



VI Semana Acadêmica de Enfermagem UFSC/CAMPUS DE PALMEIRA DAS MISSÕES

I Encontro de Egressos de Enfermagem UFSC/CAMPUS DE PALMEIRA DAS MISSÕES

“Enfermagem, Educação e Serviço na Rede de Atenção à Saúde”

Realizado em Palmeira das Missões/RS, no período de 12 a 15 de maio de 2015.



Realização



Apoio:



VI Semana Acadêmica de Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS I Encontro de Egressos de Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS

TEMA OFICIAL

“Enfermagem, Educação e Serviço na Rede de Atenção à Saúde”

PROMOÇÃO

Universidade Federal de Santa Maria
Campus Palmeira das Missões/RS
Diretório Acadêmico de Enfermagem (DAEnf)
Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem
Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)
Coordenação do Curso de Enfermagem



APOIADORES

Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva - NEPESC
Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Mental - GEPESM
Diretório Central dos Estudantes- DCE UFSM
Departamento de Ciências da Saúde

LOCAL

Universidade Federal de Santa Maria
Campus de Palmeira das Missões/RS
Auditório FINEP
12 a 15 de maio de 2015.
Palmeira das Missões/RS - Brasil



COMISSÃO ORGANIZADORA

COMISSÃO DE INSCRIÇÃO/EMISSION DE CERTIFICADOS E CREDENCIAMENTO

Prof^ª Adriane Marinês dos Santos e Prof^ª. Susane Cosentino

COMISSÃO DE LOGÍSTICA

Acadêmica Damaris Stoffel, Prof^ª. Darielli Resta Fontana e Grupo PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Acadêmica Meire Suzana Escher, Acadêmico Geovani Rodrigo Pezente da Silva, Enfermeiro Paulo Mayer Della Libera, Prof^º. Rafael Marcelo Soder e Grupo PET-Saúde/Rede de Atenção às Urgências e Emergências/SOS Emergências

COMISSÃO DE PATROCÍNIO

Acadêmica Indaiara Wisniewski, Prof^º. Ricardo Vianna Martins, Prof^ª. Isabel Cristina dos Santos Colomé e Grupo PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas

COMISSÃO CONTATO COM OS PALESTRANTES

Prof^ª. Ethel Bastos e Prof^º. Rafael Marcelo Soder

COMISSÃO DE ORGANIZAÇÃO GERAL

Prof^ª. Ethel Bastos da Silva, Prof^ª. Isabel Cristina dos Santos Colomé, Prof^ª. Leila Mariza Hildebrandt, Prof^ª. Alitéia Santiago Dilélio, Prof^ª. Adriane Marinês dos Santos, Prof^ª. Aline Cammarano, Isabel Cristina Pacheco Van der Sand e Acadêmica Graciela Machado de Araújo.

COMISSÃO CIENTÍFICA

PET Enfermagem UFSM/Campus Palmeira das Missões
Acadêmica Nara Reisdorfer, Prof^ª. Leila Mariza Hildebrandt e Prof^ª. Marinês Tâmbara Leite



ANAIIS



SUMÁRIO

MODALIDADE RESUMO EXPANDIDO

Nº Trabalho	Título	Autores
01	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM VENTILAÇÃO MECÂNICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	Nara Reisdorfer Graciela Machado de Araujo Adriane Marines dos Santos Camila Zanatta Zuchi
02	A DETECÇÃO DO ATRASO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	Jéssica Zanquetta Vargas Isabel Cristina dos Santos Colomé Cristiane Thaís Welter Basanella Bruna Zanon Damaris Stoffel Laís Joana Nardino
03	A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	Maiéli Frizon Silvia Naiara Santos Correa Ricardo Vianna Martins Marines Adriane dos Santos
04	A INTERFACE ENTRE A SÍNDROME DE BORNOUT E A ENFERMAGEM.	Vanessa Horst Rafaela Polidório Krauzer Ricardo Vianna Martins
05	A VISITA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO PARA CONSTRUÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.	Damaris Stoffel Darielli Gindri Resta Laís Joana Nardino Rita Lucia Luza
06	APLICAÇÃO DE REIKI A USUÁRIOS HIPERTENSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – NOTA PRÉVIA	Danieli Samara Federizzi Vera Lucia Freitag Sidnei Petroni Viviane Marten Milbrath
07	ATIVIDADES PRÁTICAS EXTRACURRICULARES DESENVOLVIDAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	Bruna Bender Companhoni Machado Marinês Tambara Leite Leila Mariza Hildebrandt
08	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIAS E PERSPECTIVAS DE USUÁRIOS	Danieli Samara Federizzi Isabel Cristina dos Santos Colomé
09	CENÁRIO DE SAÚDE MENTAL: DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	Kassiely Klein Ricardo Vianna Martins Queila Campos da Silva
10	CONTRIBUIÇÕES DO PET- SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	Franciele Teixeira Rosa Fabiana Aparecida Rocha Ricardo Vianna Martins
11	CONTRIBUIÇÕES DO PET-SAÚDE NA CONSOLIDAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS	Queila Campos da Silva Kassiely Klein Ricardo Vianna Martins
12	CUSTO AFETIVO NO TRABALHO DE	Jonatan da Rosa Pereira da Silva,



	AGENTES PENITENCIÁRIOS	Cynthia Helena Ferreira Machado, Francine Cassol Prestes, Rosângela Marion da Silva, Carmem Lúcia Colomé Beck
13	DESAFIOS QUE SE INTERPÕEM NAS ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	Letícia Petry Luiz Anildo Anacleto da Silva Rafael Marcelo Soder Isabel Cristine Oliveira Vera Regina De Marco Sabrina Dias Senger
14	DOAÇÃO DE ÓRGÃOS SOB A ÓTICA DE FAMILIARES: REVISÃO NARRATIVA	Andressa Dias Schroeder Adriane Marines dos Santos
15	GRUPO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM EMPRESA DE TRANSPORTE COLETIVO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	Vera Regina De Marco Sidnei Petroni Fabiéli Vargas Muniz Schneider Sabrina Dias Senger Isabel Cristine Oliveira Letícia Petry
16	MAPEAMENTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA DE UM MUNICÍPIO GAÚCHO: NOTA PRÉVIA	Sandi Felicete Giziane Viana Silva Betina Soares Lagomarsino Isabel Cristina dos Santos Colomé
17	O SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL	Graciela Machado de Araujo Jairo Soero Daiane Borsatto Rafael Marcelo Soder
18	PERDA AUDITIVA EM CRIANÇAS: DETECÇÃO, IMPACTO FAMILIAR E INTERVENÇÕES NO PROCESSO DO CUIDAR	Laís Joana Nardino Damaris Stoffel Isabel Cristina dos Santos Colomé Nara Reisdorfer Rita Lucia Luza Bruna Zanon
19	PERFIL DOS ATENDIMENTOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NUM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO NOROESTE DO RIO GRANDE DO SUL	Aléxia Cassol Zeni Rafael Marcelo Soder Frick Elieti Brizola
20	PET-SAÚDE NAS ESCOLAS: AMPLIANDO A REDE DE CUIDADO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA	Giziane Viana da Silva Sandi Felicete Betina Soares Lagomarsino Aline Kettenhuber Gieseler Isabel Cristina dos Santos Colomé
21	RESGATANDO A CLÍNICA: EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS POR ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NO PARCE&S	Fabiéli Vargas Muniz Schneider Luana Escobar dos Santos da Silva Adriane Marines dos Santos Luiz Anildo Anacleto da Silva
22	UM OLHAR SOBRE A ENFERMAGEM	Aline Rugeri



	AMPARADA POR UM PROTOCOLO JURÍDICO MUNICIPAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	Michele Silva Lachno Edenilson Freitas Rodrigues
23	UNIVERSIDADE E SEU PAPEL NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE ALUNOS DO ENSINO BÁSICO: RELATANDO EXPERIÊNCIAS	Fabiéli Vargas Muniz Schneider Vera Lucia Freitag Indiara Sartori Dalmolin Sidnei Petroni
24	VISITA DE PACIENTES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I À UNIVERSIDADE: PERSPECTIVA DE VIDA	Yohana Pereira Vieira Ricardo Vianna Martins Carolina Lopes Hipp Rubia Luana Baldissera Alane Karen Echer



SUMÁRIO

MODALIDADE RESUMO SIMPLES

Nº Trabalho	Título	Autores
26	A ENFERMAGEM E A EDUCAÇÃO SEXUAL EM ESCOLA PÚBLICA: ABORDAGEM PARA ADOLESCENTES	Andressa Dias Schroeder Diana Cristina Buz Mainardi Marinês Tambara Leite Leila Mariza Hildebrandt
27	ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENDIMENTO PELO PET-REDES URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - RELATO DE EXPERIÊNCIA	Gessica de Lima Oliveira Cristiane Moraes da Silva Rafael Marcelo Soder Andressa Magalhães Flores Fabio Lucas Begnini
28	INCIDÊNCIA, LOCAL E CONSEQUÊNCIAS DE QUEDAS EM IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS	Bruna Bender Companhoni Machado Marinês Tambara Leite Leila Mariza Hildebrandt
29	O ACADÊMICO, A INICIAÇÃO CIENTÍFICA E O GRUPO DE PESQUISA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	Jonatan da Rosa Pereira da Silva Afonso Valau de Lima Francine Cassol Prestes Rosângela Marion da Silva Carmem Lúcia Colomé Beck
30	PET-SAÚDE E A INTERVENÇÃO ACADÊMICA NO ÂMBITO ESCOLAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA	Luisa Rodrigues de Lima Estéfeni Sanini do Nascimento Isabel Cristina dos Santos Colomé
31	PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I: GRUPO DE CONVIVÊNCIA E DE MEDICAÇÕES	Rafaela Polidório Krauzer Jaqueline Sganzerla Vanessa Horst Queli Sartori Nogueira Ricardo Vianna Martins
32	REFLEXÃO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE DURANTE A TERAPIA MEDICAMENTOSA E A RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO	Luciana Machado Martins Luiz Anildo Anacleto da Silva Fernanda Honnef
33	REVISÃO INTEGRATIVA ACERCA DAS ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO DO IDOSO	Caroline Thaís Both Juliane Elis Both Margrid Beuter Miriam da Silveira Perrando Jamile Lais Bruinsma Matheus Souza Silva
34	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A PACIENTE COM DRENO DE TÓRAX	Vera Regina de Marco Sabrina Dias Senger Nara Reisdorfer Juliana Jungbeck da Silva Letícia Petry Mônica Strapazon
35	VISITAS DOMICILIARES A PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS: RELATO DE	Luana Escobar dos Santos Silva Fabiéli Vargas Muniz Schneider



EXPERIÊNCIA

Aline Kettenhuber Gieseler
Alessandra Florencio de Lima

01 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM VENTILAÇÃO MECÂNICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

REISDORFER, NARA

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM/Campus Palmeira das Missões-RS. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus Palmeira das Missões. E-mail nara.reisdorfer@hotmail.com

ARAUJO, GRACIELA MACHADO DE

Acadêmica de Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção às Urgências e Emergências/SOS Emergências. E-mail: gra_m_a@hotmail.com

SANTOS, ADRIANE MARINES DOS

Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva. Professora substituta da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. E-mail: adriane_santos82@hotmail.com

ZUCHI, CAMILA ZANATTA

Acadêmica de Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. E-mail: camilazanattazuchi@gmail.com

DESCRITORES: Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados críticos; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A Unidade de Terapia Intensiva é designada ao cuidado de pacientes críticos, instáveis e que necessitam de assistência especializada, de intervenções complexas e assistência médica e de enfermagem ininterruptas nas 24 horas do dia, sendo que estes profissionais atuam com o limiar entre vida e a morte. O tratamento atribuído aos pacientes é pautado em monitoramento constante dos diversos sistemas do organismo, com intuito de diagnosticar e intervir o mais rápido possível sobre qualquer alteração que possam ocorrer em alguns desses sistemas. Os recursos tecnológicos do setor chamam atenção por sua grande variedade e complexidade. Os sinais são constantemente avaliados através da monitorização por aparelhos conectados ao paciente, exames de imagens e laboratoriais, bem como por uma adequada avaliação clínica. Os pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva demandam de uma atenção especial e uma equipe multiprofissional preparada e qualificada (LOPES et al 2015). Segundo a RDC 50/02 a localização deste setor no hospital tem que ser em um local estratégico, estando próximo aos elevadores, ao centro cirúrgico e a sala de recuperação pós anestésica, com o intuito de facilitar o acesso a esses serviços auxiliares. Deve também, permitir a circulação de macas, aparelhos e mobilidade para os profissionais, se mantendo distante de locais com circulação considerável de pessoas. A estrutura física deve ser planejada e elaborada visando favorecer o atendimento, de forma que permita a observação individual e conjunta de todos os leitos, geralmente com sistema de ilha, sendo esta área destinada para posto de enfermagem ou local de prescrição, com visualização direta dos pacientes. O ambiente deve ser silencioso e climatizado com temperatura adequada proporcionando bem estar aos pacientes e evitar possível hipotermia. Segundo o Ministério da Saúde (2005) a unidade de terapia intensiva é um local que apresenta grande especialização e tecnologia, e por esse motivo é um setor que deve ser atrelado a profissionais, médicos e



enfermeiros, com profundo conhecimento técnico científico, além de habilidade e destreza para prestar cuidados e realizar os procedimentos necessários. Nesse sentido, levando em conta essas recomendações, subentende-se que os profissionais atuantes nesse setor precisam de muito preparo e capacitação, pois estão constantemente em situações cujas decisões irão definir entre a vida ou a morte do paciente (RAMOS, 2009). A inserção do profissional enfermeiro em tal cenário ocupa um papel importante por envolver algumas especificidades e articulações. A assistência aos pacientes de alta complexidade exige do profissional conhecimento das técnicas e empatia pelos pacientes e familiares, pois, este é o executor do cuidado. Salientando que para isso, estes necessitam obter embasamento científico e constante aprimoramento deste conhecimento. Ter a sensibilidade de mesmo com a alta complexidade e todo o aparato tecnológico, sendo empático e prestar uma assistência humanizada, estendendo esse cuidado aos familiares, que também padecem diante da internação. Além das demandas relativas à gerência da unidade, que compreende o planejamento, a execução e a avaliação da assistência, passando pela distribuição de profissionais, supervisão e orientação da equipe de enfermagem (CHAVES, 2012). Para Martins (2011), o ambiente dessa unidade é desafiador para os profissionais enfermeiros, pois é considerado insalubre e complexo, devido aos obstáculos relacionados a assistência aos pacientes e as solicitações constantes e exigentes de familiares, médicos e da instituição. Também aos riscos que este profissional está exposto, tantos físicos, biológicos, químicos e tecnológicos. A unidade de terapia intensiva também é conhecida pela presença de tecnologias altamente especializadas e complexas, utilizadas com intuito de garantir sobrevivência aos pacientes críticos nas mais diversas situações com alterações em qualquer sistema do corpo. Visando estabilizar o paciente o mais rápido possível em um curto período de internação, tendo em vista os altos riscos de infecção da unidade. Em busca da manutenção da vida se faz uso de suporte contínuo para poder manter as funções vitais de pacientes críticos que precisam de acompanhamento, monitorização e intervenções recorrentes. Esses pacientes, a maioria quase que absoluta, são submetidos a procedimentos invasivos, como exemplo a utilização de tubo orotraqueal, traqueostomia e ventilação mecânica. Em Unidades de Terapia Intensiva a ventilação artificial é uma intervenção amplamente utilizada, pois os pacientes que internam muitas vezes estão com descompensação da mecânica respiratória, impossibilitados de manter as trocas gasosas e promover oxigenação aos tecidos. A ventilação mecânica caracteriza-se como um método de suporte para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada, sua utilização pode ser de forma invasiva e não invasiva. A utilização de ventilação mecânica tem a finalidade de permitir trocas gasosas compatíveis com as necessidades metabólicas, prevenir a deterioração da função ventilatória, reduzir o trabalho dos músculos ventilatórios revertendo ou evitando a fadiga dos mesmos, além de permitir aplicação de terapêuticas específicas (CRUZ, 2015). Muitos cuidados devem ser adotados no acompanhamento de pacientes em ventilação mecânica como a avaliação constante do paciente: aspecto clínico, sinais de esforço, sinais vitais, agitação psicomotora. Outro ponto muito importante a ser avaliado são os gráficos dos respiradores que mostram a Pressão, PEEP, frequência respiratória, volume corrente e outros parâmetros que permitem aferir à resposta adaptativa do paciente a ventilação. Deve também ser analisada a presença de secreção no tubo, presença de vazamento (escape de ar), Cuff quanto a seu posicionamento e quantidade adequada de ar no mesmo, além da fixação do cadarço que deve ser adequada, para não comprimir vasos importantes, ou retirada acidental do dispositivo. Caso o paciente apresente interação ou competição com o tubo orotraqueal deve-se reajustar parâmetros, por vezes aumentando a dose de sedativo se não for possível iniciar desmame, caso as condições do paciente permitam a extubação pode se iniciar o desmame (CRUZ, 2015). **OBJETIVO:**



Este trabalho tem por objetivo relatar a vivência de acadêmicos do curso de enfermagem sobre a atuação da enfermagem junto ao paciente em ventilação mecânica. **METODOLOGIA:** Este relato de experiência é fruto das vivências acadêmicas obtidas através das atividades práticas da disciplina de Enfermagem Em Terapia Intensiva, presente no sexto semestre da grade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul, Campus de Palmeira das Missões. Tais práticas ocorreram no período de 04 a 07 de novembro de 2014 totalizando 20 horas acompanhadas por professores supervisores da disciplina. A Unidade de Terapia Intensiva do Hospital onde se desenvolveu as atividades práticas está localizada em um município de pequeno porte no noroeste do estado do Rio Grande do Sul. O setor conta com 10 leitos adulto, equipados para atender demandas complexas tanto da comunidade local, regional e estadual, já que a unidade esta cadastrada na central de leitos do estado, e principalmente por se tratar de uma das únicas unidades da região. Por vezes acaba fazendo atendimentos esporádicos a pacientes pediátricos, até o momento que haja leito especializado disponível para sua transferência. Durante as atividades práticas os alunos foram, inicialmente, divididos em duplas e incumbidos das demandas de determinado paciente, além de todos os cuidados relacionados a esse, além de acompanhar o trabalho dos profissionais enfermeiros no setor. Tendo a oportunidade de desenvolver atividades como verificação dos sinais vitais de duas em duas horas incluindo avaliação de ventilação mecânica, níveis correntes, pressão inspiratória, frequência e PaO₂, administração de medicamentos, controle de balanço hídrico, aferição de PVC avaliação do estado geral do paciente, a realização diagnósticos de enfermagem, a elaboração das prescrições de enfermagem, com o intuito de proporcionar a continuidade do cuidado de enfermagem, bem como dar suporte aos pacientes nas questões de alimentação e higiene, além da aplicação de escalas coma de Glasgow e da dor, que faziam parte do roteiro das atividades práticas e também é rotina na instituição. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O cuidado de Enfermagem, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva, é complexo e desafiador. Esses profissionais estão expostos frequentemente a situações clínicas complicadas e que requerem atenção constante, intervenções rápidas e controle de seu próprio emocional, ao mesmo tempo, a velocidade de inovações tecnológicas exigem capacitações e treinamentos constantes destes para manuseio de forma consistente, correta e segura desses aparatos. A cada equipamento e tecnologia adicionado ao cuidado, aumenta a complexidade do trabalho da enfermagem, embora na maioria das vezes, essa inclusão de novas tecnologias potencializa a redução da carga de trabalho, melhorando a qualidade do cuidado (ZUZELLO, 2008). No período de estágio a unidade encontrava-se com todos os leitos ocupados e muitos destes pacientes estavam submetidos à ventilação artificial, através de máscara, óculos nasal ou tubo orotraqueal. Cada um dos métodos utilizados com suas indicações específicas, dentre elas o volume em litros de O₂ que o paciente necessitava e os níveis de consciência apresentados.. As patologias que houve indicação de ventilação artificial foram a Síndrome da Angústia Respiratória em Adultos (SARA), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), broncoaspiração entre outros. A unidade possui respiradores de última geração, de fácil instalação e monitoramento, permitindo a programação dos níveis indicados ao paciente de pressão de O₂ e CO₂, PEEP, frequência respiratória, volume corrente, definindo também a relação de tempo entre inspiração e expiração de acordo com as necessidades do sujeito. Permitindo assim um controle absoluto sobre as funções respiratórias do mesmo. À medida que a assistência é norteada por um referencial teórico, notou-se que a equipe de enfermagem tem autonomia mostrando-se sujeitos ativos no processo de acompanhamento, avaliação, e manutenção adequada da terapia ventilatória, relacionando conhecimentos anatômicos e



fisiológicos a clínicos tecnológicos estabelecendo relações de trabalho coerentes e produtivas no sentido de oferecer um cuidado integral e qualificado. **CONCLUSÃO:** As atividades práticas supervisionadas possibilitam ampliar o contato com a realidade profissional futura e, também, se constitui como parte essencial da integração da teoria com a prática aprendida, culminando em aprendizagem para os acadêmicos. Permite, ainda, a troca de conhecimento com os profissionais atuantes na área a fim de obter e aprimorar saberes de ambas as partes. Além de uma maior troca com os docentes supervisores, que tornam o campo prático em um campo de grande troca de conhecimento. O primeiro contato com a unidade de terapia intensiva, pacientes críticos e todo o aparato tecnológico existente nesse setor gera diversos sentimentos em cada acadêmico, como insegurança e medo, por outro lado muitos sentiram-se mais seguros e confiantes tendo em vista a supervisão e apoio de docentes e da equipe de enfermagem extremamente qualificados, e também, pelo fato de estar tudo em mãos, equipamentos, medicamentos e demais itens necessários ao cuidado, que se encontravam na cabeceira do paciente ou próximo a este. A ventilação mecânica é um fato que colaborou para o surgimento desses sentimentos, por um lado ver o paciente sedado, entubado e com um grande aparato de tubos e conexões ligados ao respirador e ao paciente, pode causar espanto, por outro lado saber que se pode controlar tudo referente a respiração desse sujeito até mesmo o tempo de inspiração e expiração e o volume que esse paciente irá receber, e do fato desse respirador possuir bateria de emergência caso tenha queda de energia, de certa forma tranquilizou os acadêmicos por estes sentirem-se no controle da situação, capazes de identificar intercorrências e de agir sobre estas. Destaca-se ainda o apoio recebido da equipe de enfermagem que se constituiu como um dos pontos positivos e um fator que corroborou para uma melhor assistência desprendida aos pacientes e de forma mais segura, além de incentivar e encorajar a busca pelo aprimoramento da teoria e da técnica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. **RDC 50** de 21 de fevereiro de 2002- Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário oficial da união 20 de março de 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico**. Brasília 2005

CHAVES, L.D.P.; LAUS, A.M.; CAMELO, S.H. Ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. V.14, n.3, p:671-8, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a25.htm>. Acesso em: 10 de março de 2015.

CRUZ, M.R.; ZAMOR, V.E.C. **Guia de Consulta Rápida em Ventilação Mecânica Básica e Resoluções de Problemas Comuns do Ventilador Mecânico**. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de Janeiro, 2015.



LOPES, N.P. et al. Conhecendo as UTI's de Curitiba: UTI geral. **Revista do Curso de Enfermagem UFSC: IV Jornada Científica de Enfermagem.** v. 4, p:1-2, 2015. Disponível em file:///C:/Users/hp/Downloads/1036-977-1-PB%20(1).pdf. Acesso em: 12 de março de 2015.

MARTINS, A.C. **Sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva.** Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

RAMOS, E.L. **A qualidade de vida do trabalho: dimensões e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva.** Dissertação (mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2009.

ZUZELO, P.R; GETTIS, C.; HANSELL, A.W.; THOMAS, L. Describing the influence of technologies on registered nurses' work. **Clin Nurse Spec**, v.22, n.3, p:132-140, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18438162>. Acesso em 15 de março de 2015.



02 A DETECÇÃO DO ATRASO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

VARGAS, JÉSSICA ZANQUETTA

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria
– Campus Palmeira das Missões. Bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

COLOMÉ, ISABEL CRISTINA DOS SANTOS

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões.
Tutora do PET-Saúde/Rede de atenção à Pessoa com Deficiência.

BASANELLA, CRISTIANE THAÍS WELTER

Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família V Dr Josino Assis, bairro Mutirão. Preceptora do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

ZANON, BRUNA

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria
– Campus Palmeira das Missões. Bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

STOFFEL, DAMARIS

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria
– Campus Palmeira das Missões. Bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

NARDINO, LAÍS JOANA

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria
– Campus Palmeira das Missões. Bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

DESCRITORES: Cuidado da criança; Atenção primária a saúde; Enfermagem; Pessoas com deficiência.

INTRODUÇÃO: O Programa de Educação pelo Trabalho para saúde/Redes de Atenção a Pessoas com Deficiência (PET-Saúde), visa à formação do aluno por meio do trabalho, oferecendo oportunidades de troca de conhecimento e experiências entre alunos de graduação da área da saúde e profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede de Atenção a Pessoas com Deficiência, busca assegurar um atendimento qualificado e adequado a este público alvo, garantindo acessibilidade e inserção social destes indivíduos. Segundo a OMS (2003), deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas podendo ser temporárias ou permanentes, progressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas. Ao relacionar o trabalho desenvolvido pelos integrantes deste programa, com o sentido de rede, entende-se que esta é fundamental para caracterizar a ligação entre o indivíduo e o ser na



sociedade na perspectiva do serviço. Rede se configura por um conjunto de nós intercalados, o que determina a intensidade e frequência dos mesmos, são as ligações inter-relacionadas entre eles (RIGHI, 2003) ou então, como conjuntos de serviços de saúde vinculados por uma missão única com objetivos em comum, de oferecer uma atenção contínua e integral a certa população (MENDES, 2011). Das relações entre as redes, podem surgir ligações que sejam favoráveis, tornando a rede em questão fortalecida. A ligação da Rede de Atenção a Pessoas com Deficiência relacionado a enfermagem, tem por finalidade possibilitar novos olhares acerca da temática, fazendo com que os futuros profissionais sintam-se preparados para esta realidade e saibam a tomada correta de decisões, também tendo em vista a ligação dos usuários com sua referência, na obtenção de recursos. E sabendo que a puericultura é uma ferramenta facilitadora para a detecção de crianças com possíveis deficiências, além de ela oferecer metodologias sistemáticas necessárias para empregar e assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, e tendo como objetivos básicos a promoção da saúde, prevenção das doenças e a educação da criança e seus familiares, por meio de orientações e medidas preventivas de agravos a saúde das mesmas (SANTOS, 2010). Está previsto pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) de 1990, os direitos ao crescimento e desenvolvimento pleno, assegurado por lei e por outros meios, as oportunidades e facilidades de adquirir o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Sendo dever da família, comunidade, sociedade e poder público de garantir esse direito (BRASIL 1990). Em consonância a esse direito é evidente que o cenário da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um grande facilitador para a promoção do bem estar e saúde das crianças, pois pode articular o trabalho em rede com os autores que detém esse dever. A mudança de modelo por meio da Estratégia Saúde da Família é oriunda da Política Nacional da Atenção Básica (2012), a qual preconiza a criação de Estratégias de Saúde da Família (ESF) que envolvem ações em saúde, na comunidade ou individual, para realização de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, recuperação da saúde e redução de danos, sendo a porta de entrada do sistema de saúde, que objetiva, a atenção integral aos usuários. Dentre as ações da ESF no cuidado da saúde da criança está a Puericultura, sendo ela também uma ação do enfermeiro no serviço de saúde e para que o enfermeiro possa ver a criança na sua totalidade, é necessário usar a longitudinalidade na atenção, pois há o estreitamento de vínculo entre os profissionais da saúde, famílias e comunidade, facilitando a adesão e a continuidade da assistência, e quando há ausência da longitudinalidade, não poderá haver a construção de novas formas de produzir o cuidado, e funcionará como uma barreira para a integralidade (FURTADO et al, 2013; ARAÚJO et al, 2014). Na integralidade não há alienação, portanto é reconhecer que a integralidade no cuidado tem sentido de dar valor a vida e a dignidade humana. A integralidade do cuidado é um modo de estar em relação com o outro na sua totalidade, estendendo-se a dimensões subjetivas e sociais não apenas se firmando na dimensão biológica em que a criança apresenta (SOUSA, ERDMANN; 2012). **OBJETIVO:** Relatar a experiência de bolsistas do PET-Saúde redes de cuidado a pessoas com deficiência, frente ao acompanhamento de consultas de puericultura, tendo como foco a detecção do atraso no crescimento e desenvolvimento de crianças. **METODOLOGIA:** Refere-se a um relato de experiência, por acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/campus Palmeira das Missões, a partir do desenvolvimento de suas atividades como bolsista PET-Saúde, na unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizado em uma comunidade carente na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. **RESULTADOS:** No decorrer das atividades realizadas pelas acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões e a inserção como bolsistas do Programa de Educação pelo



trabalho (PET-SAÚDE) do Ministério da Saúde (MS) em conjunto com a universidade, tendo como campo de atuação das atividades práticas a atenção primária a saúde. As vivências nesse cenário auxiliaram-nos e fortaleceram-nos na aprendizagem como futuras profissionais da área da saúde. Nessa direção destacamos uma experiência que teve grande significado em nossa trajetória, durante as consultas de puericultura junto a enfermeira e a médica da Estratégia de Saúde da Família. Na consulta de puericultura uma mãe levou seu filho para consultar, a criança tinha um histórico de prematuridade de sete meses, sem o desenvolvimento completo do intestino com isso precisou usar bolsa de colostomia, passou por várias cirurgias de colocação da bolsa e retirada da mesma, além de constantes internações no hospital da cidade. No dia da consulta a criança estava com 13 meses de idade, mas aparentava ter 5 meses, ela não sentava e pesava quase 6 quilos. Era evidente que aquela criança estava com atraso no seu crescimento e desenvolvimento. Após a consulta essa criança foi encaminhada para o Centro de Atendimento Especializado a criança (CAE) que se localizava junto a Associação e Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) do município. Porém a mãe encontrou-se relutante a esse encaminhamento por achar que seu filho não necessitava de atendimento especializado, a mesma relatava que seu filho não era uma criança deficiente. E como a mãe afirmou e podemos constatar, ele não era uma criança deficiente, mas naquele momento necessitava de uma avaliação e acompanhamento especializado. Pois aquele atraso de desenvolvimento poderia interferir no futuro daquela criança, pois haveria sofrimento a ela e também aos familiares. Com muito esforço e diálogo foi possível explicar que a criança precisava de atendimento de uma equipe multiprofissional especializada para melhorar o crescimento e desenvolvimento dela. O acompanhamento desta criança junto a ESF continuou com a consulta de puericultura e visitas domiciliares, além do trabalho em conjunto com a CAE através de referência e contra referência, e foi possível observar que no decorrer do tempo aquela criança começou desenvolver-se de maneira saudável, respondendo as necessidades e características da etapa do desenvolvimento. Além de haver um fortalecimento de vínculo entre os familiares e a estratégia de saúde da família.

CONCLUSÃO: Por meio do ensino que o PET-Saúde disponibiliza, permite a aproximação das acadêmicas ao contexto social da população, visando assim possíveis fragilidades que possam ser corrigidas no futuro profissional. A partir desta experiência compreendemos a importância das consultas de puericultura na detecção de problemas relacionados ao crescimento e desenvolvimento das crianças e de possíveis agravos e deficiências. Também destacamos a importância da integralidade do cuidado, usando como ferramenta a escuta e o diálogo entre o profissional de saúde e os usuários do serviço, firmando assim um vínculo fortalecido. Com o vínculo estabelecido é possível promover a fala desses usuários, onde eles possam demonstrar os seus anseios. Compreendendo os usuários é possível promover uma assistência à saúde qualificada.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, J.P; VIEIRA, C.S; TOSO, B.R; COLLET, N; NASSAR, P.O. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. **Acta Paul Enferm;** v. 27, n. (5), p:440-6, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0440.pdf. Acesso em: 12 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente:** Lei nº 8.069/90 Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 23 de abril de 2015.



BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em 14 de abril de 2015.

FURTADO, M.C.C; BRAZ, J.C; PINA, J.C; MELLO, D.F; LIMA, R.A.G. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; v.21, n.2, p:554-561, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1692013000200554&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 12 de abril de 2015.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2ª edição, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em 05 de abril de 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP, 2003.

RIGHI, L.B. **Poder local e inovação no SUS**: Estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul. Campinas - São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000309602>. Acesso em 05 de abril de 2015.

SANTOS, L.G.A. et al. **Enfermagem em pediatria**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SOUSA, F.G.M; ERDMANN, A.L. Qualificando o cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde. **Rev Bras Enferm**. v.65, n.5, p:795-802; 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000500012&script=sci_arttext. Acesso em: 13 de abril de 2015.



03 A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

FRIZON, MAIÉLI

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS. Bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas. E-mail: maieli.frizon@hotmail.com

CORRÊA, SILVIA NAIARA SANTOS

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS.

MARTINS, RICARDO VIANNA

Psicólogo. Doutor em Psicologia pela PUCRS. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS. Tutor do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas.

SANTOS, MARINES ADRIANE DOS

Enfermeira, Especialista em terapia intensiva. Professora substituta da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS

Descritores: Serviços de saúde mental; Assistência Psiquiátrica; Família; Desinstitucionalização; Saúde mental.

