especial é a questão cultural. Muitas pessoas, cuja família e antecedentes são seres que seguram seus problemas e angústias apenas para si mesmos, não compartilham aquilo que sentem tendem a desenvolver depressão. E essa maneira de ser não é apenas uma simples mania, mas sim um hábito cultural que o indivíduo cultivou. (FERREIRA, TOURINHO, 2011). Outro fator possível de ser citado é o individualismo, ou agir por si só, que exige que os indivíduos busquem um futuro, corram atrás do que almejam, de forma independente, e sonhem com um futuro próspero, como se isso fosse uma regra. Porém, esta prosperidade, este sucesso pode não ser como o esperado, um insucesso profissional por exemplo pode levar o sujeito a desenvolver a depressão. A sociedade impõe uma regra, uma forma de cultura a ser seguida, e se o indivíduo não alcançar o que se impõe, tende a desenvolver a doença. (FERREIRA, TOURINHO, 2011). Outro fator importante a ser mencionado é relacionado à morte precoce de familiares ou amigos. Na cultura da maioria dos povos sempre se esperou que a morte fosse vir quando o sujeito já não estava mais em condições de prosseguir lutando, ou quando “fosse sua hora”, porém hoje o que mais vemos são acidentes acabando repentinamente com a vida de jovens, crianças, neoplasias que acometem crianças, doenças que matam silenciosamente. Tudo isso, pode levar o indivíduo a adquirir a doença, pois não aceita a perda do ente querido. (FERREIRA; TOURINHO, 2011). Não é aceito também o fato do filho falecer antes que seus pais, já que a cultura de nossos antecedentes foi dos filhos verem os pais morrerem, isso tornava-se de certa maneira uma perda triste, mas suportável, mesmo quando a pessoa não estivesse preparada, porque é a “Lei da Vida”. Quando os filhos partem antes, torna-se uma perda muito mais dura e drástica para os pais. (FERREIRA; TOURINHO, 2011). Outra doença conhecida nesta área é a anorexia nervosa, é uma das mais frequentes patologias psíquicas, que são causadas pelo ambiente cultural, é então um transtorno alimentar sendo caracterizado por ter limitações nas ingestões de alimentos, devido à obsessão de um corpo contornado pela magreza e o medo mórbido de ganhar peso, considerando-os fora do normal. Quando a anorexia nervosa desenvolve-se na infância ou até mesmo na adolescência, pode haver um fracasso em fazer o ganho de peso esperado na idade em que o indivíduo encontra-se, embora com isso possa haver ganho de altura. Na maioria das vezes as causas pelas quais se desenvolve esse tipo de patologia estão relacionadas com a interação sociocultural, fatores biológicos, mecanismos psicológicos e especialmente vulnerabilidade de personalidade. Nas sociedades afluentes (países desenvolvidos ou em desenvolvimento) observamos uma oferta abundante de alimentos com alto teor calórico e de rápido consumo, porém, nas sociedades ocidentais atualmente as pessoas vivem sob o ideal da magreza e da boa forma física. Apesar de a aparência física ser um elemento fundamental da imagem da mulher em diversas épocas e culturas, a extrema magreza nem sempre foi um ideal tão almejado. Durante a adolescência as jovens buscam almejar um corpo ideal onde a forma de magreza, venha ocasionar a atenção desejada, mas ao mesmo tempo, esse fato acontece pela priorização em que a sociedade avalia o ser humano pela sua estatura física, o que influencia a ideia de que sendo “magro”, será mais aceito em meio social e cultural, com isso, crianças e jovens acabam desenvolvendo consigo mesmo o preconceito com a aceitação do próprio

corpo, causando a desvalorização do ser. Já a Esquizofrenia é uma doença mental não tão conhecida e aceita, porém muito abordada pelos meios de comunicação como um meio de apelo para a aceitação de pessoas esquizofrênicas na sociedade. É uma doença de origem multifatorial, onde fatores genéticos, ambientais e culturais podem colaborar para que o indivíduo desenvolva a doença. (SILVA, 2006). Os primeiros sintomas da esquizofrenia surgem na adolescência, podem se desenvolver rápido ou vagarosamente e são fáceis de serem identificados. Humor depressivo, isolamento, alucinações, delírios, transtornos de pensamento e fala, dentre outros fatores podem indicar um quadro de doença mental esquizofrênica. (SILVA, 2006). Segundo Silva (2006), um dos fatores que pode desencadear a doença é o relacionamento distante entre pais e filhos, ou seja, um ambiente onde não tenha diálogo, paz, nem comunicação. Estudos realizados, porém não comprovados, indicam ainda que a rejeição por parte da mãe principalmente, em qualquer estágio da vida do indivíduo, poderia levar o indivíduo a desenvolver a doença. A falta de lazer, de atividades prazerosas também são fatores que podem levar a esquizofrenia, uma família que possui o hábito de não deixar os filhos saírem de casa, exceto em ambientes que os pais consideram propícios, por exemplo é um fator que predispõe a doença. Pois também existem pessoas que devido a sua cultura não é de costume sair, se divertir, ficando isoladas, estando assim mais suscetíveis à doença. Conclusão: A cultura tem uma grande influência na doença mental, pois os indivíduos estão totalmente ligados à cultura e a mesma é um dos fatores que desencadeia algumas doenças, como por exemplo a depressão, a anorexia nervosa e a esquizofrenia. A doença mental está diretamente relacionada com a cultura, pois ambas estão envolvidas com o psicológico das pessoas, sendo a primeira o resultado que a segunda exerce sobre os indivíduos.

Palavras-chave: Cultura, Influência, Doença Mental.

REFERÊNCIAS

DEL PORTO, JOSÉ ALBERTO. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.21. São Paulo, 1999. Acesso em 08/04/2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44461999000500003&script=sci_arttext

FERREIRA, MARLENA; TOURINHO, EMMANUEL. Relações entre depressão e contingências culturais nas sociedades modernas: interpretação analítico-comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 2011. Acesso em 08/04/2015.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. Zahar, 24ª edição. Rio de Janeiro, 2009.

OLIVEIRA, R. C. Identidade étnica, identificação e manipulação. **Sociedade E Cultura**, V. 6, N. 2, JUL./DEZ. 2003, P. 117-131.

ROCHA, Á. F. O.; SILVA, S. S.A **Dinâmica Emocional Do Desvio**: Uma Análise Em Criminologia Cultural. Revista do CEJUR/TJSC: Prestação Jurisdicional, v. 1, n. 02, p. 265 - 283, out 2014. Disponível em: <http://revistadocejur.tjsc.jus.br/cejur/article/view/74/59>. Acesso em: 06.04.15

SILVA, REGINA CLÁUDIA. ESQUIZOFRENIA: UMA REVISÃO. **Rev Psicol. USP**, vol.17. São Paulo 2006. Acesso em 12/ 04/ 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000400014

NUTRIÇÃO NA IDADE ADULTA¹

Juliana da Silva Cardoso²

Lidia Maria Pich³

Dionara Simoni Hermes Volkweis⁴

Introdução: O ser humano alimenta-se para satisfazer suas necessidades básicas, que são obter substâncias essenciais e adquirir energia para conservar os processos fisiológicos. Para manter os processos fisiológicos nosso organismo consome energia por meio do metabolismo energético. O metabolismo é uma atividade celular que abrange reações que consomem energia e que liberam energia, portanto o metabolismo é a soma de todas as transformações químicas que ocorrem em uma célula ou em um organismo vivo. (AVESANI; SANTOS; CUPPARI, 2005). A alimentação saudável na idade adulta ajuda no bem estar e na prevenção de doenças. Hoje a maioria dos adultos possuem estresses relacionados às longas horas de trabalho e às diversas responsabilidades do dia a dia, o que afeta os hábitos alimentares. Muito pouco tempo para o planejamento da refeição pode levar as pessoas a consumir muito mais alimentos processados ou preparados em restaurantes. Os adultos, especialmente os mais jovens, são os que mais consomem alimentos que podem levar ao ganho constante de peso além de ser prejudicial à saúde, que pode vir a desenvolver uma doença crônica. (MAHAN, 2005). A nutrição adequada para adultos é fazer escolhas alimentares saudáveis para um bom funcionamento do organismo durante o envelhecimento, e para o bem estar. É essencial ingerir mais alimentos à base de vegetais: frutas, hortaliças, grãos integrais, nozes e leguminosas, além de peixes, ovos e proteína de origem animal magra, limitando o consumo de carnes vermelhas, como a carne bovina, de porco e de cordeiro. Devemos optar por gorduras saudáveis como ácido graxo ômega-6 e ômega-3, laticínios com baixo teor de gordura, e produtos alimentares fermentados também podem ser adicionados. Uma dieta a base de vegetais e frutas, juntamente com exercícios físicos ajudam o indivíduo adulto a manter um peso saudável reduzindo o risco de doença cardiovascular, câncer, diabetes e outras doenças crônicas. (MAHAN, 2005). A pirâmide alimentar foi desenvolvida representando uma alimentação saudável, onde os profissionais de nutrição ajustam os alimentos e planos de refeição conforme as necessidades calóricas, características físicas, psicológicas e genéticas de cada indivíduo. (MAHAN, 2005). Para que a alimentação seja balanceada, nutricionalmente utilizamos o modelo da pirâmide alimentar que é uma representação gráfica de como os alimentos devem ser distribuídos ao longo de um dia. A pirâmide alimentar possui quatro camadas e oito grupos de alimentos que possibilitam uma alimentação saudável sugerindo a substituição de alimentos dentro do mesmo grupo. Na base da pirâmide estão os alimentos que fornecem a maior parte das calorias diárias, é o grupo dos cereais, pães, tubérculos e raízes, alimentos ricos em carboidratos fundamentais para o adequado funcionamento do intestino, para a prevenção de câncer entre outros benefícios à

¹ Resumo Expandido elaborado junto a disciplina de Nutrição e Dietética A.

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: jujucardoso07@hotmail.com.

³ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: lidiampich@live.com.

⁴ Nutricionista. Mestre em Envelhecimento Humano. Docente da URI – Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: dshermes@uri.edu.br.

saúde. É adequado o consumo de carboidratos integrais. (ALVES, 2010). Na sequência da pirâmide temos o grupo das hortaliças e frutas, ricas em fibras, vitaminas e minerais, são alimentos reguladores do organismo. Na outra parte da pirâmide estão os alimentos de origem animal representados pelo grupo das carnes e ovos que são ricos em proteínas; as leguminosas como feijões, soja, grão de bico e lentilha que também são ricos em proteínas, também temos os leites e derivados, ricos em cálcio e proteína. No topo da pirâmide estão dois grupos, óleos e gorduras, açúcares e doces que devem ser evitados, pois são os principais causadores de várias doenças que hoje afetam a maioria da população. (ALVES, 2010). Através dos alimentos que compõem a pirâmide alimentar podemos destacar algumas orientações básicas, como: escolher uma dieta variada com alimentos de todos os grupos da pirâmide; dar preferência aos vegetais como frutas, verduras e legumes; dar prioridade para alimentos naturais; optar por preparar os alimentos na forma de assados, cozidos e grelhados; ler rótulos dos alimentos industrializados para ver o valor nutritivo do alimento; utilizar açúcares, doces, sal e alimentos ricos em sódio com moderação; consumir alimentos com baixo teor de gordura; se fizer uso de bebidas alcóolicas, fazer com moderação; para programar a dieta e atingir o peso ideal deve-se ter uma alimentação saudável e praticar exercícios diariamente. (PHILIPPI; LATTERZA; CRUZ; RIBEIRO, 1999). Objetivo: Buscando relatar a importância de uma alimentação saudável na fase adulta e os benefícios que elas trazem para nossa saúde foram abordados porque o ser humano precisa alimentar-se, além disso, foi enfatizado a questão da prática de exercícios físicos e hábitos alimentares saudáveis para o bem estar e a prevenção de doenças. A pirâmide alimentar também foi relatada destacando sua estrutura e os grupos de alimentos que ela compõe. Método: Este estudo foi realizado com base em referências bibliográficas e revisão de artigos. Após a descrição de cada grupo de alimentos da pirâmide foram passadas algumas orientações básicas para incentivar que todos nós seres vivos devemos manter em nosso meio uma alimentação equilibrada que promova benefícios à saúde, devemos nos alimentar com quantidades suficientes e adequadas, dando importância aos legumes, frutas e verduras no nosso dia a dia. Resultados e Discussões: Podemos analisar que para a promoção da saúde e prevenção de doenças é essencial adquirir hábitos alimentares saudáveis para o bem estar, e prevenir várias patologias que hoje afetam um grande número da população. Geralmente o consumo excessivo de açúcares, doces, gorduras e sódio levam ao desenvolvimento de diabetes, hipertensão arterial e obesidade, doenças que afetam vários sistemas do organismo onde na maioria dos casos a pessoa tem que realizar tratamentos através de medicamentos. A falta de aconselhamento nutricional sobre a relação dos hábitos alimentares saudáveis com a prevenção de doenças ainda é pouco conhecida pela população por isso deveriam ser adotadas estratégias de reeducação alimentar que apoiassem as pessoas a adquirir hábitos saudáveis através de um planejamento alimentar conforme as suas necessidades. Conclusão: A alimentação é importante para manter um peso adequado e prevenir doenças. Visando por uma melhor qualidade de vida, nós profissionais da saúde, cada um com as suas competências, devemos ter um conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis para podermos orientar e sanar dúvidas que as pessoas têm em relação à alimentação. Uma pessoa que se alimenta saudavelmente tem o seu desenvolvimento potencializado, e isso, aliado à prática de atividades físicas, contribui para o desempenho das funções mais saudáveis. Ressalta-se que nesse contexto é indispensável respeitar a necessidade de cada organismo, ou seja, não forçar o consumo deste ou aquele alimento, assim como respeitar a cultura de cada indivíduo. O que fica evidente é que a sociedade atual não está procurando uma alimentação saudável, em um momento em que o tempo é escasso, a alimentação segue os padrões da industrialização e da globalização. Os produtos industrializados são muito consumidos pelas pessoas e com isso devemos ter uma grande preocupação. Nessa perspectiva, tem uma importância grande no que tange à formação de hábitos alimentares saudáveis e à valorização dos alimentos naturais, bem como na busca por

uma consciência sobre esse processo de massificação que acontece em nossa sociedade, inclusive na alimentação.

Palavras – chave: Nutrição do adulto. Pirâmide Alimentar. Alimentação saudável

REFERÊNCIAS

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Krause:** alimentos, nutrição e dietoterapia. 12. ed. São Paulo: Elsevier, 2010.

CUPPARI, Lilian (Coord). **Guia de nutrição:** nutrição clínica do adulto. 2. ed. Barueri: Manole, 2005.

PHILIPPI, LATTERZA, CRUZ, RIBEIRO. **Pirâmide alimentar adaptada:** guia para escolha dos alimentos, **Rev. Nutr.**, Campinas, jan./abr., 1999. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em: 23 set. 2014.

HORA ALVES, Ana Luísa. **Nutrição nos ciclos da vida.** Brasília-DF, 2010.

O SINDICATO DO/AS TRABALHADORES/AS RURAIS E O PROTAGONISMO DA MULHER DO CAMPO

Iara Fatima Durante¹

Marisa do Nascimento Pigatto²

Introdução: Este trabalho é parte do Projeto de pesquisa “Psicologia e os Sindicatos dos/as trabalhadores/as rurais: (re)pensando saberes, aproximando formas de cuidado” que aconteceu através do contato com dois Sindicatos desta categoria de trabalhadores/as localizados no norte do estado do Rio grande do Sul, conhecendo as práticas desenvolvidas por esses espaços no ano de 2014, refletindo sobre promoção de saúde com ênfase no exercício da cidadania. Tratar a promoção de saúde como o exercício da cidadania, é buscar potencializar a comunidade primando pela autonomia, e tornando cidadãos e cidadãs mais ativos e pertencentes ao meio onde vivem, se reconhecendo como autores, protagonistas de sua história. Neste escrito apresentaremos os objetivos e método utilizados para realizar a pesquisa supracitada, porém na discussão dos resultados nos deteremos a refletir sobre o protagonismo da mulher do campo, mostrando a forma como a mulher vem se engajando, e o quanto entendemos saúde como muito além do sintoma físico e também como o exercício da cidadania. **Objetivos:** A preocupação deste estudo em conhecer a percepção dos representantes de Sindicatos dos Trabalhadores Rurais - STRs com relação à promoção de saúde, com ênfase no exercício da Cidadania, a partir do trabalho desenvolvido nestes espaços, é pensar no protagonismo social. Assim, foi abordado o entendimento de saúde de cada entrevistado e como eles percebem o engajamento e necessidade para desenvolver o trabalho que coordenam naquele órgão sindical, bem como, a participação da população que é por eles atendida, além dos recursos financeiros disponíveis para desenvolver tal atividade. **Metodologia:** Para o levantamento dos dados utilizamos uma entrevista semiestruturada e para a discussão análise de conteúdo da Bardin(2002). Foram realizadas um total de 14 entrevistas, com 12 participantes (dois entrevistados coordenavam dois projetos, desta forma, falaram sobre os dois projetos) . As entrevistas foram desenvolvidas com o presidente de cada um dos dois órgãos sindicais e um representante de cada trabalho desenvolvido no ano de 2014. Os trabalhos em questão são: habitação; crédito rural; trabalho com mulheres; medicamentos homeopáticos e fitoterápicos; auxílio previdência; convênios (médico, odontológico). **Resultados e discussões:** Os achados foram divididos em quatro categorias, porém neste espaço aprofundaremos, sobre a participação da mulher nos espaços sindicais e as lutas e conquistas das mesmas através dos seus trabalhos. Dos doze entrevistados, oito são mulheres. A partir das entrevistas foi possível perceber que as mulheres trabalhadoras rurais estão cada vez mais comprometidas e participantes no movimento sindical para reivindicar pelos seus direitos. Ambos os sindicatos têm trabalhos voltados para mulheres. Dentro de um dos sindicatos existe um Coletivo de Mulheres que têm lideranças das comunidades do interior engajadas na construção de estratégias e em busca por ouvir as mulheres, trabalhar com elas e desenvolver trabalhos que possam atender as necessidades das mesmas. De encontro com o exposto a entrevistada 1 relata acerca da criação do Coletivo de Mulheres e a forma como estão engajadas e reunidas enquanto mulheres trabalhadoras rurais dentro de uma entidade sindical. “O coletivo de Mulheres surgiu em 2004 na necessidade das mulheres estarem

¹ Acadêmica do 10º semestre do Curso de Psicologia da URI/FW. E-mail: iaradurantee@outlook.com

² Professora Orientadora do Curso de Psicologia da URI/FW. E-mail: marisa@uri.edu.br.

organizadas, a federação a Fetraf-SUL, sentiu a necessidade das mulheres agricultoras familiares estarem organizadas lutando pelos seus direitos e pelo seu bem estar e pela saúde de si mesma e de seus familiares também. Então no Ano de 2014, no coletivo de mulheres dentro do sindicato, a gente desenvolveu um trabalho que se intitula “Mulheres promovendo saúde e qualidade de vida” nós sentimos a necessidade de estarmos desenvolvendo esse projeto, pelo casos de câncer de colo e de mama que as mulheres estavam sendo atingidas na região.”(SIC). Com isso, é possível perceber o quanto a entidade sindical está buscando trabalhar em prol das necessidades, e as próprias mulheres trabalhadoras rurais à frente das lideranças sindicais levam essas discussões até a diretoria do sindicato, da qual muitas vezes fazem parte. De encontro com o exposto o entrevistado 7 destaca o compromisso da mulher, o quanto ela se engaja mais, os STRs entrevistados, percebem a mulher no meio rural, como um agente de transformação. Então, ressaltam que ao desenvolver um trabalho, promover reflexões com a mulher é possível conseguir as transformações, devido a forma como elas se engajam nas atividades. Percebemos ainda, interessante acrescentar nesta discussão, que embora a mulher do campo esteja cada vez mais inserida e participativa nas lutas do meio rural, ainda enfrenta muitos preconceitos de caráter machista, como destacado na fala da entrevistada 8: “A muitos anos atrás eu trabalhava muito, saía muito de casa e uma pessoa da diretoria um moço perguntou pra mim assim, o que o teu marido a tua família pensa de você sair muito de casa sem ganhar? por que no sindicato a maioria do nossos trabalho é trabalho voluntários, claro que quando se sai longe se ganha ajuda de custos, não tô queixando do sindicato, o sindicato é maravilhoso. Mas, aquele moço me pergunto assim: O que que a tua família acha? e eu disse: Olha, a minha família fica muito feliz quando eu chego em casa de volta, por que? e ele olho bem ligero pra mim, né. E, eu disse: por que eu sempre levo alguma coisa boa pra casa, e não levo um pedaço de bolo, um bombom, mas eu levo um sorriso de alegria, eu levo mais compreensão, mais conhecimento para administrar minha horta melhor, pra administra minha casa melhor, pra administra minha família melhor, e é isso que o sindicato faz”(SIC). Entendemos que o mais importante nesta fala não está em “apontar” o caráter machista da expressão, mas em potencializar a forma corajosa com que a mulher naquele momento demonstra qual é o seu espaço. Somente com esse sentimento de pertencimento, e assim convicção dos seus direitos e deveres auxilia na (des)construção desses preconceitos e estereótipos institucionalizados, que permeiam as relações de gênero também no meio rural. Acredita-se que são essas posturas que permitem à mulher cada vez conquistar mais espaços, fomentando a reflexão nas pessoas sobre o assunto (GUATARRI; ROLNIK, 2008).Acreditamos que essa explanação pode ir ao encontro das reflexões de Martin-Baró (1996), que desacomoda o profissional da psicologia no seu “que fazer”, para pensar na sua responsabilidade social e na criticidade, e questionar o sistema, “confrontar criticamente o mesmo” e a realidade onde estão inseridos, se sentindo assim cidadãs. Considerações finais: Por fim, mas não fechando a discussão, através deste estudo foi possível discutir muito mais do que os achados científicos desta pesquisa, mas refletir sobre o protagonismo da própria acadêmica/cidadã quando, discutindo promoção de saúde e cidadania coloca como público alvo o meio onde esteve e ainda está inserida. Esse movimento de (co)responsabilidade demonstra que podemos e devemos nos implicar com a nossa realidade sem perder o profissionalismo, assim como a mulher do campo se engaja na luta pelo seu espaço. Assim, percebemos que o STRs busca desenvolver ações onde a comunidade rural é participe/autora desta construção. Quando essa autoria acontece e existe de fato o controle social, a participação da comunidade, estamos vivendo a democracia o sentimento de cidadania, e essa questão é percebida tanto na busca de incentivos para o trabalhador/a do campo, como nas atividades que são realizadas. É válido destacar também, que muitas vezes esses espaços não percebem o quanto suas atividades estão relacionadas com a saúde, pois em vários momentos também remetiam que quem trabalha com saúde é o “setor saúde” mesmo

citando o conceito de saúde mais amplo. Nesse sentido se percebe que embora não se tenha essa consciência, os mais variados trabalhos desenvolvem práticas de promoção de saúde. Em suma, pode-se perceber que dar visibilidade a STRs e refletir sobre estes, que são um “elo” com o meio rural, nos desperta para percebermos agentes da rede que podem ser aliados na efetivação de práticas promotoras de saúde e cidadania, na politização, no protagonismo da comunidade. O/A psicólogo/a desta forma pode se utilizar desses espaços em trabalhos conjuntos, se aproximando da comunidade através de entidades como estas, que têm um vínculo próximo através de suas lideranças, através de suas reuniões na comunidade. A psicologia inserida nessa discussão reforça a sua responsabilidade social, e se permite conhecer esses espaços, e a sua realidade e criticamente analisá-la.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Tradução de Luís A. Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Ed. edições 70, 2002.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, dez., vol. 13, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232>. Acesso em: 20 jun.2015.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2008.

MARTIN-BARÓ, I. O papel do psicólogo. **Estudos de Psicologia**. 1996, 2(1), 7-27. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v2n1/a02v2n1.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

OBSERVAÇÃO EM ENFERMAGEM¹

Bruno Carvalho²

Ismael Broc²

Maicon Vicente Theisen²

Jaqueline Marafon Pinheiro³

Introdução: O ato de observar é indispensável para que nos tornemos conscientes do nosso cotidiano, da realidade em que estamos inseridos, do mundo em que vivemos. Compreendendo que a observação não tem um fim em si mesmo, mas que possui objetivos definidos, esta se torna um instrumento de coleta de dados que subsidia a transformação da realidade em que o enfermeiro atua. A observação é o primeiro passo para a execução de todos os cuidados de enfermagem. Segundo a teórica Wanda Horta, observação “é a ação ou efeito de observar, isto é, olhar com atenção para examinar com minúcia, a atenção que se dá a certas coisas”. Entendemos que, observar em enfermagem implica a percepção de estímulos internos e externos captados através dos órgãos dos sentidos. **Objetivos:** Com esta resenha queremos levar ao público um levantamento crítico do que a autora traz sobre a observação em enfermagem, sobre a visão de graduandos do segundo semestre do curso de enfermagem. **Método:** Resenha crítica do livro Instrumentos básicos para o cuidar. **Resultados:** Tipos de observação: A observação para o enfermeiro deve constituir-se em uma capacidade e habilidade, para que ele possa compreender o contexto em que está inserido e assim ter subsídios para enfrentar e agir no contexto da enfermagem. Assim, descrevemos primeiramente os diversos tipos de observações que podemos fazer, para depois mostrar sua aplicabilidade na Assistência, Pesquisa e Ensino de Enfermagem. Observação Assistemática: As observações assistemáticas ou não estruturadas são aquelas que realizamos espontaneamente, sem utilizarmos meios técnicos especiais, roteiros ou perguntas específicas. A observação assistemática é o fato de o conhecimento ser obtido através de uma experiência casual, sem que se tenha determinado de antemão quais aspectos relevantes a serem observados e que meios utilizar para observá-los. Observação Sistemática: A observação também chamada de ⁴estruturada ou planejada é aquela que fazemos para responder a propósitos preestabelecidos, ou seja, sabemos de antemão o quê, como e quando vamos observar. Utilizaremos um roteiro ou um instrumento para coletar dados específicos que deverão ser observados organizados em um quadro, *check list*, escala, etc. As vantagens deste tipo de observação é que é uma forma organizada e o mesmo roteiro pode ser usado por diversos observadores desde que os significados e interpretações sejam detalhados da mesma forma. Observação não participante: Nesta ocasião o observador é um espectador, tendo contato com a realidade observada, mas sem se integrar a ela. Este tipo de observação pode coexistir com outras formas como a sistemática ou assistemática. Observação participante: É a observação em que o observador, propositadamente ou não integrasse ao grupo ou ao contexto que está observando, sendo membro do grupo e estando ao lado do observado. No início do processo será necessário mais observação do que participação, até ganhar confiança

¹ Resumo Expandido Resenha Crítica.

² Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen.

³ Enfermeira. Mestranda em Educação. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: jaqueline@uri.edu.br .

do grupo, com o tempo a profundidade da observação irá depender das relações pessoais e da participação do observador. Observação individual: É feita por uma só pessoa, sendo que os dados recolhidos vão depender da personalidade do observador. A observação individual assegura certa objetividade, mas existe o risco de haver distorções e inferências pessoais. Observação em Equipe: É feita por varias pessoas e cada qual observa um aspecto da mesma situação. Todos os componentes da equipe de enfermagem fazem observações do paciente, cada qual dentro de um âmbito profissional e legal. Estas observações são organizadas, por cada profissional observa e utiliza uma técnica para observar, cada um observa um aspecto diferente, ou todos observam a mesma situação e confrontam as observações. Observação na Vida Real: Quando a observação é feita e registrada no momento em que ocorre, ela é chamada de observação na vida real. Quando registramos um dado simultaneamente à observação reduzimos as chances de selecionar detalhes ou até esquecê-los. Para este tipo de observação é necessária destreza para observar e anotar ao mesmo tempo e nesses casos devemos saber diferenciar as ocasiões em que é possível anotar. Observação em laboratório: É realizada dentro de condições estabelecidas, onde fatores que podem interferir na ocorrência de um fato ou fenômeno são controlados. Normalmente o observador utiliza, além de seus próprios órgãos dos sentidos, instrumentos que permitem colher dados mais específicos. Porém, muitos aspectos da vida humana não podem ser observados sob condições idealizadas no laboratório. A Habilidade de Observar: Qualquer tipo de observação utilizado tem métodos de colher dados suscetíveis a erros, então as pessoas que observam devem ser bons “instrumentos” para colher dados. O observador deve saber o que procura e ser capaz de manter atenção concentrada em alerta para perceber a situação observada. A habilidade de observar também depende do conhecimento do observador: “Quem nada aprendeu nada pode observar”. Estarmos frente a um fenômeno que sempre vemos ou encontramos não assegura que este seja conhecido. Ou seja, estar habituado a um fato não implica que conhecemos todos os seus aspectos. Muitas vezes somos capazes de descrever uma observação corriqueira para nós, sem perceber detalhes que às vezes podem ser decisivos para determinada situação. Percepção e Observação: Perceber não se constitui apenas no ato de captar sentimentos subjetivos, mas em receber informações externas e internas ao individuo através dos órgãos dos sentidos e com isso interpretá-las. O desenvolvimento dos sentidos nos proporciona a atribuição de certas qualidades afetivas aos objetos percebidos. Imagem e Percepção: A percepção pode ser treinada a partir de estímulos que envolvam os diversos órgãos dos sentidos, aguçando a capacidade e a eficiência da observação. O “Sexto Sentido” No dia a dia da Enfermagem nos deparamos com certas sensações descritas como um estado de alerta que nos leva a afirmar que algo está fora da normalidade, mas não conseguimos explicar exatamente do que se trata. O ser humano e o ambiente estão em constante interação e em continua troca de energia através de padrões rítmicos, então quando um padrão energético muda ele gera uma percepção diferenciada do geral. Vantagens e Desvantagens da Observação: A observação é o instrumento que nos permite colher dados que proporcionam maior variedade e profundidade de informações. Os seres humanos são observadores e utilizam instrumentos de medida, e constituem um meio sensível e inteligente, ainda que falível. Porém, devemos considerar que dependendo da situação podemos nos deparar com problemas étnicos, reações indesejadas do observado, ou até a falta de consentimento deste observado. Também, a qualidade do dado colhido depende da habilidade que a pessoa tem para observar, exigindo do observador atenção e percepção. A observação é um ato humano e certos fatores como o estado emocional, valores pessoais, envolvimento, interesse, julgamentos, podem contribuir positiva ou negativamente durante uma observação. A Observação na Assistência de Enfermagem: A observação é um dos instrumentos básicos que o enfermeiro necessita para planejar e executar sua assistência especializada. É a partir da observação que esse profissional coletará dados que lhe permitirão chegar a um diagnóstico

da situação que se apresentar à sua frente. Assim ele poderá escolher qual o método mais adequado que deverá utilizar, objetivando resultados positivos na arte da ciência cuidativa. Portanto, o fazer da enfermagem depende de um observar constante cuja consequência é o direcionamento das ações do enfermeiro e equipe em prol da assistência do ser humano. A observação pode ser considerado o mais importante instrumento básico necessário à prática da enfermagem, pois é um dos únicos que se inter-relaciona com todos os outros instrumentos. Considerações finais: O livro tem uma visão abrangente e complexa dos mais diversos tipos de observação em enfermagem, ressaltando sempre a importância da observação como instrumento básico da enfermagem, em algumas citações a autora acaba repetindo colocações em cada tipo de observação, o que poderia ser feito de maneira abrangente em um possível parágrafo único, o que excluiria a necessidade de repetir colocações muito semelhantes em cada tipo de observação. Em um contexto geral o livro é bom para estudantes entenderem a importância da observação, porque a autora aborda todos os tipos de instrumentos do cuidar no livro, então ela tem autoridade para dar importância maior ao instrumento da observação.

REFERÊNCIA

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

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL: RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Caroline Rossetto²

Greici Kelli Tolotti³

Daniane da Silva Krabbe⁴

Djulia Rosa da Silva⁵

Lucas Alexandre⁶

Marines Aires⁷

Francieli Sponchiado⁸

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema vigente no país a partir da Constituição Federal (1988) que cria o SUS através da promulgação pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) (8.080 e 8.142), em 1990. “O SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira, originado do movimento sanitário, processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde.” (VASCONCELOS et. al., p. 532, 2006). Sendo a atenção básica orientada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que é o resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente junto com a consolidação do SUS. No Brasil a Atenção Básica (AB) é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, ela deve ser o contato preferencial dos usuários bem como a principal forma de entrada no sistema, sendo um elo de comunicação com toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012). “Conforme a normatização vigente do SUS a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) é um estratégia para o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população” (BRASIL, 2012). As RAS se caracterizam por relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo como centro de comunicação a atenção básica à saúde. O seu objetivo é promover uma integração sistêmica de ações e serviços de saúde, de forma organizada, integrada e objetiva, voltadas para as necessidades da população de cada espaço regional, construída mediante planejamento, gestão

¹ Relato de Experiência.