INTRODUÇÃO: Este Trabalho tem como foco principal a política da reforma psiquiátrica, que vem com a proposta da inserção da família dentro dos projetos terapêuticos no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), as oficinas e grupos. Sendo de fundamental importância o papel do CAPS, inserindo o portador de sofrimento psíquico na sociedade e na família assim melhorando sua qualidade de vida. A inserção da família no CAPS tem sido assunto de muitas discussões, além de um grande desafio, já que a família era considerada um problema para o portador de sofrimento psíquico, sendo afastada do processo. Este portador passou a sofrer uma intensa ação dos profissionais dos serviços de saúde mental, e a família por sua vez foi deixada em segundo plano. Antigamente, erroneamente acreditava-se que o transtorno mental tinha cura, a família esperava passivamente por resultados positivos das intervenções feitas pelos profissionais, e melhoras deste. Era considerado que o cuidado era exclusivo dos serviços e da equipe. A partir de muita discussão e o novo modelo assistencial, percebeu-se que afastar o portador de transtorno mental da família e da sociedade, o isolando do mundo não é a melhor maneira para o tratamento, uma vez que isto causara mais problemas, com o distanciamento da família ele perderá o vínculo e ao voltar para sua casa, irá sentir-se estranho naquele ambiente. Na atualidade, a família é considerada um alicerce entre o portador de transtorno mental e a equipe. Hoje vem sendo usado também como meio de inserção, as terapias familiares que se tornaram um grande alicerce para o enfrentamento destes problemas mentais, tendo auxiliado e buscado a orientação sobre o diagnóstico, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento, dando maior autonomia para o portador de sofrimento psíquico. A família na fase inicial do tratamento tem papel fundamental na nova trajetória deste paciente restabelecendo seu equilíbrio emocional. **OBJETIVOS:** Este trabalho tem por objetivo descrever as ações desenvolvidas pelo CAPS, para a inserção da família nos projetos



terapêuticos, ajudando no cuidado do portador de sofrimento psíquico e criando um vínculo e maior entre estes. Como também mostrar a importância das oficinas terapêuticas realizadas pela equipe sendo um meio onde o portador de sofrimento psíquico desenvolve suas habilidades e capacidades mostram-se útil e aprendendo a viver com as diversidades e com a sociedade. **METODOLOGIA:** Este trabalho tem por objetivo, relatar experiências vivenciadas por acadêmica atuante no CAPS (centro de atenção psicossocial) com familiares e doentes em saúde mental, mostrando a importância da inserção familiar nesse contexto. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A Reforma Psiquiátrica foi um marco para o surgimento do CAPS, ela surgiu nos anos 70, veio com a proposta de substituir o modelo hospitalocêntrico pelo modelo assistencial, substituindo os manicômios pelos serviços humanizados como os centros de atenção psicossocial, visando um cuidado mais humano, tratando o portador de sofrimento psíquico sem indiferença, preconceito, e também a equidade na prestação de serviços. Este novo modelo de atendimento faz com que o sujeito portador de sofrimento psíquico seja inserido na sociedade, fique ciente de seu tratamento e tenha autonomia sobre sua vida. A família era considerada como uma alienação para esse portador, onde esta iria influenciar negativamente no seu tratamento, sendo tratada como um agente patogênico para este, então esta era afastada e deixada de lado tendo como papel esperar passivamente pela melhora de seu familiar e visitá-los quando chamada pela equipe. Tinha-se que o papel de cuidado era exclusivo dos profissionais de saúde mental. Também, a família do portador de sofrimento se mantinha afastada deste durante seu tratamento, sendo apenas observadora do que acontecia, mas com a desinstitucionalização, esta foi aproximada deste e acolhida pela equipe e mantida perto de seu familiar dando suporte e ajudando a equipe, sendo responsável em manter o contato entre o doente e o serviço de saúde. A família acabava sofrendo e adoecendo junto com o doente, o convívio familiar mudava, encontram-se presentes sentimentos como medo, ansiedade, revolta e preocupação. Não só o doente mental precisará de acompanhamento, mas a família também, na fase de tratamento a família poderá sentir vergonha pelo grande preconceito da sociedade de rotular o doente mental como louco e incapaz, e poderá se sentir desestimulada e até desistir de acompanhar seu familiar, sendo de responsabilidade da equipe do CAPS ficar atento a isso mostrando a esse familiar que o portador de sofrimento psíquico pode ter uma melhora estabelecendo seu quadro, e que este tem sim capacidades e potencialidades de trabalhar e conviver normalmente com a sociedade. Os grupos e oficinas são realizados como forma de terapia, os grupos são um meio deste portador de sofrimento psíquico poder conversar com outras pessoas que também possuem problemas parecidos, criando um vínculo e podendo visualizar que não é só ele que tem problemas, compartilhando com os outros membros, seus medos e angústias, falando de seu tratamento, seus medicamentos, e esclarecendo dúvidas sobre os possíveis efeitos colaterais, sendo esse acompanhado sempre por uma enfermeira ou outro profissional na área da saúde mental capacitado. Nas oficinas estes podem usar suas habilidades e capacidades, aprendendo a fazer artesanato, a criar hortas e produzir alimentos, aprendem também música, e outras coisas que não só o ajudam no seu desenvolvimento, mas também a mostrar para eles mesmos, para a família e a sociedade que são capazes de produzir e conviver com as diversidades, as oficinas são acompanhadas por uma TO (terapeuta ocupacional). Os serviços de saúde se organizam de maneira a dar suporte e orientação para a família, sendo um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais da saúde mental como enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. O CAPS tenta trabalhar com o mínimo de internações possíveis, onde a internação é usada só em casos especiais. Tenta-se trabalhar com oficinas, medicações e se necessário é realizado consultas semanais, ou em casos mais complicados consultas diárias, isso é articulado conforme a



necessidade do paciente criando-se um PTS (projeto terapêutico singular), junto com a família e o portador de sofrimento psíquico. A equipe procura criar vínculos e fazer visitas frequentemente, conhecendo o ambiente e as necessidades destes para prestar todo apoio necessário. O familiar é considerado o principal cuidador, pois é este que presta assistência ao portador de sofrimento psíquico, mesmo sabendo que cada família é única e tem as suas particularidades é necessário que, dentro do possível, que se crie um ambiente tranquilo de harmonia, a fim de tornar a sua casa um lugar aconchegante, acolhedor onde o portador possa se sentir bem. Os profissionais do CAPS são os que dão o acolhimento inicial, criam vínculos com estes pacientes, elaboram com o usuário o PTS (projeto terapêutico singular) individual e trabalham com a família. Estes profissionais realizam oficinas, grupos de convivência, fazem visitas domiciliares prestando todo apoio a este portador. Além dos profissionais tem também os acadêmicos de enfermagem que em seus estágios, ou projetos dentro do CAPS contribuem de alguma forma com o trabalho da equipe sendo na escuta dos pacientes, na troca de informações e nos grupos, estes acadêmicos acabam aprendendo muito com a equipe e os usuários o que lhes ajuda na sua formação crítica, sendo de fundamental importância na bagagem curricular o trabalho no CAPS como uma experiência única e muito importante. O CAPS preconiza com base no modelo psicossocial como uma de suas principais metas a desinstitucionalização mudando o modelo tradicional de atenção psiquiátrica, possibilitando a construção de uma nova visão sobre a doença mental, não só com base no diagnóstico, mas na complexidade que envolve o indivíduo na sua dimensão psíquica e no meio em que vive, a família tem sido considerada no processo de reinserção do portador de sofrimento psíquico no meio familiar e na sociedade como base fundamental. Quando se fala em reestruturação da assistência em saúde mental à família é indispensável para o novo modelo assistencial. A reabilitação social e melhora do portador de sofrimento psíquico não se dá apenas no tratamento medicamentoso, mas nas ações que visam a reinserção familiar e social, abrindo porta de trabalho para este ajudando na melhora de sua qualidade de vida e de sua família. Conhecer e entender a família é o primeiro passo que a equipe deve dar para se tornar possível o tratamento, já que a família torna-se provedora do cuidado. É de fundamental importância a troca de informações entre estes e a equipe, e ao identificarem problemas como piora no quadro clínico, juntos poderem buscar soluções. **CONCLUSÃO:** Podemos concluir que os profissionais devem estar qualificados e ter um suporte social para prestar o serviço adequado, e a família deve ser orientada sobre tudo que diz respeito a seu familiar com doença mental. Uma vez que esta deve apoiar e dar suporte ao portador de sofrimento psíquico participando dos projetos familiares e se inserindo junto com este no CAPS. Os profissionais devem juntos com a família criar propostas, métodos que visam ajudar este paciente. É importante lembrar que o trabalho em equipe com os diversos profissionais e com a família ajudará muito no vínculo com o portador de transtorno mental e na sua melhora.

REFERÊNCIAS

BIELEMANN, V.L.M.; KANTORSKI, L.P.; BORGES, L.R.; CHIAVAGATTI, F.G.; WILLRICH, J.Q.; SOUZA, A.S.; HECK, R.M. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. Florianópolis, **Texto e Contexto Enferm.**; v.18, n.1, p: 131-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a16.pdf>. Acesso em 30 de março de 2015.



FILIZOLA, C.L.A.; MILLIONI, D.B.; PAVARINI, S.C.I. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.2, p:491-503, 2008. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/8061>. Acesso em: 20 de abril de 2015.

GABATZ, R.I.B.; SCHMIDT, A.L.; TERRA, M.G.; PADOIN, S.M.M; SILVA, A.A.; LACCHINI, A.J.B. Percepção dos usuários de *crack* em relação ao uso e tratamento. **Rev Gaúcha Enferm**; v.34, n.1, p:140-146, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n1/18.pdf>. Acesso em: 25 de março de 2015

ROSA, C.L.S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, v.11, n.18, p:205-218, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167711682005000200005&script=sci_arttext. Acesso em: 29 de março de 2015.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP**; v.42, n.1, p: 127-34, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>. Acesso em: 11 de abril de 2015.



04 A INTERFACE ENTRE A SÍNDROME DE *BORNOUT* E A ENFERMAGEM

HORST, VANESSA

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Endereço eletrônico: vanessahorst@hotmail.com

KRAUZER, RAFAELA POLIDÓRIO

Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas

MARTINS, RICARDO VIANNA

Psicólogo. Doutor em Psicologia pela PUCRS. Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Tutor do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas.

DESCRITORES: Saúde do trabalhador; Saúde mental; Qualidade de vida; Esgotamento profissional; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: O estresse está presente diariamente em nossas vidas, desde a execução de tarefas simples do cotidiano, até aquelas mais complexas, as quais exigem uma maior demanda física e emocional, podendo nos expor ao risco de doenças graves (MARTINS; BRONZATTI; VIEIRA *et al*, 2000). Segundo Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) o trabalho consiste na capacidade do homem produzir o meio em que vive, e neste processo de interação com a natureza, ao mesmo tempo em que o homem modifica a natureza, também é modificado por ela. Dentre as inúmeras modificações, encontram-se aquelas que têm consequências no aparelho psíquico. Uma delas é o *burnout*, que se trata de uma síndrome específica às atividades laborais, desencadeada em resposta ao estresse ocupacional crônico, acarretando em consequências negativas tanto no nível individual, como profissional, familiar e social. O *burnout*, também conhecido como síndrome do esgotamento profissional, é uma síndrome que se identifica como um conjunto de manifestações físicas e emocionais, característica de profissionais que se dedicam às necessidades de outras pessoas, sendo que o indivíduo acometido acaba por sentir-se incapaz de atender às demandas daqueles que necessitam de seu trabalho (CUNHA, SOUZA, MELLO, 2012 *apud* CIMIOTTI, AIKEN, 2011, TAMAYO, 2008). Nesse contexto, os profissionais de enfermagem por permanecerem junto ao paciente e seus familiares por maior tempo, convivem com diversas situações de estresse durante essa relação de proximidade, porém nem sempre estão capacitados psicologicamente para lidar com tais situações, o que pode transformar o trabalho em algo penoso (CAMPOS, 2005). **OBJETIVO:** O presente trabalho tem por objetivo a busca por produções científicas que abordem a temática *burnout* relacionada com os profissionais de enfermagem. Espera-se que este trabalho propicie aprofundamento do conhecimento acerca deste tema para que como profissionais sejamos capazes de identificar esta síndrome, visto que ela pode estar presente no cotidiano do trabalho da enfermagem. **METODOLOGIA:** O presente estudo trata-se de uma revisão da literatura produzida acerca da síndrome de *burnout* relacionada à profissão da enfermagem, sistematizada a partir de consulta à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BEDENF). **RESULTADOS E**



DISCUSSÃO: O trabalho constitui-se em atividade essencial para a sobrevivência do homem e é gerador de expectativas, frustrações e conquistas, assim como também desperta e define interesse e contribui na formação da identidade pessoal. As alternâncias de situações ou emoções no ambiente de trabalho podem levar o indivíduo a um desgaste emocional, contribuindo para o estresse, comprometendo a qualidade de vida do trabalhador e a qualidade de seu trabalho (CAMPOS, 2005). Contudo, a palavra “estresse” não pode ser confundida com *burnout*, já que o estresse se desenvolve a partir de reações do organismo a agressões de origens diversas, que atuam perturbando o equilíbrio interno do ser humano, em contrapartida o *burnout*, reconhecido pelo Ministério da Saúde (2001) como “síndrome do esgotamento profissional”, ocorre em razão de uma resposta ao estresse laboral crônico que envolve atitudes e alterações comportamentais negativas relacionadas especificamente ao contexto do trabalho. (CARVALHO, MAGALHÃES, 2011). A síndrome de *burnout* pode atingir indivíduos inseridos em diferentes categorias profissionais e em qualquer faixa etária, mas as profissões que exigem um contato interpessoal mais intenso são as que apresentam os maiores índices de trabalhadores acometidos com a síndrome, destacando-se entre elas, as profissões que possuem caráter assistencial, como a enfermagem (TRINDADE, LAUTERT, 2009 *apud* COSTA, LIMA, ALMEIDA, 2003). Conforme Magnago, Lisboa, Griep (2009), a enfermagem caracteriza-se como uma profissão estressante devido a grande carga psicoemocional decorrente da relação enfermeiro-paciente, das exigências físicas, do déficit de trabalhadores, da carga horária prolongada, das condições inadequadas de trabalho, do limitado poder de decisão, entre outros. Todos esses fatores contribuem para um maior número de experiências de estresse no trabalho e para o surgimento de doenças. A síndrome de *burnout* resulta de um processo sequencial e cumulativo que envolve três dimensões: (a) **exaustão emocional**: desgaste ou perda dos recursos emocionais que leva à falta de entusiasmo, frustração e tensão; (b) **despersonalização**: desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas em relação ao trabalho; (c) **diminuição da realização pessoal no trabalho**: tendência à autoavaliação profissional negativa, tornando-se infeliz e insatisfeito, o que origina no indivíduo sentimentos de inadequação e fracasso (GALINDO, 2012 *apud* GILMONTE, PEIRÓ, 1999). A síndrome geralmente leva a uma deterioração tanto do bem-estar físico como emocional, conseqüentemente o profissional afetado manifesta sinais e sintomas, podendo sentir-se exausto, adoecendo com maior frequência, sofrendo com insônia, úlcera, cefaleias, problemas relacionados à pressão sanguínea, tensão muscular e fadiga crônica (CARVALHO, MAGALHÃES, 2011 *apud* CARLOTTO, 2010). Segundo Cunha, Souza, Mello (2012), os fatores que influenciam no desenvolvimento da síndrome estão associados à sobrecarga de trabalho, às condições de trabalho inadequadas, às relações interpessoais conflituosas nos ambientes de trabalho, à falta de expectativa de crescimento profissional, à pouca autonomia para tomada de decisões, à ambiguidade de funções e à insatisfação salarial. A partir da identificação de tais fatores, podem se estruturar condições que minimizem e dificultem o aparecimento dos sinais e sintomas precusores da síndrome de *burnout*, entre elas destacam-se as possibilidades de diversificar as rotinas de trabalho, diminuir a carga horária, melhorar a relação interpessoal, melhorar as condições de trabalho, investir em capacitações para aperfeiçoamento dos profissionais e delimitar as funções de acordo com a atribuição de cada profissional. Por se tratar de uma síndrome causada por alterações no que se refere ao estado biopsicológico dos profissionais, o surgimento dos sinais e sintomas de *burnout* também possui relação com certos elementos correspondentes à composição da personalidade do indivíduo, como crenças, valores e desejos, e esses são parcialmente responsáveis pela origem dos problemas, no que diz respeito à forma como o profissional enfrenta os desafios e as emoções presentes em suas atividades laborais.



(OLIVEIRA, COSTA, SANTOS, 2013) Assim como ocorre frequentemente com outras doenças, a síndrome de *burnout* tem início e se desenvolve progressivamente através de fases, as quais por muitas vezes passam despercebidas, ou então são confundidas com estresse e abordadas como consequências de problemas de ordem pessoal. Desta forma, as manifestações da síndrome acabam sendo negligenciadas e até mascaradas, atribuindo-se sua ocorrência como reflexo de fatores inerentes à vida privada dessas pessoas, logo, dissociando-se os fatores laborais como possíveis causas, os sinais e sintomas do *burnout* não são diagnosticados e tampouco tratados corretamente. (HOLMES *et al.*, 2014) A realização do diagnóstico e avaliação da síndrome de *burnout* em profissionais de enfermagem é de grande importância para a identificação de quando, onde e em quem deve se realizar algum tipo de intervenção, buscando minimizar as consequências para o indivíduo, a equipe, pacientes e organização (EZAIAS *et al.*, 2010 *apud* GIL-MONTE, MARUCCO, 2008). Nesse sentido, Moreira *et al.* (2009) trazem que o *burnout* pode gerar inúmeras implicações para a área da saúde, principalmente no que diz respeito à efetividade da atenção prestada aos pacientes. Os expressivos índices de faltas ao trabalho, pedidos de licença, abandono do emprego e deterioração da qualidade dos serviços evidenciam os relevantes impactos negativos que a síndrome representa nos processos de trabalho. Em seu estudo, Trindade, Lautert (2009), evidenciam a relevância em detectar precocemente os problemas associados ao trabalho que possam gerar a síndrome de *burnout* em certos indivíduos, bem como a importância de instaurar ações preventivas e interventivas, visando amenizar o desgaste sofrido pelo trabalhador. Para tanto, apontam que é preciso investir na elaboração de estratégias a nível organizacional para a promoção da saúde entre os próprios trabalhadores, dando suporte e fortalecendo sua capacidade para o enfrentamento de situações estressantes. Para Neves *et al.* (2010), abordar as temáticas qualidade de vida e saúde do trabalhador de forma associada pode representar um avanço em relação a forma de prestar serviços, já que muitas vezes os profissionais da área da saúde trabalham pelo bem-estar de seus clientes e acabam negligenciando o próprio cuidado com sua saúde. **CONCLUSÕES:** Após a revisão de literatura ficou explícita a necessidade de se desenvolver e aprimorar os conhecimentos acerca da síndrome de *burnout* por parte dos próprios profissionais de enfermagem, sendo que para isso, parece essencial que a abordagem deste tema, ainda pouco discutido, ocorra durante o processo de formação destes. Assim, supõe-se que, munidos de maior entendimento e compreensão em relação à síndrome, esses profissionais possam atuar de forma mais efetiva no que diz respeito ao seu autoconhecimento, desenvolvendo então, formas para sua própria proteção em relação aos fatores desencadeantes do *burnout*, bem como na identificação de possíveis casos, no planejamento de intervenções adequadas, no desenvolvimento de estratégias com o intuito de qualificar as condições de trabalho e, conseqüentemente, reduzir sua ocorrência. Nesse sentido, Carvalho, Magalhães (2011), trazem também que devem realizados constantes debates sobre o assunto, onde líderes de trabalhadores, profissionais de recursos humanos, sindicatos, organizações, advogados, juízes, psicólogos, médicos e ministério público possam se reunir a fim de buscar diferentes alternativas com o objetivo de anular ou diminuir os riscos para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Também se mostra necessário que tais informações sejam difundidas na sociedade, a fim de que possa haver maior conscientização no sentido de se reconhecer que tais profissionais também são suscetíveis a apresentarem-se frágeis e vulneráveis diante de determinadas situações.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Doenças Relacionadas ao Trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da saúde, 2001.

CAMPOS, RG. **Burnout**: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – SP, 2005. p. 15 - 17.

CARVALHO, C.G.; MAGALHÃES, S.R. Síndrome de burnout e suas consequências nos profissionais de enfermagem. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, v. 9, n. 1, p:200-210, 2011.

CUNHA, A.P.; SOUZA, E.M.; MELLO, R. Os fatores intrínsecos ao ambiente de trabalho como contribuintes da síndrome de burnout em profissionais de enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam.** [Online] Ed. Supl., p:29-32, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/hp/Downloads/1716-9857-1-PB.pdf>. Acesso em 10 de março de 2015.

EZAIAS, G.M; GOUVEA, P.B; HADDAD, M.C.L.; VANNUCHI, M.T.O.; SARDINHA, D.S.S. Síndrome de burnout em trabalhadores de saúde em um hospital de média complexidade. **Rev. Enferm. UERJ**, v.18, n.4,p: 524-529, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a04.pdf>. Acesso em: 12 de março de 2015.

GALINDO, R.H; FELICIANO, K.V.O.; LIMA, R.A.S. et al. Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 46, n.2, p:420-427, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a21v46n2.pdf>. Acesso em: 10 de março de 2015.

HOLMES, E.S.; SANTOS, S.R.; FARIAS, J.A.; COSTA, M.B.S. Síndrome de burnout em enfermeiros na atenção básica: repercussão na qualidade de vida. **J. res.: fundam. care. online**, v. 6, n. 4, p:1384-1395, 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/hp/Downloads/3311-21333-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/hp/Downloads/3311-21333-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 10 de março de 2015.

MAGNAGO, T.S.B.S.; LISBOA, M.T.L.; GRIEP, R.H. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n.1, p:118- 123, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a021.pdf>. Acesso em: 10 de março de 2015.

MARTINS, L.M.M.; BRONZATTI, J.A.G; VIEIRA, C.S.C.A; PARRA, S.H.B.; SILVA, Y.B. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. **Rev Esc Enf USP**. São Paulo, v.34, n.1, p:52-8, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 de março de 2015.

MOREIRA, D.S.; MAGNAGO, R.F.; SAKAE, T.M.; MAGAJEWSKI, F.R.L. Prevalência da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.7, p:1559-1568, 2009. Disponível em:



http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 de março de 2015.

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre estresse e *burnout* e a relação com a enfermagem. **Rev Latino-Am Enferm.** v.13, n.2, p:255-261, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 de março de 2015.

NEVES, M.J.A.O.; BRANQUINHO, N.C.S.S.; PARANAGUÁ, T.T.B.; BARBOSA, M.A.; SIQUEIRA, K.M. Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro. **Rev Enferm.** UERJ - Rio de Janeiro, v.18, n.1, p:42-47, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a08.pdf>. Acesso em: 18 de março de 2015.

OLIVEIRA, R.K.M.; COSTA, T.D.; SANTOS, V.E.P. Síndrome de *burnout* em enfermeiros: uma revisão integrativa. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, v. 5, n.1, p:3168-3175, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/hp/Downloads/1409-13769-1-PB.pdf>. Acesso em: 18 de março de 2015.

TRINDADE, L.L.; LAUTERT, L. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm da USP.** v. 44, n.2, p:274 -279, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0080-62342010000200005&pid=S0080-62342010000200005&pdf_path=re USP/v44n2/05.pdf. Acesso em: 18 de março de 2015.



05 A VISITA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO PARA CONSTRUÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

STOFFEL, DAMARIS

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência. E-mail: damaris.stoffel@hotmail.com.

RESTA, DARIELLI GINDRI

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS. Tutora do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

NARDINO, LAÍS JOANA

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões, Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

LUZA, RITA LUCIA

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, coordenadora Técnica ESF I - Vista Alegre, Preceptora do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

DESCRITORES: Visita Domiciliar; Pessoas com Deficiência; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Rede de Atenção à pessoa com deficiência, do Ministério da Saúde, trás como proposta de trabalho a integração entre os pontos de serviço e acadêmicos do curso de Enfermagem e Nutrição, de uma universidade no Norte do estado. Uma das propostas é a inserção de alunos no serviço, reconhecendo a dinâmica de trabalho e criando estratégias que venham a contribuir com a melhoria nos processo de atendimento de pessoas com deficiência. Como bolsistas em uma das Estratégias de Saúde da Família (ESF) percebe-se a existência de uma significativa demanda de usuários e famílias que vivem com alguma situação de deficiência. Uma das atividades realizadas na ESF são as visitas domiciliares, acompanhadas, pela enfermeira da unidade e pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) da micro-área de atuação. Nas visitas o objetivo é dialogar com os familiares e, quando possível, com os próprios deficientes, interagindo na perspectiva de saber como eles veem o serviço de saúde e quais a principais dificuldades enfrentadas por eles, auxiliando-nos na construção de uma proposta de trabalho diferenciado a esse grupo populacional. Marin et al (2011) comenta em seu estudo que a prática da Visita Domiciliar (VD), vem a de encontro com a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que ela é um meio de aproximar usuário e o serviço, elencando-a como uma prática histórica em saúde, com registros desde a Grécia antiga. Traz ainda que ela deve ser inserida desde a formação do profissional, dando vez a práticas voltada à universalidade, integralidade e equidade. Além dessas contribuições voltadas aos princípios do SUS a visita domiciliar corrobora para a amplitude que tange a atenção da comunidade e das famílias adscritas, como instrumento responsável por intervir no processo de adoecimento dos indivíduos, sendo influenciada diretamente no contexto em que estes estão inseridos. O



conhecimento e o reconhecimento deste contexto auxiliam na conduta dos profissionais, permitindo planejar ações, romper conceitos pré-estabelecidos, e conseqüentemente adaptar o planejamento integral conforme os recursos disponíveis nessas famílias (ALBUQUERQUE, 2009). A visita domiciliar como instrumento de abordagem em saúde é um dispositivo que colabora para a construção do PTS, sendo este um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas. Em verdade, é uma variação da discussão de “caso clínico” (BRASIL, 2007). **OBJETIVO:** O presente relato tem como proposta abordar uma visita domiciliar efetuada à uma família adscrita à ESF em uma cidade do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, a mesma foi realizada a um paciente que apresenta deficiência, das quais compreende o autismo, retinopatia da prematuridade e crises epilépticas; tendo como perspectiva o traçar de metas voltadas a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência sobre a visita domiciliar no processo de construção do PTS com uma pessoa deficiente. O embasamento teórico do relato aconteceu por meio de pesquisa em bibliotecas online, por meio de leitura de artigos referentes à temática visita domiciliar e cartilha do Ministério da Saúde. As visitas aconteceram em dois momentos, no primeiro buscou-se conhecer o paciente em questão e seu lar, acompanhadas pela ACS, onde fomos recepcionadas pela mãe do mesmo que se tornou nosso ponto de encontro para a construção do projeto. Em seguida marcamos um encontro na própria residência para podemos ouvir sobre a história dele, ou seja, a entrevista. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As práticas realizadas pelas acadêmicas no ESF buscam implantar técnicas de trabalho que visam melhorar o atendimento das pessoas com deficiência, desta forma surge a possibilidade de construção de PTS com um paciente da unidade. Vale ressaltar que no momento o PTS encontra-se, ainda, em processo de construção, por esse motivo o ponto chave deste relato está direcionado a visita realizada a família, tanto quanto o conhecimento da realidade do deficiente. A formulação do PTS a um paciente com deficiência vem a contribuir para a articulação de estratégias que podem auxiliá-lo em suas tarefas corriqueiras, colaborando, inclusive para o conhecimento de suas maiores necessidades, pois por vezes esta é um público que se encontra desassistido e necessita de um olhar mais sensível e ações vinculadas a redução de danos. Estas estratégias podem atuar em questões que compreendem a prevenção e promoção da saúde, fortalecimento dos vínculos da família quanto com a relação com o profissional, já que é um momento que auxilia ao acolhimento e a integralidade destes indivíduos. Trabalha também fatores como as barreiras arquitetônica, acessibilidade, disponibilidade de medicações, encaminhamentos, solicitação de exames. Assim como o planejamento na oferta e aquisição de instrumentos necessários do dia-a-dia deste usuário (órgeses, próteses) e seus familiares, bem como a oferta do serviço, e a sua utilização diante de suas necessidades. Kebian e Aciole (2014) alertam que a VD tornou-se um artifício para fortalecer o vínculo entre a Unidade de Saúde e a população, onde se pode conhecer a área e reconhecer suas dificuldades criando um plano de trabalho fidedigno às condições de vida da localidade em questão ou do próprio indivíduo. Para a iniciarmos o trabalho de construção do PTS, realizamos inicialmente uma visita à família principalmente para conhecermos nosso objetivo em sua residência e iniciar o processo de aproximação. Nesta ótica a visita domiciliar é utilizada como parte do processo para o estabelecimento de vínculos, uma vez que os dados levantados desta, necessitam ser o mais fidedignos possíveis, para auxiliar na construção do planejamento de ações, sua operacionalização e posteriormente obtenção de resultados. Foi realizada a visita inicial, na qual conhecemos o paciente em questão e acordamos uma data posterior para coletar os dados. O local onde a



família vive é nos entornos da cidade, sendo que para chegar até a residência, passamos por estradas de chão batido, uma das dificuldades enfrentadas, uma vez que quando chove, torna-se intransitável. O local tem muita aparência de casa de sítio, rodeado do sossego “campestre”, onde se ouve o canto dos pássaros o dia todo, outro ponto interessante foi a visão de um cavalo correndo por um cercado, mais tarde foi revelado ser este o animal que nosso protagonista do PTS montava, já que não sente-se mais atraído por essa atividade. No encontro com a familiar, foi aplicado um roteiro, o qual possuía pontos que levantariam as informações que seriam necessárias para a construção do histórico e dados relevantes ao PTS, entretanto a espontaneidade da familiar foi tamanha que ele tornou-se obsoleto, levantando a questão do vínculo com a unidade que presenteou as acadêmicas com muita voluntariedade, tornando o ato de visita ação agradável e de troca de experiência. Toda conversa foi marcada por escuta das acadêmicas ao relato da familiar, uma vez que esta relatou toda a história desde o nascimento até os dias atuais do paciente. Todas as dificuldades enfrentadas, as mudanças ocorridas desde o seu nascimento, o impacto que isso gerou na família, nos revelando que o motivo de eles morarem naquele rancho, como ela denominou sua casa, era que a família precisava de um local para manter o cavalo comprado para a prática de equitação, que foi realizada pela própria família, sem o apoio de nenhum profissional fisioterapeuta. Segundo o relato da mãe esta experiência iniciou-se quando a mesma tomou conhecimento dos benefícios da equitação, conhecida como equoterapia, sendo que esta poderia auxiliar no desenvolvimento motor, postural e de flexibilidade ao indivíduo praticante. As práticas voltadas à atenção à saúde dispõem-se na reestruturação da execução de atividades direcionadas à saúde, a fins de reorganizar o modelo tradicional, tornando a família e seu contexto alvos de investigação e trabalho, sendo este um instrumento facilitador para a aproximação do serviço ao usuário (GIACOMOZZIL e LACERDA 2006). Aproximação essa que permite manter a unidade informada sobre as condições de saúde da população adscrita da ESF, colaborando para o conhecimento da realidade da situação de saúde, assim como no planejamento de planos de ações voltados diretamente para os problemas particulares daquela área. Na visita tem-se a vantagem de conhecer o contexto sócio ambiental e cultural do usuário, em muitos casos sendo facilitador na construção de intervenções e no relacionamento profissional-usuário. **CONCLUSÕES:** A inclusão dos alunos em campo vem auxiliar na formação destes e motivar os profissionais a manter-se atualizados frente as novas propostas de trabalho. O PET tem possibilitado aos acadêmicos colocarem em práticas seu conhecimento teórico de acordo com a realidade dos serviços e proporcionando aos profissionais o reencontro com a academia, incentivando a educação continuada. Este relato como experiência acadêmica proporcionou um maior conhecimento e conciliação da teoria vinculada à prática. Durante a visita domiciliar pode-se perceber a importância que existe nesta troca de saberes que fundamentam e enriquecem a experiência, pois está acontece quando não se passa sozinha e sim quando agrega valores e fatos que proporcionam a reflexão. O fortalecimento das relações desenvolve-se com o exercício da comunicação, instigando a procura para entender o outro, trabalhar com as diferenças conciliado com o que pode ser feito e adequado diante da demanda, desenvolvendo, assim, métodos de trabalho convenientes, já que aquilo que é referido pelo usuário normalmente é a necessidade em questão, consolidada pela visão integral.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde**



Pública [online], v.25, n.5, p:1103-1112, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102-311X2009000500017&pid=S0102-311X2009000500017&pdf_path=csp/v25n5/17.pdf. Acesso em: 20 de março de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.^a edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

GIACOMOZZIL, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v. 15, n.4, p:645-53, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104-07072006000400013&pid=S0104-07072006000400013&pdf_path=tce/v15n4/v15n4a13.pdf. Acesso em: 21 de março de 2015.

MARIN, M.J.S.; GOMES, R.; SIQUEIRA JUNIOR, A.C.; NUNES, C.R.R.; CAEDOSO, C.P.; OTANI, M.P.; MORAVCIK, M.Y. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p: 4357-4365, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a08v16n11.pdf>. Acesso em: 23 de março de 2015.



06 APLICAÇÃO DE REIKI A USUÁRIOS HIPERTENSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – UMA NOTA PRÉVIA

FEDERIZZI, DANIELI SAMARA

Acadêmica do sétimo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. E-mail: danieli.federizzi@hotmail.com

FREITAG, VERA LUCIA

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) 2014. Pós Graduanda em Gestão Pública em Saúde – Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Orientadora do trabalho.

PETRONI, SIDNEI

Biólogo. Doutor em Ciências Biológicas (Anatomia Humana) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Docente Adjunto III da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS, Brasil.

MILBRATH, VIVIANE MARTEN.

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FFRGS). Professora da Graduação/Pós-graduação em Enfermagem/FEn/PPGenf, Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas (RS), Brasil.