² Acadêmica do VIII semestre do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus Frederico Westphalen, Bolsista de Iniciação Científica. E-mail: enfrossetto@gmail.com

³ Acadêmica do VIII semestre do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus Frederico Westphalen, Bolsista de Iniciação Científica. E-mail: greici_kellitolotti@hotmail.com

⁴ Acadêmica do VIII semestre do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: krabbedaniane@yahoo.com.br

⁵ Acadêmica do VIII semestre do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: djulia_06@hotmail.com

⁶ Acadêmico do VIII semestre do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus Frederico Westphalen. E-mail: lucasx2009@hotmail.com

⁷ Professora do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus Frederico Westphalen, Doutoranda em Enfermagem. E-mail: maires@uri.edu.br

⁸ Enfermeira - ESF II no Município de Vicente Dutra/RS. Especialista em Saúde da Família.

e financiamento intergovernamental. O presente relato de experiência foi desenvolvido na disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva III, por meio de visita a um município do interior do Estado RS, com o objetivo de conhecer a organização dos serviços de saúde, com vistas a identificar os fatores relevantes da gestão da atenção básica em nível municipal, bem como as lacunas existentes. O estudo foi realizado através de entrevista com a profissional enfermeira da Estratégia de Saúde da Família - ESF Central. O município conta com aproximadamente 5500 habitantes (IBGE 2010), conta ainda com duas equipes de ESF, sendo uma rural e outra urbana, e também com um hospital de pequeno porte. A ESF I está localizada na área rural, onde contava com uma equipe ampliada de saúde da família composta por 01 Auxiliar em Saúde Bucal, 07 ACS, 01 Cirurgião Dentista, 01 Enfermeiro, 01 Técnico em Enfermagem, 01 Médico de saúde da família. A ESF II está localizada na área urbana no Centro de Saúde, onde atuava uma equipe ampliada de Saúde da Família composta por 01 Enfermeiro, 01 Enfermeira de Saúde da Família, 01 Técnica de Enfermagem, 01 Cirurgião Dentista, 01 Nutricionista (cedida pelo município, atuando 20 horas na Secretaria de Saúde e 20 horas na Secretaria de Educação), 01 Psicóloga do Núcleo de Apoio a Atenção Básica (NAAB), 01 Artesão Escultor do NAAB, 08 ACS, 02 Atendentes de Farmácia, 01 Médico de Saúde da Família, 01 Médico Clínico Geral, 02 Auxiliares em Saúde Bucal, 02 Assistentes Sociais. A assistência farmacêutica do município envolve um grupo de ações desenvolvidas de forma articulada pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O montante federal é repassado mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde, aos estados e/ou municípios, de forma regular e automática. A contrapartida estadual é realizada por meio do repasse de recursos financeiros aos municípios, ou em alguns casos, por meio do fornecimento de medicamentos básicos, definidos e pactuados pela Comissão Intergestora Bipartite. A contrapartida municipal deve ser realizada pelas prefeituras, com recursos municipais, e destinados ao custeio dos medicamentos básicos previstos na RENAME vigente, ou ainda em ações de estruturação e qualificação da Assistência Farmacêutica Básica. No município os medicamentos são adquiridos via licitações. (BRASIL, 2013). Há uma percepção crescente de que é necessário investir fortemente em tecnologias de informação para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, com base nesta perspectiva o Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica criou o Programa ESUS-Atenção Básica (eSUS-AB), este é o novo sistema da AB que substitui o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Os municípios estavam aderindo ao e-SUS, e o município em questão estava sendo o município piloto da região, na gradativa implantação deste sistema, pelo modelo do Prontuário Eletrônico do Cidadão. O município conta com vários programas e desenvolve algumas políticas, dentre eles estão, PROVAB-Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, PMAQ-AB Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PSE- Programa Saúde na Escola, Telesaúde, Telecardio, HIPERDIA- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança como também o programa de Puericultura, Programa Nacional de Imunizações- (PNI), saúde bucal através do Brasil Sorridente, NAAB- Núcleo de Apoio a Atenção Básica e Programa de Controle do Tabagismo. Percebeu-se a importância da adesão aos programas e estratégias desenvolvidas pelo MS, bem como o diferencial das equipes de saúde da família que contam com profissionais especializados nesta área para melhoria dos índices de saúde do município. Outro ponto importante observado foram as pactuações do município, em que todos os profissionais da equipe analisam os índices a serem pactuados e de forma multi e interdisciplinar traçam estratégias e metas coletivas para que as mesmas sejam alcançadas. Para manter uma equipe atualizada de acordo com o que o SUS preconiza, é necessária a educação permanente de todos os profissionais, fomentada pelo

apoio político das três esferas de gestão do SUS, para que estes profissionais tenham condições de buscar constante qualificação profissional.

Palavras-chave: Enfermagem; Sistema Único de Saúde; Políticas de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. **Componentes Básicos da Assistência Farmacêutica**. Brasília 2013. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29943.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde 2011. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. **Saúde Mais Perto de Você**. E-SUS Atenção Básica. Brasília 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde SUS. Saúde Mais Perto de Você**. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mais Perto de Você**. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília 2013. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#equipes>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer- INCA**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=introducao.htm>.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 1. Gestão em saúde 2. Atenção à saúde 3. Redes de Atenção à Saúde 4. Sistema Único de Saúde I. Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/RASMendes.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia Básica da Saúde**. 2ª edição. Brasília 1985. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0111terminologia0.pdf>.

MELDAU, D. C. Puericultura. InfoEscola. Disponível em: <http://www.infoescola.com/medicina/puericultura/>.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Nota Técnica - Orientações sobre NASF e NAAB. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/581/Nota_t%C3%A9cnica_-_orienta%C3%A7%C3%B5es_sobre_NASF_e_NAAB.

VASCONCELOS, C. M. et. al. O Sistema Único de Saúde. In: Campos, GWS. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p.531-532.

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Djulia Rosada Silva²

Edinara Ragagnin³

Geovana Locatelli⁴

Daniane da Silva Krabbe⁵

Carla Argenta⁶

Marines Aires⁷

Introdução: O envelhecimento é definido como “um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, gradual não patológico, para descrever as mudanças de forma e função ao longo da vida, que provoca perda funcional progressiva no organismo. (CAMARANO 2004). O processo de Envelhecimento humano relaciona-se a inúmeras transformações com implicações na funcionalidade, na mobilidade, na autonomia, na saúde e na qualidade de vida. **Desenvolvimento:** No Brasil, considera-se pessoa idosa, indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e, conforme dados do último senso demográfico, em 2010, 11% da população tinha mais de 60 anos, ou seja, cerca de 23 milhões de pessoas e a perspectiva é que este número aumente nos próximos anos, fenômeno causado pelo aumento da expectativa de vida e pelo declínio da taxa de fecundidade (IBGE, 2010). O envelhecimento, sem patologia associada, o qual acompanha um processo gradual de diminuição da capacidade funcional é chamado de senescência. Por outro lado, temos o envelhecimento associado à patologia e/ou acidentes chamado de senilidade, este traz maiores prejuízos à qualidade de vida do idoso. Tanto na senilidade quanto a senescência, o indivíduo idoso precisa se adaptar ao meio em que vive e convive, para a manutenção da saúde, devido às mudanças que o organismo sofre e aos eventos que possam tornar a pessoa idosa com menor capacidade para realizar as atividades de vida diária, onde se destaca a ocorrência de quedas. Não há um conceito exato que define queda, mas pode-se considerar como um evento acidental no qual há uma falta da capacidade para correção do deslocamento do corpo em tempo hábil durante seu movimento no espaço e apoio no solo, resultando na mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial. (RIBEIRO, et al, 2008). Várias são as origens da queda, ela pode estar relacionada a fatores intrínsecos,

¹ Resumo expandido de relato de experiência

²Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: djulia_06@hotmail.com

³Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: edinarah_ragagnin@hotmail.com

⁴Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: geovanalocatelli@yahoo.com.br

⁵Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: krabbedaniane@yahoo.com.br

⁶Doutoranda em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem - URI - Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: carlaargenta@yahoo.com.br

⁷Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem - URI - Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail maires@uri.edu.br

ou seja, são consequências das alterações fisiológicas do envelhecimento, efeitos de medicamentos e as doenças, mas também estão relacionadas a fatores extrínsecos, estes estão presentes nos ambientes que circundam o cotidiano do idoso, tais como: cadeiras sem braço ou sem encosto, camas ou assentos muito altos ou baixos, ruas esburacadas sem sinalização para o idoso, superfícies escorregadias, calçados e bengalas inadequadas (LIRA, et al., 2011). Ainda a Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu Relatório Global sobre Prevenção de Quedas na Velhice (2010) classifica os riscos de quedas em quatro dimensões biológica, comportamental, ambiental e fatores socioeconômicos. A instabilidade postural, uma consequência apresentada pela pessoa idosa, favorece, entre outros, as ocorrências de quedas, que trazem inúmeros prejuízos à vida do idoso. Mas estas não podem ser consideradas algo normal da velhice, pois a maioria delas pode ser evitada com medidas de prevenção. Segundo Ribeiro, Filho e The (2012), no Brasil, aproximadamente 30% dos idosos caem ao menos uma vez por ano e o risco aumenta com o passar da idade, podendo atingir 50% entre pessoas acima de 85 anos de idade. A queda, sendo um evento indesejado, pode resultar na deterioração funcional, hospitalização, institucionalização, causando impacto na vida dos idosos e, dependendo da gravidade, pode causar morbidade importante e até mesmo mortalidade. As dores, a incapacidade e o medo de uma nova queda fazem com que os idosos reduzam cada vez mais suas atividades, perdendo sua autonomia, dependendo da ajuda de familiares ou cuidadores. (RIBEIRO, et al, 2008). Uma grave consequência das quedas é as fraturas que podem trazer vários prejuízos à vida do indivíduo, não só na mobilidade do indivíduo, mas também o risco de novas quedas, o aumento de episódios depressivos bem como aumento do risco de mortalidade (RIBEIRO, FILHO, THE, 2012). Entretanto, as quedas podem ser prevenidas, ainda segundo os autores, é dentro de casa que ocorre o maior número de quedas, cerca de 70% dos casos. A prevenção se dá na importância de evitar a queda equando a mesma já houver ocorrido minimizar problemas secundários. Diante desta problemática, foram realizadas durante aulas teórico-práticas curriculares de Enfermagem Aplicada à Saúde do Idoso, orientações de enfermagem, por meio de grupo de educação em saúde, no qual foram ministradas palestras com um grupo de idosos do município de Frederico Westphalen e visitas domiciliares com idosos do mesmo município. Durante as aulas teórico-práticas notou-se que um grande número de idosos relatou que já sofreram quedas tanto em suas residências como em ambientes públicos. Ainda pode-se notar que muitos idosos têm conhecimento sobre as medidas a serem tomadas para evitar um episódio de queda e alguns relataram já haver realizado mudanças nos hábitos de vida e modificações em suas residências, por outro lado, alguns possuíam conhecimento, mas devido a fatores socioeconômicos ainda não haviam realizado adaptações. Considerações finais: Diante de tais considerações destacamos a importância do profissional enfermeiro em relação à prevenção de quedas e o bem - estar da pessoa idosa. É durante as visitas domiciliares que o enfermeiro pode realizar a avaliação funcional do idoso, avaliando capacidade de deslocamento, marcha, força muscular, visão, entre outros aspectos que, quando debilitados, podem favorecer a ocorrência de quedas. Diante desta avaliação o profissional Enfermeiro poderá fazer orientações, como a prática de exercícios físicos respeitando os limites de cada idoso, alimentação saudável, uso correto de medicamentos e até mesmo o aconselhamento para a procura de algum outro profissional. Diante da observação do ambiente no qual o idoso vive e as condições financeiras, o enfermeiro pode indicar mudanças neste ambiente, como a remoção de tapetes, substituição de degraus por rampas, corrimões em qualquer lugar que considerar necessário, principalmente no banheiro, uso de calçados com solado antiderrapante, entre outras. É importante salientar que procurem o serviço de saúde sempre que necessário e que as mudanças são para seu bem estar e para uma melhor qualidade de vida. O fato de depender de outra pessoa é algo que, na maioria, incomoda os idosos, por isso devemos sempre indicar e encorajar atividades que poderão realizar para que se mantenham

sempre ativos e autônomos como prevê a Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa (PNSPI), aprovada no ano de 2006 que tem como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, bem como direcionar medidas tanto coletivas como individuais em saúde para essa finalidade (BRASIL, 2006). Desde modo desenvolver ações de educação em saúde junto à população idosa na comunidade torna-se imprescindível para a manutenção da autonomia e capacidade funcional do idoso e por conseguinte a promoção de uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Enfermagem; Prevenção de quedas; Saúde do idoso; Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Acesso em: 29.jul.2014. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>.

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Acesso em: 08.jun.2014. Disponível em : http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA –IBGE – **Censo Demográfico 2010**. Acesso em: 20.jul.2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>

RIBEIRO, C. A.; FILHO, J. C.; THE, K. B. **Como prevenir queda em idosos?**, 2012. Acesso em: 20.jul.2014. Disponível em: <http://www.einstein.br/einstein-saude/bem-estar-e-qualidade-de-vida/Paginas/como-prevenir-a-queda-de-idosos.aspx>

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, A. R.; ATIE, S.; SOUZA, A. C.; SCHILITZ, A. O. A influencia das quedas na qualidade de vida de idosos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 04, p. 1265-1273, 2008. Acesso em: 27.jul.2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/23.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS -**Relatório Global de Prevenção de Quedas na Velhice**, 2010. Acesso em: 20.jul.2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf

PARTICIPAÇÃO POPULAR NA VISÃO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A FISCALIZAÇÃO E FORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Vanessa Pereira¹

Caroline Ottobelli²

Introdução: Criado pela Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) representou um marco na garantia do direito à saúde do cidadão brasileiro, ao determinar um caráter universal às ações e aos serviços de saúde no País. A Lei n.º 8.142/90 é o resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, pois é a partir deste marco legal que foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social do SUS (BRASIL, 2006). Dessa forma, a atuação da sociedade no sistema de saúde ganhou uma nova dimensão, em que a participação social foi ampliada, democratizada e passou a ser qualificada por “controle social”, ou seja, a sociedade começa a ter direito de participar da gestão do sistema de saúde. Por meio dos Conselhos Municipais de Saúde, a população começa a exercer o controle social, participando do planejamento das políticas públicas e fiscalizando as ações do governo. Os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, que tem total autonomia efetividade no controle social, não sendo subordinados ao Poder Legislativo (BRASIL, 2013). Várias são as competências do conselheiro de saúde, dentre elas a fiscalização e formulação das políticas públicas de saúde, acompanhamento do desenvolvimento das ações dos serviços em saúde, análise e discussão do relatório de gestão. Além disso, é papel do conselho incentivar a participação popular para que assim venha se legitimar o controle social, onde a sociedade deve participar da gestão do SUS, para que este seja efetivamente fortalecido. Entretanto, evidencia-se que os conselheiros de saúde não estão sensibilizados o suficiente para colocar o controle social em prática, logo que são atores indispensáveis na efetivação do exercício do controle social e na construção de políticas públicas em saúde que atendam as reais necessidades da população. (SOUZA; RAMALHO, 2011). Diante disso, fez-se necessário realizarmos um estudo o qual buscou levantar as concepções e percepções dos conselheiros municipais de saúde com relação à participação popular e à relação com a efetivação das políticas públicas, por acreditarmos que, tendo em vista, a posição que assumem diante de toda uma sociedade. Dessa forma, atuando junto a essas lideranças quanto ao exercício do Controle Social é possível contribuir para com a instrumentalização dos mesmos, possibilitando assim, que benefícios, no âmbito de fiscalização e formulação de Políticas de Saúde, venham a ocorrer. Dessa forma, buscamos elementos que vieram a contribuir e trazer grandes reflexões a respeito de como os conselheiros municipais de saúde enxergam a participação popular em seus municípios no intuito de responder o seguinte problema de pesquisa: Quais as percepções e concepções dos conselheiros municipais de saúde com relação a participação popular, dentro dos conselhos municipais de saúde, e sua relação com as políticas públicas? Objetivos: Analisar as concepções e percepções dos conselheiros municipais de saúde com relação à participação popular, dentro dos conselhos municipais de

¹ Acadêmica do VI semestre do curso de enfermagem e bolsista de iniciação científica da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus Frederico Westphalen-RS

² 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.

saúde, e sua relação com as políticas públicas. Materiais e métodos: Foi desenvolvido um estudo com abordagem qualitativa junto aos conselheiros de saúde de cinco municípios do noroeste do estado do Rio Grande do Sul, quais sejam: Frederico Westphalen, Seberi, Planalto, Iraí e Erval Seco. Tais municípios foram escolhidos por serem os de maior Índice de Desenvolvimento Humano IDH dentre os de abrangência da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde. O estudo foi realizado com três conselheiros municipais de saúde pertencentes aos conselhos municipais de saúde desses municípios, totalizando 15 sujeitos. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada e para a análise de dados fez-se uso da Análise de Conteúdo. As entrevistas foram realizadas em horário e local previamente agendado, o registro de dados foi feito no momento das entrevistas, por meio da utilização de um gravador sendo que ocorreram em um único momento com cada um dos sujeitos. O presente projeto passou pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da URI – Câmpus de Frederico Westphalen RS com o CAAE Nº 29548014.0.0000.5352. Sendo assim, foram entrevistados quinze conselheiros de saúde, que por procedimentos éticos e legais, foram codificadas como CS1, CS2, CS3, por se tratar de Conselheiros de Saúde. Resultados e discussões: para fins de análise foram criadas três categorias que orientaram a análise de resultados: “Do Conselho enquanto espaço de participação popular”, “Do Conselho como formulador e fiscalizador de políticas públicas” e “Do Conselho Municipal de Saúde e sua relação com a gestão municipal junto à formulação e fiscalização das políticas públicas”. Quanto à categoria “Do Conselho enquanto espaço de participação popular”, evidenciou-se que a comunidade pouco ou quase nada participa das reuniões do Conselho Municipal de Saúde dos municípios estudados e que a participação da sociedade somente ocorre por meio dos representantes das associações do segmento usuários do Conselho, o que não deixa de ser um forma de participação popular, porém está aquém do que tanto se buscou através do movimentos sociais. A participação social com um todo deve ocorrer e atinja toda a população e não meramente alguns membros. Para tanto, é necessário que as ações e os objetivos dos Conselhos se tornem visíveis, onde a população o veja como um aliado e um espaço a ser usado e que trará benefícios no que se refere a uma saúde de qualidade para todos. Na categoria”, “Do Conselho como formulador e fiscalizador de políticas públicas verificaram-se em nosso estudo dentre as dificuldades enfrentadas pelos mesmos está a necessidade de capacitação para um melhor entendimento de suas atribuições enquanto conselheiro além do não interesse de alguns em participar, ou seja, ausência de comprometimento com seu papel de conselheiro e por fim a falta de tempo para exercer suas atribuições de formulador e fiscalizador das políticas de saúde. Além disso, o Conselho exerce seu papel de fiscalizador, mas não da forma como seria o ideal, formula muito pouco as políticas de saúde por que estas já vêm pronta pelo gestor, sendo que o ideal seria que o Conselho participasse da elaboração do Plano Municipal Saúde. Por outro lado, as vezes que o conselheiro participou dessa formulação, não acompanhou ou exigiu a execução do Plano que foi deliberado, faltou aqui a fiscalização. Sendo assim, os conselheiros precisam ser sensibilizados de seu papel e da responsabilidade assumida no momento que se inserem no Conselho de Saúde. No que se refere à categoria “Do Conselho Municipal de Saúde e sua relação com a gestão municipal junto à formulação e fiscalização das políticas públicas”, concluímos que há algumas tentativas de interferência da gestão nas ações do Conselho não somente nas aprovações, mas também no que se relaciona a formulação das políticas de saúde, já que estas vêm elaboradas pela gestão para serem aprovadas pelo mesmo, havendo um divergência de opiniões, pois para alguns conselheiros essa interferência não acontece. E quanto à relação entre o conselho municipal de saúde e a gestão municipal, percebemos uma relação de diálogo segundo alguns conselheiros, e para outros uma relação tranquila embora de subserviência por parte do Conselho, onde o mesmo depende da secretaria até pra convocação das reuniões, não tendo uma estrutura própria para que as mesmas aconteçam.