DESCRITORES: Reiki; Sistema Único de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Hipertensão; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: No Brasil, o Ministério da Saúde aprovou em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo a realização de procedimentos, além da necessidade de se conhecer e apoiar práticas que já estão ocorrendo em alguns hospitais e unidades básicas de saúde (UBS), em vários estados e municípios (BRASIL, 2006). Em 2013, foi aprovada a Resolução nº 695/13 – CIB / Rio Grande do Sul (RS), da Secretaria de Saúde do estado do RS que aprova a Política Estadual de Práticas integrativas e Complementares (PEPIC/RS), onde o *reiki* é citado na Diretriz 13, que recomenda: a inserção do *reiki* e terapêuticas de imposição de mãos, sem vínculos religiosos; promover cursos de *reiki*, em conjunto com organizações de especialistas dirigida a profissionais já contratados e em atuação nas redes de atenção à saúde, com prioridade para a Atenção Básica (Resolução nº 695/13 – CIB/RS). O *reiki* é um método de cura simples que implica no posicionamento das mãos do praticante *reiki* em forma de concha direcionando a energia de cura para o corpo do receptor. (HONERVOGT, 2005). Durante uma sessão de *reiki*, o doador transmitirá esta força, esta energia e a luz que existe no *reiki*, fornecendo ao receptor uma quantidade adequada de energia necessária para o equilíbrio da mente, do corpo e das emoções (SALOMÉ, 2009). No tratamento com *reiki*, a posição das mãos, correspondem ao sistema de glândulas endócrino do corpo e aos sete *chakras* principais ou centros de energia. Põe em equilíbrio harmonioso todos os aspectos do ser do receptor, de



acordo com suas necessidades e desejos pessoais; equilibra os órgãos e glândulas e suas funções corporais; libera bloqueios e emoções reprimidas; promove a cura natural do ser; adapta-se as necessidades naturais do receptor; equilibra as energias do corpo; amplia a consciência pessoal e facilita os estados meditativos; relaxa e reduz o stress; estimula a criatividade; potencializa a energia vital, aguça a intuição; trata os sintomas e as causas das doenças; cura holisticamente; fortalece o sistema imunológico; alivia a dor; libera toxinas. Etmologicamente a palavra japonesa *rei-ki* compõe-se de duas sílabas: *rei*, que descreve o aspecto cósmico, universal, nossa energia, e *ki*, que significa a força vital fundamental que flui e pulsa em todos os seres vivos. Essa energia vital nos é dada no nascimento (HONERVOGT, 2005). Embora todos possuam a capacidade inata de impor as mãos, no sistema *reiki*, o desbloqueio dos *chakras* ocorre com o ritual de iniciação, momento em que canais de energia são abertos permitindo ao iniciado entrar em sintonia com a Energia Universal e assim, transformar-se em um agente de cura (TEIXEIRA, 2009). Assim, as Terapias Alternativas Complementares, (TACs) recomendadas pelo Ministério da Saúde, e incentivadas pelo SUS, servem de base para esta pesquisa com ênfase na prática do *reiki* junto à Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois esta técnica é empregada para o tratamento de diversas doenças cuja forma é a imposição das mãos. Atualmente observa-se que mais pessoas são acometidas de doenças agudas e crônicas, assim como uma série de problemas pessoais que dentre os mais graves tem-se os relacionados geralmente a sua saúde. Dentre as doenças crônicas está a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis pressóricos elevados. Esta, associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, provocam um conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS é considerada um dos principais fatores de riscos modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010). Desta maneira, acredita-se que as práticas do *reiki* como TAC, manifestam-se como um meio de prevenção e até uma possível cura, e possa melhorar significativamente a vida destes sujeitos, normalizando os índices pressóricos. Os profissionais da enfermagem podem dispor de recursos com a finalidade de aproveitar o potencial terapêutico gerado pelo cuidado, onde se incluem as TACs. Também é importante que novos saberes e conhecimentos que não foram incorporados na formação do profissional enfermeiro sejam adquiridos, ampliando e enriquecendo a rede de cuidados, visto que em todas as instituições de saúde existe um profissional enfermeiro, podendo assim atender as necessidades da população de forma integral, na visão holística do ser. Neste trabalho consideramos o *reiki* uma terapia complementar conforme a normativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n.º 004/95, aprovado na 239ª Reunião Ordinária, realizada em 18 de julho de 1995, e considerando a deliberação do Plenário, em sua 254ª Reunião Ordinária, também referido no PAD-COFEN-247/91. As TACs São práticas oriundas, em sua maioria, de culturas orientais, onde são exercidas ou executadas por pessoas treinadas assistemáticamente e repassados por gerações, não estando vinculada a categoria profissional, desde que cumprida uma carga horária mínima (Resolução COFEN 197/1997). Nesta conjuntura, alicerçados às Políticas das Práticas Integrativas e Complementares (PICs), que preconiza a inserção das PICs na ESF, acreditando que o *reiki* possa ajudar na qualidade de vida dos doentes crônicos, neste estudo, os hipertensos, instigando os profissionais a aderirem estas práticas como forma de cuidado, bem como, aprofundar as discussões sobre o assunto, demonstrando que além do ato de cuidar, está também o interesse em participar ativamente da construção do conhecimento, justifica-se o interesse em realizar esta pesquisa. **OBJETIVOS:**
OBJETIVO GERAL: Investigar quais os possíveis benefícios apresentados pelos usuários.



hipertensos de uma estratégia de saúde da família após aplicação da terapia complementar *reiki*. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Aprofundar conhecimentos sobre o *reiki*; Incentivar o uso da Terapia Complementar na UBS conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória do tipo pesquisa-ação, que será desenvolvido em uma UBS de um Município da Região Norte do estado do RS. A justificativa de escolha da unidade baseia-se no fato de que duas ESFs estão inseridas nesta mesma UBS. Os participantes da pesquisa serão 10 pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial crônica, que serão convidados a participar da pesquisa, após indicação das enfermeiras da unidade, pois as mesmas possuem conhecimento e acompanhamento do contexto saúde/doença dos usuários da estratégia e também já vivenciaram práticas de terapia complementar *reiki*, em pesquisas anteriores realizadas pela USFM/Campus de Palmeira das Missões/RS. Pretendemos trabalhar com este número de sujeitos por acreditar que respondam ao objetivo da pesquisa (saturação dos dados). Os critérios de inclusão preconizados para o estudo serão: assinar de livre arbítrio o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ser usuário da unidade de saúde onde será desenvolvida a pesquisa e comprometer-se em participar voluntariamente de uma sessão de *reiki*, e juntamente responder a entrevista antes e após a sessão de terapia complementar (*reiki*), já os critérios de exclusão serão: incapacidade física e intelectual para responder as perguntas da entrevista. Inicialmente, o projeto será apresentado aos sujeitos indicados pela enfermeira, com a finalidade de saber quantas pessoas enquadram-se nos critérios de inclusão e tem interesse em participar da pesquisa, assim se houver algum participante que não se enquadre nos critérios de inclusão, haverá uma nova indicação pela enfermeira da unidade. Após a apresentação dos objetivos do projeto aos sujeitos, os mesmos serão orientados a assinarem de livre arbítrio o TCLE, emitido em duas vias, sendo que uma ficará com o participante. As sessões de *reiki* serão aplicadas pelo grupo de pesquisadores, em um espaço fornecido pela UBS, em horários devidamente agendados com os participantes da pesquisa. O instrumento de coleta será uma entrevista semi-estruturada, com questões abertas e fechadas, será realizada uma entrevista com os participantes da pesquisa antes da aplicação da Terapia Complementar *reiki* e outra pós aplicação do *reiki*. Elaborou-se um roteiro de entrevista composto por três partes, a primeira, contém questões fechadas sobre os dados pessoais dos entrevistados como: sexo, idade, profissão, entre outros, que servirão para traçar o perfil dos informantes da pesquisa. A segunda é formada por questões abertas, devidamente elaboradas para deixar o entrevistado mais à vontade no momento de respondê-las. Justifica-se o uso de questões abertas nesse tipo de pesquisa, justamente para que o entrevistador tenha maior liberdade para perguntar ou fazer intervenções, além de permitir a captação mais fidedigna dos saberes acerca das terapias complementares, especificamente o *reiki*. A terceira parte contempla a observação do tipo observador-como-participante que é uma modalidade que costuma ser utilizada como estratégia complementar ao uso das entrevistas, nas relações com os atores, em momentos considerados importantes para efeitos da pesquisa. Por considerá-la importante será realizada durante a aplicação de *reiki*, com a finalidade de complementar os dados registrados no roteiro das entrevistas. A fim de ordenar as observações-como-participante, criou-se um roteiro de observações, com seis importantes itens, a serem observados e anotados no diário de campo. Nesse diário serão registradas as observações realizadas em cada sujeito em cada sessão de *reiki*. Será verificado os índices pressóricos antes e após a aplicação da terapia *reiki*, a fim de comparação. A sustentação teórico-metodológica utilizada para analisar e interpretar os dados deste estudo é a análise de conteúdo. Entre os domínios possíveis de aplicar a análise de conteúdo está a análise dos significados (análise temática) de entrevistas, discussões ou conversações. É por essas características que a análise temática será empregada nesse



trabalho. Este estudo será realizado de forma a respeitar as normas da Resolução 466/2012, tendo como compromisso oferecer o máximo de benefícios e mínimo de riscos e danos aos sujeitos envolvidos. Respeitando os preceitos éticos, os sujeitos serão convidados a participar da pesquisa, destacando o caráter não obrigatório da mesma e os procedimentos utilizados. A coleta de dados iniciará no mês de maio/2015, visto que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Parecer N° 1.013.363 de 14/04/2015. A fim de manter o anonimato, os participantes serão designados pela letra E, que significa entrevistado, e enumerados de 1 a 10, conforme ordem de entrevista. Quanto aos riscos aos participantes, destaca-se que o fato de responder à entrevista poderá apresentar pequenos riscos de ordem física ou psicológica aos participantes. Como por exemplo, pode ocorrer um desconforto ao responder as perguntas. Contudo, se houver alguns inconvenientes ao realizar a pesquisa o entrevistado poderá desistir a qualquer momento da pesquisa. Como benefícios, destaca-se a aplicação de reiki gratuitamente e a possibilidade do equilíbrio corpo, mente e espírito, bem como a possível estabilidade dos índices pressóricos. Os dados serão armazenados em arquivo digital na sala 104, bloco 2 de enfermagem, ficando por um período de 5 anos, após serão incinerados, conforme resolução 466/12. **RESULTADOS ESPERADOS E DISCUSSÃO:** Ao término dos primeiros seis meses de vigência do projeto, se realizará a avaliação. Nesta ocasião serão apresentados os resultados parciais alcançados neste eixo de investigação. Será considerado satisfatório se o eixo de investigação estiver com 90% concluído. Os resultados que se pretende obter ao finalizar este projeto estão divididos em duas categorias. Sendo a primeira de ordem teórico-prática e se refere ao cumprimento dos objetivos definidos anteriormente. Já a segunda categoria será posterior a realização do projeto, com a elaboração de artigo científico para divulgação das informações identificadas. Em ambos os casos os indicadores de resultados será exibido pela adequada publicação e participação em eventos e/ou congressos. Na perspectiva de entender e apreender as diversas especificidades da Saúde, com enfoque nas TACs, através da aplicação de *reiki* em usuários hipertensos de uma UBS de um município da região norte do estado do RS, e respeitando os princípios da bioética, espera-se que os resultados sejam satisfatórios e que estes reconheçam o *reiki* como uma forma de promoção da saúde e prevenção de doenças, não só para si, mas também para os demais usuários da ESF, através da harmonização, do alívio de sintomas e/ou dores que possam sentir. Espera-se abranger a organização e a dinâmica da saúde, para demonstrar a técnica do *reiki* e seus resultados positivos, fazendo que os usuários possam acreditar nesta ferramenta de cuidado como forma alternativa de tratamento e possível cura. Assim, através desta pesquisa buscamos a realização do objetivo proposto bem como um espaço de educação e aperfeiçoamento de habilidades técnico-científicas, que visa à formação de profissionais generalistas e a busca pelo conhecimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 971, de 03 de maio de 2006. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 3 mai. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 20 de março de 2015.

BRASIL. **Resolução N° 466**, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20/01/2015.



ENFERMAGEM. Portal da Enfermagem. **Resolução 197 - 19.03.1997** [Cofen]. Disponível em: http://portaldafenfermagem.com.br/legislacao_read.asp?id=292. Acesso em: 09 de janeiro de 2014.

HONERVOGT, T. **Reiki Cura e Harmonia Através das Mãos**. Editora Pensamento, 4ª Ed. p: 24, 26, 30, 31, 42, 66, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução N° 695/13 – CIB / RS. **Proposta de Política Estadual de Práticas integrativas e Complementares (PEPIC/RS)**. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1388163773_cibr695_13.pdf. Acesso em: 23 de maio de 2014.

SALOMÉ, G.M. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em Unidade Terapia Intensiva após aplicação do Reiki. **Revista Saúde Coletiva** v.06, n.28, p:54-58, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/842/84202805.pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Revista Hipertensão: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI**. Ano 13, v.13, n.1, 2010. Disponível em: http://www.sbh.org.br/pdf/diretrizes_final.pdf. Acesso em 29 de março de 2015.

TEIXEIRA, F.N.B. Reiki: religião ou prática terapêutica? **Horizonte**, v.7, n.15, p:142-156, 2009. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/viewFile/P.2175-5841.2009v7n15p142/2494>. Acesso em: 25 de março de 2015.



07 ATIVIDADES PRÁTICAS EXTRACURRICULARES DESENVOLVIDAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MACHADO, BRUNA BENDER COMPANHONI

Acadêmica do 5º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista PIBIC/CNPq – 2014-2015. E-mail: bruna_machado8@hotmail.com

LEITE, MARINÊS TAMBARA

Enfermeira, Dra. em Gerontologia Biomédica, Docente Adjunto IV do Departamento de Ciências da Saúde Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Tutora do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões.

HILDEBRANDT, LEILA MARIZA

Enfermeira, Dra. em Ciências, Docente Adjunto II do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS.

DESCRITORES: Enfermagem; Atenção Básica; Saúde da Família.

INTRODUÇÃO: No decorrer do processo de formação acadêmica, há o incentivo para a busca de novos conhecimentos e habilidades que ultrapassem o espaço da sala de aula. Desse modo, atividades extracurriculares são rotineiramente procuradas e desenvolvidas por acadêmicos dos cursos de Enfermagem. Como a disposição das disciplinas no decorrer do semestre dificulta o exercício de atividades extracurriculares, estas são comumente realizadas nos períodos de férias escolares. Assim, o estudante opta pelo local, área e período em que deseja realizar suas ações. Vale destacar que a realização de atividades extracurriculares qualifica a formação do futuro enfermeiro, uma vez que possibilita intervir junto a diferentes estratos populacionais, fortalecendo o conhecimento técnico-científico e aprimorando habilidades próprias deste profissional. Tal entendimento vai ao encontro das atuais Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, descritas pela Resolução Nº 3/2001, do Conselho Nacional de Educação/Conselho de Educação Superior (Brasil, 2001). Os seus Artigos 3º e 4º apontam que a formação do enfermeiro deve ser generalista, humanista, crítica e reflexiva. Prevê que este profissional esteja apto para exercer suas funções balizadas pelo conhecimento científico, respeito aos princípios éticos e levando em consideração os aspectos biopsicossociais da população assistida. Além disso, os referidos artigos pontuam que o enfermeiro deva ser capaz de intervir sobre as situações de saúde-doença prevalentes, com foco na realidade em que ele esteja inserido. Também, esta mesma resolução determina que este profissional deva ter conhecimentos para o exercício de competências e habilidades que englobam as diferentes áreas da enfermagem, como: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente (BRASIL, 2001). Considerando estas colocações, entende-se que o estágio constitui-se em uma importante ferramenta para a formação do acadêmico de enfermagem, uma vez que proporciona ao mesmo, visão crítica e reflexiva sobre os campos de atuação da enfermagem, o que possibilita sistematizar e operacionalizar o conhecimento adquirido no decorrer do curso de graduação, traduzindo-se em experiências vivenciadas



(BOUSSO et al., 2000). **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivenciada na realização de atividades práticas extracurriculares em uma Unidade de Saúde da Família (USF) na cidade de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. **METODOLOGIA:** Com o intuito de adquirir maior conhecimento, aprimorar a comunicação e as habilidades técnicas e administrativas de enfermagem, fortalecendo o pensamento crítico e reflexivo, desenvolvi atividades práticas extracurriculares em uma Unidade de Saúde da Família (USF), na cidade de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. Destaca-se que esta USF está vinculada a uma instituição hospitalar do município. A vivência ocorreu no período de uma semana e foi supervisionada por um enfermeiro, coordenador da USF. A instituição hospitalar, com o objetivo de atender a demanda de atenção à saúde da população da cidade de Novo Hamburgo, elaborou um projeto com a finalidade de criar Unidades de Saúde da Família a partir de uma solicitação da prefeitura municipal, que designou ao hospital a responsabilidade da construção do projeto. Isto em função do reconhecimento do trabalho que já vinha sendo desenvolvido pela instituição hospitalar local. Deste modo, a mesma assumiu a coordenação e a organização das novas unidades de saúde da família do município. As atividades práticas extracurriculares foram desenvolvidas em uma das USF, implantada recentemente e que tem foco na saúde preventiva. A unidade é referência para, aproximadamente, 15 mil pessoas, sendo composta por três equipes da Saúde da Família. Cada equipe conta com um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. A USF participa do programa mais médico, sendo três dos quatro médicos, intercambistas profissionais do programa (Uruguaí, República Dominicana e Cuba). Além destes, compõem ainda o quadro de profissionais da unidade: um farmacêutico e um auxiliar de farmácia, equipe de saúde bucal (um dentista e um auxiliar de saúde bucal), um técnico de enfermagem a mais para suprir a demanda. Também conta com uma higienizadora, três técnicos administrativos, que atuam na recepção. O serviço presta atendimento à comunidade quatro dias da semana das 07:00 horas às 12:00 horas e das 13:00 horas às 17:00 horas. Nas quartas feiras há somente expediente interno, em que ocorre reunião de equipe. Vale ressaltar o diferencial no trabalho desta unidade, o comprometimento de equipe como um todo na busca por melhores resultados em prol da saúde do usuário do serviço. Com base nos relatos dos profissionais que lá trabalham, para atender a demanda de usuários do serviço que, em virtude de seu trabalho, não podem estar se deslocando até a USF para marcar consulta ou ter um atendimento, tiveram a iniciativa de proporcionar à esta população o chamado “Dia do Trabalhador”, em que a cada quinze dias, todos os funcionários da unidade estendem sua jornada de trabalho para após as 17:00 horas para atender especificamente esta clientela. Esta por sua vez, tem aderido e elogiado muito esta iniciativa da USF, favorecendo o acesso ao serviço. Neste ponto identifica-se um diferencial que é o comprometimento e interesse dos profissionais, que se sobrepõem aos “horários corriqueiros” de atendimento de uma USF. Levando em consideração a população brasileira na atualidade, esta proposta de atendimento que a unidade executa surge como uma ideia do serviço. Esta conduta deveria ser seguida pelos demais municípios, pois assim um maior número de habitantes estaria recebendo o acompanhamento que lhes é necessário e por direito. Além destas iniciativas a coordenação da USF juntamente com a coordenadora geral de todas as USF’s promovem semestralmente atividades grupais com as equipes das unidades com o intuito de melhorar vínculos, descontração, reflexão, confraternização, entre outras atividades. Estas ações proporcionam aproximação da equipe e se constitui em uma forma de reconhecimento aqueles profissionais que diariamente trabalham em prol de outras vidas. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A realização das atividades práticas extracurriculares possibilitou ampliar conhecimentos técnicos e administrativos no âmbito da enfermagem, reforçando a relação teoria e prática. A vivência



permitiu conhecer uma realidade diferente daquela que havia experienciado até então no decorrer das atividades curriculares. Mesmo com diretrizes e recomendações nacionais em relação a atenção a saúde das populações, preconizadas pela legislação vigente, cada município se organiza e oferta serviços de acordo com sua realidade e demanda local. Além disso, a constituição e o modo de atuar da equipe se diferenciam de um local para o outro. Isto evidencia que a subjetividade dos profissionais da saúde implica no desenvolvimento das ações de saúde.

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. (...) esta concepção acerca do trabalho em equipe, em especial para a enfermagem, deve merecer mais atenção, visto que essa ferramenta é um instrumento básico no processo de cuidar (...) (ABREU et al., 2005, p. 204).

Outra peculiaridade que deve ser destacada tem relação com as patologias apresentadas pelos usuários que acessam o serviço de saúde daquele município. A característica de patologias nesta região difere para as que temos no município de estágio, principalmente ao reduzido número de usuários acamados que, segundo o enfermeiro, é de aproximadamente três para toda a área de abrangência. Já em relação ao número de indivíduos portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é elevado na área. Também é grande no número de curativos, sendo que observei a realização de um em uma lesão decorrente de arma de fogo, duas lesões de úlcera vasculogênica; lesão em couro cabeludo, após queda e limpeza de pinos na região plantar direita – pós-cirúrgico de trauma. Um dado que foi identificado no decorrer de realização das atividades é a dificuldade que, muitas vezes, o profissional enfermeiro (sexo masculino) tem em desenvolver seu trabalho na comunidade, pois ainda há certa resistência do usuário em ter uma consulta com o profissional enfermeiro. Isto porque, conforme relato do enfermeiro, no início de sua vida profissional havia certa dificuldade, principalmente por parte das mulheres, de como que um homem pode fazer um exame preventivo? Não seria a enfermeira que teria que fazer ou o ginecologista? Eram indagações que surgiam frente ao seu trabalho e que, com o tempo, foram diminuindo, na medida em que passaram a conhecer seu trabalho, competência e profissionalismo. Fato que chamou atenção também foi o engajamento da equipe como um todo. Via-se a preocupação de buscar o melhor para o paciente com alternativas coerentes à sua realidade. Todos são profissionais interessados no que fazem e buscam por conhecimento na medida que há a necessidade. O próprio entrosamento da equipe passa credibilidade ao usuário, com o qual na maioria das vezes criam vínculos. **CONCLUSÃO:** O trabalho desenvolvido pela equipe da USF se destaca fortemente nos quesitos: união, companheirismo, solidariedade, comprometimento com os preceitos institucionais e da profissão, responsabilidade, o que qualifica as ações desenvolvidas e demonstra a articulação do trabalho em equipe, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde. Esta forma de trabalhar favorece o acolhimento e a humanização do atendimento à população, o que pode ser evidenciado no discurso dos usuários que acessam os serviços. Está presente na vida do acadêmico a insegurança e ansiedade em relação a forma de desempenhar seu trabalho quando enfermeiros. As atividades práticas e os estágios curriculares proporcionam experiências básicas para formação enquanto acadêmicos. Sendo assim, a busca por alternativas com vistas



a ampliar o conhecimento e vivenciar outras realidades faz os acadêmicos de enfermagem almejar novas experiências por meio da realização de atividades práticas extracurriculares.

REFERÊNCIAS

ABREU LO. Et al. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev Bras Enferm** v. 58, n. 2, p. 203-7, mar/abr, 2005.

BOUSSO, R. S. et al. Estágio Curricular em enfermagem: transição de identidades. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p. 218-25, jun. 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Conselho de Educação Superior. **Resolução Nº 3**. Brasília, 2001.



08 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIAS E PERSPECTIVAS DE USUÁRIOS

FEDERIZZI, DANIELI SAMARA

Acadêmica do 7º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. E-mail: danieli.federizzi@hotmail.com.

COLOMÉ, ISABEL CRISTINA DOS SANTOS

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Enfermagem em Saúde Comunitária.

INTRODUÇÃO: Este estudo aborda as concepções e experiências dos usuários de unidades de saúde da família em relação ao atendimento prestado pelo profissional enfermeiro. A Estratégia Saúde da Família (ESF) faz parte da rede de Atenção Básica (AB) à saúde, a qual é caracterizada por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. A AB objetiva desenvolver uma atenção integral que cause impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012). Nesse contexto, a ESF tem como alvo principal a reorganização da atenção básica e a mudança do modelo assistencial, priorizando a atenção centrada no cuidado preventivo e não mais somente no curativo, com foco na integralidade da assistência da população. Essa Estratégia estima o trabalho em equipe com enfoque multiprofissional, tanto na promoção de saúde e estímulo à participação da comunidade e a formação de vínculo com a população, entre outras estratégias (BRACCIALLI e VIEIRA, 2012). A ESF é considerada porta de entrada nos serviços, levando a saúde para perto das famílias e atuando com equipes multidisciplinares que trabalham em uma região limitada e que se responsabilizam pela integralidade das ações naquela área de abrangência, a fim de identificar os problemas e necessidades das famílias e comunidade, planejando, priorizando e organizando o atendimento à saúde (BRASIL, 2012). Dentre os profissionais que compõem a equipe, destaca-se o enfermeiro, em função dos diversos papéis que vem assumindo na realização do cuidado, como o de educador, prestador de cuidados permanentes no território, planejador e articulador das ações, o que tem lhe proporcionado maior autonomia no trabalho no nível primário de atenção, tendo como consequência uma ascensão social e política da profissão (XIMENES NETO et al, 2007). A enfermagem é uma profissão que se caracteriza por trazer em sua essência o cuidado integral ao ser humano, nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Durante sua assistência na ESF, o enfermeiro vivencia inúmeras problemáticas, e tem a necessidade de desenvolver instrumentos e ferramentas para o aperfeiçoamento de seu cuidado (ARRUDA et al., 2014). O enfermeiro exerce diversas atividades na ESF, dentre as atribuídas pelo Ministério da Saúde, inclui-se: a atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas em todas as etapas do desenvolvimento humano, e, quando necessário, em domicílio por meio de visitas domiciliares e em espaços comunitários, realizando cuidados de enfermagem, consulta de



enfermagem, procedimentos, atividades grupais educativas, entre outras. Confere-se ainda ao enfermeiro, fazer o planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) juntamente com os demais membros da equipe e realizar atividades de educação permanente com toda a equipe (BRASIL, 2012). Salienta-se que todas as atividades de assistência que a enfermeira realiza são permeadas por um saber clínico próprio que direciona suas ações (CEZAR-VAZ et al, 2010). Assim, a prática clínica se desenvolve na assistência por meio da mobilização de conhecimentos adquiridos pela enfermeira em outros momentos e experiências, além de informações sobre a situação do usuário, suas queixas, sintomas, contexto familiar e social, com a finalidade de buscar a satisfação de suas necessidades. Destaca-se a importância desta pesquisa, pela carência de estudos relacionados à percepção dos usuários relacionados exclusivamente ao atendimento de enfermagem na ESF, sendo esta uma oportunidade para refletirmos sobre a visão que estes possuem, a fim de descobrir o nível de satisfação em relação à assistência oferecida e avaliarmos o atual serviço de saúde. **OBJETIVOS: Geral:** Analisar as experiências de usuários de unidades da Estratégia Saúde da Família no atendimento prestado pelo profissional enfermeiro. **Específicos:** Identificar o perfil dos usuários atendidos pelo enfermeiro na unidade de saúde da família; Conhecer os motivos que levaram os usuários a buscar o atendimento e/ou serem atendidos pelo enfermeiro; Caracterizar o tipo de atendimento prestado pelos enfermeiros. **METODOLOGIA:** pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, realizada em um município da região Norte do Rio Grande do Sul. Atualmente o município conta com 5 equipes de saúde da família distribuídas em diferentes bairros da zona urbana da cidade. A pesquisa foi desenvolvida nas áreas de abrangência das unidades de saúde da família, em dois bairros que possuem ESF. Estes bairros foram selecionados por possuírem equipe de ESF implantada há mais tempo no município, ou seja, desde o ano de 2007. A coleta dos dados foi feita por meio da Técnica dos Incidentes Críticos (TIC) que contempla a realização de entrevistas com os usuários residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família nos bairros selecionados. A TIC é um método de coleta de dados que estimula os participantes a recordar acontecimentos que aconteceram ao longo da sua vida e a relatar de forma detalhada estas histórias. Dessa forma, os participantes compartilham suas experiências com o pesquisador, em especial quando o foco é um evento específico (SHAROFF, 2008). Para selecionar os participantes do estudo, foi realizado contato com as enfermeiras nas unidades, as quais disponibilizaram os prontuários de atendimentos realizados por elas no último mês. Destes, foram sorteados aleatoriamente 16 usuários para serem entrevistados, 8 de cada uma das unidades selecionadas para o estudo. A partir dos endereços contidos nos prontuários dos usuários selecionados, os pesquisadores foram até os domicílios para fazer o convite de participação na pesquisa e realizar a entrevista. Entende-se que em seu ambiente de moradia os participantes podem sentir-se mais a vontade para responder aos questionamentos. Contudo, alguns usuários solicitaram realizar a entrevista na unidade de saúde, sendo ocupada uma sala privada para a sua realização. Todas as pessoas selecionadas aceitaram participar do estudo. No entanto, foi realizado novo sorteio quando o usuário selecionado não estava em casa no momento da coleta dos dados. Os usuários foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, sua liberdade em participar ou desistir a qualquer momento da pesquisa, sem que haja prejuízo de qualquer natureza. Foi utilizado o critério de saturação dos dados, ou seja, a coleta foi encerrada quando as informações começarem a se repetir, obtendo similaridades. As informações coletadas na entrevista foram transcritas na íntegra e interpretadas, por meio da Análise Temática proposta por Minayo (2007), contemplando as seguintes etapas: pré-análise;



exploração do material; e tratamento dos dados e interpretação. Na primeira etapa, foram realizadas as transcrições e leituras dos incidentes críticos contidos nas entrevistas, buscando identificar as ideias principais e aspectos importantes. Na segunda etapa, foram selecionadas as unidades de significado no texto agregando-as e realizando sua classificação. Por fim, o material empírico foi articulado com o material teórico para a construção das categorias temáticas do estudo. O estudo respeitou todos os preceitos éticos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM. Todos os usuários que aceitaram participar da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual garante o anonimato e foi apresentado em duas vias, assinadas pelo participante do estudo e pela pesquisadora, ficando uma cópia para cada um. As falas dos participantes foram codificadas de acordo com a ordem de realização das entrevistas e enumeradas de E1 a E16. **RESULTADOS:** Anteriormente a qualquer pergunta da entrevista feita aos usuários participantes da pesquisa, foi esclarecido a eles todos os critérios éticos do estudo, referente ao sigilo das informações e do anonimato. Mesmo assim, pode-se perceber certa insegurança e receio de grande parte dos usuários ao responder determinadas perguntas referentes ao atendimento da enfermeira da unidade de saúde, sendo assim, estima-se que as respostas talvez não condigam exatamente com a realidade, o que faz parte dos vieses que podem ocorrer no desenvolvimento de pesquisas. No que se refere ao perfil dos usuários, quando questionados sobre o tempo em que residem na área de abrangência das ESFs em questão, a quantidade de tempo variou de 4 meses a 40 anos, sendo que entre as respostas prevaleceu o intervalo entre 12 a 15 anos. No que diz respeito à frequência com que procuram a unidade de saúde, os usuários referem que buscam o serviço com bastante frequência, geralmente uma vez ao mês. Isso se deve ao fato de que entre esses usuários estão as gestantes que necessitam de acompanhamento pré-natal e também pessoas com doenças crônicas que requerem avaliação contínua. Os motivos que levam os usuários ao serviço estão relacionados principalmente à busca por consultas médicas e de enfermagem, realização de exames, atendimento pré-natal e odontológico. Observa-se que os usuários procuram a unidade para resolução de problemas agudos e crônicos, além de situações de saúde que exigem acompanhamento, como é o caso das gestantes. Os usuários vinculam o atendimento na unidade a ações de caráter curativo no momento em que solicitam consultas para atendimento de situações agudas, mas também buscam a realização de exames preventivos. Em relação ao estado de saúde dos usuários, mais da metade afirmou não possuir problema de saúde e não fazer nenhum tipo de tratamento, os demais apontaram principalmente problemas como hipertensão arterial e osteoporose. Quando questionados se conhecem a enfermeira da unidade de saúde apenas dois usuários responderam que não e a maior parte deles sabia o nome da profissional e já tinha sido atendido por ela. Os atendimentos foram principalmente o exame do preventivo de câncer de colo uterino e mama, seguido por consultas de enfermagem, acompanhamento do pré-natal e solicitação de exames. Destaca-se neste estudo o trabalho da enfermeira na saúde da mulher, uma vez que todos os entrevistados foram do sexo feminino devido ao fato de que as consultas realizadas pela enfermeira no período da coleta de dados da pesquisa ser praticamente exclusiva deste sexo. Quando solicitados a escolher um atendimento que a enfermeira prestou e que marcou de forma significativa para elas, algumas usuárias não souberam optar ou não se lembravam de um atendimento específico, porém, mais da metade das entrevistadas relatou sobre um atendimento que lhe marcou, o que resultou na construção de duas categorias temáticas: A resolutividade do atendimento do enfermeiro como motivo de satisfação para os usuários; e As tecnologias de relações como



determinantes de satisfação com o trabalho do enfermeiro. A primeira categoria aborda experiências que marcaram os usuários tendo em vista a ação resolutiva do enfermeiro, quando o profissional consegue, por meio de sua atuação, resolver problemas agudos ou situações vivenciadas pelos usuários, além do provimento de algum encaminhamento necessário para a continuidade do cuidado em outros níveis de atenção. A segunda categoria versa sobre outras situações que marcaram os usuários frente ao atendimento da enfermeira que estão relacionadas à relação estabelecida entre profissional e usuário no que envolve uma boa escuta, a forma com que o profissional deixa o paciente à vontade, conversa, dá atenção, conselhos, explicações e informações para auxiliar o usuário, ajuda de alguma forma e, conseqüentemente, desperta confiança e cria vínculos. Quando questionados sobre os pontos positivos do atendimento da enfermeira, os pontos mais evidenciados pelos usuários foram a característica atenciosa da enfermeira e a maneira como trata seus pacientes/usuários, vista como uma pessoa muito querida. Quando questionados se existiam aspectos negativos no atendimento da enfermeira da unidade e quais seriam eles, com exceção de um usuário, todos afirmaram não haver aspectos negativos, alegando não ter do que reclamar e que ela presta um bom atendimento.