Dessa forma, é necessário e condição imprescindível para a efetivação do controle social que gestão e Conselho tenham uma relação de respeito, e ambos reconheçam sua responsabilidade e verdadeiro papel na missão de construir uma saúde de qualidade para todos, quem ganha com essa consciência é a população. Conclusão: Consideramos importante ressaltar que, embora com os problemas apontados nesse estudo, mesmo ainda de forma fragmentada, existe um movimento, por parte dos conselheiros na busca da eficiência e resolutividade das ações dos serviços e do Conselho de Saúde. Finalizamos o estudo na certeza que é necessário um despertar coletivo no que tange ao controle social não apenas dos conselheiros, mas também de toda sociedade e, principalmente, por nós estudantes da área de saúde, pois uma vez que estudamos as políticas públicas de saúde e adquirimos esse conhecimento, temos que, por dever, sermos mais ativos nesse exercício de cidadania. No momento que sairmos da zona de conforto, e sermos mais atuantes na participação social da gestão do SUS, honramos os movimentos sociais que tanto lutaram por nossos direitos de saúde, e assim nossa luta também ecoará por longos anos, para que nossos descendentes usufruam de um Sistema Único de Saúde digno e realmente eficaz, lembrando sempre que saúde não é meramente a ausência de doença, e sim o bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

Palavras-chave: controle social, participação popular, conselhos de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS**. 1.^a edição. Brasília-DF.2006.

SOUZA, A. F.; RAMALHO, R. P. **Controle social do SUS: desafios para uma gestão democrática e participativa**. Trabalho de conclusão de curso. Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal. 2011.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)¹

Eloise Cristine Franz²

Rafaela da Rosa Alves³

Sabrina Ester Gierme⁴

Marines Aires⁵

Introdução: Através da 8ª Conferencia Nacional em Saúde em 1986 começa a se discutir mais sobre a saúde no Brasil, buscando os pressupostos de saúde para todos, e que esta fosse dever do estado em assegurar, tornando-se um direito de todos. No ano de 1988 com a Constituição Federal os ideias da 8ª Conferência, deram resultados e foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). (VASCONCELO, PASCHE, 2006). O SUS veio para trazer uma nova realidade para a saúde, com novas políticas e reorganização das ações em saúde. Esse sistema é considerado único, pois seus princípios e doutrinas valem em todo o país, não mudando de região para região. Além disso, o SUS é um sistema, não apenas uma instituição, porque ele é um conjunto de ações e unidades de saúde, que ambos buscam a promoção, proteção e recuperação da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE-SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE 1990). Apesar de esse sistema ter sido criado em 1988, ele só foi regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde, a 8.080/90 e 8.142/90, sendo a primeira lei a que organiza e regula o funcionamento dos serviços que correspondem à saúde. A segunda lei dispõe da participação popular, tanto na criação de políticas, como também na forma de gestão, por meio dos Conselhos Nacionais e Municipais de Saúde. Mas para se ter uma política de saúde organizada o SUS segue princípios e diretrizes, que estão apresentadas pela Constituição Federal de 1988, que regem até os dias atuais. (MATTA, 2007). Objetivo: Identificar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Método: estudo realizado com base na revisão da literatura sobre a temática em estudo. Resultados: O SUS tem sua organização alicerçada em princípios e diretrizes. Tem como tripé de sustentação os princípios da universalidade, equidade e integralidade. A universalidade é a garantia de todo cidadão a ter acesso à saúde, ter acesso a todo tipo de saúde seja do mais simples ao mais alto nível de complexidade, no caso de um simples exame laboratorial, a até um transplante de órgão. E esses serviços são dever do Governo, desde a esfera Federal até a esfera Municipal. Já a equidade é o que assegura que os cidadãos terão acesso a todos os níveis de serviços de saúde, não interessando as condições financeiras, de raça, que o indivíduo apresente. Pois diante do SUS toda pessoa é igual, e deve ser atendida de forma igualitária, visando as suas necessidades até onde o sistema puder abranger e ofertar. E por ultimo a integralidade que é o atendimento ao indivíduo como um todo, não apenas olhar para o problema, mas o geral, onde este indivíduo está inserido, como por exemplo o local onde mora, a habitação, a alimentação,

¹ Resumo expandido. Revisão de literatura

² 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

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

⁴ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: Sabrina_gierme@hotmail.com

⁵ Doutoranda em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem - URI - Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: maires@uri.edu.br.

entre outros. Porque a integralidade visa nas ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde, não podendo assim tornar o atendimento fracionado, ou seja, dividi-lo. Segundo Ministério da Saúde-Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (1990, p. 5) “O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde”. Já as diretrizes do SUS regularizam a organização do mesmo, sendo essas, regionalização que definiu-se por meio da organização do serviço numa determinada área e a população que será atendida no local, oferecendo a esta população todos os meios de assistência com um alto nível de tecnologia, possibilitando ter uma alta eficácia na resolução de problemas. Sendo a hierarquização uma forma de atendimento que começa na atenção primária, onde os principais problemas devem ser resolvidos, porém se esses cuidados ultrapassarem as barreiras da atenção primária o atendimento deve ser continuado em um local de maior complexidade. Assim a regionalização e a hierarquização favorecem um maior entendimento dos problemas de saúde apresentado pela população da área abrangente, possibilitando assim a criação de ações de vigilância, sendo epidemiológica e sanitária, além de educação em saúde, entre outras. Outro princípio é a resolutividade e capacidade que o serviço de saúde tem que ter para conseguir resolver os problemas apresentados pelo indivíduo na hora que busca o atendimento. Ainda tem-se a descentralização que é uma reorganização do serviço, dividindo as responsabilidades entre as três esferas de Governo, tendo cada esfera a sua abrangência e responsabilidade. Conforme Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (1990, p. 5), [...] “aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos”. Mais uma das diretrizes do SUS é a participação popular, traz que a população também tem direito de participar desde a criação de novas políticas de saúde até a execução das mesmas, sendo esta participação em todos os níveis, por meio dos Conselhos de Saúde. Considerando assim o dever das instituições em fornecer informações e conhecimentos à população referente às questões da saúde. Por fim temos a complementariedade do setor privado, que estabelece pela Constituição a necessidade da contratação dos serviços privados, somente quando o serviço público não for insuficiente. Porém buscam-se preferencialmente os serviços sem fins lucrativos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE-SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE 1990). Considerações Finais: Portanto, o SUS foi um sistema criado para mudar a realidade da saúde, pois é através dele que a saúde passou a ser um direito de todos, que deve ser garantido pelo Governo, desde o âmbito Municipal até o Nacional. Esse sistema envolve não só Governo, mas também a população, como dispõe a lei 8.142/90, onde a comunidade deve participar das políticas e decisões que envolvem a saúde. Além disso, os princípios e diretrizes são o que norteiam as ações e atendimentos do SUS, como diz a diretriz da Equidade, em que o indivíduo tem que ser atendido como um todo, não somente para o problema que o mesmo apresenta. Ainda das diretrizes e princípios os atendimentos disponíveis nesse sistema vão desde a atenção primária, até a alta complexidade, em compensação quando o serviço público não apresentar-se suficiente para atender as necessidades da população, procura-se meio privado (geralmente sem fins lucrativos), para ofertar esses atendimentos, visando sempre a promoção, proteção e recuperação da saúde, que são as bases sustentadoras do atendimento e acolhimento do SUS.

Palavras-chave: Diretrizes; Princípios; SUS.

REFERÊNCIAS

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: Doutrinas e Princípios. Brasília/DF, 1990.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM INFORMATIZADA

Cássia Jordana Krug Wendt¹

Introdução: Na década de 70, Wanda Horta criou o processo de enfermagem, definindo-o como a “dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando à assistência ao ser humano”. Desde 2002, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) denominou uma nova nomenclatura para esta metodologia, a qual passou a ser conhecida como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro segundo a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009 e a sua implantação deve ser realizada em toda a instituição de saúde pública e privada. Conforme consta nesta resolução compete ao profissional enfermeiro a liderança na execução e a avaliação do Processo de Enfermagem, a fim de se alcançar os resultados de enfermagem esperados. Cabe ainda, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou comunidade bem com a prescrição das ações de enfermagem a serem realizadas frente a essas respostas. **Objetivo:** Contextualizar a SAE e a utilização da SAE informatizada pelos profissionais enfermeiros na assistência hospitalar. **Método:** O presente trabalho trata de uma reflexão teórica sobre o tema SAE informatizada desenvolvido a partir de leituras prévias nas bases de dados da literatura atual de enfermagem. O tema foi despertado a partir da vivência da elaboração e execução da SAE tanto manual quanto informatizada em ambientes hospitalares. **Resultados:** A SAE é um instrumento que possibilita ao enfermeiro a aplicação de conhecimentos técnico-científicos durante o cuidado, serve como guia para a execução da assistência de enfermagem integralizada e se apresenta como uma forma documentada do registro da assistência de enfermagem prestada. O uso da SAE no ambiente hospitalar requer o pensamento crítico do profissional, que deve estar focado nos objetivos e voltado para os resultados imediatos, de forma a atender as necessidades do paciente. Para a execução dessa metodologia exige-se uma constante atualização, habilidade e experiência, esta sendo orientada pela ética e padrões de conduta. Trata-se de um modo de exercer a profissão de enfermeiro com autonomia baseada nos conhecimentos técnico-científicos. Conforme a Resolução COFEN 358/2009, a SAE organiza-se em cinco etapas interrelacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e a avaliação de enfermagem. Toda a execução da SAE deve ser registrada formalmente pelos profissionais, sendo esta manual ou informatizada, apresentando em seu contexto o resumo dos dados coletados sobre a pessoa, em um dado momento do processo saúde e doença, os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas, as intervenções de enfermagem realizadas frente os diagnósticos de enfermagem identificados e os resultados alcançados como consequência das ações realizadas. Apesar dos avanços tecnológicos, tem predominado na prática da enfermagem nas unidades hospitalares, o registro manual dos cuidados prestados aos pacientes. O registro manual de todas as etapas da SAE pode vir a consumir tempo do enfermeiro. Muitos dos profissionais alegam um tempo muito longo para a elaboração da SAE, o que vem a contribuir para muitos não aderirem à implementação do processo no ambiente de trabalho. Além disso, acrescenta a variável da escrita que pode interferir tanto na quantidade como na qualidade das informações. Uma

¹ Enfermeira, Pós-graduada em Gestão de Organização Pública em Saúde pela UFSM, Enfermeira no Hospital Santa Terezinha, Palmitinho, Rio Grande do Sul, Brasil, e-mail: cjkwendt@hotmail.com.

alternativa escolhida por diversos hospitais é o registro da SAE de maneira informatizada. Esse registro realizado em sistemas informatizados são maximizados e poderão otimizar a assistência direta ao paciente. A aplicação da SAE informatizada pode levar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e a busca por conhecimentos teóricos e científicos embasados na prática clínica da enfermagem (ALMEIDA, 2011). Assim, a utilização do computador é mais um instrumento para auxiliar o enfermeiro nas suas atividades e na elaboração do processo de enfermagem. A informatização desse processo faz com que o tempo gasto para a sua execução seja reduzido pela metade, e consequentemente, o profissional passa ter mais tempo para prestar a assistência de enfermagem ao cliente (SANTOS; DIAS, 2007). O propósito da criação de um sistema de informação para a enfermagem baseia-se em apoiar e ajudar os enfermeiros a documentarem adequadamente o processo de enfermagem, obtendo benefícios com relação à eficiência do trabalho e proporcionando a aproximação entre o enfermeiro e seu cliente, podendo assim atingir a excelência na assistência de enfermagem. A implantação da SAE informatizada vem facilitar o processo de tomada de decisão, tornando-o mais ágil e completo. Além disso, alguns sistemas proporcionam a recuperação dos dados coletados com maior confiabilidade em suas fontes, uma análise das informações fornecerá dados básicos para o diagnóstico de enfermagem e a avaliação do cuidado prestado ao cliente. Assim sendo, a informatização dos registros de enfermagem traz benefícios tanto no armazenamento e organização das informações dos dados quanto no gerenciamento das atividades de enfermagem. Também valoriza a qualidade da assistência ao paciente e representa aprimoramento operacional na Instituição. Além disso, as anotações mais bem interpretadas em virtude da legibilidade da escrita favorecem as análises estatísticas (ALMEIDA, 2011). Considerações finais: Através da implementação da SAE pretende-se incluir no dia a dia de trabalho dos enfermeiros e da equipe de enfermagem, a prática e o modelo de processo de enfermagem que proporcione ao paciente um cuidado qualificado, com a real necessidade de tempo e com a máxima eficiência. A utilização correta do processo de enfermagem possibilita benefícios à equipe de saúde, à Instituição e ao usuário dos serviços, na medida em que reduz a incidência de atendimentos inapropriados, agiliza o diagnóstico e o auxílio ao tratamento mais adequado. Através da SAE criamos um plano de eficiência, melhoramos a comunicação entre a equipe e para com a instituição de saúde, previne erros e procedimentos desnecessários e/ou inadequados, com repetições desnecessárias e principalmente, elabora cuidados aos indivíduos e não apenas para o diagnóstico e tratamento de doenças. Destaca-se que, ainda, existem fragilidades, dificuldades e uma certa limitação no cotidiano da assistência e do cuidado de enfermagem frente à implementação da SAE. Por isso, faz-se necessário que a equipe de enfermagem tenha força de vontade, disposição e iniciativa para construir, aplicar e avaliar a SAE no seu dia a dia de trabalho.

Palavras-chave: Assistência hospitalar; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Informática em Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D.M.B.M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem Informatizada em Unidade de Cuidado Semi-Intensivo**. Dissertação de Mestrado apresentado a Universidade de São Paulo, 2011.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**, São Paulo (SP): EPU; 1979.

RESOLUÇÃO COFEN 358/2009 – **Dispõem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem**. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acessado em: 22/09/2015

SANTOS, S. C., DIAS, C. A. **Sistematização da Assistência de Enfermagem Informatizada**: uma revisão bibliográfica. Monografia apresentada ao Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná, 2007.

SUICÍDIO¹

Cristhie Megier Trautmann²

Bruna Feldman Bertoldo³

Carla Regina Marchezan⁴

Jessica Cruz Dos Santos⁵

Raquiela Ulbrik⁶

Adriana Rotoli⁷

Jaqueline Marafon Pinheiro⁸

Introdução: nos dias atuais o suicídio ainda acomete um número alto de pessoas, A palavra suicídio é de uso corriqueiro, tem a impressão de que seu sentido é conhecido de todos. Na realidade graves confusões são feitas, Suicídio é o ato ou efeito de se suicidar. Desgraça ou ruína procurada de livre vontade ou por falta de discernimento. Caracteriza o suicídio como, todo o caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabendo de que deveria produzir esse resultado. As condições que levam uma pessoa a tirar a própria vida são varias, existem fatores mais agravantes, são o estado civil, onde os solteiros, os divorciados e os viúvos são quatro a cinco vezes mais propensos que os casados; ‘o sexo’, sendo que as mulheres tentam mais suicídios que os homens, porém um número maior de homens obtém êxito. Já os indivíduos de classe baixo e alta têm frequência de suicídio maior que os de classe média. **Objetivo:** expandir nossos conhecimentos a respeito do tema, e passar os conhecimentos que nos obtivermos para outras pessoas. **Metodologia:** Trata-se de um reflexão teórico-metodológica, onde buscamos através de materiais didáticos e artigos aprimorar nossos conhecimentos a respeito do suicídio que ainda acomete um grande número de pessoas. **Resultados:** A OMS define comportamento suicida quando o indivíduo tem o pensamento de se matar, realiza tentativas de suicídio ou pratica o suicídio de maneira efetiva. Suicídio é quando o indivíduo provoca sua morte de maneira intencional, tem em sua consciência que irá morrer se praticar o ato que está planejando. Quem apresenta comportamento suicida se caracteriza por ser uma pessoa impulsiva que o leva a agir de maneira inconsciente, fazendo com que pense e planeje sua

¹ Reflexão teórico-metodológica

² Graduanda em enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI, Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: Cristhie.trautmann@gmail.com

³ Graduanda em enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e as Missões URI, Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: bruna.feldmann@hotmail.com

⁴ Graduanda em enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI, Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: carlaeginamarchesan@hotmail.com

⁵ Graduanda em enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI, Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: je18_santos@outlook.com.br

⁶ Graduanda em enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI, Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: raquielaulbrik@gmail.com

⁷ Enfermeira mestra em enfermagem, Coordenadora do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. E-mail: rotoli@uri.com.br

⁸ Enfermeira. Mestra em Educação. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus Frederico Westphalen.. E-mail: jaqueline@uri.edu.br

morte como sendo a única saída para resolver seus problemas e amenizar seu sofrimento, ficando tão focado nessa saída que acaba sem perceber outras maneiras de resolver seus problemas. (MARCOLAM, 2013). Na Grécia Antiga uma pessoa não podia cometer suicídio sem o consenso da comunidade, o suicídio era um atentado contra a estrutura comunitária local, a pessoa que se suicidava não tinha direito às honras de sepultura e sua mão era amputada e sepultada à parte do cadáver. Em algumas culturas ocidentais os anciãos deveriam se matar primeiro para cultivar as tradições locais. Os estoicos viam o suicídio como uma situação aceitável para alguns problemas da vida. Em Roma o suicídio era julgado pelo senado. Por vários séculos a igreja cristã não comentava sobre o assunto, Santo Agostinho e São Tomás de Aquino definiram a posição da igreja, vendo o suicídio como um ato pecaminoso, a igreja negava aos suicidas os atos funerários. Na Idade Média cristã o suicídio era condenado teologicamente, os suicidas eram igualados aos ladrões e assassinos, o estado e a igreja combatiam o suicídio. Em muitas culturas existia penalidades para parentes das vítimas que cometem suicídios, na nossa cultura o suicídio é pouco divulgado pois para muitas pessoas ainda é uma espécie de tabu. Atualmente o suicídio é visto como um problema de saúde mental. Alguns peritos no assunto dizem que o suicídio é um ato compulsivo e irracional, aqueles que tiram a própria vida estão emocionalmente perturbados e agem de maneira compulsiva. A etiologia para o suicídio é resultado da complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e do meio ambiente, segundo pesquisas da ONU 97% das pessoas que cometem suicídio sofrem de transtornos mentais que podem ser diagnosticados e receber intervenções que podem evitar a morte do indivíduo. A depressão é um dos transtornos mais comuns que levam o indivíduo à morte, em seguida vem a esquizofrenia, o alcoolismo e outras dependências de substâncias de abuso, transtornos de personalidade e de ansiedade também podem ser fatores que levam pessoas a cometerem suicídio. A tentativa de suicídio é um pedido de ajuda e de socorro, que o indivíduo só consegue se expressar na tentativa de se matar. Dentre as pessoas que tentam o suicídio, determinada proporção consegue cometê-lo dentro do primeiro ano. A probabilidade de a morte ocorrer por suicídio será aumentada em casos de práticas constantes da tentativa do mesmo. O risco é maior a partir dos 40-50 anos, também existe alto risco na adolescência e no início da vida adulta. Os homens “cometem” suicídio com mais frequência do que as mulheres; e as mulheres “tentam” suicídio com mais frequência que os homens; os homens usam métodos mais violentos que as mulheres; existe alto índice de risco de suicídio entre viúvos. A impulsividade é um dos grandes problemas para o indivíduo, principalmente após a tentativa, muitos acreditam que depois da tentativa de suicídio frustrada não existe mais risco para a pessoa e ocorre o relaxamento do profissional nos serviços de emergência, mas o impulso do indivíduo pode retornar e nova tentativa acontecer podendo essa sim ser fatal. A observação rotineira a essas pessoas se faz necessário para evitar que essa pessoa cometa outras tentativas, a presença de um profissional ajuda a diminuir e controlar a impulsividade. O profissional deve ter uma postura de respeito e manter a dignidade do paciente. A avaliação do paciente deve ser rigorosa quanto a alterações psíquicas e ao risco de novas tentativas de suicidar-se, tendo o cuidado de não achar que o comportamento da pessoa é somente para chamar atenção e que o indivíduo está somente falando por falar, que ele não irá fazer nada que comprometa sua vida. Para desenvolver a assistência na tentativa de suicídio é indicado para profissional usar a comunicação terapêutica, não ter pressa para realizar o atendimento, demonstrar segurança e confiança, ter disponibilidade e interesse pela pessoa, focar as possíveis soluções e respeitar os pedidos feitos pelo usuário, como exigir a presença de alguém da família, querer que o profissional não se aproxime muito da pessoa. Deve-se avaliar o local, a situação e se o meio que a pessoa escolhe para se matar coloca em risco a vida de outras pessoas, depois de ter avaliado isso poder tomar alguma decisão para que possa evitar um final trágico para aquela situação. O atendimento psicológico e psiquiátrico é

importante e deve ser realizado o mais rápido possível, já no atendimento hospitalar devem ser tomadas medidas necessárias à segurança do local, evitando que o paciente possa fugir, lugares altos e sujeitos a quedas, e objetos que possam oferecer algum risco. Nos quadros depressivos existe maior possibilidade da tentativa do suicídio quando o indivíduo está piorando ou melhorando do quadro, exigindo atenção redobrada nesse momento, com a melhora do quadro ocorre um melhor condicionamento físico e a pessoa fica mais animada, mas a ideia do suicídio ainda pode estar presente na cabeça dessa pessoa. Considerações finais: com esse trabalho podemos perceber que o suicídio ainda é um problema grave, que afeta um grande número de pessoas principalmente pessoas que apresentam distúrbios mentais, e na maioria dos serviços de emergência os profissionais não estão preparados para atender pacientes que estejam sofrendo de algum transtorno mental, sendo que o preparo adequado dos profissionais é uma das condições básicas para um melhor atendimento das pessoas necessitadas, além da ajuda psicológica que é fundamental para ajudar a diminuir o alto número de suicídios.

Palavras-chave: Suicídio. Comportamento suicida. Atendimento psicológico e psiquiátrico.

REFERÊNCIAS

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

KAPLAN, Harold. **Manual de psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1998

TANATOLOGIA: A CIÊNCIA QUE TEM MUITO A ENSINAR SOBRE A VIDA¹

Jéssica Vendruscolo²

Caroline Ottobelli³

Laura Helena Gerber Franciscatto⁴

Paola Franceschi Zanatta⁵

O presente resumo se trata de um relato de experiência após duas palestras vivenciadas com uma profissional enfermeira que estuda a ciência do luto (tanatologia) há mais de quinze anos, por atuação de vinte e oito anos em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), e mediante sua atuação e vivência profissional nos trouxe muitas histórias, que servem de exemplo aos profissionais da área da saúde. Tal experiência se refere não só ao fato de presenciar os momentos de fala da palestrante, mas ter a chance de exercitar cada palavra ouvida durante as aulas teórico-práticas de algumas disciplinas da graduação, um grande marco se tratando da desconstrução de opinião e pensamentos em relação ao luto e a tanatologia. Tanatologia é uma ciência internacional nascida nos Estados Unidos que estuda a morte e o processo de morrer, e todas as condições aliadas a este fato, como os cuidados paliativos em pacientes terminais e a dignidade prestada em forma de cuidado quando a medicina não oferece tratamento clínico resolutivo para determinado caso. (BOUSSO, 2009). Se tratando de tanatologia e luto, a literatura é um pouco limitada, por ser este um assunto que ainda tem muitos estereótipos e pré-conceitos, frutos do senso comum que não condizem verdadeiramente com esta ciência. A tanatologia está diretamente vinculada às Ciências Humanas, porém as Ciências da Saúde podem desfrutar de muitos conceitos que podem servir de instrumento e manejo nas intervenções em situações de luto. (FÄRBER, 2012). O luto está presente em nossa vida, em nosso cotidiano, sofremos o luto desde o nascer, a cada dia que passa envelhecemos e passamos de algumas fases da vida, “nascemos e começamos a morrer” (como dizia a palestrante), é um processo de perdas graduais e constantes que inevitavelmente a vida oferece. Se o luto é sofrer uma perda/morte, o que pode nos ensinar sobre a vida? O luto nos ensina a viver cada momento como se fosse o único e último, a voltar a se comunicar com quem se teve um desentendimento, a visitar quem está longe, nos ensina a valorizar, respeitar e amar o ser humano imensamente, o que pode ser praticado de duas formas dentro da tanatologia: Primeiramente com medidas educativas e preventivas em relação aos profissionais, que devem estar preparados e moldados para lidar com situações de criticidade; segundo, com as práticas de cuidado junto ao paciente e cuidador. (FÄRBER, 2012). Na atuação da enfermagem, o luto ensina a ter carinho, a tocar, conversar, ouvir, ou somente estar ali presente, mas estar, e fazer com que essa presença acalente todos os medos e angústias ao

¹ Resumo Expandido.

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

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

⁴ 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

⁵ Enfermeira, pós-graduada em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Câmpus de Frederico Westphalen- RS. Relator do trabalho. E-mail: p-zanatta@hotmail.com.

dizer para o paciente que ele pode contar com a equipe. Ao falar em respeitar o ser humano, trago aqui as lembranças do estágio da disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto I: carregar a educação ao lembrar-se de pedir licença não só ao entrar no quarto, na casa, mas no momento de efetivar um procedimento (explicando o mesmo), ao auxiliar o paciente (com delicadeza), se preocupando com sua privacidade na realização do exame físico e quaisquer procedimentos, e jamais esquecer de aquecer as mãos e o estetoscópio, embora os dias não sejam frios. São atos simples, porém tão simbólicos, nobres e significativos, capazes de fazer a diferença, de motivar o paciente a seguir seu tratamento e exercitar seu autocuidado, fazendo com que se sinta amado e importante para alguém ou importante a ele mesmo. Tais atitudes vão ao encontro da tanatologia, a qual ensina sobre a vida, a cuidar e amar vidas, não só a do paciente que está internado em uma instituição hospitalar, longe do aconchego de casa, mas também do familiar que precisa se adaptar às normas e rotina da instituição ao mesmo tempo em que cuida de seu ente querido (e sofre por isso) e em grande parte das vezes é portador de alguma doença, ou é idoso, um alguém que também necessita de cuidados. Em alguns casos percebe-se a falta de paciência de profissionais da área da saúde em relação ao familiar, pelo excesso de preocupação, perguntas e dúvidas, talvez até a falta de confiança em relação aos profissionais. Por quê? Será que este familiar está tendo a atenção que merece? Será que está sendo orientado como deveria? Às vezes é necessário desprender-se da rotina, aproximar-se deste familiar e questioná-lo, sobre seus sentimentos, medos e angústias, a fim de oferecer conforto emocional, ou até mesmo providenciar meios que propiciem conforto físico e o aproximem do paciente, nem que para isso seja necessário arrastar os móveis e objetos do leito, trocando-os de lugar. A partir do momento em que olharmos para este familiar, oferecermos a ele conforto, carinho, e atenção, ouvirmos e nos colocarmos a sua disposição, este entenderá que se está sendo bem tratado, e seu ente querido também, assim como se tratarmos bem o paciente, este saberá que seu familiar está em “boas mãos.” Refletindo tudo o que foi mencionado acima, é importante ressaltar novamente a grandiosidade da tanatologia, que nos sensibiliza e nos faz refletir, mudar atitudes, e acima de tudo respeitar, amar, cuidar e valorizar os pacientes, os familiares, seres humanos. E ao proceder desta maneira, que não seja somente em casos críticos que necessitam de cuidados paliativos, mas com todos os pacientes, todos os familiares, porque nem sempre demonstram seus medos e angústias sem ser questionados (escondendo uma dor interior), e porque são seres humanos e merecem o melhor dos cuidados, aqueles recheados de afeto, respeito e atenção. Com isto é possível trabalhar o verdadeiro acolhimento, praticar intensamente a política que preconiza a humanização do atendimento e ser um profissional enfermeiro generalista e humano, porque no final de tudo certamente teremos a melhor das recompensas: um “muito obrigado” sincero e carinhoso por parte das vidas que cuidamos.

Palavras-Chave: Tanatologia; Enfermagem; Cuidar com Dignidade; Amar e Respeitar a Vida.

REFERÊNCIAS

FÄRBER, S. S. et al. ABRANTES, M. M. et al. Tanatologia clínica e cuidados paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p; 267 – 271, Junho 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n3/v21n3a06.pdf> Acesso em: 12 Ago. 2015.

BOUSSO, S. R. et al. Desenvolvimento de conceitos: novas direções para a pesquisa em tanatologia e enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p; 1331 – 1336,

Dezembro 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a32v43s2.pdf>
Acesso em: 12 Ago. 2015.

TRABALHO EM EQUIPE NA ENFERMAGEM¹

Amanda de Castro Paz²

Giovana Mertins³

Kemelyn Wolff⁴

Luiza Nádia Fanezi⁵

Jaqueline Marafon Pinheiro⁶

Introdução: A Enfermagem é um trabalho humano que tem como objetivo cuidar. O trabalho humano tem uma ação focada por finalidades conscientes e ao reproduzir técnicas que outros homens já usaram ou inventaram, a ação humana se torna fonte de ideias e ao mesmo tempo uma experiência. O trabalho em equipe é um requisito vital para a obtenção de resultados. O homem não consegue trabalhar só, quando se considera o potencial sinérgico dos grupos: um conjunto de pessoas tem propriedades e qualidades coletivas que elas separadamente não se expõem. O trabalho em equipe é um instrumento básico, inevitável para que o enfermeiro resgate a sua especificidade, enquanto profissão. **Objetivo:** Essa resenha tem por objetivo compreender o significado do trabalho em equipe para os profissionais da enfermagem. **Método:** Resenha crítica do livro Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência, de, autoria de Tamara Cianciarullo publicado no ano 2000. **Resultados:** A enfermagem ao longo do tempo tem sido uma profissão que se desenvolveu e se adequou num grupo de trabalho chamado equipe de saúde, formada por vários profissionais, quem vem conquistando sua identidade na área, denominada pelo médico. Há uma divisão de funções em que se subdivide uma determinada equipe: Enfermeiro (nível superior), técnicos (nível médio e segundo grau), auxiliares (curso supletivo em nível de segundo grau), atendentes (nenhum preparo formal). O trabalho em equipe é coletivo e o resultado é maior que a soma das partes individuais. A responsabilidade é tanto individual quanto coletiva e as habilidades são complementares. A equipe de enfermagem tem um enfoque ‘cuidar’, mas existem fatores que podem influenciar na organização. Para melhor desempenho do trabalho cada qual desempenhando sua função, colaborando um com o outro, fazendo um trabalho em equipe com respeito e companheirismo, onde cada qual se habitue no seu grau de atuação. Na equipe há uma integração gerencial de habilidades e talentos individuais em uma habilidade coletiva para produzir serviços de maneira mais eficiente e efetiva. A comunicação é verdadeira, existe confiança, o respeito, a compreensão e a cooperação são elevados e há sempre o investimento no crescimento do conjunto de pessoas que compõe a equipe. Com enfoque na enfermagem, o líder será o enfermeiro que irá guiar

¹ Resumo Expandido. Resenha Crítica

² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões- URI Câmpus de Frederico Westphalen. Email: amandadecastropaz@hotmail.com

³ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões- URI Câmpus de Frederico Westphalen. Email: giovana-mertins@hotmail.com

⁴ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões- URI Câmpus de Frederico Westphalen. Email: kemellynwolff@hotmail.com

⁵ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões- URI Câmpus de Frederico Westphalen. Email: luizanadia@hotmail.com

⁶ Enfermeira. Mestra em Educação. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões- URI Câmpus Frederico Westphalen. Email: jaqueline@uri.edu.br

sua equipe que será composta por técnicos auxiliares e atendentes de enfermagem. Em todo o trabalho em equipe, poderão surgir conflitos, que são uma forma de luta em indivíduos, um exemplo disso os enfermeiros que prestam concurso público estão em constante conflito, pois disputam o primeiro lugar. Tais conflitos podem ser definidos em diversificadas etapas, entre elas o Conflito de Gerações: vem se destacando como resultado nas variadas ideias, valores, filosofia de vida, entre jovens e adultos. Cada indivíduo possui uma maneira de expressar suas ideias ou até mesmo os valores que talvez não se adaptem com o colega de trabalho. Com enfoque guiado para enfermagem tais conflitos podem ser gerados no âmbito do trabalho. Como no senso comum as pessoas costumam falar. O enfermeiro que tem uma experiência mais ampla devido a trabalhar há mais tempo na área é chamado ‘enfermeiro velho’, já os estagiários com menos experiência, a sociedade gera um preconceito por ter um período menor de experiência e acaba ser rotulado como ‘inexperiente’. Conflitos de sexos: O conflito de sexo surgiu com a Revolução Industrial, foi quando a mulher, até então era apenas submetida aos afazeres de casa, começou a trabalhar fora concretizando a igualdade e oportunidades. Conflitos de Raças: muitas vezes esse conflito que pode também ser chamado de preconceito não é expressado, mas o simples fato da observação podemos perceber que ele existe, em diversas situações. Há empresas que não contratam pessoas negras, como se elas tivessem menos capacidade de aprendizado e rendimento. Conflito entre Campo e Cidade: esse conflito pode ser entendido como isolamento, como exemplo podemos trazer o enfermeiro quando formado em outra Região, com valores e cotidiano diferentes, vindo para uma região Urbanizada, procurar emprego. Conflito de classes, a classe social muitas vezes é influenciada pela rotina diária de vida, o modo de viver. Esse desacordo de classes sociais, é então, refletido no grupo, onde a enfermeira contempla uma imagem que não é verdadeira em relação ao grupo. Pois o trabalho deve ser unido pelos integrantes que o compõem independente das divergências de classes. Conflito Econômico: esse conflito é baseado na concorrência, que na atualidade é demasiada. Uma decorrência disso é as empresas privadas atuando na área de saúde, determinando preços por procedimento. O conflito pode apresentar-se pela rivalidade, debate, discussão, guerras. Para que o trabalho seja efetuado com melhor êxito é necessário que algumas regras sejam postas, como um bom convívio social entre os membros que compõem a equipe. A filosofia é muito importante para um trabalho em equipe, pois faz com que todos os membros da equipe tenham um rumo norteador e também para que o indivíduo se fixe no grupo, exercendo uma força de atração entre si e uma recompensa recíproca. Em diversificados tipos de grupos existem indivíduos com uma capacidade de liderança que é exercida desde o nascimento nas atividades sociais ou escolares assim mais tarde podendo utilizar na vida profissional, sendo assim quanto mais experiência adquirida maior é a vantagem competitiva que esses indivíduos vão ter no mercado de trabalho. A partir disso, um grupo só irá obter resultado positivo quando todos derem sua contribuição. O líder é referência da equipe onde todos os integrantes que atuam no grupo depositam sua confiança, um líder deve sempre ter atitude e assim agindo de uma forma criativa para em conjunto com sua equipe realizar um trabalho com sucesso. Considerações finais: No decorrer desse trabalho podemos concluir que uma equipe combate o excesso de individualismo. A partir do que a autora Tamara Iwanow Cianciarullo pretende transmitir, o trabalho em equipe é um método indispensável nas atividades da enfermagem, pois enriquece os pontos de vista, tem grande poder motivador, liberta os preconceitos. O trabalho em equipe é a ferramenta básica para o processo do cuidar pois a partir disso o trabalho ganha poder de força e com união dos integrantes da equipe alcançar os objetivos propostos. Concluímos também que nenhuma unidade consegue ficar sem o trabalho em equipe pois sem ele não haverá um bom aprimoramento no serviço.