PRINCIPAIS CONCLUSÕES: Pode-se concluir que os participantes deste estudo avaliam o trabalho da enfermeira a partir da forma com que esta os trata e da capacidade resolutiva de suas ações. Portanto, a atenção dispensada é importante para o acolhimento e a criação de vínculos de confiança entre profissionais e usuários. As experiências que foram significativas para os usuários no atendimento que receberam da enfermeira da unidade de saúde estão relacionados à resolutividade de problemas agudos de saúde, acolhimento, vínculo, escuta e confiança. Percebeu-se com esta pesquisa o comprometimento do enfermeiro com o atendimento integral para o usuário, preservando princípios muito importantes como a integralidade e a humanização, por meio do exercício do acolhimento, construção de vínculos de confiança, escuta, responsabilização, entre outros.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, L.P; MOREIRA, A.C.A; ARAGÃO, A.E.A. Ciências da Saúde/Enfermagem. Promoção da saúde: atribuições do enfermeiro como educador na estratégia saúde da família. **Essentia**, Sobral, v.16, n.1, p.183-203, 2014. Disponível em: <http://www.uvanet.br/essentia/index.php/revistaessentia/article/view/10/10>. Acesso em: 20 de novembro de 14.

BRACCIALLI, L.A.D.; VIEIRA, T. A concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos. **Rev APS**. v.15, n.4, p:412-420, 2012. Disponível em: aps.ufjf.emnuvens.com.br. Acesso em: 29 de janeiro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2015.



BRASIL. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2015.

CEZAR-VAZ, M.R. et al. Conhecimento clínico do enfermeiro na atenção primária à saúde: aplicação de uma matriz filosófica de análise. **Texto e contexto enferm**, v. 19, n. 1, p.17-24, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406p.

SHAROFF, L. Critique of the critical incident technique. **Journal of Research in Nursing**, V. 13, n. 4, p. 301-309. 2008.

XIMENES NETO, F.R.G. et al. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentos na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**, v. 60, n. 2, p. 133-140, mar./abr. 2007.



09 CENÁRIO DE SAÚDE MENTAL: DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

KLEIN, KASSIELY

Acadêmica do 7º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. E-mail: kleinkassy@hotmail.com

MARTINS, RICARDO VIANNA

Psicólogo. Doutor em Psicologia. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões. Tutor do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas.

SILVA, QUEILA CAMPOS DA

Acadêmica do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS, Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas.

DESCRITORES: Saúde Mental; Enfermagem; Transtornos Mentais.

INTRODUÇÃO: Enfermagem desempenha importantes funções dentro dos serviços de saúde, para isso esses profissionais devem estar preparados para atender múltiplas demandas, tendo em vista que a formação do enfermeiro é tecnicista e pouco voltada para a área da saúde mental, necessita-se buscar saberes além do campo acadêmico, para que melhor possam atuar. Uma das demandas que vem a cada ano progredindo são os usuários com transtornos mentais (WAIDMAN et.al, 2011), os quais necessitam atendimento diferenciado e serviços estruturados e preparados para que obtenham melhor efetividade nos tratamentos. Através disso, teve-se a necessidade de pesquisar e avaliar o andamento dos serviços de Saúde Mental através do projeto de pesquisa: Observatório de Saúde Mental- O Cenário de Saúde Mental na Região da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde, frente a percepção dos Enfermeiros da Atenção Básica de Saúde (ABS) e Centro de Atenção psicossocial (CAPS), que tem como princípio, conhecer o andamento da rede de Saúde mental e apontar as dificuldades que os profissionais de enfermagem vem enfrentando para atuar juntamente com essa demanda crescente. **METODOLOGIA:** Apresentando aqui dados preliminares da pesquisa mencionada, que é qualitativa descritiva e exploratória, a fim de descrever, avaliar e levantar dados sobre a realidade do Cenário de Saúde Mental na Região da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde, bem como traçar o perfil dos profissionais de enfermagem atuantes nesses serviços. A amostra da pesquisa no momento é composta por seis enfermeiros da Atenção Básica de Saúde (ABS) e do Centro de Atenção psicossocial (CAPS), responsáveis pelo atendimento dos usuários de Saúde Mental do município de Palmeira das Missões, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se a técnica da entrevista na coleta dos dados, na qual foi composta de questões estruturadas, seguindo um roteiro, sendo os dados coletados individualmente no ambiente de trabalho de cada enfermeiro. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas. Utilizamos a técnica de Análise de Conteúdo, que segundo Bardin (1977) é um “conjunto de instrumentos metodológicos que se aperfeiçoa constantemente e que se aplicam a discursos diversificados.” Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem, sob o número 0246.0.243.000-11.



encontrando-se de acordo com as disposições da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **RESULTADOS PARCIAIS:** Dos 6 enfermeiros participantes da pesquisa, tinham idade entre 23 e 46 anos (média de 34 anos) todos do sexo feminino. Os dados obtidos na pesquisa foram divididos em V categorias temáticas, o qual o presente trabalho abordará apenas a categoria II- “Dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem frente a demanda dos usuários com transtornos mentais.” Nessa categoria podemos observar que os profissionais da enfermagem se sentem despreparados para atuação junto aos usuários de saúde mental, um dos motivos citados foi a formação enfermeiro tecnicista, não conseguindo estabelecer vínculos para além do curativo, dificultando na abordagem e no atendimento humanizado. Segundo Waidman et.al (2011) a falta de capacitação desse profissional prejudica a assistência a estas pessoas, as quais devem ser atendidas em conformidade com as políticas de saúde, ou seja, de forma digna, humanizada e respeitosa. Além da formação pouco voltada para a saúde mental os profissionais de enfermagem não recebem nenhum tipo de qualificação nessa área se sentindo incapazes de desenvolver um trabalho especializado e de qualidade, também pode-se ressaltar a necessidade dos gestores do município identificar esses problemas e ofertarem especializações aos membros da equipe, através de atividades de educação continuada. Souza AC, Rivera FJU (2010) destacam, para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na AB, é fundamental a qualificação das equipes, potencializando a rede e qualificando o cuidado. Apontou-se também pelos profissionais a necessidade exercer suas práticas mais voltadas para saúde mental, utilizando instrumentos adequados como a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), oficinas, grupo de apoio, vinculando esses usuários diretamente aos serviços de saúde e ao profissional de enfermagem, pois essa demanda procura os serviços somente para a renovação de receitas médicas ou quando já se encontram em surto psicótico, impossibilitando um trabalho de prevenção, escuta e orientação. Sobre isso Almeida ANS, (2009) ressalta que a prática da enfermagem nesses serviços ainda permanece atrelada ao saber médico, e a consulta de enfermagem, muitas vezes, se resume ao acompanhamento da prescrição medicamentosa e de seus efeitos. Outra problemática apontada pelos enfermeiros foi, a sobrecarga de trabalho que eles encontram nos serviços de saúde, atendendo apenas esses usuários quando vem até a (UBS) apresentando problemas clínicos, não direcionando o atendimento para a saúde mental, pois sabemos que para realizar trabalhos de prevenção ou até mesmo de reabilitação necessita-se tempo, espaço adequado e profissionais capacitados. Já no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por ser um serviço que trabalha com uma demanda específica, as dificuldades encontradas além da sobrecarga, foi que o profissional de enfermagem, permanece detido nas atribuições burocráticas, não desenvolvendo atividades terapêuticas cabíveis a ele. Alguns profissionais também relataram certo receio em trabalhar com os usuários de saúde mental, devido a instabilidade e agressividade, afirmando não saber trabalhar nessas situações de surto, por isso, mais uma vez ressalta-se a necessidade de capacitações nessa área, para além de aprender agir nessas situações, mas também quebrar o estigma que os profissionais de saúde tem perante esses usuários. Sobral FR, Campos CJG (2012) afirmam que se reconhece, a complexidade em realizar esse trabalho em saúde mental, decorrente do estigma social da doença mental e que o próprio profissional possui. Também destacam, que o contato com o sofrimento mental mobiliza vários sentimentos que sobrecarregam as pessoas. Isso deve ser considerado na capacitação/formação profissional, abrindo espaços para elaborar as dificuldades surgidas na relação com pacientes e familiares. Outro fator considerado, foi que, esses profissionais ao atuarem principalmente com usuários de álcool e drogas se sentem desmotivados, pelo fato de muitas vezes não haver resolutividade no problema, desencadeando assim, sentimentos de incapacidade, frustração e derrota. Através da pesquisa



de Ribeiro ID, Chamon EMQ (2012) pode-se confirmar que mediante os comportamentos do paciente alcoolista os enfermeiros sentem-se inconformados, cansados, angustiados e frustrados ao observarem a ineficácia de sua atuação, uma vez que o paciente retorna frequentemente às unidades de saúde, sempre do mesmo jeito, alcoolizado e pouco colaborativo com os procedimentos empreendidos pela equipe de saúde. Destacou-se também como um problema de todos os pesquisados a dificuldade que encontram na ativação da rede de saúde, pois essa muitas vezes não apresenta resolutividade, não conseguindo assim, acompanhar o tratamento do usuário nos diversos pontos, não sendo repassada informações pertinentes sobre o tratamento desses, tornando-se incapazes de realizar um acompanhamento integral e continuado, verificando-se assim que o matriciamento é precário, necessitando uma estruturação do mesmo para melhor atender à esses usuários. **CONCLUSÃO:** Por meio dessa pesquisa conseguiu-se evidenciar que a maioria dos enfermeiros entrevistados sente-se despreparados para atuar juntamente com usuários de saúde mental, sendo o currículo acadêmico pouco voltado para essa área, e a falta da oferta de especializações, as principais causas desse despreparo, incapacitando assim os profissionais de exercer uma assistência humanizada e de escuta ativa, prejudicando a construção de vínculo e conseqüentemente, a efetividade do tratamento. Considerando que o profissional enfermeiro desempenham importantes funções na prevenção e promoção da saúde, cabe a ele, juntamente com sua equipe, desenvolver atividades direcionadas a saúde mental, como grupos, oficinas, construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), visitas domiciliares, não focando somente na parte clínica do paciente mas sim visualizando-o como um todo para obter um cuidado integral, conseguindo reduzir o atendimento médico centrado e medicamentoso. A sobre carga de trabalho também vem a prejudicar a assistência de enfermagem aos pacientes de saúde mental, pois dificulta na realização de atividades extra serviços de saúde, permanecendo envolvido somente com a demanda presente e as atribuições burocráticas, não permitindo o desenvolvimento das atividades terapêuticas. Outro problema visualizado foi o estigma que muitos profissionais tem perante esses usuários, impedindo-os de desenvolver um cuidado pautado pela integralidade, enfatizando mais uma vez a necessidade da oferta de qualificações nessa área, formando profissionais aptos e desprendidos de pré conceitos. Evidenciou-se também a complexidade que os profissionais encontram ao trabalhar com usuários de álcool e drogas, pelo fato de desenvolverem um trabalho contínuo, e mesmo assim não apresentar resolutividade, desencadeando sentimentos de frustração e derrota, podendo talvez, desinteressar-se pelo cuidado desses. O trabalho em rede na saúde mental é fundamental para o melhor acompanhamento do usuários, porém os pesquisados admitiram dificuldades nessa atividade, impedindo-os de realizar um trabalho contínuo. Como visto os profissionais enfermeiros enfrentam diversas dificuldades no desempenho do seu papel em saúde mental, por isso necessita-se a valorização do seu trabalho, ofertando instrumentos para que esses possam se atualizar e buscar novos conhecimentos, obtendo assim, resolutividade satisfatória em seus serviços prestados, eliminando sentimentos de incapacidade e insatisfação, podendo realizar um cuidado mais prazeroso, e livre do estigma social.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.N.S. **Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental:** contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito. Dissertação Mestrado. Universidade Estadual do Ceará do Centro de Ciências da Saúde, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.



RIBEIRO, I.D.; CHAMON, E.M.Q. Alcoolismo, enfermagem e os contextos de desenvolvimento humano. Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades Niterói RJ. **Anais**. 2012.

SOBRAL, F.R; CAMPOS, C.J.G. O enfermeiro e a educação em saúde mental na atenção primária: revisão integrativa. **SMAD: Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v.8, n2, p:100-7, 2012.

SOUZA, A.C; RIVERA, F.J.U. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev Tempus Actas Saúde Colet.** v.4, n.1, p:105-14, 2010.

WIDMAN MAP et.al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Acta Paul Enferm.** v.25, n.3, p:346-51, 2012.



10 CONTRIBUIÇÕES DO PET- SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

ROSA, FRANCIELE TEIXEIRA

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões, Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas. E-mail: frantrosa@gmail.com

ROCHA, FABIANA APARECIDA

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões, Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas.

HUBNER, MICHELE

Enfermeira, Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira das Missões/RS

MARTINS, RICARDO VIANNA

Psicólogo. Doutor em Psicologia. Professor da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões. Tutor do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas.

DESCRITORES: Saúde Mental; Enfermagem; Atenção Básica.

INTRODUÇÃO: No momento atual, a rede hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS) divide-se em alta e média complexidade e Atenção Básica, cabendo a esta última a função de promover um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, constituindo-se no contato preferencial dos usuários com a rede. O mecanismo priorizado pela Atenção Básica como meio de orientar as práticas de saúde, garantir uma melhor qualidade de vida à população e, portanto, reafirmar os princípios básicos do SUS é a Estratégia Saúde da Família (ESF). (RODRIGUES, 2012). Cabe a atenção básica, nesse contexto, um importante papel na assistência a saúde mental, o que acaba sendo dificultado devido as grandes demandas de usuários nas ESF. O Ministério da Saúde avalia que cerca de 9% da população apresentam transtornos mentais leves e de 6 a 8% apresentam transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pelos quais a atenção básica deve responsabilizar-se. (FIGUEIREDO, 2009). Neste cenário, surge, portanto, o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), criado por iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, a partir da Portaria Interministerial nº1.802. O PET-Saúde tem por objetivo criar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, oferecendo aos acadêmicos da graduação o aperfeiçoamento nos serviços das profissões por meio de estágios e vivências proporcionados pelas instituições de ensino superior em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde. (RODRIGUES, 2012). O presente relato de experiência objetiva apresentar as contribuições em saúde mental realizadas na atenção básica em uma ESF por um grupo do “PET/Saúde-rede de atenção psicossocial priorizando o enfrentamento do álcool, *crack* e outras drogas”.

OBJETIVO: Apresentar as contribuições que o PET/Saúde rede de atenção psicossocial trouxe em relação à saúde mental na atenção básica em um município do noroeste do Rio grande do Sul, através de atividades desenvolvidas em uma ESF. **METODOLOGIA:** Trata-



se de um relatório de experiência das acadêmicas do curso enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões, “petianas” da Rede de Atenção Psicossocial. Este trabalho foi realizado subsequente às atividades realizadas através do PET-Saúde no segundo semestre de 2014, na ESF de um município do noroeste do Rio Grande do Sul **DISCUSSÃO E RESULTADOS:** Atualmente na atenção básica as estratégias de saúde da família têm trabalhado com uma demanda muito grande de usuários, o que dificulta o oferecimento de uma atenção integral que busque pensar e articular diversos recursos pra se trabalhar e promover a saúde mental na comunidade. O PET-Saúde rede de atenção psicossocial vem contribuir na articulação da atenção básica com a rede de serviços proporcionando uma atenção integral para que os problemas dos indivíduos possam ser abordados pelos níveis de assistência necessários para a sua resolução e o acesso seja fácil e ágil. Atuação dos acadêmicos nos serviços de saúde de forma articulada fortalece a integração ensino-serviço e contribuem para a identificação das necessidades da população e aprimoramento na qualidade da assistência prestada. Várias estratégias de cuidado são utilizadas em saúde mental, as oficinas terapêuticas é uma delas, através do PET-Saúde foi pensado e articulado pelas acadêmicas petianas juntamente com a enfermeira da ESF um grupo de convivência para comunidade buscando a interação da tríade ensino serviço e comunidade. Segundo o MS, Portaria 189 de 19/11/1991, citado por Valladares et al (2003), o termo “oficinas” se caracterizariam como “atividades grupais de socialização, expressão e inserção social. As oficinas terapêuticas têm se apresentado na saúde mental como dispositivos terapêuticos ativos e utilizadas como um recurso no tratamento de pacientes, “consistindo numa atividade artística enfatiza o processo construtivo e a criação do novo através da produção de acontecimentos, experiências, ações, objetos; reinventa o homem e o mundo”. (MENDONÇA, 2005) . Pensando na promoção em saúde mental e também na prevenção em relação a temática álcool e outras drogas foram realizadas rodas de conversa com essa temática na escola da comunidade o que propiciou um diálogo aberto com jovens e adolescentes da comunidade local . A partir do compartilhar e explorar as crenças e os valores e da discussão de suas implicações práticas, é possível que os indivíduos reformulem as informações que tinham antes, assumindo, eventualmente, uma atuação na sociedade, disseminando os conhecimentos desenvolvidos. Também foram realizadas visitas domiciliares (VD) pelas acadêmicas juntamente com as agentes de saúde comunitário. As VDs constitui-se como um instrumento facilitador na abordagem dos usuários e família, por meio desse recurso pode-se entender a dinâmica familiar com o objetivo de verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido aos usuários. (REINALDO, 2006). Nesta perspectiva posteriormente será realizado um mapeamento dos usuários específicos de saúde mental da unidade para que sejam identificados os principais problemas, e assim planejem-se novas estratégias e intervenções de cuidado, o mapeamento como fermenta contribui para realização de busca ativa dos usuários. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Na procura da universalidade da assistência e da ampliação do acesso aos serviços de saúde, a implementação da atenção básica, através de sua estratégia estruturante Saúde da Família tem sido a principal diretriz das políticas públicas na direção da melhoria da qualidade da atenção à saúde no nosso país. Esta expansão da atenção básica exigiu a incorporação de recursos humanos não adequadamente preparados para este tipo de trabalho. Segundo documentos oficiais do Ministério da Saúde, o programa de saúde da família deve dar conta de 85% das necessidades de saúde da população cadastrada, sendo que as questões psicossociais não estão incluídas como prioridades. Observa-se que dentre os vários problemas que surgem com a aproximação da comunidade destacam-se as questões de saúde mental, presente relato de experiência possibilitou apresentar de forma geral as contribuições



em saúde mental do PET-Saúde rede de atenção psicossocial na atenção básica através de atividades e de intervenções realizadas pelas acadêmicas petianas como: realização de visitas domiciliares, criação de um grupo de convivência, promoção de espaços para rodas de conversa na escola da comunidade atividades que foram realizadas através da inserção das acadêmicas em uma ESF de um município do noroeste do Rio Grande do Sul. Contudo percebe-se ainda que a participação do PET-Saúde na atenção básica gera similarmente uma importante contribuição na vida acadêmica das petianas, pois através dessa possibilidade de interação as acadêmicas tem uma oportunidade maior de assimilação do que é visto em sala de aula, ou seja, referencial teórico-prático já que é necessário conhecer a rotina da unidade, os serviços oferecidos e relacionar-se com todos os integrantes da equipe de saúde. A interação ensino-serviço-comunidade é fundamental para a formação de profissionais comprometidos com a proposta do sistema único de saúde, proporcionando-lhes um contato direto com os problemas da população e instrumentalizando-os para intervir de forma eficaz, com ações coletivas por meio de uma educação preventiva em saúde pública. (RODRIGUES, 2012) Desta forma, o PET-Saúde prenuncia ser uma grande promessa para o aprimoramento da atenção básica, visto que traz propostas inovadoras para estratégia de saúde da família, fundamentadas nos princípios e diretrizes do sistema único de saúde.

REFERÊNCIAS:

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p:129-138, 2009. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 de março de 2015.

MENDONÇA, T.C.P. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. **Psicol. cienc. prof.** [online]. v.25, n.4, p.626-635, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000400011&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 20 de março de 2015.

REINALDO, A.M.S.; ROCHA, R.M. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: ideias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 4, n. 2, p:36-41, 2006. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/758/828>. Acesso em: 24 de abril de 2015.

RODRIGUES, A.Á.A.O. et al . Processo de interação ensino, serviço e comunidade: a experiência de um PET-Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, v.36, n.1, supl.2, p.184-192, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 de março de 2015.

VALLADARES, A.C.A.; LAPPANN-BOTTI, N.C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L.P.; SCATENA, M.C.M. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.1, p.04-09, 2003.



11 A CONTRIBUIÇÃO DO PET- SAÚDE NA CONSOLIDAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS

SILVA, QUEILA CAMPOS DA

Acadêmica do V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Campus Palmeira das Missões - RS. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas. E-mail: queilacampos_2010@hotmail.com

KLEIN, KASSIELY

Acadêmica do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Campus Palmeira das Missões - RS. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas.

MARTINS, RICARDO VIANNA

Psicólogo. Doutor em Psicologia. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões. Tutor do PET-Saúde /Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas

DESCRITORES: Enfermagem; Serviços de Saúde; Saúde Mental.

INTRODUÇÃO: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi implantado no ano de 2013, na Universidade Federal de Santa Maria – UFSM Campus Palmeira das Missões, e contribui para o fortalecimento das redes de atenção básica. Na Rede de Atenção Psicossocial, especificamente, é priorizado o enfrentamento do álcool, *crack* e outras drogas, visando integrar o ensino, a pesquisa e a extensão com base nos seguintes princípios: integralidade, intersetorialidade, co-responsabilidade, humanização e trabalho em rede. Mediante isso, se torna importante a análise das atividades desenvolvidas através desse programa e de que maneira elas contribuem com a Rede de Atenção a Saúde (RAS) que são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010); e em especial, com o atendimento em Saúde Mental. Nesse contexto, o “Observatório de Saúde Mental: O Cenário de Saúde Mental na Região da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde” é um projeto de pesquisa que objetiva, entre outros aspectos, relatar a percepção dos profissionais de Enfermagem da Atenção Básica de Saúde (ABS), Estratégias da Saúde da Família (ESF) e também do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que atuam no município de Palmeira das Missões - RS. Como nos indica Vilella *et al* (2004), os caminhos trilhados para alcançar o princípio da Enfermagem são percorridos sobre dificuldades, exigindo esforços para conviver com o inacabado, com a multifinalidade, com as diferenças, com as ambiguidades e com as incertezas. A referida pesquisa se encontra aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem, sob o nº 0246.0.243.000-11, de acordo com as disposições da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **OBJETIVOS:** Pesquisar o andamento dos serviços de Saúde Mental, na perspectiva dos profissionais da Enfermagem, descrevendo suas opiniões no que diz respeito à contribuição dos integrantes do PET-Saúde no serviço e quanto ao conhecimento dos mesmos sobre o programa. Mediante as respostas ao seguinte questionamento, que faz parte de uma das cinco categorias avaliadas durante o



processo de coleta de dados: Você tem algum conhecimento sobre o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) - Rede de Atenção Psicossocial com enfrentamento em álcool, *crack* e outras drogas? Acredita que as atividades desenvolvidas nesse programa estão auxiliando a rede do município? Como? **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória com questionário construído e estruturado através de um roteiro de entrevista individual, que foi aplicado durante o primeiro semestre do ano de 2015. Foram selecionados para as entrevistas, que ocorreram por meio da gravação de áudio, seis enfermeiros que compõe a Rede Básica de Atenção do município. Estes, ao aceitar participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo o sigilo e a segurança das informações prestadas. As respostas de cada profissional foram transcritas e analisadas através da técnica de Análise de Conteúdo, que para Bardin (1977), não só um instrumento, mas um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: o campo das comunicações. **RESULTADOS PARCIAIS:** O público alvo do estudo compreende no total de seis enfermeiras, sendo que todas são do sexo feminino e trabalhadoras da Rede Básica de Saúde do Município de Palmeira das Missões - RS. Ao serem questionadas, todas relataram conhecer a maneira como funciona o PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial e, em unanimidade, concordam que o mesmo não só auxilia na prestação de serviços ao indivíduo com agravos à saúde, sejam de ordem física, mental ou social; mas que também possibilitou melhorar a qualidade do atendimento em Saúde Mental. A grande maioria informa que o projeto contribui na Rede de Atenção à Saúde, devido à comunicação que proporciona entre os diversos pontos desta. Entretanto, algumas discordaram desse aspecto, ao esclarecer que os integrantes do PET-Saúde encontram tantas dificuldades quanto os profissionais, no que diz respeito ao funcionamento do serviço, principalmente com um dos elementos-chave de reorganização das práticas de trabalho, as questões de referência e contrarreferência. Entendido como um “mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços” (SERRA, 2010). Além disso, há falta de capacitação teórica e prática aos profissionais e aos integrantes do PET-Saúde, na perspectiva das enfermeiras entrevistadas, que caracterizaram esse fato como um problema. De acordo com Venturine (2001), a qualificação específica pode proporcionar uma ampliação de horizontes, conduzir a reflexão sobre o processo de humanização, solidariedade, respeito, compromisso, julgamento, aceitação e liberdade. As entrevistadas referiram que o PET-Saúde auxiliou trazendo uma nova gama de conhecimentos e ampliando a atenção em Saúde Mental, o que em consequência, estimulou os profissionais a repensarem o processo de assistência, cooperando “para a concretização desta nova forma de pensar, fazer saúde e trabalhar a saúde mental na comunidade, estimulando reflexões sobre a prática desta assistência” (CABRAL, 2001). Esse aspecto contribui ainda, para o aumento no número de atividades desenvolvidas pela equipe junto aos pacientes, como por exemplo, rodas de conversa, grupos de convivência, grupos de estudos, palestras em escolas que abrangem a região das Unidades de Saúde e que trazem a temática de prevenção ao uso de substâncias psicoativas, entre outros assuntos que contemplam o tema Saúde Mental, com ênfase na promoção e proteção a saúde. Além do mais, os integrantes auxiliam para que novos Projetos Terapêuticos Singulares (PTSs) sejam elaborados, participaram de consultas de Enfermagem, de atendimentos clínicos realizados pelos profissionais da equipe, que são preceptores do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, e acompanham a equipe nas visitas domiciliares. A multidisciplinaridade possibilitada por meio do projeto foi identificada na fala dos profissionais como um aspecto positivo, uma evolução no atendimento, pois proporciona a ampliação do olhar ao paciente, permite a troca de informações entre os profissionais e



promove o crescimento mútuo da equipe ou, como define Sobrinho (2011), auxilia aprimorando os relacionamentos interpessoais e articulando os saberes. Da mesma forma, foi mencionado em alguns momentos da entrevista, que o PET-Saúde proporcionou a aproximação dos profissionais as Políticas Públicas de Saúde Mental, que nas palavras de Pontes (2014), têm o objetivo de romper com o modelo “hospitalocêntrico”. Isso possibilitou que estas Políticas fossem repensadas a partir de uma análise crítica e reflexiva, e Ribeiro *et al* (2010) determina o fato como uma mudança no paradigma da assistência psiquiátrica, bem como, a desconstrução do distanciamento entre as práticas psiquiátricas excludentes e a atenção primária à saúde. Alguns profissionais, aqueles que atuam nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs) exclusivamente, narraram que tencionados pelo PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial passaram a dar mais atenção às demandas de Saúde Mental nas unidades em que desempenham suas atividades. Já que outrora, os atendimentos prestados não iriam além do cuidado a alguns casos de tabagismo ou alguns encaminhamentos ao serviço especializado, como por exemplo, nos casos de pacientes que apresentavam algum transtorno afetivo leve, tal como a depressão. E apesar de Ribeiro *et. al* (2010) considerar a saúde mental como um eixo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), esse tipo de atendimento requer tempo e estava sendo deixado em segundo plano com a justificativa de que, conforme os profissionais, o número de pacientes com outros tipos de problemas de saúde é mais elevado. Todavia, o trabalho das Esquipes da Estratégia de Saúde da Família é bem sucedido quando somado aos serviços de Saúde Mental, já que demonstra, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde (2002), ser possível a articulação seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) associados aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Proporcionando, contudo, o almejado cuidado integral que traz resolutividade as problemáticas dos indivíduos que buscam atendimentos desse gênero. **CONCLUSÃO:** Durante a aplicação da pesquisa, ficou evidente, que as atividades do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial vêm contribuindo positivamente com a Rede de Atenção em Saúde Mental do município de Palmeira das Missões - RS. E, que conhecer a perspectiva dos profissionais da Enfermagem que têm a “responsabilidade de se solidarizar com as pessoas, os grupos, as famílias e as comunidades, objetivando a cooperação mútua entre os indivíduos na conservação e na manutenção da saúde” (VILLELA, 2004), comprova esse fato. Além disso, no decorrer da aplicação dos questionamentos, foi identificado claramente que quem trabalha junto ao PET-Saúde apresenta um conhecimento maior sobre o fluxo de funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, do que quem não trabalha, apesar de todos os entrevistados afirmarem conhecer o projeto e a maneira como o mesmo se desenvolve. Assim como, foi possível observar que os enfermeiros inseridos no PET-Saúde (re)afirmam a sua relevância pelo fato dele interligar os pontos da Rede e melhorar a assistência em Saúde Mental no município e na região. Portanto, apesar dos obstáculos encontrados no que concerne à atenção aos indivíduos com agravos de saúde no âmbito da Saúde Mental, o projeto PET-Saúde coopera agregando e estimulando a equipe multidisciplinar, enfermeiros especificamente, de maneira a melhorar a assistência e o funcionamento da rede básica de saúde através da Rede de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental** [Internet]. Brasília; 2002. Disponível em:



http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf. Acesso em 15 de fevereiro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde; Portal da Saúde – SUS. Departamento de Atenção Básica; **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php. Acesso em 23 de abril de 2015

CABRAL, B. Estação comunidade. In: JANETE, A.; LANCETTI, A. (org). Saúde mental e saúde da família. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 137-154.

PONTES, S; LOPES, L.; SANTOS, L.M.M.; CALAZANS, R. Implantação de políticas públicas em saúde mental: o caso de São João del Rei. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Minas Gerais, v.2, p.260-2687, 2014.

RIBEIRO, L.M. et al . Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?. **Rev. esc. enferm. USP**, v.44, n.2, p.376-382, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 de abril de 2015.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, supl.3, p.3579-3586, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900033&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 de março de 2015.

SOBRINHO, T.A.O. et al . Integração Acadêmica e Multiprofissional no Pet-Saúde: Experiências e Desafios. **Rev. ABENO**, v.11, n.1, p:39-42, 2011. Disponível em http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-59542011000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 de março de. 2015.

VENTURINI, E. O sal e as árvores - o que é fundamental não é só fechar, em vez disto é abrir. I Encontro Internacional de Reabilitação Psicossocial. **Anais**. Erechim (RS); Brasil; 2001.

VILLELA, S.C.; SCATENA, M.C.M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev. bras. enferm.**, v.57, n.6, p.738-741, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 de abril de 2015.



12 CUSTO AFETIVO NO TRABALHO DE AGENTES PENITENCIÁRIOS

SILVA, JONATAN DA ROSA PEREIRA DA

Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS Membro do Grupo de Pesquisas Saúde, Trabalho Educação e Enfermagem, Linha: Saúde/Sofrimento psíquico do trabalhador, Bolsista de Iniciação Científica PROBIC-FAPERGS. Santa Maria, RS, Brasil.

MACHADO, CYNTHIA HELENA FERREIRA

Enfermeira, Membro do Grupo de Pesquisas Saúde, Trabalho Educação e Enfermagem, Linha: Saúde/Sofrimento psíquico do trabalhador. Santa Maria, RS, Brasil.

PRESTES, FRANCINE CASSOL

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – RS, Enfermeira Administrativa do Departamento de Enfermagem (UFSM), Membro do Grupo de Pesquisas Saúde, Trabalho Educação e Enfermagem, Linha: Saúde/Sofrimento psíquico do trabalhador. Santa Maria, RS, Brasil.

SILVA, ROSÂNGELA MARION DA

Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisas “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem” Linha Saúde/Sofrimento psíquico do trabalhador, da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.

BECK, CARMEM LÚCIA COLOMÉ

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado IV do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisas “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem” Linha Saúde/Sofrimento psíquico do trabalhador, da UFSM. Bolsista de Produtividade – CNPq – Bolsa PQ – Nível 2. Santa Maria, RS, Brasil.

DESCRITORES: Trabalho; Saúde do Trabalhador; Condições de Trabalho e Prisões.