Palavras-chave: Trabalho em equipe, Enfermagem, união, conflito, liderança.

REFERÊNCIA

CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 1996.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA EPIDEMIA QUE ULTRAPASSA FRONTEIRAS¹

Carina Ercio Ottonelli²

Edinara Ragagnin³

Geovana Locatelli⁴

Jardel Barbieri⁵

Karine Beatriz Ziegler⁶

Tais Balzan⁷

Laura Helena Gerber Franciscatto⁸

Caroline Ottobelli⁹

A violência contra a mulher é um problema da saúde pública, devido a sua alta incidência, e fatores agravantes como traumas físicos e psicológicos. O Ministério da Saúde define violência como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. (Brasil, 2015). A violência de gênero, subdivide-se em violência familiar, doméstica, no trabalho e obstétrica, manifestando-se através de agressões físicas, psicológicas, sexuais, sociais e econômicas. Vítimas de violência podem sofrer consequências para a saúde sexual e reprodutiva, incluindo a gravidez forçada e/ou indesejada, abortos inseguros, fístulas traumáticas, infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, e até mesmo a morte. (United Nations Fund for Population Activities, 2015). Segundo AGUIAR (2012), a violência de gênero teve início na antiguidade, onde o matriarcado cedeu ao jurídico ideológico e passou-se a identificar a origem familiar no gameta masculino e não mais reconhecendo a raiz familiar da mãe, agravando-se na idade média, onde as mulheres não respondiam legalmente por si mesmas, tornando-se vulneráveis, submissas e dependentes das crenças e ações dos homens de sua família, somente na idade contemporânea, este cenário começa a se alterar, através das reivindicações por direitos igualitários entre gêneros, e a partir disso, as mulheres passaram a se inserir nos campos de trabalho e possuir uma vida social ativa. Atualmente,

¹ Trabalho realizado na disciplina de saúde da mulher em formato de resumo expandido.

² Acadêmica em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Autor, E-mail: carinaercio@hotmail.com

³ Acadêmica em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Autor, E-mail: edinarahragagnin@hotmail.com

⁴ Acadêmica em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Autor, E-mail: geovanalocatelli@yahoo.com.br

⁵ Acadêmico em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Autor, E-mail: jar.del.barbieri50@hotmail.com

⁶ Acadêmica em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Autor, E-mail: Karinebeatriz@hotmail.com

⁷ Acadêmica em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Autor, E-mail: taisbalzan50@hotmail.com

⁸ Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. E-mail: laura@uri.edu.br

⁹ Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. E-mail: carol@edu.br

após a conquista de seus direitos básicos como o voto, e com a reforma do código penal, que inclui leis e estatutos de proteção à mulher, pode-se dizer que já existe uma certa igualdade entre gênero, porém a cultura de violência demonstra-se enraizada na sociedade e as mulheres seguem sendo vítimas de preconceito e discriminação. Segundo SCHRAIBER (2002), os atos de violência física são classificados conforme sua gravidade, segundo estudo da OMS, onde o ato moderado caracteriza ameaças, desde que não relativas a abuso sexual e sem uso de armas; agressões contra animais ou objetos pessoais e violência física na forma de empurrões, tapas, beliscões, sem uso de quaisquer instrumentos perfurantes, cortantes ou que gerem contusões; enquanto o ato severo contempla agressões físicas com lesões temporárias; ameaças ou uso de arma, agressões físicas com cicatrizes, lesões permanentes, queimaduras. Em análise de estudos realizados em trinta e cinco países, evidenciou-se que entre 10% e 52% das mulheres já foram agredidas fisicamente pelo parceiro em algum momento de suas vidas, e 10% a 30% também foram vítimas de violência sexual por parte do parceiro íntimo, e entre 10% e 27% das mulheres relataram ter sido abusadas sexualmente, quando crianças ou adultas. (Brasil, 2002.) Em nível mundial, cerca de 225 milhões de mulheres querem evitar a gravidez, mas não estão usando contraceptivos modernos. E dos 125 milhões de mulheres que dão à luz todos os anos, 54 milhões sofrem atendimento pré-natal inadequado, 43 milhões não entram em uma unidade de saúde, e 33 milhões têm o cuidado do recém-nascido abaixo do ideal, estimando-se ainda que entre 100 a 140 milhões de meninas e mulheres vivas hoje foram submetidas a alguma forma de mutilação genital feminina, prática que pode causar dor crônica, infecções, complicações no parto, e outros efeitos adversos, ocorrendo cerca de 37 mil casamentos de crianças a cada dia. (United Nations Fund for Population Activities, 2015.) Em território nacional, Brasil (2002), retrata uma realidade alarmante, onde 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida, destas um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica. Sendo maridos, ex-maridos, namorados e ex-namorados os principais agressores, variando de 88% dos autores de tapas e empurrões a 79% dos perpetradores de relações sexuais forçada. A gestação e o trabalho de parto, são momentos de grande fragilidade feminina, onde devido a dor, ao estresse e alterações hormonais a parturiente torna-se mais susceptível e vulnerável às violências, associando-se à rotina e automaticidade das ações realizadas pelos profissionais de saúde, o que gera grandes conflitos e sofrimento, pois entre o sonho da gestante e a rotina médica e de enfermagem, muitos detalhes passam despercebidos, caracterizando graves formas de violência obstétrica, como: toques vaginais por diversos profissionais e a todo o momento; episiotomia indiscriminada e sem consentimento; uso indiscriminado de Fórceps; uso de medicação para acelerar o processo de trabalho de parto; separação da mãe e do bebê; restrições de posição da parturiente; o impedimento de acompanhantes e frases mal formuladas, que poderão acarretar danos ou constrangimentos somando-se ao índice de estatísticas de violência. Para cada 100.000 bebês nascidos na África sub-saariana, 510 mulheres morrem de causas maternas. Globalmente, cerca de 800 mulheres morrem diariamente de causas relacionadas com a gravidez. (United Nations Fund for Population Activities, 2015.) Desta forma acreditamos que o atendimento nas unidades básicas de saúde assumem extrema importância por possuir uma vasta cobertura e contato direto e contínuo com as mulheres, permitindo ao profissional de saúde reconhecer e acolher casos de violência antes da ocorrência de incidentes mais graves, utilizando-se das ações rotineiras para perceber a mulher como um todo, e utilizar esta oportunidade de contato para orientar, identificar e tratar das mulheres que sofrem ou sofreram abuso físico, sexual ou psicológico. Ao utilizarmos as estratégias de como tratar a mulher em sua totalidade, definidas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com o respaldo da lei Maria da Penha, podemos propiciar o empoderamento feminino e a construção da consciência coletiva, formando um elo de apoio e proteção. Queremos salientar o papel do profissional enfermeiro,

que deverá prestar atenção às vítimas, desenvolver atividades de vigilância e monitoramento, prevenção e promoção da saúde. Lembrando que, a mulher fragilizada procurará os serviços de saúde, mesmo que por motivos não relacionados diretamente à violência sofrida, mas demonstrando sinais desta, o que torna indispensável a aptidão do profissional no ouvir, ver e acolher o sofrimento das vítimas, olhando além dos sintomas alegados pela paciente, devendo fazer orientações acerca da violência de gênero, e realizar a notificação da agressão bem como acionar os órgãos de competência. Podemos perceber, diante dessa realidade que percorre todo o mundo, a importância da atuação do profissional enfermeiro na totalidade humana, não voltando-se somente às queixas, ações profissionais ou procedimentos invasivos, mas analisando as particularidades, implementando as consultas de enfermagem que investiguem o histórico e a fonte das problematizações de saúde, criando vínculos, garantindo privacidade a intimidade feminina, presando pela integridade do sujeito, respeitando e cumprindo com a ética profissional, além de realizar as atribuições funcionais pertinentes a cada caso, como o preenchimento da ficha de notificação e orientação à paciente. Salientamos também a importância do papel do enfermeiro no momento do parto, ao realizar a orientação da gestante, para que através do conhecimento, essa possa realizar as suas escolhas, sempre incentivando-as, motivando e transmitindo segurança no momento do pré-parto, parto e pós-parto, garantindo os seus direitos e inibindo atos violentos, negando-se a ser conivente com os mesmos, pois são estes mínimos detalhes que fazem a diferença no cuidado e levam a diminuir as estatísticas de violência.

Palavras-chave: Violência, Mulher, Empoderamento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal/ Laurez Ferreira Vilela (coordenadora)** – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009. Acesso em 10 de abril de 2015. Disponível em: https://www.tjms.jus.br/_estaticos_/infanciaejuventude/cartilhas/cartilhaVitimasViolenciaManualProcedimentosBrasiliaDF.pdf

BRASIL. **OMS classifica violência contra mulher como problema de saúde global**, Portal do Ministério da Saúde, RADIO ONU, 2013. Acesso em 20/03/2015. Disponível em: <http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/2013/06/oms-classifica-violencia-contra-mulher-como-problema-de-saude-global/>

BRASIL. **Política nacional de atenção integral a saúde da mulher**, Brasília-DF, 2004. Acesso em 20 de abril de 2015. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

MENEGHEL. S. N. **Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero**. Ciência & Saúde Coletiva, Porto Alegre, 2013. Acesso em: 24 de abril de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n3/15.pdf>

SCHRAIBER L.B. et. al. 2002, **Violência contra mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde**. Acesso em 20 de abril de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v36n4/11766>

UNFPA. **10 coisas que você não sabia sobre a população mundial.** 13 de Abril de 2015. Acesso em: 17 de abril de 2015. Disponível em: <http://www.unfpa.org/news/10-things-you-didn%E2%80%99t-know-about-world%E2%80%99s-population#sthash.mQruS9jD.dpuf>

UNFPA. **Direitos Humanos.** 2015. Acesso em 18 de abril de 2015. Disponível em: <http://www.unfpa.org/human-rights>

BLUTER, J. P. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. **Revista Estudos Feministas**, vol.13, no.1, Florianópolis, Jan./Abr. 2005. Acesso em: 15 de abril de 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2005000100012&script=sci_arttext

REDES SOCIAIS: INTERFACE COM O FAZER

Marisa do Nascimento Pigatto¹

Ligia Carangache Kijner²

O presente estudo foi impulsionado pela procura da comunidade pelos serviços da rede, em específico os oferecidos pela Clínica Escola do Curso de Psicologia, de uma Universidade do Rio Grande do Sul, onde atuo como educadora e supervisora de estágio profissionalizante. A partir desse busquei conhecer, entre outras temáticas significativas, o trabalho em rede, a interdisciplinaridade, pois frequentemente ouço falas como: “a rede não funciona”. Essa situação trouxe alguns questionamentos: Como definimos rede? O que corresponde à rede? Os objetivos desejados e as contribuições esperadas com esse estudo visam provocar nos sujeitos, em especial aos que representam a rede, reflexões para um fazer devidamente comprometido com o seu papel. Considero essa temática de extrema importância para o bom funcionamento, desde a acolhida do sujeito que busca esses locais até a melhor resolução da demanda apresentada. Questionamentos... Problematisações... Julgo necessário trazer presente essas questões, pois somos cidadãos e precisamos nos comprometer como tal. Pensando no compromisso social das práticas dos (as) psicólogos (as), acredito no desenvolvimento de um trabalho compromissado, responsável e ético. O percurso metodológico é um relato de experiência do trabalho em rede, ilustrado a partir de um caso. A sistematização desse processo acontece com a chegada do paciente no Serviço de Psicologia, que pode ocorrer através de encaminhamentos pelo conselho tutelar, escolas, empresas, hospitais, a própria universidade e a população que busca diretamente esse serviço. Para esse estudo com foco no atendimento em rede, escolhemos um de tantos casos que chegam à clínica escola, e que orientei enquanto professora supervisora do estágio profissionalizante. Ana, nome fictício utilizado, buscou atendimento na clínica escola para sua mãe, uma senhora idosa, por perceber a necessidade da mãe em obter uma atenção especializada, tendo em vista que a mesma fica grande parte do tempo sozinha queixando-se de dores e demonstrando requerer intensamente a presença dessa filha, dificultando o relacionamento profissional e familiar dessa. Ana não tem disponibilidade de tempo em função do trabalho, manifestando dificuldade para atender a mãe idosa que necessita de um cuidado especial. Ressalto que os demais filhos desta senhora, que chamo nesse estudo de D. Lala, residem em outras cidades distantes da mãe. Saliento que a rede social pessoal pode ser entendida como um “mapa mínimo” que abarca todos os sujeitos com quem interatua uma determinada pessoa. O mapa pode ser organizado em quadrantes que são: família, amigos, relações de trabalho e escolares, relações comunitárias, de serviço de saúde e, ou religiosas (SLUZKI, 1997). Nesse sentido, chamo a atenção para rede pessoal familiar de D. Lala que se preocupou e agiu acessando esse espaço de atendimento. No primeiro momento vimos que seria difícil fazer os atendimentos, pois a estagiária não tinha carro para se deslocar até a residência de D. Lala para realizar os

¹ Graduada em Ciências Contábeis e Psicologia; Mestre em Educação; Aperfeiçoamento em Formação em Terapia de Casal e Família; Especialista em Clínica Ampliada; Especialista em Terapia Sistêmica Individual, Conjugal e Familiar. Professora Coordenadora do Curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Câmpus de Frederico Westphalen, RS; E-mail: marisa@uri.edu.br.

² Graduada em Psicologia, Especialista em Terapia Sistêmica Individual, Conjugal e Familiar. Professora do CEFI – Centro de Estudos da Família e do Indivíduo; Psicóloga da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, atuando na Coordenação do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública-RS, na área de Saúde Coletiva, Ênfase em Dermatologia Sanitária. E-mail: ligiakijner@yahoo.com.br

encontros. No entanto, nos reunimos para pensar uma possibilidade, a estagiária disse ser acostumada a andar várias quadras todos os dias e se prontificou para os atendimentos, mesmo com a dificuldade de acesso. Sempre cuidamos dos nossos estagiários para que não corram riscos, isso é vivenciado com responsabilidade e ética. Nesse contexto, partilho com Freire (1998), a opinião de que estar no mundo significa responsabilizar-se. Isso leva ao compromisso de conhecer-se por completo, “Minha presença *no* mundo, *com* o mundo e *com* os outros implica o meu conhecimento inteiro de mim mesmo. E quanto melhor me conheça nesta inteireza tanto mais possibilidade terei de, fazendo História, me saber sendo por ela feito. E, por que fazendo História e por ela sendo feito, como ser *no* mundo e *com* o mundo, a “leitura” de meu corpo como a de qualquer outro humano implica a leitura do espaço. (FREIRE, 1998, p. 72-73).” Forster *et al.* (2006) demonstram que a universidade brasileira, atualmente, vem se deparando com vários tipos de desafios, e move-se num debate entre a busca pelo bem da sociedade e o sinal que o mercado envia. Esse panorama provoca a necessidade de inovações criativas e o desenvolvimento de estratégias em que o assunto predominante tenha como foco a criação e vivências de relacionamentos com responsabilidade mútua entre as pessoas, numa convivência de respeito a si e ao outro. Dessa forma, há uma exigência maior na busca do diferente, do avanço, da descoberta de caminhos alternativos e significativos, para que se encontre “[...] um novo processo de ensino e de aprendizagem” (FORSTER *et al.*, 2006, p. 49). Assim, entra a inovação como diferencial, identificada no desenvolvimento das metodologias do trabalho docente. Porém, não é só fazer o diferente acrescentando uma reflexão acerca de outras formas de trabalhar, mas é, principalmente, buscar um avanço “[...] para além da mesmice e do fazer sem sentido”. (FORSTER *et al.*, 2006, p. 50). Então, o trabalho desenvolvido foi uma terapia de apoio realizada objetivou fortalecer D. Lala e proporcionar que ela possa, sempre que possível, se inserir em atividades que lhe são prazerosas. As ações com esta senhora exigiram um estar disponível, que em pequenos gestos e pontuações, demonstrou uma empatia construída, uma relação de confiança e crescimento mútuo. Segundo Neri (2009), não é possível negar que na velhice ocorre uma diminuição na rede de relações, o que não significa que os idosos não necessitam dessa rede. A mesma favorece para que se fortaleçam, e saibam que são amados, cuidados e valorizados. E também para que se sintam mais seguros, e, em caso de doença ou algum tipo de incapacidade tenham a quem recorrer, ou seja, recebam apoio afetivo, ou material. Nesta fase, segundo Sluzki (1997, p.103), ocorre uma “redução adaptativa na intensidade e na variedade das expressões emocionais”, o que favorece a lidar com as perdas e a utilizar da melhor forma suas capacidades. “A regulação emocional, ou equilíbrio entre afetos positivos e negativos, é muito melhor na velhice do que na juventude. Nos velhos existem mais afetos positivos, embora a expressão deles seja menos variada e intensa”. Percebo o quão intenso é o comprometimento de toda equipe de trabalho da clínica escola de psicologia com as pessoas que buscam o serviço, para que a pessoa seja atendida em sua dor e a rede de atendimento funcione. Somos um dos “nós” dessa rede, sendo assim somos vivos e estar vivos é estar em constante movimento, é ser em processo. No entanto, entendo o quanto é difícil, em alguns casos fazer encaminhamentos efetivos, acompanhando o desenrolar da situação. Mas acredito que a implicação de estar envolvido com trabalhos que atendem a população é de extrema responsabilidade, por isso temos o compromisso de rever sempre nossa função de representar a rede de atendimento, que no meu caso, é o serviço de psicologia, que dialoga com outros espaços do município e região. Saliento que sempre podemos fazer algo, mesmo que este não seja o ideal, mas é o que pode ser feito no momento da demanda. Nesse sentido, a rede inicia com o “encontro” entre as pessoas, portanto, a Clínica Escola é uma rede de atendimento à população, pois nela encontram-se as pessoas que buscam o atendimento e as que fazem este. Ressalto que este encontro é o fazer para dar conta da demanda que chega nesse espaço, embora muitas vezes difícil, é imprescindível que seja

realizada. A rede é viva, é movimento e as pessoas é que são seus representantes, de tal modo que o trabalho precisa ser desenvolvido de maneira consciente na busca pela melhoria da qualidade de vida dos que a procuram. Assim, o trabalho em rede se torna efetivo na medida em que o fazer seja entendido como o espaço comprometido, ético e responsável pela promoção da vida saudável. Portanto é fundamental, compreender e progredir no conhecimento para possibilitar ações transformadoras.

Palavras-chave: Rede; Encontro; Compromisso.

REFERÊNCIAS

FORSTER, Mari Margarete dos Santos; MALLMANN, Marly Therezinha; DAUDT, Sônia Isabel Dondonis; FAGUNDES, Maurício Cesar; RODRIGUES, Heloiza; CUNHA, Maria Isabel da (Org.). **Alguns caminhos para compreender o processo de construção da inovação**. Araraquara/SP: Junqueira&Marin, 2006. p. 45-60.

FREIRE, Paulo. **Professora sim, tia não** – Cartas a quem ousa ensinar. 9. ed. São Paulo: Loyola, 1998.

NERI, Anita L. Saúde e envelhecimento: prevenção e promoção. As necessidades afetivas dos idosos. In: **Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social**. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/05/livro_envelhecimentoFINAL.pdf>. Acesso dia: 15. maio 2014.

SLUZKI, Carlos E. **A rede social na prática sistêmica**. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

RESUMOS SIMPLES

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO PRÉ-OPERATÓRIO DO PACIENTE CIRÚRGICO

Larissa Berghetti¹

Laura Gerber Franciscatto²

A assistência de Enfermagem Perioperatória compreende o pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório, ou seja, desde a descoberta da necessidade de uma cirurgia até sua recuperação. A atenção ao paciente pré-cirúrgico deve envolver todas as necessidades do paciente ao longo deste período, sendo de responsabilidade do enfermeiro o planejamento da assistência prestada e responsabilidade de toda a equipe de enfermagem a execução dos cuidados, orientações de acordo com a cirurgia a ser feita visando reduzir a ansiedade, o estresse, promovendo uma melhor recuperação e evitando complicações no pós-operatório que podem ser influenciadas pelo despreparo no pré-operatório. Além disso, muitos cuidados são realizados sem a explicação do motivo pelo qual o mesmo está sendo executado o que acaba gerando desconforto, e até mesmo constrangimento ao paciente cirúrgico que está em um ambiente diferente ao de costume e com pessoas que não são de sua convivência, devido a isto observa-se a importância do profissional enfermeiro estar atento ao diálogo com o paciente informando- o sobre a intervenção cirúrgica, anestesia, procedimentos que serão realizados junto ao mesmo, respeitando sua diferenças culturais, desmistificando e esclarecendo suas dúvidas. Muitas vezes devido à sobrecarga do trabalho e outros fatores o profissional adere uma prática rotineira com suas atribuições e esquece o real papel, objetivo da enfermagem que é o cuidado e a orientação do mesmo. O paciente encontra-se em uma situação delicada, onde o medo e a ansiedade estão presentes e é neste momento que cuidados como o porquê da retirada da prótese dentária, adornos, óculos, uso de camisola cirúrgica devem ser repassados visando tranquilizar o paciente e preservar sua autonomia, sua privacidade. Outras orientações básicas que muitas vezes são deixadas de lado é o banho que ajuda a reduzir risco de contaminações, o estar em jejum que reduz risco de aspiração, a informação sobre medicações pré-operatórias prescritas que podem causar sonolência. É necessário orientar o paciente sobre os efeitos adversos da medicação evitando quedas. Além de orientar é preciso realizar a busca por informações que possam ser significativas durante a cirurgia como a presença de alergias a medicamentos e uso de algumas medicações que são prejudiciais neste processo. Os detalhes são essenciais nos cuidados ao paciente e é dever do enfermeiro realizá-los e repassá-los de modo que seja de fácil entendimento para o mesmo e para os familiares. Outro requisito que está presente na essência de nossa profissão é a evolução da enfermidade que deve ser elaborada de forma clara, concisa, contendo todas as informações necessárias incluindo detalhes fazendo com que quando seja lida seja facilmente entendida.

Palavras-chave: Enfermeiro, Cuidados, pré-operatório.

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI/FW. Email: larissaberghetti@hotmail.com

² Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande – FURG, docente no curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI/FW.

A PERDA DA DIMENSÃO CUIDADORA NA PRODUÇÃO DE CUIDADO EM ENFERMAGEM: REFLEXÃO TEÓRICA

Jéssica Vendruscolo¹

Marines Aires²

O presente resumo é uma revisão bibliográfica realizada a partir de um trabalho desenvolvido na disciplina de Saúde Coletiva III, que proporcionou leituras acerca de uma temática apresentada em forma de artigo, partindo de pressupostos voltados à realidade da saúde, proporcionando assim, conhecimentos, questionamentos e reflexões. O artigo em questão traz discussões acerca dos cuidados de enfermagem, do atendimento dos profissionais da área da saúde, da humanização e acolhimento, “contrapondo” o uso das tecnologias. Inicialmente abordarei a situação de saúde (do ponto de vista profissional e usuário), o que são as tecnologias, e que relação tem as mesmas com a produção de cuidado, em relação à humanização e o acolhimento, e também, qual o papel profissional na produção de cuidado, enquanto futura enfermeira. A atual situação de saúde de nosso país é um centro de discussões. Os meios de comunicação e mídia transmitem a ideia de crise no modelo de organização e assistência no sistema de saúde, um problema que para os profissionais da área da saúde, não é tão simples de se resolver, pois não se trata de uma dificuldade de equipe, ou referência a um profissional de determinada área, mas as falhas em toda a rede, em decorrência das mudanças na forma de se produzir cuidado (a implantação das tecnologias). Enquanto isso, temos o usuário, que diante da fragmentação do sistema e do processo de cuidado, se sente desprotegido, por não ter seu problema resolvido, dando a entender que o sistema de saúde como um todo não é eficaz. Em contrapartida acompanhamos os noticiários, as descobertas de novos exames de diagnósticos, novos tratamentos, tudo com muita tecnologia, evolução, melhorias. Surgem questionamentos: Será que essas tecnologias resolvem os problemas de saúde dos usuários? As tecnologias que aqui menciono são determinadas como *tecnologias duras*, aquelas altamente tecnológicas, que demandam equipamentos modernos a fim de realizar um diagnóstico específico ou um tratamento de maior complexidade; assim como temos as *tecnologias leves duras*, que demandam conhecimentos, saberes profissionais (domínio da clínica, intervenções de enfermagem), pode estar aliada a algum equipamento (como um estetoscópio, no exame físico de um paciente), sendo dura pelo saber ser disseminado de forma sistemática, protocolada e organizada, mas leve por demandar conhecimentos nas atividades de saúde; e ainda temos as *tecnologias leves* (não se trata de nenhum equipamento moderno, ao contrário do que as pessoas pensam ao ouvir o termo “tecnologia” = “equipamentos modernos”, “máquinas”), uma tecnologia leve é o “trabalho vivo”, “em ato”, um processo de relações onde duas pessoas se encontram e atuam uma sobre a outra, através da escuta, falas ou interpretações (por exemplo: o acolhimento). A tecnologia leve pode ser associada a uma tecnologia dura, sendo resolvida a situação de um paciente e sua família, como pode “atuar sozinha” e ser resolutive. Mas será que a tecnologia dura, por si só, é resolutive? Não em todos os casos, o que pode explicar a atual situação do

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

² 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

nosso sistema de saúde, onde os profissionais (classe médica, segundo o texto) tentam resolver problemas somente “medicalizando”, encaminhando para complexidades maiores, o que gera grandes custos, porém não garante que tais problemas sejam realmente e efetivamente resolvidos. Estes aspectos vêm sendo trabalhados, moldando os profissionais e futuros profissionais a prestarem bons cuidados (efetivos). Tendo a graduação em andamento, dentro de uma universidade, trago aqui a opinião e experiência, no que tange o profissionalismo utilizando de recursos limitados, porém desempenhando um papel fundamental perante o cuidado e a Rede: Primeiramente a teoria trabalhada em sala de aula, base de todas as práticas desenvolvidas; segundo, a experiência das aulas teórico-práticas, onde se percebe que é possível fazer a diferença através do acolhimento, da humanização e escuta ativa, garantindo a resolutividade de cada caso, em aspecto individual e coletivo.

Palavras-chave: Enfermagem; Produção de Cuidado; Humanização e Acolhimento.

ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM A PUÉRPERA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Cássia Jordana Krug Wendt¹

O período gravídico e o parto são importantes situações a serem vividas por uma mulher. As transformações físicas, psíquicas e sociais ocorrem e colocam a figura feminina de mãe em uma nova realidade para ser vivida. Todo o período de adaptação exige da mulher/mãe conhecimento acerca do que virá a acontecer com a sua saúde e de seu bebê. Para tal, a assistência de enfermagem faz-se necessária nesse cenário para emponderá-la sobre todo o assunto que está prestes a cercá-la. Assim, o profissional enfermeiro assume um papel de assistente, educador, orientador e incentivador das práticas saudáveis dentro do ambiente hospitalar. O puerpério é um momento crítico, compreende o período após o parto, tanto vaginal quanto cesáreo, e se estende até o final da oitava semana. Atualmente, a assistência ao parto e puerpério imediato se dá com maior intensidade no ambiente hospitalar, devido muitas das práticas de parto humanizado fora desse ambiente não serem tão praticáveis no País. O puerpério pode ser classificado como imediato que compreende o período até duas horas após o parto, o mediato que vai até o décimo dia e o tardio até o término da oitava semana após o nascimento do bebê. Quando se fala nas atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem no puerpério imediato e mediato, mais especificadamente as condutas do profissional enfermeiro, tem-se constatado maior atenção a ações de caráter assistencial, ou seja, execução de procedimentos técnicos. Segundo a pesquisa descritiva de CASSIANO et al. (2015) quando questionado pelas enfermeiras obstétricas sobre as condutas de enfermagem no puerpério imediato, obteve-se como resposta a avaliação do estado geral e da episiotomia, verificação da involução uterina e evolução mamaria, verificação dos lóquios, verificação dos sinais vitais, entre outros. Entretanto, a educação em saúde para puérpera e a família foi pouco lembrado pelas profissionais questionadas. Quando lembrado, os temas mais discutidos nesse primeiro período foram os cuidados da mulher no pós-parto, alimentação e o banho do recém-nascido e a importância do aleitamento materno. A educação em saúde para a puérpera e os familiares de acordo com as reais necessidades do período contribui para o processo de adaptação a maternidade. É possível concluir que a junção das ações assistenciais e educativas no ambiente hospitalar é fundamental para proporcionar a segurança da mulher na sua ida para casa. A assistência de enfermagem de qualidade à puérpera dentro deste ambiente contribui ainda para a diminuição de taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Para tal, face a necessidade de uma assistência adequada centrada nas demandas específicas do período, visando contemplar as reais necessidades individuais do binômio mãe/filho.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Pós-parto imediato; Assistência de enfermagem a puérpera;

REFERÊNCIA

CASSIANO, N. A. et al. Assistência de enfermagem à mulher no puerpério imediato: um ensaio descritivo. **J. Res. Fundam. Care. Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 2061-2071, jan./mar. 2015. Disponível em:

¹ Enfermeira. Pós-graduada em Gestão de Organização Pública em Saúde pela UFSM. Enfermeira no Hospital Santa Terezinha, Palmitinho, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cjkwendt@hotmail.com.

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3675/pdf_1454http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3675/pdf_1455>. Acesso em: 22 set 2015.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HIGIENE E CONFORTO DO PACIENTE HOSPITALIZADO

Jaqueline Cardoso¹

Laura Gerber Franciscatto²

A higiene e conforto do paciente é uma atividade atribuída à equipe de enfermagem sendo este um fator importante na recuperação do paciente hospitalizado. Vários são os benefícios da higiene e conforto como: remover a sujidade, estimular a circulação, proteger e fortalecer a pele, prevenir as escaras e assaduras a fim de evitar possíveis doenças infecciosas. Outro aspecto muito importante é a troca de roupas e arrumação do leito com o qual a equipe de enfermagem proporciona para o paciente conforto, bem estar e segurança. Uma constante comunicação juntamente com a construção de um vínculo entre o profissional enfermeiro e sua equipe contribuirá favoravelmente para seu tratamento, pois assim o paciente vai adquirindo confiança e sentindo-se mais à vontade durante o procedimento. É durante a higiene do paciente que a enfermagem deve ter um olhar clínico em inspecionar o corpo atentando assim, para alguns sinais que possam estar prejudicando a sua saúde. Quando nos deparamos com o paciente acamado precisamos atentar para um cuidado especial, pelas necessidades que apresentam, como a importância do colchão piramidal para evitar as escaras, a troca de decúbito, e ressaltando a grande importância da hidratação da pele sem restrição médica, sobretudo nas áreas mais suscetíveis a escaras. Assim como a higiene do paciente acamado o banho de aspersão, a higiene oral, a lavagem da cabeça deve sempre que possível acompanhar o paciente e fazer novamente a inspeção com a finalidade de promover um bom cuidado e assistência para com o paciente. Desse modo, a boa higienização do paciente hospitalizado e o conforto oferecido é uma atividade que deve ser rotineiramente todos os dias, ou sempre que precisar, contribuindo assim para a melhoria da sua recuperação e conforto. Em se tratando do paciente acamado que recebe a alta hospitalar é da competência do enfermeiro orientar o familiar mais próximo do paciente, para que o mesmo continue contribuindo na recuperação da sua saúde.

Palavras-chave: Higiene; Conforto; Paciente; Enfermagem

¹ Acadêmica de Enfermagem do IV Semestre do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI/FW-Câmpus de Frederico Westphalen. Email: jaquelinecardoso96@hotmail.com.

² Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande-FURG, docente no curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI/FW.

COMUNIDADE TERAPÊUTICA – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jéssica Cruz dos Santos¹

Raquiela Ulbrik²

Adriana Rotoli³

Na disciplina de Saúde Mental realizamos uma visita na Comunidade Terapêutica Masculina de Frederico Westphalen, nesse dia, além de conhecer a estrutura física e o local, tivemos o primeiro contato e uma conversa com os pacientes internados no local em busca de reabilitação, ouvimos o relato de cada paciente e também os motivos e as causas de sua internação. A Comunidade Terapêutica está localizada no interior da cidade, tem um amplo espaço de lazer, onde os internos podem realizar diversas atividades que estão relacionadas com sua recuperação, sendo que a base maior na sua recuperação são os princípios da disciplina e a espiritualidade, seguindo os doze passos preconizados na instituição. A Comunidade Terapêutica recebe homens com dependência química, acolhendo-os de forma voluntária ou compulsória. Já na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica tivemos nosso segundo contato, durante o qual realizamos diversas atividades, fizemos uma dinâmica na qual houve uma interação entre acadêmicos e pacientes, momento que possibilitou conhecimento e troca de saberes, em seguida realizamos uma atividade onde de uma maneira simples o objetivo passamos um pouco de nossos conhecimentos para os pacientes que ali estavam internados, foi uma atividade bastante dinâmica onde os internos puderam participar ativamente dessa atividade e com exemplos próprios fazer com que o entendimento do assunto fosse melhor para eles e enriquecer o conhecimento de nós acadêmicos com exemplos de fatos reais que aconteceram em suas vidas. As duas visitas foram muito importantes e proveitosas para todos os acadêmicos, pois tivemos uma experiência incrível, e com isso tiramos proveito de todos os momentos passados no local, e que trouxe nos muitos ensinamentos e aprendizagem a qual poderemos levar para vida toda. Sendo que a enfermagem trabalha em vários locais, e a Saúde Mental é um dos espaços que mais exige atenção e dedicação do profissional enfermeiro, na ajuda da reabilitação do paciente, que é uma das habilidades do Enfermagem no cuidado, na promoção e reabilitação da saúde no individual e na coletividade.