INTRODUÇÃO: Nós últimos anos, a pesquisa acadêmica no campo de saúde do trabalhador procura contemplar a relação trabalho, saúde e adoecimento (PRESTES et al, 2010). A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora visa identificar os problemas agravantes a saúde do trabalhador, incluindo intervenções no cenário de trabalho se necessárias, pelas esferas gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012). O processo de trabalhar tem se diferenciado ao longo das décadas, sendo a ação assalariada que antes era tida como necessidade para sobrevivência, já passou a ser concebida como parte constituinte da satisfação trabalhador. Para Dejours (2004), o trabalho transcende uma ação remunerada, sendo as tarefas, vivências e sentimentos que o trabalhador presencia em sua atividade serão transfigurados na personalidade do laborioso, sendo assim sua saúde e seu bem-estar estará ligada a seu ofício. Evidenciando-se assim a centralidade que o trabalho assume na vida do laborioso. O contexto penitenciário é marcado por drogas, violência e sofrimento o que denota a atividade laboral penitenciária um caráter depreciativo, contribuindo para que o trabalho dos agentes penitenciários seja uma atividade estressante e arriscada, o que influencia consideravelmente para o adoecimento deste trabalhador. O desgaste humano no trabalho é resultante das obrigações que o indivíduo tem de realizar em



seu cenário de trabalho, que acabam influenciando negativamente em sua saúde e bem estar. Segundo Mendes e Ferreira (2007) o custo humano no trabalho abrange os fatores de custo afetivo, cognitivo e físico. O custo afetivo refere-se às ações impostas ao trabalhador pelo contexto de trabalho que se traduzem em forma de desgaste emocional. As relações afetivas e de sentimentos, e os estado de humor com os demais colegas de trabalho são alguns exemplos que pode ser mencionados, e que contribuem para o dispêndio afetivo desse laborioso. Em estudo realizado com agentes de segurança penitenciária Tschiedel e Monteiro (2013), identificaram condições precárias de trabalho para esse grupo, o que pode desencadear riscos biológicos e psicossociais, além de um número restrito de publicações científicas nesse tema. Com base no exposto o estudo tem validade uma vez que procura identificar ações inerentes ao contexto de trabalho que podem prejudicar este trabalhador. Esta pesquisa é oriunda de um trabalho de conclusão de curso e de leituras e reflexões realizadas no grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, mais especificamente na linha Saúde/Sofrimento psíquico do trabalhador. **OBJETIVO:** Nessa direção este estudo busca avaliar o custo afetivo no labor de agentes penitenciários relacionando-o com o adoecimento, de uma cidade do Rio Grande do Sul. **METODOLOGIA:** O presente estudo formatou-se de uma investigação com abordagem metodológica quantitativa, do tipo exploratório transversal. Teve como panorama de pesquisa um serviço penitenciário público, localizado em uma cidade no interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes da pesquisa foram os trabalhadores desta penitenciária que estão escalados conforme três categorias: Agente Penitenciário, Agente Penitenciário Administrativo e Agente Penitenciário Supervisor (LEI COMPLEMENTAR 13.259/2009). Os critérios para participação dos participantes na pesquisa foram: ser trabalhador penitenciário na instituição que constitui o cenário da pesquisa; ter atuação profissional no serviço a, no mínimo, seis meses; e estar em pleno exercício de sua função no período da coleta dos dados. Dos critérios de exclusão, definiu-se: trabalhadores que estivessem afastados por qualquer motivo (atestado médico, licenças em geral, férias). Na fase de coleta de dados, 103 agentes trabalhavam na penitenciária. A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2012. Onde foram utilizados um questionário de dados sociodemográficos e laborais e uma das escalas quem compõem o Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA), que é composto de quatro sub-escalas e 128 itens (afirmativos). O inventário foi validado no Brasil, através de um estudo realizado com trabalhadores de empresas públicas do Distrito Federal, Mendes e Ferreira (2007). Este estudo expandido serão apresentados os dados referentes ao fator custo afetivo descrito na introdução, presente na Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT) que também é composta pelos fatores custo cognitivo e custo físico. A escala do tipo Likert utiliza numerais cardinais para avaliação, onde cada numero corresponde a um nível de exigência sobreposto ao trabalhador, assim sendo 1 = nada exigido, 2 = pouco exigido, 3 = mais ou menos exigido, 4 = bastante exigido e 5 = totalmente exigido. O fator utilizado no estudo possui doze (12) questionamentos específicos para sua categoria. Para análise as variáveis considerou-se um desvio padrão em relação ao ponto médio, assim: acima de 3,7 = avaliação negativa, grave, entre 3,69 e 2,3 = avaliação moderada, crítica e abaixo de 2,9 = avaliação positiva, satisfatória. Vale salientar que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa obteve parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM) sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0368.0.243.000-11 e esteve em conformidade com a Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996), vigente na coleta de dados. Após o termino da coleta de dados foram validados 87 questionários, após a validação dos mesmos, estes foram analisados por meio de uma estatística descritiva simples. **RESULTADOS:** Da população de



103 trabalhadores do serviço penitenciário, participaram do estudo 87 trabalhadores. Conforme os critérios de inclusão e exclusão, dezesseis trabalhadores foram excluídos, destes quinze trabalhadores estavam de férias e um estava de licença saúde, no período da coleta de dados. Não houve perdas no estudo, pois todos os questionários entregues foram preenchidos e devolvidos no prazo determinado. Os trabalhadores do serviço penitenciário são predominantemente do sexo masculino (79,3%, n=69), casado/relação estável (71,3%, n=62) e não possuem residência fixa em Uruguaiana (70,1%, n=61). A faixa etária com maior prevalência é superior ou igual há 40 anos (37,9%, n=33). Considerando o grau de escolaridade, a maior parcela de trabalhadores possui ensino médio completo (60,9%, n=53), não estavam realizando nenhum curso no momento da pesquisa (81,6%, n=71), 79,3% (n=69) dos trabalhadores ocupam o cargo de agente penitenciário, já haviam ficado afastados do trabalho por algum problema de saúde (14,9%, n=13), haviam sofrido algum acidente no trabalho no ultimo ano (2,3%, n=2) e 42,5% (n= 37) encontravam-se 50% satisfeitos com sua remuneração atual. Os itens correspondentes ao custo afetivo da ECHT serão apresentados a seguir com Média (M), Desvio Padrão (DP) e Classificação de Risco (CR): 1 - Ter controle das emoções (M: 4,07 ,DP: 1,09 e CR: Grave), 2 - Ter que lidar com ordens contraditórias (M: 2,94, DP: 0,94 e CR: Crítico), 3 - Ter custo emocional (M: 3,44, DP:1,10, e CR: Crítico), 4 - Ser obrigado a lidar com a agressividade dos colegas (M: 3,51, DP:1,27 e CR: Crítico), 5 - Disfarçar sentimentos (M: 3,31, DP: 1,26, e CR: Crítico), 6 - Ser obrigado a elogiar as pessoas (M: 1,57, DP: 0,76, e CR: Satisfatório), 7 - Ser obrigado a ter bom humor (M: 1,94, DP: 1,06 e CR: Satisfatório), 8 - Ser obrigado a cuidar da aparência física (M: 2,36, DP: 1,13 e CR: Crítico), 9 - Ser bonzinho com os outros (M: 1,89, DP: 1,15 e CR: Satisfatório), 10 - Transgredir valores éticos (M: 1,74, DP: 1,08, e CR: Satisfatório) 11 - Ser submetido a constrangimentos (M: 1,79 , DP: 1,05, e CR: Satisfatório) e 12 - Ser obrigado a sorrir (M: 1,44, DP: 0,74 e CR: Satisfatório). Salienta-se que a pesquisa obteve Alfa de Cronbach igual a 0,82, sugerindo assim a fidedignidade dos dados coletados. **PRINCIPAIS CONCLUSÕES:** O estudo possibilitou mensurar o custo afetivo nos trabalhadores do serviço penitenciário no âmbito das atividades trabalhistas desempenhadas por estes profissionais. O item “ter controle das emoções” foi o único que obteve avaliação grave, identificando que esta é uma situação que colabora significativamente para o dispêndio desse trabalhador. Os itens “ser obrigado a elogiar as pessoas”, “ser obrigado a ter bom humor”, “ser bonzinho com os outros”, “transgredir valores éticos”, “ser submetido a constrangimentos” e “ser obrigado a sorrir” obtiveram avaliação satisfatória, considerando assim ações mais suportáveis ao trabalhador. Tendo o cuidado como função primordial de sua profissão, e reconhecendo esse trabalhador como um ser passível de cuidados, ratifica-se a importância da pesquisa da enfermagem nesse contexto. Sendo este um cenário de trabalho com agravos a saúde do trabalhador mostra-se um motivo para o profissional enfermeiro estar participando efetivamente no cuidado a saúde do trabalhador dessa instituição por meio da redução de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho mediante ações de promoção, reabilitação e vigilância na área da saúde tendo como base a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), o Plano Nacional de Saúde do Serviço Penitenciário (PNSSP), o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem entre outros instrumentos que respaldam a atuação do profissional enfermeiro nos diversos contextos, principalmente, relacionados a saúde do trabalhador. Os resultados deste estudo representam avanços do conhecimento no campo da Saúde do Trabalhador, tendo-se em vista a escassez de publicações com trabalhadores de serviços penitenciários. Em síntese, pode-se afirmar que o trabalho interfere na condição humana tanto no âmbito físico e psicológico, influenciando assim na subjetividade relacionada ao contexto laboral, o que ratifica a relação entre a ocupação e a saúde do trabalhador.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.823, de 23 de julho de 2012. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília, 2012.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v.14, n.3, p.27-34, 2004.

MENDES, A.M.; FERREIRA, M.C. Inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimento – ITRA: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: Teoria, Método e Pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 111-126

PRESTES, F.C. et al. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.31, n. 4, p:38-45, 2010.

TSCHIEDEL, R.M; MONTEIRO, J.K. Prazer e sofrimento no trabalho das agentes de segurança penitenciária. **Estudos de Psicologia**. v.18, n.3, p:527-535, 2013.



13 DESAFIOS QUE SE INTERPÕEM NAS ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

PETRY, LETÍCIA

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS. E-mail: leticia.petry@hotmail.com

SILVA, LUIZ ANILDO ANACLETO DA

Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões.

SODER, RAFAEL MARCELO

Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS

OLIVEIRA, ISABEL CRISTINE

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS.

DE MARCO, VERA REGINA

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS.

SENGER, SABRINA DIAS

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS.

DESCRITORES: Enfermagem em Saúde Comunitária; Educação em Saúde; Gestão em saúde; Administração Pública.

INTRODUÇÃO: Os gestores da saúde pública, em sua maioria, relatam encontrar grandes dificuldades em seu processo de trabalho, estes buscam continuamente solucionar problemas, sofrimentos e urgências dos usuários apesar dos recursos exíguos das realidades municipais. Através desta pesquisa procurou-se conhecer as especificidades locais e, regional dos serviços de saúde, abordando quais são os principais desafios na gestão pública desses serviços, compreendendo como as ações educativas podem contribuir no processo de gestão e atenção a saúde. Na pesquisa procurou-se evidenciar uma série de fatores que podem contribuir para a gestão em saúde, em especial conhecer os municípios que possuem planos municipais de saúde, modos de gestão, atenção e educação; estratégias de prevenção de doenças e agravos; ações de saúde destinadas a segmentos específicos da população, como os crônicos-degenerativos; promoção da saúde e as ações educativas desenvolvidas para o contínuo desenvolvimento dos trabalhadores em saúde. Neste estudo, fez-se um recorte e enfatiza-se a educação como estratégia de promoção em saúde. Segundo Pinafo *et al.* (2012) analisar a



prática da educação em saúde na atenção básica permite conhecer como os profissionais operacionalizam o seu conhecimento enquanto instrumento de trabalho, o que possibilita revelar sua forma de agir na produção do cuidado com base no processo educativo em saúde. Tem destaque o papel dos profissionais de saúde e do gestor de saúde à medida que estes articulam estratégias para que os usuários estejam envolvidos em ações educativas. A educação em saúde deve ser repensada e valorizada como uma tecnologia de trabalho, que revela diferentes processos de agir em saúde, reorientando esta prática, tomando como princípios os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e uma aprendizagem significativa, para que promova mudança na vida dos usuários e dos trabalhadores, assim como na realidade do modelo de atenção à saúde vigente (PINAFO *et al.*, 2012). Conforme estudos de Roecker *et al.* (2012) instituir a educação em saúde no processo saúde/doença e estabelecer uma prática educativa satisfatória, requer que se conheça os indivíduos e a realidade em que se encontram para se possibilitar uma ação educativa, bem como conhecer suas potencialidades e suscetibilidades que devem ser avaliadas de maneira integral. Dessa forma, inúmeras podem ser as ações destinadas aos usuários, se estas forem planejadas baseando-se no conhecimento com propriedade das características individuais e regionais da população. **OBJETIVO:** Nesta pesquisa buscou-se compreender quais eram os desafios encontrados na organização da gestão e da atenção nos municípios de pequeno porte na visão dos gestores municipais, no que se refere as estratégias educativas direcionadas aos usuários dos serviços de saúde. **METODOLOGIA:** O estudo é caracterizado como uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. (GIL, 1996). A população amostral foi escolhida de forma proposital, intencional e deliberada, tendo como público alvo 26 gestores municipais de saúde, pertencentes a uma coordenadoria regional de saúde, de um município do noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Os Secretários de Saúde entrevistados foram identificados por as letra (SS), seguidos de um número de ordem. Na apreciação dos dados, está sendo utilizando a análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin (2011). Os preceitos éticos foram seguidos conforme determinado pela resolução 466/2012, sendo o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (termo consubstanciado nº 306.040). **RESULTADOS:** Os resultados da pesquisa advêm das entrevistas realizadas com 26 gestores municipais de saúde dos 26 municípios que compõem a totalidade de uma coordenadoria regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Com os dados compilados, foi possível compreender quais os fatores facilitadores e/ou limitadores na gestão pública dos serviços de saúde, em especial no que se refere às formas de organização, estruturação, definição de estratégias de gestão/atenção/educação, bem como a forma como estão organizadas as estratégias de atenção as doenças infecto-contagiosas, as doenças e agravos não infecciosos, as doenças crônicas degenerativas, as políticas de atenção a criança, adolescente, a mulher e aos idosos, as pessoas/ populações com vulnerabilidades/riscos. Os municípios objetos da pesquisa têm como principal estratégia educativa aos usuários os grupos educativos, os quais são propostos de acordo com as necessidades dos usuários. Geralmente o planejamento vai de encontro as patologias mais frequentes na população, como é elucidado na fala do SS 20, relatando que no seu município é realizado ação educativa com os grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, alcóolicos anônimos, tabagismo, e é realizado através de palestra e orientações na coletividade do grupo e se necessário de forma individual. É possível observar que a prática educativa adotada nos municípios está associada principalmente como uma atividade de transmissão de informações, cabendo ao usuário a responsabilidade pela mudança, muitas vezes não considerando a influência do contexto socioeconômico em que este está inserido. Os municípios procuram estar oferecendo palestras à população com os profissionais atuantes na atenção local e muitas vezes também trazem



profissionais de outras cidades. No entanto, os dados revelam uma expressiva dificuldade em atrair os usuários para as estratégias ofertadas, os gestores observam baixa adesão às propostas, desconsideração de ações de cunho preventivo em razão da supervalorização do aspecto curativo. Na fala do SS 26 foi possível evidenciar isso, pois o relato está direcionado a adesão da comunidade nesses grupos, onde muitas vezes, não existe o interesse no trabalho preventivo dessas doenças correspondente a expectativa. No cenário dessas ações propostas, os gestores revelam ainda que há influência cultural na dificuldade de adesão e o fornecimento de uma recompensa material é uma alternativa em uso nos municípios e que foi requerida para se manter um número mínimo de participação. Alguns municípios utilizam de recursos variados para estimular a continuidade da participação dos usuários nas atividades, como a disponibilização de transporte e a possibilidade de confecção de produtos para bebê de forma gratuita nos grupos de gestante. Devido a importância do ambiente escolar, ações educativas voltadas a este público compõem também as estratégias pensadas pelos gestores da pesquisa, segundo o SS 23, que relata que o trabalho está sendo iniciado na escola, a prevenção está sendo direcionada aos alunos e eles atuam como porta-vozes em seus lares, semeando o aprendizado recebido em sala de aula, segundo o secretário de saúde, essa ação educativa está gerando bons resultados e acredita que isso se justifica devido aos alunos serem inovadores e curiosos. A escola apresenta-se como um local estratégico de intervenção por constituir um importante veículo para a educação em saúde (NETO *et al.*, 2012). Nessa perspectiva, a educação em saúde para o público escolar deve ocorrer de forma contextualizada e se desenvolver na experiência cotidiana, isso representa um estímulo para que os alunos melhorem seus hábitos e contribuam na disseminação de informações, às quais lhes permitem participar de forma mais crítica na sociedade em que estão inseridos. No ambiente escolar são reveladas ações por parte de outros programas como o Programa de Saúde na Escola (PSE), que tem ações voltadas às questões da adolescência, prevenção de gravidez e conscientização sobre as temáticas drogas e álcool. São realizadas ainda avaliações por profissionais da área da saúde como psicólogos, nutricionistas, educadores físicos e oftalmologista e há também o programa “Sorrindo para o Futuro” do SESC, todas essas propostas de trabalhos qualificam ainda mais as estratégias educativas no município. Outra estratégia abordada pelos gestores é a informação por meio de programas de rádio, jornais e materiais informativos como o SS 21 nos relata, onde esse tipo de ação trás bons resultados e é considerada uma importante ferramenta para atingir toda a população, considerando que esses municípios são caracterizados como de pequeno porte e se tratando de uma região com população residente predominantemente no meio rural. Essa situação se confirma em estudo de Prado (2007), onde a proposta de um programa de rádio sobre assuntos de saúde em uma rádio comunitária foi concebida para levar informações para as famílias que não acessam regularmente o serviço de saúde, o que pode estar relacionada a falta de disponibilidade de tempo, distância, precariedade dos transportes na zona rural ou ainda pela falta de tradição em participar de atividades educativas nos serviços de saúde, uma vez que a grande maioria dos usuários e dos profissionais de saúde consideram desnecessário ir ao serviço de saúde sem estar adoecido/doente. Diante disso, os programas de rádio são um recurso para a difusão de ideias e aos poucos podem se tornar um elemento integrante dos hábitos sociais, agindo como verdadeiras ferramentas à conscientização e, conseqüentemente, à prevenção.

CONCLUSÃO: Os gestores municipais de saúde, trabalhadores da saúde e o controle social dos municípios, quando trabalham de forma articulada e congregada têm grande potencial para produzir impacto positivo na condição de saúde da população, por meio de estratégias educativas que podem determinar a redução de complicações, mortalidade e a efetiva prevenção de doenças através da educação em saúde. As ações precisam ser sistematicamente



planejadas de acordo com as necessidades dos usuários, de forma que a atenção a população esteja de acordo com a realidade em que vivem, seja esta habitacional, financeira, psicológica, de estrutura familiar, ou qualquer outra realidade que este usuário se encontra. Nesse sentido, após o conhecimento desta realidade individual, é possível implementar ações que responsabilizem os usuários, e que estes adquiram autonomia para buscar meios que se adequem ao seu contexto de vida. Todas essas ações articuladas irão resultar na prevenção de agravos e doenças e na melhoria da qualidade de vida de toda a população. Mas a educação sob esse prisma necessita ser articulada e/ou desenvolvida concomitantemente com a atenção.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

NETO, A.S. et al. Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde nas Escolas: Oficina sobre Sexualidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, supl 1, p:86-91, 2012.

PINAFO, E. et al. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p:1825-1832, 2012.

PRADO, E. V. Programa de educação em saúde via rádio: percepção do ouvinte. **O Mundo da Saúde**, v.31, n.3, p:394-402, 2007.

ROECKER, S. et al. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v.46, n.3, p:641-649, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300016>. Acesso em: 30 de março de 2015.



14 DOAÇÃO DE ÓRGÃOS SOBRE A ÓTICA DOS FAMILIARES: REVISÃO NARRATIVA

SCHROEDER, ANDRESSA DIAS

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões, Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões.
E-mail: schroederandressa@hotmail.com

SANTOS, ADRIANE MARINES DOS

Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva. Professora substituta no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões.

DESCRITORES: Enfermagem; Família; Obtenção de tecidos e órgãos.

INTRODUÇÃO: Segundo o Ministério da saúde, a morte encefálica caracteriza-se pela perda total das funções cerebrais e ausência de resposta a estímulos, resultando em morte cerebral, para tanto, conforme legislação brasileira hoje se faz necessário à realização de exames e dois testes confirmatórios para a constatação legal da morte. Por meio da Lei 9.434 de 1997, a realização de transplante só acontece com o consenso da família do doador em questão. Desta forma, cabe as orientações pelos profissionais da saúde, também pelos meios de publicidade, e a conscientização das pessoas de expressar o desejo de ser doador enquanto vivo, para numa situação de morte encefálica comprovada, a família estar ciente e consentir no processo de doação. Conforme Registro Brasileiro de Transplantes (RBT), o índice de doações no Brasil vem aumentando significativamente em comparação aos anos anteriores, isto se deve aos avanços do Ministério da Saúde em campanhas publicitárias para sensibilizar as pessoas a realização a doação. Nesse sentido, estudos tem se desenvolvido referentes às causas da recusa e da permissão da doação por meio da família, pois é uma situação delicada para a família e para o profissional atuante em captação e doação de órgãos, pois é este que irá conversar com a família que se encontra nesta circunstância de morte encefálica de um membro da família. Desta forma o desenvolvimento de ações de cunho educativo e informativo sobre o que é a morte encefálica, além de como funciona o processo de doação tem se incorporado nas atividades da sociedade e na formação acadêmica.

METODOLOGIA: Foi realizada uma revisão narrativa de literatura que tem por objetivo sintetizar e identificar os artigos que possuíam publicações no campo das relações familiares e a doação de órgãos. O marco temporal foi 2008, 2009, 2010, 2011, 2013, por serem os anos mais recentes e que obtinham artigos nesta linha. A busca dos artigos foi realizada no mês de abril de 2015 na Biblioteca Virtual em Saúde, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) BDENF-enfermagem e HTA-Avaliação de Tecnologias em Saúde. Os critérios de inclusão das produções científicas foram: tratar-se de artigo completo disponíveis nas bases de dados citadas anteriormente, ter resumo completo, no idioma português e tratar especificamente do conhecimento dos familiares acerca da morte encefálica e do processo de doação de órgãos. Para a busca dos artigos foi utilizado os descritores transplante de órgãos. Foram encontrados 26 artigos, após foram filtrados em texto completo disponível online e serem artigos em português, restando 24 artigos. O material foi analisado por meio de leitura dos resumos, verificando a concordância com o conteúdo a ser trabalho e foram excluídos 18 artigos que não relatava o assunto pesquisado, desta forma



obtiveram-se 6 artigos para a análise do conteúdo. Posteriormente foi feito um mapeamento das produções pesquisadas, utilizando-se uma ficha documental constituída das variáveis título do artigo, autor (es), periódico, ano, objetivo, abordagem metodológica e principais resultados e conclusões e/ou recomendações. O material bibliográfico foi submetido à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), a qual consta de três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Na primeira etapa, houve a aproximação com o conteúdo dos artigos, por meio da leitura dos resumos e fichamento. Os textos na íntegra, após uma primeira leitura, foram organizados com o auxílio de um formulário composto das variáveis acima citadas. A etapa de exploração do material foi desenvolvida a partir da releitura dos textos, culminando com vistas à realização da análise. Na sequência, ocorreu a etapa de interpretação dos resultados, em que foram observados os conteúdos dos artigos analisados e articulado com as colocações de outros autores.

RESULTADOS: A partir da análise das publicações acerca da temática que envolve o conhecimento da família a respeito da doação de órgãos, foi possível identificar que são vários os fatores que interferem na doação de órgãos. O processo da doação necessita passar por diversas etapas até ocorrer o transplante desta forma, evidenciou-se que há fatores essenciais que favorecem a tomada de atitude da família perante este assunto, tais como o conhecimento fragilizado acerca de como funciona a doação de órgãos, bem como o que é realmente a morte encefálica, sendo este é um fator que dificulta a vontade da doação, pois os familiares não sabem como vai ficar o corpo após a captação e isso os preocupa em relação como as outras pessoas irão ver a pessoa no processo de velório. Também o atendimento dos profissionais com o paciente que está em morte encefálica e com a família, influencia na vontade dos mesmos, pois quando há criação do vínculo entre as partes é possível ter mais confiabilidade sobre as questões que envolvem este assunto, visto que, as famílias percebem que os profissionais se importam com a situação difícil que estão enfrentando e com o bem estar do paciente, e não apenas na captação dos órgãos. O processo de morte é difícil para o familiar e para quem esta no processo de morte, pois este é um variante a ser considerado, pois as fases e a preparação para o luto mudam de acordo com o tempo de sobrevivência do mesmo, para isto a entrevista deve ser elaborada de acordo com cada paciente, pois geralmente os casos de morte traumática e súbita com pessoas jovens possuem uma menor compreensão da família sobre a morte, bem como o processo de luto diferente da família que esta enfrentando um tempo mais prolongado de pré-luto. Nesse sentido, é adequada uma boa relação equipe/família, não podendo ocorrer, o profissional comunicar o óbito a família, e logo após abordar a doação de órgãos, pressionando a família para esta decisão. O familiar precisa perceber que a equipe é empática com a perda do seu ente querido, mas que este pode salvar outras vidas numa possível doação. As questões familiares como a religião, às combinações intrafamiliares e a falta do conhecimento da vontade do potencial doador é uma questão que tem influencia direta na escolha da família. Para a esta é difícil decidir pela doação, principalmente quando ao entrar na UTI visualizam no monitor cardíaco a frequência cardíaca presente. Cabe ressaltar que as orientações aos familiares quanto ao processo da morte encefálica, devem ser abordados desde que se percebe o prognóstico ruim do paciente. Outro fator importante que interfere diretamente no processo de doação, é a forma da entrevista familiar, preferencialmente o profissional que realizará a entrevista deverá escolher um lugar calmo, onde os familiares possam estar à vontade, para expor seus sentimentos, angústias, expectativas, isto pode favorecer no consentimento destes. Lembrando que, a forma como são abordados os familiares, bem como os assuntos e o os procedimentos de captação e liberação do corpo para o velório são primordiais para o aceite. Também um fator que diminui as taxas de doação, é a falta de divulgação sobre este tema em âmbito nacional e mundial.



apresentando detalhes claros e concisos a respeito de como ser um potencial doador, como doar os órgãos, como ocorre à captação, como fica o corpo do doador após a coleta, entre outros fatores que bem esclarecidos diminuiriam o medo do desconhecido. Diante disso, já que a família está num momento de tristeza imensa, tendo que decidir pela doação de órgãos neste momento de perda, cabe aos profissionais atuantes em unidades de terapia intensiva e bloco cirúrgico terem conhecimentos sobre o processo em si e formas de abordar a família, com respeito pela decisão que a esta tomará. Em nenhum momento a família deverá ficar com o sentimento que o único interesse no processo é somente a doação. A equipe deve estar preocupada com os sentimentos envolvidos, mas colocando a doação como uma alternativa para amenizar o sofrimento, pois futuramente quando o processo de luto for amenizado, será gratificante para estes que o seu ente querido ajudou outras pessoas. Para tanto é necessário que os profissionais desenvolvam habilidades em compreender o sofrimento do outro diante da situação de luto vivenciada pela família, assim como preparada para responder aos questionamentos muitas vezes difíceis a serem trabalhadas por ambas as partes. (CUIABANO, 2010). **CONCLUSÃO:** A doação de órgãos é um processo que salva muitas vidas e para isso é nossa função como ser humano ter o conhecimento disso e trabalhar em prol desta causa, assim é necessário ampliar a rede de conhecimentos dos profissionais sobre este assunto. A equipe poderá atuar adequadamente quando pessoas estiverem bem esclarecidas para em momentos que estiverem em uma situação de morte encefálica de um familiar, poderão tomar uma atitude consciente que não cause arrependimentos posteriores. Desta forma é também possível identificar a necessidade de ampliar os conteúdos trabalhados na graduação de diversos cursos na área da saúde, pois muitos vão atuar na área e não possuem um conhecimento básico sobre o assunto, dificultando o processo de doação. Para tanto trabalhar com campanhas em diversas formas que atinjam os diversos locais é essencial, bem como promover capacitações dos profissionais da saúde e principalmente com aqueles que realizam as entrevistas, estruturando locais nos hospitais para a realizações de entrevistas adequadas, ter o esclarecimento sobre todo o processo e poder estar ajudando a salvar vidas.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual de Saúde. **Morte encefálica**. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/146morte_encefalica.html. Acesso em 30 de março de 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997**. Brasília, 1977.

CUIABANO, R.S. **Morte encefálica no contexto de doação de órgãos**. Monografia apresentada ao Curso de especialização em teoria, pesquisa e intervenção de luto. Cuiabá, 2010.

MOZZATO, A.R.; GRYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC, Curitiba**, v. 15, n.4, p.731-747, 2011.

RODRIGUES, C.F.A.; STYCHNICKI, A.S.; BOCCALON, B.; CEZAR, G.S. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de “morte cerebral” como critério de morte. **Revista - Centro Universitário São Camilo**. v.7, v.3, p:271-281, 2013..





15 GRUPO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM EMPRESA DE TRANSPORTE COLETIVO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARCO, VERA REGINA DE

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões-RS. E-mail: vera_demarco@hotmail.com

PETRONI, SIDNEI

Biólogo. Doutor em Ciências Biológicas (Anatomia). Docente Adjunto III da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS.

SCHNEIDER, FABIÉLI VARGAS MUNIZ

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS.

SENGER, SABRINA DIAS

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS.

OLIVEIRA, ISABEL CRISTINE

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS.

PETRY, LETÍCIA

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS.

DESCRITORES: Saúde do trabalhador; Educação em saúde; Promoção da saúde; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Grupos de Promoção em Saúde, conforme Santos (2006) caracterizam-se como um conjunto de pessoas ligadas por constante tempo, espaço e limites de funcionamento e que interagem cooperativamente com a finalidade de realizar a tarefa da promoção da saúde. A técnica de grupo operativo consiste em um trabalho com grupos, com o objetivo de promover um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos. Aprender em grupo significa fazer uma leitura crítica da realidade, investigar, abrir-se para as dúvidas e para as novas inquietações (Bastos, 2010). Segundo Assunção (2013) os trabalhadores do transporte coletivo urbano são vítimas de condições precárias de trabalho e, desta forma estão susceptíveis aos problemas de saúde relacionados às suas atividades diárias. A autora afirma ainda, que estes indivíduos estão frequentemente expostos a condições ergonômicas do ônibus como vibrações e ruídos, além de possuírem a responsabilidade quanto à segurança da vida dos cidadãos transportados, estão também sujeitos a congestionamentos, acidentes e más condições das estradas que precisam frequentar. Portanto, fazem-se necessárias intervenções



educativas em saúde para tais profissionais que por estarem expostos a tais riscos podem desenvolver alterações orgânicas e comprometimento do seu desenvolvimento profissional e pessoal. Assim, justifica-se a necessidade na abordagem de elementos conceituais da educação em saúde no desenvolvimento da atividade de extensão, buscando-se o público alvo para incentivar e promover a qualidade de vida, bem como prevenindo possíveis distúrbios orgânicos. A educação popular em saúde baseia-se na relação dialógica entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento popular, caracterizando-se pela participação ativa das classes populares que pensam, produzem e dirigem o uso de seus saberes a respeito de si próprios e de sua saúde, permitindo novos olhares em defesa da saúde e da vida da população (SILVA *et al.*, 2010). Desta forma, podemos destacar que as atividades desenvolvidas em grupo são intervenções de extrema importância que ao direcionar-se aos motoristas e trocadores, possibilitam a redução dos efeitos estressores com atividades distrativas e interativas que agregam conhecimento em equipe permitindo troca de experiências de maneira informal. Deste modo, as políticas direcionadas para a mobilidade urbana raramente destacam o bem-estar dos motoristas e cobradores, assim o cuidado e a intervenção de práticas direcionadas a estes profissionais são instrumentos capazes de contribuir com o desenvolvimento da autonomia e condições de vida e saúde. Isto levou alguns acadêmicos e docentes da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões a desenvolverem um projeto de extensão promovendo ações educativas a fim de refletir sobre as doenças, risco e formas de prevenção associadas à profissão dos trabalhadores da empresa de transporte coletivo. O projeto denominava-se “A universidade e seu papel social: Educação em Saúde no contexto de trabalho de funcionários de uma empresa de transporte urbano”, que teve por objetivo construir uma rede de discussões com vista na educação em saúde ao longo dos anos de 2013 e 2014 tendo a participação de estudantes dos cursos de Enfermagem e Nutrição os quais buscaram aprimorar os espaços de crescimento individual e coletivo, visando à prevenção de doenças e promoção da saúde do trabalhador da empresa de transporte coletivo local. **OBJETIVO:** O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência vivenciada por acadêmicas do curso de enfermagem durante a execução de um projeto de extensão com o intuito de apresentar a importância das ações extensionistas direcionadas a prevenção da saúde do trabalhador juntamente com a universidade e os vínculos estabelecidos. **METODOLOGIA:** Este relato construído por acadêmicas do curso de enfermagem expõem as atividades desenvolvidas no projeto de extensão intitulado “A universidade e seu papel social: Educação em Saúde no contexto de trabalho de funcionários de uma empresa de transporte urbano”. Esse projeto foi elaborado com o intuito de levar a Universidade e suas ferramentas de educação em saúde para o contexto dos trabalhadores da empresa de transporte coletivo, com a finalidade de dimensionar o trabalho da enfermagem por meio da educação, consolidando o papel dos enfermeiros como um educador, tendo em vista a promoção da saúde e a frequência com que são acometidos por intercorrências orgânicas, físicas e mentais associadas à profissão. Durante o período de dois anos de vigência do projeto trabalhou-se com os condutores e trocadores da empresa de transporte urbano do município de Palmeira das Missões/RS denominada Transpal. Esta é uma empresa privada composta por três sócios, dispondo de sete coletivos para o transporte urbano de passageiros, contando com sete motoristas e outros tantos cobradores, ambos desempenham 7,2 horas de trabalho diário. Contatou-se com a empresa para agendar uma reunião com a finalidade de realizar a apresentação da atividade proposta e dos integrantes, posteriormente elaborou-se um cronograma das atividades a serem desenvolvidas de acordo com a disponibilidade da empresa. As atividades foram previstas para ocorrerem mensalmente conforme a disponibilidade de horários dos participantes após o turno de serviço com uma



duração em torno de uma hora por acadêmicos dos cursos de enfermagem e nutrição em uma sala disponibilizada pela empresa. Os acadêmicos abordaram assuntos relacionados à qualidade de vida no trabalho, doenças inerentes à profissão dos motoristas e/ou trocadores, as formas de prevenir estes agravos e promover a saúde, além de orientações sobre hábitos saudáveis e atividades que ajudam a melhorar as condições de vida. **RESULTADOS:** As atividades realizadas com estes profissionais envolveram discussões sobre a qualidade de vida, reações físicas como lombalgias, ler, algias musculoesqueléticas e mentais como estresse, ansiedade, frustrações, tristeza, depressão. Essas explicações ocorreram por meio de leituras prévias dos acadêmicos, construções de documentos com os principais tópicos do assunto para melhor fixação e disseminação das informações na família. As iniciativas de educação em saúde com os trabalhadores da empresa que iniciaram em 2013 potencializaram discussões relevantes necessárias para a melhoria das condições físicas e psicológicas de trabalho destes sujeitos, desta forma os mesmos solicitaram a continuidade dos encontros no ano de 2014 sugerindo a ampliação dos debates para outros campos da área da saúde, como prevenção de doenças crônicas, tais como diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), artroses, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença arterial coronariana (DAC), também, emergiu o interesse em elaborar dietas alimentares balanceadas e adequadas às condições biológicas e clínicas de cada indivíduo, além da realização de exames laboratoriais de rotina através do Sistema Único de Saúde (SUS). Também houve a presença de um profissional de Educação Física falando sobre a importância de exercícios físicos diários e da necessidade de realizar alongamentos adequados no início e no término do dia devido à constante permanência na mesma posição durante todas as horas de trabalho, além da tensão no trânsito, favorecendo a prevenção tanto dos agravos à saúde quanto do absenteísmo. Todos os participantes frequentavam os encontros de forma participativa, questionando sempre sobre suas dúvidas, possibilitando um maior conhecimento dos assuntos e instigando aos acadêmicos a manterem-se sempre informados. Os motoristas e cobradores são expostos por diversos fatores que, segundo Assunção (2013), produzem alguns efeitos temporários como mudanças na tensão muscular, reflexos respiratórios, alterações do ritmo cardíaco e do calibre dos vasos sanguíneos, que são causados por exposição constante e atuam no organismo provocando alterações permanentes se não houver uma intervenção precoce. Durante o tempo de vigência do projeto e mesmo após este período procurou-se sensibilizar os motoristas e trocadores da empresa participante em relação às ações de educação em saúde, prevenindo doenças relacionadas ao trabalho, bem como, orientá-los quanto à importância da prática de atividades físicas regularmente. Também foi possível conscientizá-los quanto a uma dieta equilibrada e a realização de exames periódicos, possibilitando uma melhora na qualidade de vida desses profissionais e conseqüentemente melhoras no desenvolvimento de suas atividades diárias. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir de experiências obtidas, percebeu-se que a universidade tem um papel social muito importante visto que, a educação permanente nas instituições tem um papel imprescindível, contribuindo assim, para a atualização e instrumentalização dos profissionais, permitindo que a filosofia institucional proporcione o retorno para a sociedade do conhecimento adquirido, fazendo com que o conhecimento ultrapasse os horizontes institucionais e atinja as necessidades individuais e coletivas da população. Pode-se concluir, então, que os encontros com os motoristas e trocadores de ônibus foi de grande relevância no âmbito educacional, pois esses grupos permitiram a troca de saberes entre os profissionais e os acadêmicos, quebrando paradigmas e ampliando horizontes para a extensão universitária. Faz-se necessário, a execução de projetos de extensão, uma vez que possibilita o trabalho em grupo, a dissociação do conhecimento e obtenção de novas experiências, além de aproximar a universidade do contexto social de



trabalho e da vida destas pessoas, proporcionando melhorias a nível físico e mental. Esse trabalho realizado proporcionou inclusive a produção de artigos acadêmicos, relatos de experiência e reflexão por parte dos acadêmicos e docentes para publicação e divulgação dos resultados em eventos científicos, além de rodas de conversa e discussões entre os acadêmicos participantes. O projeto permitiu a inserção dos acadêmicos dos cursos de enfermagem e nutrição em propostas de extensão no âmbito da academia, viabilizando espaços de inter-relação entre a teoria e a prática e promovendo trabalho multidisciplinar. Sendo assim, foram alcançados os objetivos esperados no projeto, satisfazendo as necessidades tanto dos participantes quanto dos docentes e discentes envolvidos.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, A.A; SILVA, L.S. Condições de trabalho nos ônibus e os transtornos mentais comuns em motoristas e cobradores: Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2012. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.12, p:2473-2486, 2013.