Palavras-chave: Visita, Comunidade Terapêutica, Saúde Mental, Enfermagem.

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI - Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: je18_santos@outlook.com.br

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI - Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: raquielaulbrik@gmail.com

³ Doutoranda em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: rotoli@uri.edu.br

CUIDADOS BÁSICOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS¹

Eloise Cristine Franz²

Sabrina Ester Gierme³

Laura Gerber Franciscatto⁴

Em uma aula prática realizada na disciplina de Fundamentos ao cuidado humano I, podemos nos deparar com alguns procedimentos que nós como futuras enfermeiras teremos que realizar, como a administração de medicamentos, e que, aliás, deveremos realizar com muita atenção, pois caso isso não ocorra, podemos submeter o paciente a iatrogenias como um choque anafilático, que é uma alergia grave ao medicamento, podendo levar a uma parada cardiorrespiratória, e até ao óbito. Para que esses erros não ocorram temos seis passos a serem seguidos rigorosamente na prática do profissional enfermeiro que devem ser levados em consideração antes de se administrar um medicamento, sendo eles: paciente certo, hora certa, medicamento certo, dose certa, via certa e prontuário certo. Ainda antes de começar o procedimento devemos atentar para a privacidade do paciente dependendo do tipo de administração, e local de aplicação. Temos também que informar ao paciente o que será feito, bem como para que servirá a medicação e seus efeitos adversos. Para a administração de medicamentos, além dos cuidados com o paciente, temos os nossos também, que nesse caso utilizamos as luvas como EPI (Equipamento de Proteção Individual). Além disso, também devemos saber reconhecer qual agulha, e qual seringa deve ser usada, pois para cada tipo de administração exige-se um material diferente. Como por exemplo, na administração de uma injeção intramuscular (IM), utiliza-se a agulha “25 X 7” ou “25 X 8 e a partir da determinada quantidade de medicamentos as seringas como por exemplo: de 3 ml ou 5 ml. Devemos considerar o local de aplicação nas regiões anatômicas como deltoide, vasto lateral da coxa e glúteos. Ainda, lembramos muito bem que quando iremos realizar esse procedimento a professora nos perguntava, o bisel da IM é para que lado e o ângulo da agulha? E nós respondíamos o bisel é para baixo ou para o lado, e o ângulo é de 90° graus. E também que antes de injetar a medicação devemos aspirar para ver se não pegamos nenhum vaso sanguíneo. E conforme formos injetando a medicação devemos ir observando o paciente para ver se o mesmo não apresenta nenhum tipo de reação alérgica à medicação, e injetar de forma contínua e lentamente, como na intravenosa (IV), que deve injetar a medicação em um tempo de no mínimo três e no máximo cinco minutos, como sempre ia orientando professora. Esses cuidados são importantes para todas as formas administração de medicamentos, e temos que seguir corretamente, pois esses aprendizados e as técnicas serão levadas por nós para toda a nossa vida acadêmica e também profissional, porque são cuidados básicos para a administração.

Palavras- chave: Cuidados Básicos; Administração de Medicamentos; Enfermagem.

¹ Relato de Experiência

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: ello_franz@hotmail.com.

³ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: sabrina_gierme@hotmail.com.

⁴ Doutoranda em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem - URI - Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: laura@uri.edu.br.

MANEJO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGRESSIVOS OU VIOLENTOS

Cássia Jordana Krug Wendt¹

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental estão assegurados na Lei nº 10.216/2001. Esta lei prevê ser responsabilidade do Estado o desenvolvimento de políticas públicas em saúde mental, a assistência e a promoção de saúde de portadores de transtornos mentais. A internação, sendo ela voluntária ou não, passa a ser indicada quando outros recursos de tratamento não se mostraram eficientes. Todo e qualquer tratamento vem a ter por finalidade a reinserção do paciente no seu meio de convívio. A internação psiquiátrica nem sempre é bem aceita pelo paciente psiquiátrico. Às vezes situações da vida fazem com que o paciente psiquiátrico venha até o serviço hospitalar contra a sua vontade, constantemente por efeito de ordem judicial. A chegada ao serviço nem sempre é calma e tranquila, o mesmo encontra-se agitado e até mesmo agressivo com os envolvidos, o que acaba tornando posteriormente o convívio desse paciente com os profissionais de saúde um risco para a integridade física de ambos. Infelizmente, nem sempre uma atuação multidisciplinar ou atividades diferenciadas durante a internação acabará contribuindo para o ideal de convivência. Para tal, o efeito farmacológico de alguns medicamentos ou a contenção dos pacientes no leito pode ser uma das únicas estratégias para manter a calma do paciente no decorrer do tratamento. O efeito farmacológico pode trazer a tranquilização rápida do paciente e o seu uso controlado o mantém tranquilo durante a internação hospitalar. As medicações mais utilizadas no controle dos pacientes estão os antipsicóticos e os benzodiazepínicos. Caso a medicação por via oral não seja viável, por razões de necessidade de efeito rápido ou por falta de colaboração do paciente, a via intramuscular é utilizada. Dependendo do grau de agitação ou agressividade, o manejo físico, por meio de contenção física, mecânica ou isolamento pode vir a ser necessário, pois em algumas situações representa um risco à integridade física do paciente, de outros pacientes ou da própria equipe de saúde. Apesar de muito contestada, devido critérios éticos, a contenção mecânica no leito pode ser exigida em casos específicos. Entretanto, para esta prática deve-se obedecer critérios rigorosos e se faz necessária uma observação contínua do paciente contido fisicamente. Ambas as situações devem ser executados de maneira cuidadosa, evitando lesões tanto físicas quanto emocionais para o paciente, a família e a equipe de saúde. Para tal se faz necessário uma relação de respeito e confiança entre os envolvidos.

Palavras-chave: Saúde Mental; Paciente agressivo; Contenção;

¹ Enfermeira. Pós-graduada em Gestão de Organização Pública em Saúde pela UFSM. Enfermeira no Hospital Santa Terezinha, Palmitinho, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cjkwendt@hotmail.com.

O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES PORTADORES DE FERIDAS

Hígor Soranzo de Almeida¹

Laura H. G. Franciscatto²

Na disciplina de Fundamentos do Cuidado Humano I, foi-me solicitada a formulação e apresentação de um trabalho, que abordasse a importância do profissional enfermeiro dentro do domínio e conhecimento sobre lesões de pele, para montagem deste trabalho, aprofundei-me em livros e artigos, onde trazia cada vez mais clara a importância fundamental do enfermeiro frente ao cuidado do paciente portador de feridas, deixando explícito que o cuidado não é só a técnica realizada com alto padrão, mais vai além disso, está relacionada ao plano de cuidado, a atividade multidisciplinar onde o enfermeiro há de ser conhecedor e pesquisador, sendo ele o líder da equipe, norteador o plano assistencial com cuidados individualizados, pois cada paciente tem seu mundo e por traz daquela lesão existe uma história de como ela surgiu. O cuidado do enfermeiro tem que ser humano, visando a melhora, porém sem perder a sensibilidade de estar trabalhando com outra vida, ser sensível ao ponto de perceber que aquele paciente não tem condições de vir até uma unidade de saúde para realizar o curativo pelo profissional, que, às vezes, o paciente não tem condições econômicas de adquirir materiais necessários para limpar a lesão ou então nem mesmo condições para o autocuidado, mais uma vez o enfermeiro tem que estar ali para prover de meios para que esse paciente tenha acesso a tudo isso, seja ele, treinando um membro da família para que possa realizar tais cuidados, fornecer o material ou então mostrar-lhe opções onde não terá impacto econômico para o cliente e sua família. Visto tudo isso, fica claro que o enfermeiro tem que estar atento ao cuidado, aprimorando conhecimento a fim de suprir as necessidades, que podem aparecer com cada paciente, tornando nossa profissão cada vez mais dinâmica e engajada dentro de um plano de cuidados com olhar cada vez mais humanista. O conteúdo tratado, no que tange à atuação do profissional enfermeiro necessita primeiramente na responsabilidade com o cidadão/paciente procurando considerar a cientificidade do tratamento quanto ao contexto no qual ele está inserido sempre em busca de novos caminhos, assegurando ao paciente tratamento digno e de qualidade.

Palavras - chave: Enfermeiro. Cuidado. Feridas.

¹Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI- Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail higor_soranzo_de_almeida@yahoo.com.br

²Enfermeira. Mestre em Genética e Toxicologia pela ULBRA/Canoas. Docente Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI- Câmpus de Frederico Westphalen. Email: laura@uri.edu.br

SAÚDE E EDUCAÇÃO: CAMINHOS PARA CIÊNCIA GERONTOLÓGICA

Elisabete Cerutti¹

Lucimauro Fernandes de Melo²

Introdução: O estudo busca analisar o que é a gerontologia e a relação existente entre saúde e educação, já que em seu pano de fundo, estamos tratando das aprendizagens socioeducativas biológicas que o idoso tende a desenvolver para seu bem viver. **Método:** O estudo qualitativo, trata de uma pesquisa teórica que vem sendo realizada na disciplina de Ensino e Aprendizagem em Gerontologia, do Instituto de Geriatria e Gerontologia – IGG – PUC RS. **Objetivo:** Autores como Juan José Mouriño Mosquera, Hugo Assmann, Warly Alves Batista ressaltam que os idosos que participam de atividades que envolvem aprendizagens, possuem interesse em investir no próprio desenvolvimento com o aumento de informação e autodesenvolvimento e a aprendizagem começa a ser constituída, primeiramente, com o contato direto com uma determinada informação, e o modo como esta informação será compreendida vai depender diretamente do nível particular de motivação e interesse pela exploração, experimentação, interpretação e seleção da própria informação. Há motivação para aderir a uma nova vida, o que desencadeia em sua saúde o anseio de aprender encaminha para uma reformulação do universo particular, determinando mudanças que atingem não somente a interação consigo mesmo, mas também proporcionando um novo nicho de relações que atuam na melhora da Qualidade de Vida que, por sua vez, é necessária em todas as etapas do desenvolvimento humano. **Conclusão:** Assim, temos de criar oportunidades e suportes para a grande maioria de idosos, promovendo o acesso a variados cursos com qualidade, atendendo a todos sem nenhum tipo de discriminação, valorizando as diferenças, as histórias de vida como fator de enriquecimento do processo de aprendizagem, transpondo barreiras, desafios – e valorizando a participação com igualdade de oportunidades, superando a imagem imposta culturalmente de que o velho é um indivíduo fraco e decrépito, incapaz de se autodeterminar e produzir.

Palavras-chave: Idoso. Educação. Saúde.

REFERÊNCIAS

ASSMANN, H. **Reencantar a educação:** rumo à sociedade aprendente. Petrópolis: Vozes, 1998.

BATISTA, W.A. **Educação em dia com a modernidade.** Ciência, tecnologia e inclusão social para o Mercosul: edição 2006 do Prêmio Mercosul de Ciência e Tecnologia. Brasília: UNESCO, RECyT/Mercosul, MCT, MBC, Petrobras, 2007.

MOSQUERA, J.J.M. **Vida Adulta:** personalidade e desenvolvimento. 3. ed. ver. Porto Alegre: Sulina. 1987.

¹ Diretora Acadêmica da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Missões Doutora em Educação-PUCRS.

² Professor do Curso de Educação Física Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Missões Mestre em Educação e Doutorando em Gerontologia-PUCRS

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: RELATO DE UMA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR

Iara Fatima Durante¹

Loreci Pinheiro²

Adelcio Spolti³

Patrick Viana⁴

Helena Diefenthaeler Christ⁵

Anelise Flach⁶

Edina Paula Winter⁷

Percebendo a complexidade que permeia a temática violência doméstica, ainda mais no que se refere à violência contra a mulher, o presente trabalho é desenvolvido através do Projeto Integrado de Atendimento às Famílias Vítimas de Violência Intrafamiliar que é uma parceria entre os Cursos de Direito, Psicologia e Serviço Social da URI Campus de Frederico Westphalen, conjuntamente com o Poder Judiciário Estadual e Ministério Público Estadual, RS. Iniciou-se em 2009, com uma dinâmica de trabalho interdisciplinar adequada para atender à demanda da Comarca de Frederico Westphalen, que compreende sete municípios, referente aos casos encaminhados pela Delegacia de Polícia especificamente relacionados à violência contra a mulher. A prática consiste em realizar o agendamento, em no máximo 30 dias, de uma audiência onde são dados os procedimentos jurídicos aos casos relacionados a lei nº 11.340 de 2006, conhecida como lei Maria da Penha, a qual surgiu da necessidade de garantir proteção as mulheres pelos inúmeros casos de violência sofridos no contexto familiar. Na solenidade, as partes tomam conhecimento do trabalho de acolhimento e têm a oportunidade de agendar horários para atendimentos. Os mesmos ocorrem no Centro de Práticas Sociais e Jurídicas da URI, sendo conduzidos por profissionais e estagiários das áreas de Psicologia, Serviço Social e Direito. Nesta oportunidade, individual e sigilosamente as partes podem expor sobre a ascendência do conflito, obtendo auxílio para detectar formas apropriadas de resolvê-lo. No primeiro semestre de 2015 foram ajuizados 128 processos judiciais, destes 101 foram encaminhados para atendimento. Desta forma de janeiro a julho de 2015 foram realizados 121 atendimentos, beneficiando 113 pessoas diretamente. Os atendimentos são

¹ Acadêmica do Curso de Psicologia da Uri – Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: iaradurantee@outlook.com.

² Acadêmica do Curso de Psicologia da Uri – Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: loreci@tcheturbo.com.br.

³ Acadêmico do Curso de Psicologia da Uri – Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: rodrigodonin@yahoo.com.br.

⁴ Acadêmico do Curso de Psicologia da Uri – Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: patrickviana92@hotmail.com.

⁵ Professora do Curso de Psicologia da Uri – Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: helenachrist@hotmail.com.

⁶ Assistente Social Responsável Técnica no Centro de Práticas Sociais, Uri – Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: aflach@uri.edu.br.

⁷ Assistente Social, Responsável Técnica em exercício no Centro de Práticas Sociais Uri – Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: edina@uri.edu.br.

agendados inicialmente no espaço psicossocial e a posteriori são encaminhados ao Escritório de Práticas Jurídicas, principalmente em casos que envolvem: separação, dissolução de união estável, guarda, pensão alimentícia, investigação de paternidade. Nos atendimentos que acontecem de forma interdisciplinar, as partes são acolhidas e auxiliadas sempre preservando aspectos individuais de cada pessoa, com os cuidados éticos que compete a cada profissional/estagiário, bem como, os direitos legais que envolvem cada caso, construindo juntos, profissionais, estagiários e as partes envolvidas, o melhor encaminhamento a ser destinado àquela situação. Retornando ao poder judiciário, ou, para outros serviços da rede de assistência casos que se percebem necessários. Pode-se visualizar que através destes espaços multiprofissionais, as partes envolvidas encontram formas para solucionar esses conflitos, dando resolutividade aos casos, minimizando sofrimentos e consequentemente, melhorando a qualidade de vida destas pessoas.

Palavras-chave: mulher, violência doméstica, interdisciplinaridade.

VIVÊNCIA HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Valéria Rheinheimer¹

Jaqueline Marafon Pinheiro²

No dia quinze de junho de dois mil e quinze, pela parte da tarde foi realizada a aula prática da disciplina de Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II no Hospital Divina Providência na cidade de Frederico Westphalen. O objetivo da aula era de experiência para os acadêmicos, fazendo na prática alguns exames aprendidos na aula teórica na universidade. Com muita tranquilidade, calma e amor, nós acadêmicos realizamos esta prática com muito sucesso graças a nossa professora, para a qual deixo o meu agradecimento neste relato, pois como foi meu primeiro contato direto com um paciente em internações e precisando de cuidados, o nervosismo e a ansiedade poderiam falar mais alto, mas com toda tranquilidade que a professora nos transmitiu conseguimos realizar uma aula proveitosa e especial para todos nós acadêmicos. No primeiro momento ficamos na sala reservada aos alunos da URI que fazem estágios no hospital e lá conversamos, tiramos as dúvidas e nos organizamos. O grande grupo de alunos foi dividido em três, onde para cada um a professora tinha escolhido um caso. Fomos chamadas pela professora, a qual nos orientou a aquecer bem as mãos e o estetoscópio, não discutir o estado do paciente na frente dele e agir com tranquilidade. Antes de entrarmos no quarto do paciente, a professora Jaqueline nos apresentou o prontuário dele, explicando o caso e há quantos dias estava internado. Nossa paciente era idosa, estava internada há alguns dias já e no dia da prática estava apresentando problemas no sistema gastrointestinal, por este motivo, a professora optou pela ausculta do sistema gastrointestinal para nós avaliar se havia movimentos peristálticos ou não. Primeiro a professora realizou a ausculta e por seguida nos acadêmicas realizamos onde ouvimos sons, o que significa que a paciente tinha movimentos peristálticos. Esta aula foi de muita importância e de ganho na nossa visão da enfermagem, pois este contato direto com o paciente nos mostra como será nossa vida profissional. Apesar de ser nossa primeira prática direta com o paciente, ela foi positiva, pois consegui realizá-la com tranquilidade e serenidade. E olhar nos olhos no paciente nos ensina muito mais do que qualquer livro como nossa profissão é importante.

Palavras-chave: Prática. Experiência. Paciente.

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail: valeria._p@hotmail.com

² Enfermeira. Mestre em Educação. Docente no Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Frederico Westphalen. E-mail jaqueline@uri.edu.br.

A presente edição foi composta pela URI,
em caracteres Times New Roman,
formato e-book, pdf, em novembro de 2015.