BASTOS, A.B.B.I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo em Formação**, v.14, n.14 2010. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ms/index.php/PINFOR/article/viewFile/2348/2334>. Acesso em: 25 de março de 2015.

SANTOS, L.M.; DA ROS, M.A.; CREPALDI, M.A.; RAMOS, L.R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública** [online]. v.40, n.2, p:346-352. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200024&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 24 de março de 2015.

SILVA, C.M.C.; MENEGHIM, M.C.; PEREIRA, A.C.; MIALHE, F.L. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.15, n.5, p:2539-2550, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a28.pdf>. Acesso em 27 de março de 2015.



16 MAPEAMENTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA DE UM MUNICÍPIO GAÚCHO: NOTA PRÉVIA

FELICETE, SANDI

Acadêmica do 9º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência. E-mail: sandy_felicete@hotmail.com

SILVA, GIZIANE VIANA

Acadêmica do 9º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção a Pessoas com Deficiência.

LAGOMARSINO, BETINA SOARES

Enfermeira da Associação do Hospital de Caridade de Palmeira das Missões. Preceptora do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

COLOMÉ, ISABEL CRISTINA DOS SANTOS

Enfermeira. Dra. Em Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Tutora do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

DESCRITORES: Enfermagem; Saúde da família; Pessoas com deficiência.

INTRODUÇÃO: O Programa de Educação pelo Trabalho PET-Saúde Redes de Atenção à Saúde vinculado à Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões - USFM/PM é um instrumento que visa potencializar a formação dos trabalhadores da área da saúde, pois proporciona a qualificação dos profissionais concomitantemente ao seu trabalho, bem como a iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de graduação, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2013). O Programa objetiva o aprimoramento e promoção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), de forma a fortalecer a Atenção Básica como coordenadora do cuidado, o que vem ao encontro do proposto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). As RAS são composições organizativas formadas por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e incumbências assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial. Dentre seus diversos atributos, destaca-se: a atenção básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde da população (PNAB, 2012). Um dos objetivos do PET/Saúde Redes de Atenção à Saúde é fortalecer e também implementar linhas de cuidado prioritárias, em virtude disso, foi criado o PET/Saúde Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência, que tem por objetivo desenvolver/aprimorar uma linha de cuidado específica para este grupo de usuários em Palmeira das Missões. Esta proposta de rede articula a Atenção Básica representada pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF), as ações da atenção especializada representada pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), o atendimento hospitalar da



Associação do Hospital de Caridade de Palmeira das Missões (AHCPM) e a 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). A atenção básica deve considerar os sujeitos, em sua singularidade e inserção sociocultural, assumindo, portanto, a responsabilidade sanitária de populações de territórios definidos, constituindo-se no contato preferencial e sendo a porta de entrada aos serviços de saúde. A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, por favorecer uma ampliação da resolutividade e impacto na situação integral de saúde das pessoas (PNAB, 2012). Essa concepção ampliada das atribuições da ESF e o número considerável da população que possui algum tipo de deficiência indica que, possivelmente, a maior parte dessas pessoas esteja buscando apenas o atendimento especializado e não utilizando os serviços da atenção básica. De acordo com o Censo de 2010, 34% da população residente em Palmeira das Missões é portadora de algum tipo de deficiência como visual, auditiva, motora ou mental (IBGE, 2010). Segundo o artigo 3º do Decreto nº 3.298 que regulamenta a Lei nº 7.853-89 que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, considera-se deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano (BRASIL, 1999). A temática envolve elementos complexos relativos à área da saúde, direitos e inclusão social, e a mensuração da realidade de pessoas que possuem alguma deficiência é indispensável para que a mesma tenha prioridade em investimentos no campo da saúde, portanto justifica-se e torna-se pertinente a identificação das pessoas com deficiência que em decorrência disso, sejam impossibilitadas de exercer seu lugar na sociedade e desfrutar da vida plenamente, como forma de disponibilizar auxílio e suporte para manutenção da sua saúde. A partir das atividades realizadas pelo PET PcD nas ESFs do município e demais pontos da rede foi identificado que muitas pessoas que estão inseridas nas áreas de abrangência das unidades possuem deficiências que demandam a utilização de algum tipo de equipamento de apoio para o desenvolvimento de suas atividades diárias. Sendo assim, foi identificada a inexistência de organização de um fluxo para pedido desses materiais e/ou equipamentos via coordenadoria de saúde. Além disso, os pedidos que são feitos não possuem ordem de prioridade, o que acaba dificultando o acesso de alguns usuários ao equipamento necessário. Isso se dá porque ainda não está clara a distribuição de pessoas com deficiência nos territórios e especialmente os tipos de deficiências que possuem. Frente a essa realidade, sentiu-se a necessidade de fazer um mapeamento do território, tendo em vistas coletar dados de pessoas que possuem algum tipo de deficiência e, principalmente, identificar a necessidade de equipamento para auxílio nas atividades diárias e o tipo, a fim de criar uma lista de prioridades para pedidos no município. **OBJETIVO:** Relatar a construção de um projeto de pesquisa que está sendo elaborado por bolsistas do PET-Saúde Rede de Atenção a pessoas com deficiência. **METODOLOGIA:** Este estudo será desenvolvido por meio da abordagem quantitativa, “o uso de métodos quantitativos tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática” (MINAYO, 2010, p. 56). Os métodos quantitativos implicam em um conjunto de objetos de estudo comparáveis, que fornecerá dados que podem ser generalizáveis (GOLDENBERG, 2005, p. 63). A pesquisa será do tipo descritiva, os estudos de caráter descritivo, por sua vez, têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno e busca levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população, indo ao encontro das pretensões da pesquisa, uma vez que ela permitirá, como já mencionado, conhecer melhor as necessidades e demandas de saúde das pessoas com deficiência dos serviços de atenção básica do município em que o estudo ocorrerá (GIL, 2007, p. 42).



Elegem-se como campo para a realização deste estudo os territórios abrangentes pelas ESFs do município de Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul (RS). Segundo o IBGE (2010) a população deste município é de 34.328 habitantes, sendo que 71% da população são abrangidos pelas ESF, segundo informações do Departamento de Atenção Básica (DAB) da 15º CRS. O município de Palmeira das Missões-RS conta com o atendimento de sete ESFs sendo eles: ESF I Vista Alegre, ESF II Lütz, Centro Social Urbano que comporta as ESF III e IV, ESF V Mutirão, ESF VI Westphalen e ESF VII Amaral. Os campos foram escolhidos por serem a referência da população na procura do atendimento à saúde, uma vez que sua finalidade é resolver os problemas de saúde dos usuários, com ênfase na qualidade de vida, prevenção de agravos ou doenças, promoção e manutenção da saúde. Os participantes do estudo serão todas as pessoas que possuam deficiência que interfira na execução de suas atividades de vida diária e que precisam de suporte de algum material ou equipamento. Os participantes do estudo serão selecionados através da análise dos prontuários de cada família das ESFs, buscando identificar a existência de pessoas com deficiência. Após esta análise prévia, todos os usuários selecionados receberão um questionário que será aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em busca de elementos mais complexos, será desenvolvido o formulário com questões fechadas e abertas. O formulário é entendido como uma técnica de coleta de dados em que as questões são elaboradas pelo pesquisador e que o mesmo anota as respostas (GIL, 2007). A fim de identificar quais as pessoas que se adequam aos critérios do estudo, será solicitado auxílio às enfermeiras e permissão para acesso aos prontuários. Após será agendado uma visita domiciliária, para realização do convite para participação na pesquisa e coleta dos dados do estudo. Será solicitado auxílio dos ACS para aplicação dos formulários com os participantes do estudo. Para que os ACS estejam capacitados para a aplicação do formulário, será realizada uma instrumentalização pelas bolsistas do PET-Saúde Redes de Atenção à Pessoas com Deficiência com todos os ACS de cada ESF participante da pesquisa, esta instrumentalização realizar-se-á na própria unidade de trabalho. **RESULTADOS ESPERADOS:** Este estudo proporcionará uma melhor organização do fluxo de pedidos de materiais de acordo com um dos princípios do SUS, a equidade, que diz respeito à necessidade de identificar as desigualdades entre as pessoas e os grupos sociais e possibilitar a redução dessas desigualdades, garantindo condições de vida e saúde iguais para todos (TEIXEIRA, 2011). Também possibilitará o diagnóstico territorial, quanto ao número de pessoas com deficiência, tipos de deficiência e situação de saúde das mesmas, para planejamento de futuras ações que poderão ser realizadas pelo grupo PET, bem como pelas unidades de saúde participantes deste estudo. **CONCLUSÃO** Dessa forma, parece relevante a realização dessa pesquisa no intuito de melhorar cada vez mais o atendimento às pessoas com deficiência e fornecer dados para a realização de outras pesquisas e desenvolvimento de atividades com e para esse público.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto n. 3.298**, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.



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

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed., São Paulo: Atlas, 2007.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 9º Ed., Rio de Janeiro: Record, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. **IBGE Cid@des**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/pesqmun.php?nomemun=palmeira%20das%20miss%20F5es>. Acesso em 01 de novembro de 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª Ed., São Paulo: Hucitec, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Departamento de Ciências da Saúde. **Projeto Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Redes de Atenção à Saúde** da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Campus Palmeira das Missões, 2013.



17 O SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL

ARAUJO, GRACIELA MACHADO DE

Acadêmica de Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção às Urgências e Emergências/SOS Emergências. Email: gra_m_a@hotmail.com

SOERO, JAIRO

Acadêmico de Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção às Urgências e Emergências/SOS Emergências.

BORSATTO, DAIANE

Enfermeira, Responsável Técnica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU de Palmeira das Missões. Preceptora do PET-Saúde/Rede de Atenção às Urgências e Emergências/SOS Emergências.

SODER, RAFAEL MARCELO

Enfermeiro, Dr. em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Campus de Palmeira das Missões

DESCRITORES: SAMU; Emergência; Urgência; Serviços de saúde.

INTRODUÇÃO: A unidade de emergência (UE) é o componente central do funcionamento do sistema de saúde destinada ao atendimento de pacientes que chegam em estado grave, ao acolhimento de casos não urgentes e ao encaminhamento destes para serviços ambulatoriais básicos ou especializados integrantes da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2006). A Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995, do Conselho Federal de Medicina (CFM, 1995), define urgência como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida e, cujo portador, necessita de assistência imediata. Por sua vez, emergência é concebida como a constatação clínica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento clínico imediato. No Brasil o atendimento as urgências mostram deficiências estruturais tanto na questão física como na qualificação dos profissionais, além da insuficiência de leitos especializados. A demanda tem aumentado consideravelmente, estando muito além da capacidade dos hospitais em prestar atendimento adequado (MACHADO et al, 2011) Com isso o Ministério da saúde iniciou a elaboração e implantação de políticas em meados de 2000 para estruturar a área das urgências e emergências. Destacadamente no ano de 2002 com a Portaria GM 2048/2002, que consiste no regulamento técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência e normatiza as ações em âmbito pré e intra-hospitalar (BRASIL, 2006). Ainda sobre este contexto a Portaria nº 1.863 instituiu, no ano de 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, tendo respeitadas as competências das três esferas de gestão, e sendo organizada através de redes loco regionais de atenção integral a urgências, redes estas, tecidas com os seguintes componentes: componente pré-hospitalar fixo e móvel, hospitalar e pós-hospitalar para manutenção da vida da população que necessita de atendimento de urgência (BRASIL, 2003). Considera-se atendimento pré-hospitalar (APH) todo e qualquer atendimento prestado, direta ou indiretamente, no âmbito extra hospitalar. No



Brasil, o sistema de APH se divide em serviços móveis e fixos. O pré-hospitalar móvel, representado pelo SAMU, é um serviço de saúde recente no Brasil, que assegura o atendimento precoce e adequado aos pacientes, assim como facilita o acesso do usuário ao Sistema de Saúde no pré-hospitalar fixo (BRASIL, 2004). Objetivando ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção à saúde, o Ministério da Saúde lança no ano de 2011 a Portaria 1600 que implanta a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), e preconiza como componentes dessa rede: Promoção, Prevenção, Vigilância à Saúde, Atenção Básica em Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar. (BRASIL, 2011) A RUE é uma rede complexa, pois atende pacientes em situações clínicas, cirúrgicas, traumatológicas e psicológicas e é composta por vários pontos, também chamados de portas de entrada. Para suprir a demanda, seus componentes devem contar com o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso, além de atuar de maneira integrada e articulada entre si (BRASIL, 2013). Como citado anteriormente um dos componentes da RUE é o SAMU, um serviço que atua a partir da integração entre uma central telefônica, ambulâncias médicas e setores de emergência de hospitais. É inteiramente gratuito e pode ser utilizado por todos os brasileiros, sem discriminação. A implantação deste serviço permitiu uma elevação considerável de sobrevivência de pacientes graves. O SAMU é um serviço implantado em parceria com a União, Estados e municípios, onde são disponibilizadas viaturas pelo Ministério da Saúde em termo de convênio de cessão. Os recursos financeiros repassados pela União e Estado juntamente com a contrapartida do município são destinados a manutenção das equipes efetivamente implantadas, a manutenção dos equipamentos e aquisições de patrimônio para a estrutura da base e viaturas, garantindo a qualidade do atendimento (BRASIL, 2006). Dessa forma, este estudo objetivou analisar como se deu a estruturação ao longo dos anos dos serviços de urgência no Brasil, com foco no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **OBJETIVO:** Descrever a trajetória do serviço de urgência e emergência no Brasil tendo como enfoque principal o SAMU. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo qualitativo (MINAYO, 2014) do tipo revisão bibliográfica (DYNIEWICZ, 2009) à cerca do histórico do serviço de urgência e emergência no Brasil. A pesquisa foi feita nas bases de dados BDENF (Base de dados da enfermagem), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em ciências da saúde), MedLine (Literatura Internacional em ciência da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Para a pesquisa nas bases de dados foram usados os seguintes descritores: SAMU; emergência; urgência; serviços de saúde. A seleção dos artigos consultados seguiu os seguintes critérios de inclusão: artigos ligados ao assunto abordado, artigos completos com publicação no período de 2000 a 2014 e leis, disponíveis no idioma português. Foram excluídos aqueles artigos que apresentavam apenas o resumo, com localização indisponível, sem relevância para o estudo proposto e fora do período estipulado de publicação. **RESULTADO:** O sistema de atendimento às urgências e emergências no Brasil é organizado seguindo o modelo francês, que dispõe de uma normatização para a composição das equipes de socorro. Todos os serviços prestados pelo SAMU são regulados pela central de regulação de emergências médicas que conta com profissionais médicos que passam orientações através da telemedicina. O regulador médico define a gravidade do atendimento, ambulância e equipe adequada e necessária para realizar o atendimento, seja em via pública ou residência. Em muitos casos o médico regulador presta somente uma orientação ao solicitante do atendimento, entendendo que o caso não compete ao SAMU por não caracterizar uma emergência ou urgência (BRASIL, 2002). O atendimento ao SAMU é solicitado à Central de



Regulação, através do serviço telefônico 192 e atende toda a população pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O atendimento pré-hospitalar e o serviço de transporte inter-hospitalar é realizado conforme a disponibilidade de leito em UTI ou seguindo a referência do seu município. Em muitos casos a porta de entrada eleita pelos usuários é a emergência indiferente do quadro clínico apresentado. A relação mantida pelos profissionais da rede é fundamental para que aja uma comunicação com as referências agilizando o fluxo da demanda e que aja encaminhamento para as especialidades (O'DWYER; MATTOS, 2012). O modelo brasileiro, adotou dois tipos principais de ambulâncias, as de suporte básico (SB) que contam com motorista e técnico de enfermagem e material básico para o atendimento primário às urgências, em casos onde o risco de vida não é iminente, sob orientação dos médicos das centrais. Enquanto que as de suporte avançado (SA) incluem motorista, médico e enfermeiro, além de equipamentos para cuidados intensivos, nas situações de risco iminente de vida. Foram adotados também meios alternativos de transporte como as motolâncias, para áreas remotas ou de tráfego intenso; e o transporte aéreo, para situações específicas (MACHADO; et al, 2011). A qualificação através de programas de capacitação permanente dos profissionais atuantes neste serviço, bem como disponibilidade de repasses financeiros e a estruturação do SAMU e das centrais reguladores, está prevista na Portaria 1010/2012. Até o ano passado, o SAMU 192 atende 75% da população brasileira: 149,9 milhões habitantes, distribuídos em 2921 municípios com acesso ao SAMU 192 no território nacional. Em todo o país, o Ministério da Saúde já habilitou 2.965 unidades móveis, sendo 2.382 Unidades de Suporte Básico, 567 Unidades de Suporte Avançado e 217 Motolâncias. (PORTAL DA SAÚDE, 2014) **CONCLUSÃO:** Tendo em visto o exposto acima, foi possível identificar que a construção da política federal para atenção às urgências no Brasil se desenvolveu em três momentos específicos. Do ano de 1998 a 2002 ocorreram as primeiras iniciativas de regulamentação do serviço; de 2003 a 2008 surge a formulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, com priorização do Samu; e a partir do final de 2008 se deu a continuidade do Samu e implantação de Unidades de Pronto Atendimento como forma de fortalecimento do serviço. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência possui uma estrutura legalizada, com normas para implantação, se consolida como política pública de saúde, e assume um papel importante na manutenção da vida, e prevenção de agravos permanentes. Pode ser entendido também como um serviço de acesso democratizado pelo fato de oferecer o atendimento por meio da chamada telefônica gratuita. Levando em conta que o serviço exige uma conformação de atendimento em forma de rede, o SAMU favorece esta organização beneficiando a população, indiferente do nível de complexidade. Ainda neste viés e considerando que as demandas na área de urgência e emergência aumentaram respeitosa e nos últimos anos, o uso dos dados de atendimento prestados podem ser usados para traçar o perfil epidemiológico dos usuários, além da elaboração de estratégias de prevenção de agravos e organização de redes de atenção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002.** Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003.** Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 2003.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3ª ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1600, de 7 de Julho de 2011**. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Disponível no site <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/951-sas-raiz/dahu-raiz/forca-nacional-do-sus/12-forca-nacional-do-sus/13407-servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192>, acessado em 21 de abril de 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1451 de 10 de março de 1995**. Diário Oficial da União, Seção I, p. 3666. Brasília: Ministério da Saúde: 1995.

DYNIEWICZ, A.M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2ª ed. São Caetano do Sul, SP. Difusão Editora, 2009.

MACHADO, C.V.; SALVADOR, F.G.F; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev Saúde Pública** v.45, n.3, p:519-28, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

O'DWYER, G.; MATTOS, R.A. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, v.22, n.1, p.199-210, 2012.



18 PERDA AUDITIVA EM CRIANÇAS: DETECÇÃO, IMPACTO FAMILIAR E INTERVENÇÕES NO PROCESSO DO CUIDAR

NARDINO, LAÍS JOANA

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência. E-mail: lais_nardino@hotmail.com

STOFFEL, DAMARIS

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

COLOMÉ, ISABEL CRISTINA DOS SANTOS

Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões. Preceptora do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

REISDORFER, NARA

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS.

LUZA, RITA LUCIA

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública. Coordenadora Técnica da Unidade de ESF I Vista Alegre. Preceptora do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

ZANON, BRUNA

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

DESCRITORES: Perda auditiva; Diagnóstico; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: O presente trabalho consiste em uma revisão narrativa sobre a perda auditiva em crianças, abordando aspectos que envolvem o diagnóstico, o reflexo dessa situação na família e as formas de cuidado em enfermagem diante desse contexto. A perda auditiva é caracterizada pela redução em qualquer grau da audição, a qual diminui a perspicuidade e perceptibilidade da mensagem emitida a partir da fala, prejudicando a interpretação e aprendizagem (MONDAIN, 2005). A linguagem constituiu o principal meio de comunicação entre os indivíduos, na percepção de informações, aprendizagem e interação social. A audição é pré-requisito para o desenvolvimento desta, uma vez que estão diretamente correlacionadas e são interdependentes (GATTO, TOCHETTO, 2007). As repercussões da perda auditiva em crianças pode trazer desequilíbrio, insegurança e angústia principalmente para os pais, que sofrem com a perda das idealizações projetadas sob a criança. Diante disso, torna-se importante acompanhar a família, oferecendo apoio, ajudando os pais a crescerem nessa nova realidade, para que possam superar o sentimento de culpa, se fortalecerem e se empoderarem para trabalhar diante das novas ansiedade e dificuldades. Isso



pode facilitar o relacionamento entre pais e filho e no colocar limites necessários a criança (SILVA, PAIVA, SILVEIRA, 2012). A perda auditiva é um colaborador para o comprometimento do desenvolvimento cognitivo, da linguagem, aprendizado e inclusão social da criança, deste modo é essencial o diagnóstico e detecção precoce para a construção de intervenções (MONDAIN, 2005). Neste sentido, Hilú, Zeigelboim (2007), enfatizam que este processo é fortalecido quando os profissionais de saúde envolvidos no período pré e pós gestacional possuem conhecimento e subsídios efetivos para a identificação, fortalecendo assim a intervenção e o início da (re)habilitação destes indivíduos. Desta forma, o trabalho do profissional enfermeiro é essencial, desde o atendimento do pré-natal até a puericultura, o que pode ser um facilitador na detecção e encaminhamentos precoces, além de promover o acolhimento e cuidado à criança e sua família. **OBJETIVO:** Analisar artigos científicos publicados em bases de dados nacionais e internacionais, relativos à identificação e repercussões da perda auditiva em crianças, as reações familiares e possíveis intervenções dos profissionais enfermeiros diante desta problemática. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura narrativa (BERNARDO, NOBRE, JATENE, 2004). O levantamento da busca bibliográfica foi desenvolvido na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) no período de abril de 2015. Utilizou-se como descritores os termos: perda auditiva, diagnóstico e enfermagem, presentes no título, resumo, assunto. Foram incluídas publicações de artigos completos, nacionais e internacionais disponíveis no idioma inglês e português no período de 2006 a 2014. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos que não apresentavam-se disponíveis ao acesso gratuito e que tratavam de perda auditiva devido ao processo de envelhecimento. Para a avaliação dos artigos adotou-se como forma de identificação o código Art 1 para o primeiro artigo, Art 2 para o segundo e assim sucessivamente. Utilizou-se para a análise dos dados o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2011). **RESULTADOS:** Balizando-se pelo método definido, a busca resultou em 22 artigos na base de dados (BVS-BIREME). A partir dos artigos selecionados, foi realizada a leitura do resumo dos artigos, dos quais 6 correspondiam aos requisitos pré-estabelecidos. Destes artigos cinco pertenciam à base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e um à base de dados do MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica). Ao que se diz respeito ao ano de publicação, 2010 e 2012 contam com duas publicações em cada ano, os anos de 2011 e 2013 contam com uma publicação em cada ano. Em 2006, 2007, 2008, 2009 e 2014 não houve publicações que atendessem a demanda da pesquisa. O conteúdo encontrado e analisado nos artigos reflete a gama de complicações ao desenvolvimento intelectual, linguístico e social da criança com perda auditiva, na impactação familiar, subsídios e suportes que podem ser oferecidos pelo sistema de saúde e profissionais enfermeiros. Conforme Art 2 e Art 1 a perda auditiva pode ser considerada um problema de saúde pública, em virtude da sua prevalência e principalmente pelas complicações que acarretam para o desenvolvimento global da criança, a qual necessita um olhar mais sensível tanto da sociedade, quanto do governo e profissionais voltados à saúde. As intervenções vinculadas à promoção e prevenção da saúde auditiva são instrumentos cruciais como o Programa de Saúde Auditiva Infantil (PSAI), o qual fornece suporte desde o pré-natal, com o seu consequente acompanhamento para o neonato e lactente na Triagem Auditiva Neonatal (TAN), além das Triagens Auditivas Neonatais Universais (TANU) realizadas nas maternidades, que permitem a detecção de alterações auditivas antes dos três meses de vida, bem como intervenções até o sexto mês de vida, período considerado ideal. O Art 6 debate sobre os obstáculos que interferem na efetivação dessa proposta, como a falta de capacitação dos profissionais e a disponibilidade de equipamentos, as dificuldades de trabalhar com a família, ou pela equipe não ter experiência ou por questões próprias da família. Destaca ainda



a importância de oferecer serviços eficazes e suporte para a criança e família, garantindo o diagnóstico precoce e apoio contínuo nesta nova condição. Art 5, mostra em seu estudo realizado com recém-nascidos em um hospital público a prevalência de alterações auditivas, dos 226 triados, 2 apresentaram diagnóstico de surdez. Este resultado fornece dados epidemiológicos relevantes e instiga a criação e implementação de novos programas de triagem auditiva neonatal. Na ausência de subsídios que possam identificar alterações auditivas precoces, ou até mesmo a deficiência auditiva (DA), Art 3 traz que normalmente a experiência da família da criança com DA se estabelece com “ a desconfiança de algo diferente na criança”. Essa identificação acontece quando a família começa a observar situações diárias das quais se constata um atraso no desenvolvimento e respostas diminuídas ou ausentes a alguns estímulos, utiliza-se ainda da comparação de respostas dos filhos mais velhos, ou a aquelas esperadas conforme a idade. Mesmo diante da percepção de algo estranho, a família, na maioria dos casos, recusa as suspeitas pelo fato de não querer procurar algo que não se deseja achar, desse modo, difere o máximo a procura de ajuda e a realização de exames para a confirmação do diagnóstico. Art 4 reforça que o convívio com uma criança com DA pode alterar a estrutura e a dinâmica familiar, a qual pode produzir sentimentos de ambiguidade em relação ao diagnóstico de deficiência. Para tanto, é fundamental que os enfermeiros e demais profissionais de saúde forneçam informações apropriadas e auxiliem a família para o enfrentamento neste novo cenário. Corroborando com esta ideia o Art 3 ressalta a importância destes profissionais estarem sensibilizados e preparados com os sentimentos experimentados pela família, a fim de informar a contingência do desenvolvimento da criança, momento que possibilita a construção de vínculo entre enfermeiro e familiar, criando subsídios que podem vir a colaborar no enfrentamento da situação. A peregrinação familiar em busca do diagnóstico é abordada no Art 4, onde as autoras expressam as angústias das mães que percebem no dia a dia, ou que são alertadas por amigos/professores, que algo não está correto com o desenvolvimento da criança, buscam auxílio profissional e sentem-se cada vez mais perdidas diante de estar ouvindo do profissional que isso é normal e ver o filho com um atraso de linguagem. Destaca-se a importância do escutar a família e dar importância a esse relato, buscando métodos diagnósticos efetivos, dar amparo aos anseios destes e acalmar as diversas dúvidas que surgem durante o processo de descobrimento da perda auditiva. A família quer fazer-se presente no processo de crescimento e desenvolvimento da criança, portanto é de extrema importância que tudo seja explicado o mais detalhado possível. Destarte, o Art 1 reforça a questão do preparo dos profissionais enfermeiros a cerca da saúde auditiva infantil com a inserção desta temática desde a formação acadêmica, além disso, mostra a importância do conhecimento dos mesmos em relação aos exames específicos, o encaminhamento para os serviços especializados e para qual profissional direcionar estas crianças e suas famílias. Este processo vem a crescer para a construção do plano de cuidado juntamente com trabalho multiprofissional e multidisciplinar. Observa-se, ainda, a importância da realização de ações educativas e educação continuada para qualificar e fornecer subsídios aos profissionais enfermeiros, com o intuito de ofertar assistência e suporte integral à saúde para este público, além de promover e melhorar o prognóstico a saúde auditiva infantil. **CONCLUSÃO:** A partir da análise e discussão dos artigos pode-se observar a suma importância da capacitação e ações educativas em saúde dos profissionais de enfermagem para atender com subsídios adequados e com propriedade este público e seus familiares, tornando-os preparados para auxiliar na identificação precoce, assim como oferecer apoio e informações à família, empoderando-a e instrumentalizando-a para o enfrentamento do desconhecido, uma vez que esta condição é marcada por sentimentos negativos, medo, insegurança e incerteza acerca do futuro. Constatou-se a relevância da



investigação das repercussões desta situação na vida da criança em sua integralidade e do impacto na família frente ao diagnóstico de perda auditiva. Ressalta-se como papel principal do profissional de enfermagem a criação de intervenções conjuntas que possam ser direcionadas à criança e que possibilitem a ampliação das perspectivas de futuro das mesmas. Nesse sentido, ressalta-se a relevância do enfermeiro como coordenador do cuidado em enfermagem nos mais diversos espaços, dentre eles os serviços de atenção primária à saúde e hospitalares. Evidencia-se a carência de publicações e estudos incorporados a esta problemática, identificando, inclusive, a falta de qualificação dos profissionais para atender tanto a família quanto a criança, assim como a carência de serviços habilitados voltados ao diagnóstico precoce e atenção direcionada a própria criança que experiência a condição.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, C.P., et al. Educação em saúde auditiva do neonato e lactente para profissionais de enfermagem. **Rev. Bras. j. Otorhinolaryngol.**, v.79, n. 2, p.226-232, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: edições 70. 2011.

BERNARDO, W.M.; NOBRE, M.R.C.; JATENE, F.B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.50, n.1, p:104-8, 2004.

FERNANDES, J.C.; NOZAWA, M.R. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. **Rev. Ciênc. saúde coletiva.**, v.15, n.2, p:353-361, 2010.

GATTO, C.I.; TOCHETTO, T. Deficiência auditiva infantil: implicações e soluções. **Rev. CEFAC**, v.9, n.1, p:110-115, 2007.

GUIMARÃES V.C, BARBOSA M.A. Prevalência de alterações auditivas em recém-nascidos em hospital escola. **Rev. Int. Arch. Otorhinolaryngol.** v.16, n.12 p:179-185, 2012.

HILÚ, M.R.P.; ZEIGELBOIM, B.S. O conhecimento, a valorização da triagem auditiva neonatal e a intervenção precoce da perda auditiva. **Rev. CEFAC**, v.9, n.4, p.563-570, 2007.

MONDAIN, M, et al. Classification et traitement des surdités de l'enfant. **Rev.Oto-rhinolaryngologie**, v.2, p.301- 319, 2005.

SCARPITTA, T.P.; VIEIRA, S.S.; DUPAS, G. Identificando necessidades de crianças com deficiência auditiva: uma contribuição para profissionais da saúde e educação. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.4, p:791-801, 2011.

SHULMAM, S; et al. Evaluation of the Universal Newborn Hearing Screening and Intervention Program. **Rev. Pediatrics**, v.126, p:19-27, 2010.

SILVA, N.M.; PAIVA, F.C.; SILVEIRA, C.A.B. Grupoterapia e deficiência auditiva infantil: trabalhando com mães e crianças. **Rev. SPAGESP**, v.13, n.2, p:56-67, 2012.



VIEIRA, S.S. et al. Descoberta de deficiência auditiva pela família: vendo um colapso futuro idealizado. **Rev. Acta paul. enferm.**, v.25, n.2, p:82-88, 2012.



19 PERFIL DOS ATENDIMENTOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NUM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO NOROESTE DO RIO GRANDE DO SUL

ZENI, ALÉXIA CASSOL

Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/Campus de Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção às Urgências e Emergências/SOS Emergências. E-mail: alexiacassol@hotmail.com

SODER, RAFAEL MARCELO

Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/Campus de Palmeira das Missões/RS.

FRICK, ELIETI BRIZOLA

Enfermeira responsável pela ESF VII Amaral, Preceptora do PET-Saúde/Rede de Atenção às Urgências e Emergências/SOS Emergências.

* Trabalho de coleta de dados, realizado por acadêmica do 5º semestre de Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões, supervisionada por Enfermeira responsável pela ESF citada e por professor do Curso de Enfermagem da UFSM/Campus de Palmeira das Missões, utilizando fichas de atendimento ambulatorial.

DESCRITORES: Enfermagem; Saúde da Família.

INTRODUÇÃO: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/Redes) possui como finalidade a criação de projetos ligando as Redes de Atenção em saúde no município de pequeno porte do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, entre elas a rede de Urgência e Emergência (RUE), visando qualificar a gestão e o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), causando assim mais confiabilidade do usuário perante o serviço. Os pontos atuantes da Rede Urgência e Emergência contam com Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atendem usuários de toda a área urbana e rural do município; além disso há uma unidade centralizada para atender as áreas descobertas de ESF oportunizando o terceiro turno; um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que disponibiliza de uma Unidade de Suporte Básico (USB) e uma Unidade de Suporte Avançado (USA) e; o Hospital de Caridade do município. Dentre os objetivos propostos pelo PET RUE estão: Capacitar as equipes da rede de atenção a Urgências e Emergências para implantação do acolhimento e da classificação de risco, de modo a reestruturar as práticas assistenciais e organizar o fluxo de internação, avançando em ações humanizadas e compartilhadas; Organizar os leitos de retaguarda clínicos, objetivando a acessibilidade e a resolutividade dos casos, garantindo melhoria da atenção, ampliação e qualificação da rede de atenção a Urgências e Emergências, favorecendo a reordenação do fluxo de internação no município; Criação de protocolos municipais clínicos assistenciais e administrativos com vistas à organização do trabalho em rede; Construir um mapa que possibilite a visualização da origem da demanda de atendimentos de urgência e emergência a nível hospitalar, a fim de identificar os pontos de maior vulnerabilidade e identificar o público alvo em cada ponto atuante Pet Rede Urgência e Emergência. Nessa perspectiva, o PET RUE é um importante instrumento de gestão para organização assistencial de eventos que caracterizam urgência e emergência no sistema de saúde do município em pauta. Visto isso, identificaram-se alguns nós críticos que retoricamente permeiam os serviços de saúde, dentre esses estão a falta de padronização dos



processos clínicos assistências, bem como do descompasso de informações entre os serviços de saúde que prestam assistência a usuários em caso de urgência clínica. **OBJETIVO GERAL:** Identificar problemáticas e conhecer o perfil epidemiológico dos atendimentos de Urgência e Emergência em uma ESF no município de pequeno porte do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, a partir das experiências vivenciadas. Objetivos específicos: Conhecer/identificar os itinerários dos pacientes que buscam os serviços de urgência e emergência a partir da porta de entrada da rede de atenção básica; verificar, se está havendo resolutividade, ou se o paciente está procurando outros locais de atendimento no município. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa de campo de abordagem quantitativa do tipo documental descritiva. A pesquisa quantitativa segundo Pereira (1999), lança previamente sua suposição, possui métodos próprios de verificação e submete o fenômeno à experimentação ou à observação sistemática, propondo-se a explicar sua causalidade e a formular leis a respeito do evento estudado. Deste modo, as medidas geradas disponibilizam-se para apropriações em averiguações futuras, analisam e representam os fatos analisados em números e operações, não buscam o que excede esta representação e não interpretam nem reconhecem a manifestação existente além da simbologia aritmética Enquanto Silva e Menezes (2000), a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. A fonte dos dados foram as Fichas de Atendimentos Ambulatoriais (FAAs) utilizadas nos atendimentos, durante o turno diurno em uma ESF do município em estudo, durante os meses de fevereiro a maio de 2014. Na coleta dos dados foram utilizadas as seguintes informações: número de atendimentos no dia, idade, sexo, cidade que reside, bairro, Equipe Saúde da Família (ESF) a que pertence, qual profissional o atendeu e procedimento realizado e se necessário para onde foi encaminhado. **RESULTADOS:** Por meio da coleta de dados pode-se identificar que a procura por atendimento na ESF IV foi predominante pelo gênero feminino totalizando 689 atendimentos, o gênero masculino em menor escala pela busca de atendimentos totalizou 343 e em 88 FAA'S não continham esta informação. Com relação a área de abrangência 454 pessoas residentes no bairro Amaral procuraram a ESF, já os residentes do bairro Ouro Verde totalizaram 229, o número de FAA'S que não continham este dado foi de 396, e demandas vindas de estratégias não pertencentes ao ESF VI totalizaram 41 atendimentos, totalizando 1120 atendimentos durante os meses de fevereiro, março, abril e maio. As faixas etárias foram separadas segundo a preconização do Ministério da Saúde, sendo elas: crianças (de zero até 11 anos) 61 atendimentos, adolescente (de 12 a 18 anos) 54 atendimentos, adultos (de 19 a 59 anos) 630 atendimentos e idoso (60 anos ou mais) 375 atendimentos. Durante estes três meses foram realizados 239 procedimentos gerais/de rotina, 70 consultas de enfermagem e 811 consultas médicas. De forma há um adequado preenchimento das fichas de atendimento ambulatorial, porém em parte delas faltavam dados ou encontravam-se ilegíveis, dificultando assim a identificação dos dados que eram preenchidos. Através das FAAs percebeu-se que em sua maioria os atendidos realizados na ESF referenciada no estudo, são exclusivas da sua população adscrita, por meio das FAAs não foi possível identificar o número de atendimento por micro área, pois ainda não há preenchimento deste dado, que pode ser considerado muito importante no levantamento das problemáticas específicas por região. Esse levantamento é de grande relevância para a construção de modelos assistenciais específicos, pois vão oportunizar uma visão do conjunto de onde partem a maioria dos atendimentos, assim como, de onde há menor procura pela ESF. Quadro de referencia entre população alvo e número de atendimentos na ESF.

População	Crianças	Adolescentes	Adulto	Idoso
-----------	----------	--------------	--------	-------



alvo				
Nº atendimentos	61 atendimentos	54 atendimentos	630 atendimentos	375 atendimentos

Através dos números obtidos pela coleta de dados realizada, identificou-se que há uma grande demanda na unidade, sendo realizadas as mais diversas atividades; o número de atendimentos para adultos e idosos foi predominante, visto que a população adscrita na área da ESF em estudo é composta prioritariamente por adultos e idosos. Cabe referenciar que houveram atendimentos as gestantes, contudo esses não foram computados no estudo, entendendo que não foram por livre demanda, mas sim, de forma eletiva, organizada pela enfermeira da ESF. As crianças em sua maioria são trazidas até a unidade para realizar as imunizações ofertadas pelo sistema de saúde. Por fim, pode-se perceber que o quantitativo de atendimento aos adolescentes é reduzido, estes em sua maioria estudam/trabalham/realizam atividades diurnas, dificultando a procurar pela unidade em seu horário de atendimento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A identificação do perfil dos atendimentos possibilita a criação de novas estratégias para qualificar a unidade e os atendimentos a população. O vínculo ensino-serviço construído pelo PET, favorece o estabelecimento de ações em diversos aspectos envolvendo estrutura física, materiais, equipamentos, e qualificação da equipe de saúde. Nessa perspectiva, a participação acadêmica permite avanços no sistema de cuidado da ESF, pois auxilia na qualidade e quantidade da assistência a saúde, sustentada sempre pela teoria. Essa aproximação entre teoria e prática impulsiona e potencializa as ações em saúde, gerando resultados em prol da comunidade atendida. Os números emergidos a partir da coleta de dados demonstraram aos profissionais que trabalham na unidade, a importância de cada um realizar da melhor forma possível o seu trabalho, pois sem o preenchimento legível e correto das FAA's temos resultados alterados ou até mesmo falsos resultados, comprometendo assim, a qualidade dos serviços prestados a população.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. **Portaria nº 1.663**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Portaria nº 4.279/GM/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- PEREIRA, A. **SPSS-Guia Prático de Utilização, Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia**, Lisboa, 6ª ed., Edições Sílabo, 1999.
- SILVA, E. L.; MENESES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: LED/UFSC, 2000.



20 PET-SAÚDE NAS ESCOLAS: AMPLIANDO A REDE DE CUIDADO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

SILVA, GIZIANE VIANA DA

Acadêmica do 9º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência. E-mail: giziane21@gmail.com

FELICETE, SANDI

Acadêmica do 9º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

LAGOMARSINO, BETINA SOARES

Enfermeira da Associação do Hospital de Caridade de Palmeira das Missões. Preceptora do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

GIESELER, ALINE KETTENHUBER

Acadêmica do 5º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões/RS. Voluntária do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

COLOMÉ, ISABEL CRISTINA DOS SANTOS

Enfermeira. Dra. Em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões/RS. Tutora do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

DESCRITORES: Inclusão educacional; Enfermagem; Docente; Crianças com deficiência.

INTRODUÇÃO: O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – PET-Saúde/Rede de Atenção da Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões tem como proponente o Departamento de Ciências da Saúde. As temáticas contempladas foram: rede de cuidado à pessoa com deficiência, rede de atenção psicossocial e rede de atenção às urgências e emergências/SOS Emergências. O PET-Saúde Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência caracteriza-se como um instrumento para fortalecer os diversos pontos da rede, qualificando a assistência a esse grupo de pessoas, bem como proporcionando aos acadêmicos uma maior inserção nos serviços de saúde. A referida linha é integrada por doze acadêmicas bolsistas e duas acadêmicas voluntárias as quais são acompanhadas por preceptoras que são trabalhadoras dos serviços de saúde. Esta linha tem por objetivo desenvolver/aprimorar uma linha de cuidado específica para este grupo de usuários; assegurar atendimento especializado nos diferentes pontos da rede; garantir políticas de acessibilidade; promover a inserção social do grupo; realizar atividade de promoção e manutenção da saúde; criar protocolos específicos para atendimento das pessoas com deficiência e sua família, dentre outros (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2013). De acordo com Stummer et al., (1982) o princípio da igualdade de direitos entre pessoas com e sem deficiência significa que as necessidades de todo indivíduo são de igual importância e que estas necessidades devem constituir a base do planejamento social, para se alcançar os objetivos de igualdade, deve-se incluir as pessoas



com deficiência precocemente à sociedade e em todos os aspectos que são necessários a vida cotidiana de qualquer pessoa, a vida familiar, a educação, o trabalho, a participação em grupos sociais e políticos e o acesso às instalações públicas, entre outros. O processo de inclusão social acontece gradualmente, com avanços e retrocessos isto porque os seres humanos são de natureza complexa e com heranças antigas, têm preconceitos e diversas maneiras de entender o mundo. Assim sendo, torna-se difícil terminar com a exclusão e mesmo existindo leis contra a mesma, não são leis que vão mudar, de um dia para o outro, a mentalidade da sociedade assim como o seu preconceito (BRASIL, 2010). De acordo com o Estatuto do Portador de Deficiência (2006) no que se refere ao Direito a Educação, o Artigo 36 traz que a educação é direito fundamental da pessoa com deficiência e será prestada visando o desenvolvimento pessoal, a qualificação para o trabalho e o preparo para o exercício da cidadania. O inciso X do artigo 40 no que diz respeito à Educação Básica estabelece a medida de formação continuada dos profissionais que trabalham na escola com o objetivo de dar atendimento adequado aos alunos com deficiência. O ambiente familiar é o primeiro espaço de exploração do ser humano, seguido da escola, em muitos casos em igualdade de exploração. Antes da educação inclusiva as pessoas com deficiências frequentavam as escolas de cunho terapêutico ou especial, pois a escola de ensino regular era considerada aberta somente a pessoas que tivessem um nível de intelectualidade capaz de aprender e se sobressair diante da sociedade (MENDONÇA, 2013). Consideram-se alunos com deficiência àqueles que têm impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que em interação com diversas barreiras podem ter restringida sua participação plena e efetiva na escola e na sociedade (BRASIL, 2008). A educação especial deve ser parte constituinte do plano pedagógico da escola, conforme a proposta da educação inclusiva, designando os alunos com deficiência como principal foco, atuando de forma articulada com o ensino comum, para atender às necessidades educacionais especiais desses alunos. (BRASIL, 2008). A partir disso o PET Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência propõe o desenvolvimento de atividades nas escolas, nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Palmeira das Missões, ou seja, com as pessoas que tem contato frequente com esse público, assim justifica-se a realização das atividades propostas. **OBJETIVO:** Relatar a experiência do grupo PET-Saúde Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência na participação de encontros com professoras de instituições municipais de ensino da cidade de Palmeira das Missões. **METODOLOGIA:** Foram desenvolvidas rodas de conversa com os professores das escolas públicas pertencentes à área de abrangência das ESF onde o PET está inserido, a fim de ampliar a visão dos professores acerca da inclusão social nas escolas de crianças e adolescentes com deficiência, estas atividades foram elaboradas e coordenadas por bolsistas e preceptoras do PET. A primeira experiência que ocorreu em uma escola municipal de ensino fundamental iniciou-se com uma dinâmica de apresentação e integração entre professores e o grupo PET, na qual, foi solicitado que todos definissem deficiência em apenas uma palavra e após foi transmitida uma mensagem motivacional direcionada à professores. Em seguida foram passados dois vídeos, um deles provocador de alteridade em relação às mães de crianças com Síndrome de Down, e o segundo sobre inclusão nas escolas e inserção no mercado de trabalho, contendo relatos de educadores e alunos com deficiência, com o intuito de sensibilizá-los sobre a temática. O encontro realizado na segunda escola iniciou-se com uma roda de apresentação, posteriormente foi exposta uma apresentação de multimídia, trazendo alguns aspectos sobre inclusão social e educação inclusiva, seguida das principais leis e direitos das escolas inclusivas e das pessoas com deficiência. Este tema emergiu do primeiro encontro com a escola anterior, onde as professoras evidenciaram a necessidade de informações para



respaldar suas práticas educacionais e solicitações de recursos. Para complementar foi exibido um vídeo sobre inclusão nas escolas. Ao final dos dois encontros foi aberto um espaço de discussão, em que os professores relataram suas experiências, dificuldades, dúvidas e sugestões para os próximos encontros. **RESULTADOS:** Torna-se pertinente a discussão sobre inclusão social, pois desperta uma inquietação e reflexão necessárias para concretizar atitudes em busca da inclusão. Segundo Rodrigues (2009) o processo de inclusão social, formação e construção da autonomia da pessoa com deficiência requer ações decisivas por parte dos sujeitos envolvidos, pois, o conhecimento sobre a deficiência e sobre as implicações para o indivíduo que a possui, possibilitam a realização de uma inclusão eficaz, visto que, permite a realização de atividades que objetivem desenvolver potencialidades, ampliar habilidades e construir conhecimentos de forma rica e participativa. A partir da conversação notou-se uma necessidade de maiores informações sobre as características das deficiências, pois cada tipo tem suas especificidades e cada aluno apresenta um desempenho diferente, sendo o conceito de deficiência usado inadequadamente para justificar alguns comportamentos e desvios de condutas. Entre as dificuldades apresentadas foi citada a falha no diagnóstico do tipo de deficiência e diagnósticos tardios, dificultando o processo de trabalho dos professores. O diagnóstico precoce das deficiências, e o embasamento teórico sobre as especificidades de cada tipo de deficiência implicam na qualidade da assistência oferecida pelo professor, pois a partir disso ele pode se preparar e adequar os métodos de ensino de acordo com a necessidade e dificuldade de cada aluno. Em alguns momentos da discussão foi exposta a dificuldade no relacionamento com os pais dos alunos com deficiência, pois os mesmos apresentam impasses na aceitação e adequação à deficiência, se comportando de forma passiva e recusa diante do enfrentamento. Segundo Amaral (1995) *apud* Lemes e Barbosa (2006) o impacto causado pela constatação de um caso de deficiência na família caracteriza-se pela mistura de sentimentos extremos, como amor e ódio, alegria e sofrimento, aceitação e rejeição, euforia e depressão, além de sentimentos de angústia, medo, culpa e vergonha. A inclusão escolar requer mudança e esforço na organização das diversas sucessões da problemática, abrangendo políticas educacionais, questões do cotidiano da escola, atividades na sala de aula, desempenho do aluno e rede de apoio à escola (OLIVEIRA; LEITE, 2007). Ressalta-se a importância da inserção do aluno com deficiência no âmbito escolar regular pela ampliação de suas potencialidades e aperfeiçoamento das habilidades. Tais aspectos promovem a melhoria de sua auto-estima e interação social. **CONCLUSÕES:** As atividades desenvolvidas evidenciaram a importância da inclusão social nas escolas, a qual necessita da organização e preparo das mesmas para acolher os alunos com deficiência, contribuindo para a aquisição de conhecimentos e possibilitando o convívio social com pessoas diferentes do seu contexto. Mas essa responsabilidade não deve ser atribuída somente à escola, pois a família como formadora da personalidade e estimuladora das competências dessas pessoas deve aceitar a necessidade de atenção especial a esse aluno, participando ativamente no processo de aprendizado. A formação do professor de ensino regular não propicia conhecimento específico para trabalhar com o público alvo, portanto faz-se necessário a continuidade de atividades voltadas a sua qualificação. A sobrecarga de atribuições a esses profissionais requer o uso de uma metodologia que proporcione espaços de escuta e motivação.

REFERÊNCIAS

ABE, P.B.; ARAÚJO, R.C.T. A participação escolar de alunos com deficiência na percepção de seus professores. **Rev. bras. educ. espec.** v.16, n.2, P: 283-296, 2010.



BRASIL, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

BRASIL. Senado Federal. **Extensão às pessoas com deficiência auditiva a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados**. Aprovação do PLS 14/2008. Brasília, 2010.

BRASIL. Senado Federal. **Estatuto do Portador de Deficiência**. Cap. IV Seção I, Do Direito à Educação; Seção II: Da Educação Básica. Brasília, 2006.

LEMES, L.C.; BARBOSA, M.A.M. Reações Manifestadas pelas Mães Frente ao Nascimento do Filho com Deficiência. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v.8, n.1, p:31-6, 2006.

MENDONÇA, AAS. Escola Inclusiva: Barreiras e Desafios. **Rev. Enc. de Pesq. Educ.** v.1, n.1, p:4-16, 2013.

RODRIGUES, C.S. **Projeto Educando e caminhando**: construindo percepções acerca da inclusão do aluno com deficiência na escola. Belo Horizonte, 2009.

STUMMER, T.C.F. et al. **Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência**. São Paulo: Centro de Documentação e Informação do Portador de Deficiência, 1982.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Departamento de Ciências da Saúde. **Projeto Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET- Saúde/Redes de Atenção à Saúde** da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Campus Palmeira das Missões, 2013.



21 RESGATANDO A CLÍNICA: EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS POR ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NO PARCE&S

SCNHEIDER, FABIÉLI VARGAS MUNIZ

Acadêmica do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus Palmeira das Missões. E-mail: fabielivargasmuniz_@hotmail.com

SILVA, LUANA ESCOBAR DOS SANTOS DA

Acadêmica do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

SANTOS, ADRIANE MARINES DOS

Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva, Professora Substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS.

SILVA, LUIZ ANILDO ANACLETO DA

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Campus de Palmeira das Missões.

DESCRITORES: Enfermagem; Saúde; Pesquisa.

INTRODUÇÃO: No Curso de graduação de enfermagem vêm-se construindo um currículo acadêmico que satisfaça as necessidades do futuro profissional de enfermagem em seus diferentes âmbitos de atuação. Essa construção não depende somente da grade curricular proposta pela universidade, mas também do empenho dos acadêmicos pela busca e crescimento profissional extracurricular, onde novos conhecimentos são agregados ao decorrer do tempo de graduação. Como a construção do conhecimento é dinâmica, as mudanças curriculares não conseguem acompanhar essa celeridade. Enquanto o currículo é parcialmente estático, atividades extracurriculares, como eventos, workshops, rounds clínicos e projetos de extensão, têm por objetivo complementar ao curricular. Nesse sentido, com vistas à importância em subsidiar os acadêmicos em dúvidas extras, curiosidades e interesse construiu-se um projeto com o intuito de preparar melhor os alunos para a clínica. Intitulado como Programa de Aperfeiçoamento e Revitalização do Conhecimento da Enfermagem & Saúde: o resgate da clínica (PARCE&S) o projeto tem como finalidade, desenvolver ações educativas que tenham significado para todos os sujeitos envolvidos, e espera-se que essas ações educativas também possam ser um dos mecanismos de aprimoramento de saberes para os participantes do mesmo. Para as acadêmicas, esse trabalho educativo vem aprimorando o conhecimento, promovendo liberdade ao grupo para pensar, refletir, aprender expressar novas ideias, expor seus pensamentos a respeito do tema, escutar os colegas, havendo melhor interação entre professores e alunos através das trocas de saberes e experiências vivenciadas que são de grande valia na área da saúde. “Assim, o grupo se configura em um espaço de comunhão entre diferentes culturas, conhecimentos e visões de mundo, no qual cada pessoa se diferencia e se reconhece no outro, por meio de uma relação dialógica que lhes possibilita falar, escutar, refletir, questionar e aprender mutuamente” (SILVA, 2014). Essa roda de



conversa proposta no projeto promove discussões de grande relevância no âmbito acadêmico proporcionando correlações entre as aulas teóricas e as aulas práticas nos ambientes de aprendizado, fazendo com que o acadêmico possa relacionar a teoria com a prática, além de elucidar novas dúvidas e saná-las neste momento de estudos e indagações a respeito dos temas propostas no grupo, temas que interessam e chamam a atenção de todos os participantes onde procuram saber mais, estudar e aprender, geralmente são temas atuais, de grande repercussão que são acompanhados de dúvidas. “A educação em saúde pautada em uma perspectiva dialógica não nega a validade de momentos explicativos, em que o educador expõe ou fala sobre o objeto. No entanto, é necessário que os envolvidos mantenham uma postura aberta, curiosa, indagadora, e não apassivada, enquanto falam ou ouvem” (SILVA, 2014). Essa educação em saúde em que se pode questionar, argumentar nos estudos do projeto é a que instiga os acadêmicos na busca por novos conhecimentos agregando saberes e compartilhando assim com os demais integrantes do grupo, sendo assim uma troca de saberes e aprendizados. “As ações educativas em serviços de saúde necessitam estar organizadas de forma que possam interligar qualidade e segurança na prestação dos serviços com a melhora na assistência dos usuários e satisfação e motivação dos acadêmicos, pelo desafio de participar, interagir, aprender e ensinar a transformar e transformar-se e transcenderem-se” (SILVA, 2007). **OBJETIVO:** O presente trabalho relata as experiências vivenciadas por acadêmicas do 5º semestre de enfermagem participantes do projeto de pesquisa Programa de Aperfeiçoamento e Revitalização do Conhecimento da Enfermagem & Saúde: o resgate da clínica (PARCE&S) o qual enfatiza a grande importância das atividades extracurriculares no meio acadêmico para a obtenção de novos aprendizados diferenciados e aprofundados de diversos temas relacionados a saúde e conseqüente ampliação de nossos conhecimentos acerca da clínica do profissional de enfermagem obtendo assim melhor desempenho durante o período da graduação e posteriormente em seus diferentes ambientes de trabalho onde irão se inserir esses profissionais. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas do 5º semestre do curso de enfermagem participantes de um projeto de pesquisa intitulado como Programa de Aperfeiçoamento e Revitalização do Conhecimento da Enfermagem & Saúde: o resgate da clínica desenvolvido na Universidade Federal de Santa Maria- Campus CESNORS/Palmeira das Missões. O projeto desenvolvia-se semestralmente, na segunda-feira às 11:00 horas no intuito de facilitar o deslocamento dos alunos participantes visto que nesse dia e horário os acadêmicos estariam na universidade e não teriam outras atividades em sala de aula proporcionando assim uma ótima oportunidade de participação dos interessados. Os encontros se realizavam em torno de 1 hora, os temas mais diferenciados e inovadores relacionados a área da saúde eram abordados e previamente selecionados para a posterior discussão e estudo. No momento do encontro o acadêmico escolhido aleatoriamente contribuía falando sobre sua leitura a respeito do assunto abordado e quais as suas principais conclusões e indagações a respeito do tema. Seguindo, os professores participantes esclareciam o assunto, explicando e aprofundando os estudos, trazendo exemplos vivenciados na prática, sanando as dúvidas e, enfatizando na importância da clínica sob o paciente e assim promover intervenções necessárias, as quais muitas vezes eram desconhecidas pelos acadêmicos participantes do grupo de estudo, tornando essas oportunidades de aprendizados indispensáveis. A metodologia de aprendizagem tinha como base os preceitos da aprendizagem significativa (PELIZZARI, 2002) da problematização (FREIRE, 1987; 1988; 1989). **RESULTADOS:** As ações educativas abordadas no projeto contribuíram não só na prática como também na construção do saber acadêmico, podendo qualificar nosso ensino-aprendizado no decorrer do curso, além de nos preparar para futuras intervenções se pensando na clínica do paciente. O decorrer do projeto nos ampliou horizontes instigando a busca pelo



conhecimento e o interesse em nos mantermos participantes de tais projetos de pesquisa, somando saberes. As rodas de conversas nos proporcionavam discussões, argumentos, questionamentos e dúvidas relacionadas ao assunto estudado, como agir em determinadas situações do cotidiano da profissão, e as melhores intervenções a serem realizadas em cada caso ou doença específica. Permitia que os professores esclarecessem o tema abordado da melhor maneira possível e assim contribuíssem para a intervenção correta ao paciente. Dentre vários temas, alguns foram: gasometria arterial, infecções por superbactérias, diabetes, drogas vasoativas, controle de infecção, coagulação intravascular disseminada, parada cardiorrespiratória e hipotermia pós-parada e administração de hemocomponentes. Todos os assuntos trabalhados foram de grande relevância visto que, são atividades rotineiras na realidade do profissional de enfermagem e dos acadêmicos no serviço de saúde. Esse contato com assuntos diferenciados da área da saúde nos proporcionaram uma ampla visão da clínica além de nos instigar a buscar os temas que por vezes não sabíamos do que se tratava e como proceder nas diferentes situações. O desafio de falar individualmente nas rodas de discussões do grande grupo se destacou pelo fato de terem participantes de diversos semestres que dominavam determinados assuntos além dos docentes presentes, porém ao mesmo tempo tornou-se fundamental essa fala já que nos prepara para futuras apresentações de trabalhos acadêmicos e até mesmo para o TCC. Visto que nessa roda de conversa estavam presentes alunos de enfermagem de diversos semestres, ocorreram momentos em que foram discutidos assuntos que nós dos semestres iniciais não havíamos estudado, pois as aulas ainda seriam ministradas pelas disciplinas, nos dando suporte referente a conteúdo. Esses momentos nos instigavam pela busca de novos conhecimentos não apenas referentes ao conjunto de disciplinas do semestre, mas sim por assuntos além da rotina acadêmica. Embora houvesse certa dificuldade em discutir sobre determinados temas os participantes do projeto incluindo os professores nos auxiliavam facilitando a discussão e proporcionando apoio em todos os momentos do encontro. Essa troca e o contato com acadêmicos de diferentes semestres permitiu a construção de novas amizades e vínculos acadêmicos entre os participantes trocando saberes e experiências vivenciadas em diferentes âmbitos. Embora a participação de projetos nos exija tempo extra fica evidente a importância de buscar novos conhecimentos além do que é tratado em sala de aula no decorrer da graduação. Os docentes se esforçam ao máximo para transmitir conhecimentos e novas experiências vivenciadas ao longo de suas carreiras tanto de docentes quanto de profissionais atuantes na área da clínica, sendo, portanto nossa área de abrangência muito ampla é necessária que enfermagem promova educação continuada evitando que os profissionais atuantes na área se acomodem e permaneça com uma única visão do serviço de saúde, fato que infelizmente muitas vezes presenciamos no cotidiano do serviço. É preciso que nós enquanto futuros enfermeiros e profissionais da saúde, possamos continuar com esse trabalho incentivando a busca incessante e constante de novos aprendizados e novas técnicas para um melhor cuidado com os pacientes. **PRINCIPAIS CONCLUSÕES:** Conclui-se então, a grande importância do projeto para as acadêmicas, pois os encontros extras vieram a somar profissionalmente e pessoalmente, dando suporte de aprendizado e novas descobertas no ramo da saúde em seus diferentes pontos de abrangência, instigando a busca por conhecimentos na área da saúde que nos remete a educação permanente, contribuindo constantemente na qualidade do serviço prestado. A enfermagem é uma das profissões de maior responsabilidade, sendo importante que haja profissionais competentes e com diferencial para desenvolver as atividades necessárias. Sendo assim, torna-se importante que o acadêmico busque por conhecimento extracurricular aprimorando-se de saberes que compete a enfermagem, pois este é o futuro profissional que atuará com os pacientes e necessita de conhecimentos para promover o atendimento qualificado. “O ser



humano pensa e age com base em um conjunto de experiências, conhecimentos e afetos. Como sujeito social, resume em seus componentes psíquicos e emocionais o perfil que elabora do mundo a partir das relações que estabelece com os outros” (SCHERER, 2008).

REFERÊNCIAS

FREIRE, Paulo. **Educação Como Prática da Liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra. 1988.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 27.^a ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987.

PELIZZARI, A. et al. Teoria da aprendizagem significativa de Ausubel. **Rev. PEC**, v.2, n.1, p.37-42, 2002.

SILVA, F.M.; BUDÓ, M.L.D.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; GARCIA, R.P.; SEHNEML, G.D.; SILVA, D.C. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. **Rev Bras Enferm**. v.67, n.3, p:347-53, 2014.

SILVA, L.A.A. **Perspectivas de transcender na educação no trabalho**: Tendências da enfermagem Latino-americana. Universidade Federal de Santa Catarina [Tese]. Florianópolis, 2007.

SHERER, Z.A.P. **Grupo de Estudos Interdisciplinar sobre violência (GREIVI)**: a construção de saberes e práticas. São Paulo, 2008.



22 UM OLHAR SOBRE A ENFERMAGEM AMPARADA POR UM PROTOCOLO JURÍDICO MUNICIPAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

RUGERI, ALINE

Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Profissional Residente em Saúde da Família promovido pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) e pela Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR). aline.rugeri@yahoo.com.br

LACHNO, MICHELE SILVA

Enfermeira. Graduada pela Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões/Campus Santo Ângelo/RS. Profissional Residente em Saúde da Família promovido pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) e Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR). milachno@yahoo.com.br

RODRIGUES, EDENILSON FREITAS

Enfermeiro. Graduado pela Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões/Campus Santo Ângelo/RS. Profissional Residente em Saúde da Família promovido pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) e pela Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR). edefr@ig.com.br

¹Relato de experiência realizado na Residência Multiprofissional em Saúde da Família promovido pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) e pela Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR)

DESCRITORES: Enfermagem; Protocolos; Atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO: Nos anos de 1990, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil houve uma importante mudança no padrão antes consolidado de organização dos serviços de saúde neste país. Antes da criação deste sistema público de saúde, as práticas de atenção à saúde possuíam um enfoque individual meramente curativo, tornando assim não prioritárias as intervenções voltadas para a promoção da saúde. As diferenças entre o que era coletivo-prevenção-público versus o individual-curativo-privado eram claramente definidas naquela época (FURLAN, CAMPOS, 2010). Neste sentido a Atenção Básica surgiu caracterizando-se como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, envolvidas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, atingindo de forma integral a situação de saúde e autonomia das pessoas agindo pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Na Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família consolidou-se como uma forma de reorganização, expansão e qualificação, estruturando-se em uma Unidade Básica de Saúde da Família com um território de abrangência e uma equipe Multiprofissional constituída por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006). Em 28 de março de 2006, a Portaria nº 648/GM aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas de organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e onde foram definidas também as atribuições dos profissionais dessas equipes. Em especial, para o



profissional enfermeiro foram elencadas além das atribuições específicas da área como a realização da consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, ademais solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços. Para isso, os protocolos ou outras normativas técnicas foram estabelecidos pelas três esferas de gestão, observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2006). Porém historicamente, a enfermagem em diversos municípios do país, buscou formas de qualificar sua atenção ao usuário a Atenção Primária a Saúde, procurando subsídios em respaldo legal para ter mais autonomia nas atividades assistenciais, aumentar a resolutividade na consulta de enfermagem e melhorar as ações básicas de saúde da comunidade, através de Protocolos Jurídicos de Enfermagem. Dentre estes municípios está Santa Rosa, situado na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, distante 504 quilômetros da capital do Estado, na faixa do Brasil com a Argentina, formando juntamente com mais 20 municípios a Região Fronteira Noroeste. (FUMSSAR, 2014). A cidade possui gestão plena em saúde pela Fundação Municipal de Saúde - FUMSSAR desde 1995, e em 1998 a equipe de enfermeiros realizou a construção do primeiro protocolo jurídico de saúde pública do município.

OBJETIVO: O referido trabalho tem como objetivo relatar a experiência do profissional de enfermagem que é amparado por um protocolo jurídico municipal no município de Santa Rosa no período de 2014 e 2015, a partir da vivência de Enfermeiros Profissionais Residentes do Programa de Residência em Saúde da Família pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul- UNIJU em parceria com a Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa- FUMSSAR em Unidades de Saúde da Família. **METODOLOGIA:** Este trabalho trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e de observação, acerca da experiência do profissional de enfermagem que é amparado por um protocolo jurídico em duas Estratégias de Saúde da Família no município de Santa Rosa, realizado a partir da inserção de três Enfermeiros Profissionais Residentes do Programa de Residência Multiprofissional UNIJUÍ/FUMSSAR em Unidades de Saúde. O estudo ocorreu durante a observação da rotina de atividades nos anos de 2014 e 2015 em duas Unidades de Saúde da Família. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A atuação profissional de enfermagem sem o devido respaldo legal, suporte teórico ou mesmo a técnica apurada sugere o exercício profissional imperito, negligente ou imprudente, podendo ocasionar prejuízos aos usuários, problemas legais e éticos aos profissionais e desprestígio da categoria pela sociedade. Partindo dessa premissa, a idealização da construção de protocolos assistenciais em enfermagem deve primeiramente atender aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do SUS, das esferas de gestão e da instituição onde serão utilizados (SANTOS, 1997). Em Santa Rosa, a Fundação Municipal de Saúde – FUMSSAR - possui seus Protocolos Técnicos Assistenciais implementados com idéias iniciais desde 1996 passando pelos Programas de Atenção Integral a Saúde e chegando a sua consolidação no ano de 2008. Sendo assim, Santa Rosa a partir dos Protocolos Técnicos Assistenciais cria um Protocolo específico, o Protocolo Jurídico de Enfermagem no sistema de Saúde Pública do Município de Santa Rosa – RS (FUMSSAR, 2008). A Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa possui um Protocolo Jurídico de Rotina para Prescrição de Medicamentos, Solicitação de Exames e Procedimentos para Enfermeiros que atuam nas Estratégias de Saúde da Família da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa. Este por sua vez, já está em sua 4ª edição, sendo a última realizada no ano de 2011 e seu primeiro lançamento em 1998. Esse protocolo objetiva em normatizar e esclarecer as competências do profissional enfermeiro a nível da atenção primária e serviços da FUMSSAR, estando incluída a prescrição de medicamentos e solicitação de exames. (FUMSSAR, 2011). Tal protocolo da FUMSSAR tem seu embasamento na Lei de Exercício



Profissional nº 7.498 de 25 de julho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, cabendo ao enfermeiro realizar consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem; como integrante da equipe de saúde: prescrever medicamentos desde que estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (SANTOS, 1997). Está incorporada nesse contexto basal ainda a Resolução do COFEN nº159 que dispõe sobre a consulta de enfermagem; a Resolução COFEN nº195 que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares pelo Enfermeiro; a Resolução do COFEN nº311 de 2007 que Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a Portaria nº 1.625, de 10 de julho de 2007 que altera a Atribuição dos Profissionais das Equipes de Saúde da Família – ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Sendo assim, a partir desse arcabouço legal respalda-se a profissão de enfermagem e habilita-a para atender o indivíduo no seu contexto biopsicossocial em todas as fases de sua vida, e auxiliá-lo a manter a sua saúde pelo estímulo ao autocuidado (FUMSSAR, 2011). O emprego dos Protocolos Jurídicos torna-se um importante instrumento para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. A partir de sua orientação através de diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados por comprovação científica. Tais instrumentos objetivam-se na padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares, bem como a incorporação de novas tecnologias com ênfase às ações técnicas e ao emprego de medicamentos (BRASIL, 2007). O maior benefício do Protocolo jurídico para os profissionais enfermeiros (as) de Santa Rosa foi o processo de elaboração desta imprescindível ferramenta, pois os temas que seriam objetos da construção do protocolo foram definidos conjuntamente em função da realidade do sistema do município. O processo de elaboração do protocolo possibilitou que profissionais enfermeiros oriundos de diferentes instituições de ensino partilhassem inúmeras experiências, comparando e adequando suas práticas, levando em conta as reais necessidades locais. Este instrumento, além de viabilizar iniciativas da categoria, serviu também para fazer mudanças necessárias, atualizar o trabalho desenvolvido através da literatura científica e principalmente fomentar estes profissionais os estimulando a realizar estudos e pesquisas, buscando qualificar e avaliar o próprio trabalho. (FUMSSAR 2008). **CONCLUSÃO:** A participação do profissional enfermeiro nas equipes de Saúde da Família contribui para o fortalecimento do modelo assistencial idealizado pelo SUS, mesmo sabendo que ainda há um longo percurso. Este, repleto de desafios relacionados à divisão de responsabilidades, relações multi e interdisciplinares, qualificação da equipe, entre outros, para a efetivação definitiva de um modelo de atenção à saúde integral, idealizado e que contemple as necessidades desta população. Pode-se observar inúmeras vantagens apontadas para o uso de protocolos, tais como: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Ainda como vantagens, os protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado. Através do respaldo legal e subsidiando o exercício da enfermagem em um município de médio porte localizado no interior do Rio Grande do Sul, não permite somente conhecer as boas práticas da profissão, mas, sobretudo cumprir o papel de gestor e ter ousadia de estabelecer as regras, os limites e as possibilidades da atuação profissional. Contudo, o protocolo traz autonomia profissional para a categoria da enfermagem, trazendo a este profissional uma maior valorização por um valioso instrumento. O fato de diagnosticar e



prescrever ações de competência legal da profissão, para alcançar resultados pelos quais a enfermagem é responsável, nos remete a dimensões mais subjetivas aumentando a interação, desenvolvendo a confiança, aumentando a credibilidade da enfermagem frente à sociedade e principalmente formando profissionais altamente qualificados prestadores de uma assistência mais humanizada e de maior qualidade. Como trabalhadores do SUS, profissionais enfermeiros residentes em Saúde da Família sentimo-nos honrados em podermos relatar esta ímpar experiência de se trabalhar em uma cidade onde a saúde pública que sonhávamos na academia e podíamos estudar em livros realmente é palpável e acontece. A Fundação Municipal de Saúde Santa Rosa em conjunto com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – FUMSSAR/UNIJUÍ oportunizou aos residentes não apenas este contato com o SUS exitoso, mas sim mostrou-nos uma enfermagem com maior autonomia e com comprometimento como o cuidado, o respeito e a efetiva atenção integral a todo ser humano em todos os ciclos de sua vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 (BR). **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

FUMSSAR. Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa. **Plano Municipal de Saúde de Santa Rosa para o quadriênio de 2014 – 2017**. Departamento de Gestão Estratégica e Participativa da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa – DGEP. Santa Rosa, 2014.

FUMSSAR. Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa. **Protocolo Jurídico de Rotina para Prescrição de Medicamentos, Solicitação de Exames e Procedimentos para Enfermeiros que atuam nos Ambulatórios de saúde pública da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa**. Núcleo de Ensino e Pesquisa - NEP – 4ªed. Santa Rosa, 2011.

FUMSSAR. Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa. **Protocolos Técnicos Assistenciais**. Núcleo de Ensino e Pesquisa NEP. 1ªed. Santa Rosa, 2008.

FURLAN; P.G.; CAMPOS; G.W.S. Cap 7; **Os Grupos na Atenção Básica à Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

SANTOS, E.F. et al. **Legislação em enfermagem: Atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997.



23 UNIVERSIDADE E SEU PAPEL NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE ALUNOS DO ENSINO MÉDIO E FUNDAMENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SCNHEIDER, FABIÉLI VARGAS MUNIZ

Acadêmica do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus Palmeira das Missões. E-mail: fabielivargasmuniz_@hotmail.com

FREITAG, VERA LUCIA

Enfermeira pela UFSM/Campus Palmeira das Missões/RS. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (PPGenf-UFPel). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

DALMOLN, INDIARA SARTORI

Enfermeira pela UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Bolsista do Ministério da Educação.

PETRONI, SIDNEI

Biólogo, Doutor em Ciências Biológicas (Anatomia) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Docente Adjunto III da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões, RS, Brasil.

DESCRITORES: Enfermagem; Educação em saúde; Alunos.

INTRODUÇÃO: A Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões proporciona aos acadêmicos diferentes espaços físicos para o desenvolvimento de projetos e atividades relacionadas aos diversos cursos presentes no campus. O ensino necessita da extensão para assim levar seus conhecimentos à comunidade e complementá-los com aplicações práticas (LOYOLA e OLIVEIRA 2005). A disciplina de Anatomia Humana é um componente curricular que desenvolve complementarmente suas atividades práticas no Laboratório com o auxílio de peças e modelos anatômicos. Também de maneira paralela promove o desenvolvimento de projetos de ensino, pesquisa e extensão. “A extensão precisa dos conteúdos, educandos e professores do ensino para ser efetivada. A extensão também necessita da pesquisa para diagnosticar e oferecer soluções para problemas diversos com os quais irá deparar-se, bem como para que esteja constantemente atualizando-se” (LOYOLA E OLIVEIRA, 2005). Assim é importante a interação da universidade com a sociedade e para que isto ocorra é importante a existência de um projeto de extensão entre o laboratório de Anatomia Humana junto a estudantes do ensino médio e fundamental na busca de promover o conhecimento visto que é de grande relevância no âmbito da educação em saúde e no incentivo ao estudo da morfologia. O projeto de extensão intitulado como Educação nos Ambientes Universitários: Qualificação da Educação Básica objetivou também fornecer uma visão do Laboratório de Anatomia aos estudantes, para que estes conheçam a estrutura do corpo humano como um todo, ou seja, de forma holística, também sua estrutura física, seu funcionamento, bem como os cursos que se beneficiam desta estrutura, viabilizar um programa de adequação do Laboratório de Anatomia exclusivamente para o atendimento de encontros educacionais, nos horários previstos e oportunizar uma qualificação acadêmica dos



monitores através da interação com os alunos das escolas. Segundo Loyola e Oliveira (2005), é por meio de projetos de extensão que a enfermagem procura levar a comunidade os conhecimentos de que é detentora, os novos conhecimentos que produz com a pesquisa, e que normalmente divulga com o ensino. Loyola e Oliveira (2005) dizem que isso esses projetos é uma forma da universidade socializar e democratizar o conhecimento, levando-o aos não universitários. A assistência à saúde prestada no âmbito do campus universitário é um cuidado especializado no campo da atenção em saúde, que se desenvolve em ambientes habitualmente normatizados, controlados e duramente hierarquizados (LOYOLA e OLIVEIRA, 2005). Para Silva et al (2003) os grupos de educação em saúde representam um dos principais meios para construção do saber em saúde, já que permitem a complementaridade dos saberes científico, do profissional e o saber popular, advindo da experiência cotidiana dos sujeitos, apreendido no seu contexto sociocultural. Portanto conteúdo teorizado aos estudantes nas escolas sobre o corpo humano faz, por exemplo, do Laboratório de Anatomia, o local indicado para seus encontros, onde os órgãos e estruturas estudados de maneira teórica na sala de aula de suas escolas serão vistos e tocados de maneira concreta no laboratório anatómico. Em nossa atividade como acadêmicas do curso de enfermagem, a extensão universitária implica em uma prática de saúde que é social e muita próxima dos sujeito-objeto do cuidado da enfermagem, porque é descentralizada de mecanismos efetivos de avaliação de qualidade e de resolutividade das instituições, portanto, de regulamentação social (LOYOLA e OLIVEIRA, 2005). **OBJETIVO:** O presente trabalho objetivou expor as experiências vivenciadas por uma acadêmica do curso de enfermagem participante de um projeto de extensão intitulado: Educação nos Ambientes Universitários: Qualificação na Educação Básica. **METODOLOGIA:** O projeto é desenvolvido na Universidade Federal de Santa Maria/ Campus de Palmeiras das Missões, dirigindo a estudantes do ensino médio e fundamental da cidade. Além da vivência no projeto, esse relato enfatiza a importância desse tipo de trabalho voltado a esse âmbito e a esse público visto que se nota quão é importante objetivando aos alunos visitantes um contato com peças anatômicas. Os encontros no laboratório de Anatomia desenvolveram-se através de agendamentos prévios por parte dos professores interessados com os monitores participantes do projeto, onde eram responsáveis por que além de reservar também tinham a função de organizar o laboratório conforme a disponibilidade de horários dos monitores e do laboratório de Anatomia Humana. Esses encontros ocorriam em torno de uma hora com a exposição de peças anatômicas e explanação de assuntos pelo monitor responsável pela atividade. As peças anatômicas eram expostas em mesas sendo organizadas por sistemas orgânicas e sistematizadas de maneira funcional, assim facilitando o entendimento e a compreensão dos estudantes. Essa metodologia de ensino fortifica o processo de ensino/aprendizado dos alunos proporcionando o manuseio das peças com a finalidade de estimular a associação teórico/prática. No momento em que os alunos chegavam ao campus, os mesmos eram encaminhados ao Laboratório de Anatomia quando então era apresentada sua estrutura física, e de imediato eram encaminhados ao ambiente com peças e modelos anatômicos. O monitor responsável acompanhava os alunos por todas as mesas explicando os sistemas, correlacionando a teoria e prática, além de explicar as funções fisiológicas do organismo e responder a todos os questionamentos e dúvidas. Em seguida o momento era destinado para que os alunos pudessem manusear as peças, estabelecendo contato direto e explorando o ambiente acadêmico. Ao final do encontro foi disposto um momento para que os estudantes pudessem se pronunciar quanto a visita, quando falaram de suas expectativas. **RESULTADOS:** A academia proporciona um espaço ampliado de construção e discussão acerca de tecnologias e inovação no cuidado/saúde/educação, auxiliando o aluno a desenvolver habilidades e competências para o desenvolvimento técnico-



científico da ciência. No entanto, este espaço dividido com alunos de educação da escola básica, foi de grande crescimento e aperfeiçoamento das habilidades técnico/científico, por meio da troca de conhecimento, entre a ciência e o saber popular/cultural. No decorrer das atividades no laboratório os alunos demonstraram grande interesse e satisfação pela atividade, nos questionando e manuseando as peças anatômicas. Os mesmos tiveram a percepção da graduação e terminaram o encontro incentivados a futuramente estarem nesse ambiente. Observando os mesmos se pode perceber quão efetiva foi essa integração proporcionando o conhecimento anatômico do corpo humano e a importância da educação em saúde nos diferentes âmbitos. Para os monitores foi importante e agradável transferir aos mesmos um pouco do conhecimento e observar que nosso objetivo foi alcançado podendo continuar com tal projeto prestando o serviço necessário e o que nos compete proporcionar a sociedade de maneira dinâmica e interativa possibilitando novas construções. É na extensão que as enfermeiras vão entender e fundamentar os conceitos e teorias aprendidos nas atividades de ensino, consolidando e complementando o aprendizado com a aplicação. Este é um dos grandes méritos da extensão, o de permitir a efetivação do aprendizado pela aplicação (LOYOLA e OLIVEIRA, 2005). Segundo Damasceno e Cória-Sabini (2014) é importante que os professores não só apresentem a disciplina como ciência que se apoia em método científico próprio, como também que sejam capazes de criar recursos didáticos para que os estudantes desenvolvam uma atitude de estudo independente, tão necessária para o profissional de uma área em que as inovações tecnológicas ocorrem num ritmo bastante acelerado. Conforme depoimento dos professores acompanhantes tais atividades foram de grande valia na construção do conhecimento dos alunos, pois esse contato visual com o que realmente se estuda em sala de aula proporcionou a assimilação do conteúdo interligando a teoria e a prática além de proporcionar aos mesmos o contato com os acadêmicos instigando-os pela busca da graduação. Essas atividades realizadas fora do ambiente escolar que incentivam ao estudo e proporcionam interação com acadêmicos serviu de avaliação, despertou curiosidades sobre o ambiente acadêmico incentivando assim a busca pelo mesmo. Nessa discussão, se fundamenta a constatação de que, embora vivenciando as mesmas atividades pedagógicas, as repercussões dessas ações serão efetivadas e percebidas diferentemente pelos participantes (SILVA et al, 2003). Os resultados esperados foram realizados de acordo com as atividades propostas incentivando a continuidade do mesmo e a construção de novos projetos de extensão. **PRINCIPAIS CONCLUSÕES:** As ações extensionistas contribuem para o crescimento acadêmico além de incentivar a sociedade a estimular os estudos a uma melhor fixação dos conteúdos confirmando o que dizem Loyola e Oliveira (2005) que a extensão universitária é, na realidade, uma forma de interação que deve existir entre a universidade e a comunidade na qual está inserida. “Frente ao apresentado, pode-se mencionar que a construção do saber em saúde é influenciada pelas informações científicas acessadas pelos sujeitos, principalmente em grupos de educação em saúde” (SILVA et al, 2003). Essas atividades construídas em equipe interligando escolas e a universidade incentivam a construção do saber e devem ser ampliadas estimulando o contato de diferentes estudantes e ambientes. Destaca-se também a importância do projeto no âmbito da construção da relação docente/discente aproximando e incentivando os acadêmicos a futura docência além do incentivo a produções científicas e construção de trabalhos visando a exposição dos projetos de extensão realizados no Campus. As atividades de extensão universitária são imprescindíveis à formação dos estudantes e precisam merecer maior atenção e apreço por parte das universidades. Eles não podem prescindir da extensão, pois sem ela estarão separados das comunidades onde estão inseridas, além de estarem alijadas de instrumentos e condições capazes de propiciar aos novos profissionais uma formação integral



e consolidada nas discussões quanto às políticas internas de qualificação e excelência acadêmica configuradas pelo viés da co-responsabilidade social (LOYOLA e OLIVEIRA, 2005).

REFERÊNCIA

DAMASCENO, S.A.N.; CÓRIA-SABINI, M.A.; Ensinar e Aprender: Saberes e Práticas de Professores de Anatomia Humana. **Rev. Psicopedagogia**, v.20, n.63, p:243-54, 2003.

LOYOLA, C.M.D.; OLIVEIRA, R.M.P. A Universidade “Extendida”: Estratégias de Ensino e Aprendizagem em Enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm**. v.9, n.3, p: 429-33, 2005.

SILVA, F.M.; BUDO, M.L.D.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; GARCIA, R. P.; SEHNEM, G. D.; SILVA, D. C. da. Contribuições de Grupos de Educação em Saúde para o Saber de Pessoas com Hipertensão. **Rev Bras Enferm**. v.67, n.3, p:347-53, 2014.



24 VISITAS DE PACIENTE DO CAPS I A UMA UNIVERSIDADE: UMA PERSPECTIVA DE VIDA

VIEIRA, YOHANA PEREIRA

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas. E-mail: Yohana_vieira@hotmail.com

MARTINS, RICARDO VIANNA

Psicólogo. Doutor em Psicologia pela PUCRS. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS.

HIPP, CAROLINA LOPES

Psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial em Palmeira das Missões/RS.

BALDISSERA, RUBIA LUANA

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões.

ECHER, ALANE KAREN5

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões.

DESCRITORES: Depressão; Enfermagem; Saúde mental.

INTRODUÇÃO: O presente trabalho é um relato de experiência realizado através do Programa de Educação para Trabalho (PET REDES), em estágio de acadêmicas do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A atividade foi realizada na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), campus Palmeira das Missões (PM). As acadêmicas do Curso de Enfermagem e nutrição conduziram pacientes acometidos por transtorno depressivo maior, durante visita as dependências da UFSM-PM, no intuito de apresentar a estrutura acadêmica destinada à formação dos alunos, incluindo laboratórios e áreas de convivência frequentadas pelos mesmos. O CAPS é um local de estágio do programa de educação para o trabalho na Saúde – PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial prioriza o enfrentamento do álcool, *crack* e outras drogas, sendo um programa do Ministério da Saúde (MS), de educação continuada onde atuam a Universidade, Secretaria Municipal de Saúde e 15ª Coordenadoria Estadual de Saúde, em Palmeira das Missões, RS, Brasil, focado na saúde mental. O CAPS se destaca na rede de atenção psicossocial que envolve cuidado e promoção dos direitos dos usuários, possuindo como objetivo o tratamento e reabilitação psicossocial além da promoção da autonomia e cidadania dessas pessoas (BELLENZANI, COUTINHO e CHAVEIRO, 2009). Segundo Ramminger e Brito, as ações deste tratamento diferenciam-se, pois, estes pacientes deixam de lado o ambiente hospitalar/ambulatorial, fugindo de um modelo manicomial, sendo encaminhado para um cuidado mais humanizado. Sendo assim, os procedimentos são variados, pensando no melhor modelo de assistência em que o paciente se adapte, sendo eles, atendimento individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento a família, atividades comunitárias, entre outras). Neste caso, é realizada uma análise pela equipe do CAPS, que analisará qual o melhor modelo a ser seguido de acordo com a necessidade de



cada paciente. Os profissionais da saúde acabam por ter um contato mais direto com este paciente, fazendo com que estes se sintam acolhidos nestes grupos de convivência. Os pacientes que realizaram a visita na instituição são integrantes de um grupo de convivência, formado por mulheres com transtorno depressivo maior. De acordo com a rotina do grupo, na qual as pacientes escolhem as atividades, foi indicada a visita a instituição. A atividade tinha por intenção mostrar uma realidade diferente da vivenciada por esse grupo de mulheres, visando instigá-las a formular questionamentos referentes a formação acadêmica que acontece no município, mostrando que no contexto social em que elas estão inseridas é possível buscar a formação e capacitação profissional. Segundo o Ministério da Saúde, o grupo de convivência é um processo que deve ser organizado por enfermeiros, psicólogos e médicos, com uma programação variada, com formas de abordagem do paciente em que outros modelos de assistência não seriam bem sucedidos. O grupo busca um tratamento mais humanizado, que o paciente possa ouvir, dialogar e discutir sobre sua história de vida, criar atividades para distração, com o intuito que o paciente sinta que ele é um membro ativo daquele grupo. É importante que o paciente crie esse vínculo, com a equipe multiprofissional e com o próprio grupo, para ele buscar a entender o paciente como um todo e quais são suas necessidades. A depressão é um processo patológico, caracterizado de diversas formas como: Transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, que pode ser um estado afetivo normal (a tristeza) podendo surgir nos mais variados casos clínicos, ou uma síndrome (doenças), que inclui incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas. O foco do grupo de convivência é paciente com transtorno depressivo maior, como principal sintoma frequente é a ideia de suicídio, relacionando qualquer obstáculo como tendência do paciente se auto superestimar, ou para pôr um fim no sofrimento emocional (DEL PORTO, 1999). Um grave problema evidenciado pela saúde pública são as doenças mentais, que se sobrepõem como uma das doenças mais graves, tendo como grande importância, sendo relacionada a outras doenças e também com idade do paciente, classe social, condições sociais. (CAMARANO, 1999; MARTIN, QUIRINO e MARI, 2007). Apresentam-se outras complicações da doença, pelo fato de que custos diretos e indiretos aumentam, por impossibilidade do paciente em trabalhar no decorrer do tratamento. Há mudanças de estilo de vida, o paciente evita contato social, não tem expectativa de vida, insatisfeito com o que lhe é oferecido, pensamentos suicidas, sendo que até descuida-se da higiene pessoal e em muitos casos fazendo as próprias necessidades na roupa. Também se priva da convivência social quando tem relação com o suicídio ou doenças somáticas, com o pensamento de que nada mais vale a pena para ele, demonstrando vontade de não ficar na dependência de familiares ou outras pessoas que a cercam diariamente. Pensam em não causar incômodo, pois parece que estão atrapalhando a vida das próprias pessoas que acompanham o seu cotidiano. Sentem-se desprotegidas, desestimuladas e carentes, sem perspectivas em relação ao futuro (OLIVEIRA, GOMES e OLIVEIRA, 2006). **OBJETIVO:** O objetivo da visita foi proporcionar para as pacientes um ambiente diferente, com momentos de cultura e lazer ao visitar a universidade, para incentivá-las a busca de conhecimento dos cursos, conhecendo os espaços que os realizam suas práticas, e as estruturas da instituição, a fim de mostrar os aspectos positivos e instigar a busca de um curso superior. **METODOLOGIA:** O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa que descreve reflexões sobre ações, do interesse da comunidade científica que abordam determinada situação vivenciada por um profissional ou acadêmico (CAVALCANTE e LIMA 2012). Foram convidados pelos acadêmicos e profissionais do CAPS, quatro sujeitos pacientes portadores de transtorno depressivo maior, para a realização da atividade. Os componentes do grupo de pacientes eram quatro mulheres com idade entre 23 e 60 anos, todas



donas de casa, frequentadores do CAPS. Durante a visita nos laboratórios foi usada uma forma de comunicação coloquial, uma linguagem mais simples, acessível para leigos. A intenção era aproximar o grupo de maneira informal do ambiente acadêmico. O grupo não possuía entre suas integrantes, pessoas com ensino superior, por este motivo se fez necessário o emprego do artifício, a linguagem coloquial. **RESULTADOS:** Foram apresentados pelas bolsistas do pet/redes de atenção psicossocial juntamente com os monitores dos respectivos laboratórios dos cursos de enfermagem, nutrição e administração. Dentre o curso de enfermagem foram mostrados os laboratórios de: Anatomia Humana no qual as acadêmicas explicaram a forma na qual estudam, mostrando algumas partes do corpo humano e suas respectivas funções. Histologia Humana no qual foram mostrados cortes histológicos do pulmão, relacionando com sua fisiologia, no qual a monitora de histologia usou como exemplo a inspiração e expiração para melhor entendimento. Laboratório de Práticas e Técnicas de enfermagem, onde foram apresentados os protótipos (bonecos) de estudo, e sua importância na vida do acadêmico, com o treinamento das técnicas antes dos acadêmicos iniciarem as práticas nos campos de estágio, disponibilizando uma oportunidade das pacientes manusearem os bonecos. Análise Sensorial, é um laboratório que faz parte do curso de Nutrição, utilizado para fazer testes sensoriais em diferentes alimentos e bebidas, utilizando visão, olfato, tato e paladar. Laboratório de técnica dietética é o espaço físico devidamente equipado em que os alunos de Nutrição entram em contato com os alimentos tendo oportunidades de conhecê-los melhor. Os experimentos realizados direcionam o estudo comportamental de cada tipo ou grupo de alimentos frente à ação do calor, do frio, dos agentes de natureza ácida, alcalina e enzimas. Viabilizam, também a escolha das técnicas de preparo e métodos de cocção adequados aos alimentos que venham atender os requisitos básicos de apresentação, aceitabilidade e com boa qualidade nutricional. Com os dados obtidos em casa experimento tem-se oportunidade de analisar as variáveis em estudo permitindo os alunos justifica-los cientificamente, o que apoiará na fixação do conteúdo proporcionando maior êxito no processo ensino-aprendizagem. Devemos salientar que o ambiente visitado também contempla as dependências destinadas a formação de profissionais empenhados no acompanhamento de pacientes com transtorno depressivo maior, o que de certa forma poderia despertar maior curiosidade do grupo. Visão Junior é um laboratório destinado ao curso de administração no qual ocorre atividades de simulação de uma empresa júnior de acessória administrativa, para treinamento dos acadêmicos Foi relatando a sua importância para os acadêmicos e desenvolvimento de atividades empresariais para o aprendizado e o município de Palmeira das Missões, pois os acadêmicos desenvolvem funções de assistência empresarial iguais a grandes empresas da cidade. **CONCLUSÃO:** Estas atividades proporcionaram a estes pacientes um dia diferenciado, que propiciou a agregação de conhecimentos relacionados a área diferentes áreas sendo elas, enfermagem, nutrição, biologia, administração, através da visitação a UFSM. Pelo fato do sofrimento psíquico causar desmotivação, tristeza, ansiedade, solidão, baixa autoestima, e a maioria dos pacientes não possuem uma perspectiva de atividades ocupacionais futuras foi possível observar curiosidade, interesse, motivação frente a ideia de que são capazes de continuar sua vida, e que possam sentir que são úteis a sociedade, e assim podendo conviver com a doença com melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS



BELLENZANI, R.; COUTINHO, M.K.A.R.G.; CHAVEIRO, M.M.R.S. As práticas grupais em um CAPS – centro de atenção psicossocial: sua relevância e o risco de iatrogenias. In: Encontro Nacional da Abrapso, 15, 2009, Maceió. **Anais de trabalhos completos**. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/322.%20as%20pr%C1ticas%20grupais%20em%20um%20caps.pdf. Acesso em: 07 de março de 2015.

CAMARANO, A.A. **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro IPEA, 1999.

CAVALCANTE, B.L.L.; LIMA, U.T.S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **J Nurs Health**, v.1, n.2, p:94-103, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3447/2832>. Acesso em 27 de março de 2015.

DEL PORTO, J.A. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.21, s.1, p:6-11, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1516-44461999000500003&pid=S1516-44461999000500003&pdf_path=rbp/v21s1/v21s1a03.pdf. Acesso em: 28 de março de 2015.

MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Rev. Saúde Pública.** V.41, n.4, P:3-7, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0034-89102007000400013&pid=S0034-89102007000400013&pdf_path=rspl/v41n4/5594.pdf. Acesso em 30 de março de 2015.

OLIVEIRA, D.A.A.P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Rev. Saúde Pública.** v.40, n.4, p: 734-736, 2006.

RAMMINGER, T.; BRITO, J.C. “Cada Caps é um Caps”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade.** v.23, n.spe, p:150-160, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102-71822011000400018&pid=S0102-71822011000400018&pdf_path=psoc/v23nspe/a18v23nspe.pdf. Acesso em: 30 de março de 2015.



26 A ENFERMAGEM E A EDUCAÇÃO SEXUAL EM ESCOLA PÚBLICA: ABORDAGEM PARA ADOLESCENTES

SCHROEDER, ANDRESSA DIAS

Acadêmica do 7º semestre de enfermagem pela UFSM/PM. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS
E-mail: schroederandressa@hotmail.com

MAINARDI, DIANA CRISTINA BUZ

Acadêmica do 9º semestre de enfermagem pela UFSM/PM. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS

LEITE, MARINÊS TAMBARA

Enfermeira, Doutora em Gerontologia Biomédica, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS. Tutora do Grupo PET Enfermagem da UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS.

HILDEBRANDT, LEILA MARIZA

Enfermeira, Doutora em Ciências, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS. Co-tutora do Grupo PET Enfermagem da UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS

INTRODUÇÃO: Os aspectos relativos à educação sexual e às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) devem ser trabalhados e esclarecidos de forma contínua para toda a população, mas em especial, para os adolescentes os quais se encontram em fase de iniciação sexual. **OBJETIVO:** Este trabalho tem por objetivo relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem no desenvolvimento de oficinas sobre sexualidade na adolescência em uma escola pública. **METODOLOGIA:** Para a efetivação das oficinas foram utilizados recursos audiovisuais e materiais diversos como manequins e preservativos. Também, foram realizadas dinâmicas grupais para permitir a reflexão dos alunos e espaço para perguntas anônimas sobre a temática. **RESULTADOS:** Alguns temas que foram debatidos: anatomia do corpo, desigualdade de gêneros, incidência de DSTs, métodos contraceptivos, gravidez, aborto. Foi possível identificar que a adolescência é uma fase na qual o adolescente está em situação de vulnerabilidade, pois é nela em que ocorrem mudanças físicas que o colocam em conflito consigo mesmo. É neste período que se faz importante o papel dos profissionais em ter um diálogo aberto para identificar os fatores de risco e criar estratégias de enfrentamento destas situações. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A temática deve estar nas políticas públicas como um tema a ser discutido em sala de aula a fim de diminuir a incidência de DSTs e de gravidez na adolescência. É papel dos profissionais da educação e da saúde de criar estratégias voltadas a saúde do adolescente e que possam fortalecer os vínculos e a qualidade de vida dos mesmos.



27 ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENDIMENTO PELO PET/REDES URGÊNCIA E EMERGÊNCIA- RELATO DE EXPERIÊNCIA

OLIVEIRA, GESSICA DE LIMA

Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS. E-mail: gessicalangner@hotmail.com

SILVA, CRISTIANE MORAES DA

Enfermeira, Especialista em Gestão em Saúde. Secretária Municipal de Saúde de Palmeira das Missões. Preceptora PET-Saúde/Rede de Atenção às Urgências e Emergências/SOS Emergências.

SODER, RAFAEL MARCELO

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria /Campus de Palmeira das Missões/RS.

FLORES, ANDRESSA MAGALHÃES

Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde. Secretária Municipal de Saúde de Palmeira das Missões/RS.

BEGNINI, FABIO LUCAS

Enfermeiro. Secretária Municipal de Saúde de Palmeira das Missões. Preceptor PET-Saúde/Rede de Atenção às Urgências e Emergências/SOS Emergências.

INTRODUÇÃO: O cuidado prestado na Atenção Básica (AB) está direcionado ao acompanhamento longitudinal da população, contudo, os profissionais desse serviço precisam estar preparados para atuarem em situações de urgência e emergência. AB deve acompanhar os pacientes crônicos e controlar as agudizações menos complexas, entretanto, não há uma normativa que tenha incorporado o atendimento às urgências e emergências neste nível de atenção. Nesta perspectiva, a inserção do PET/REDES Urgência e Emergência nas UBS de Palmeira das Missões, fomentou a construção de protocolos para esse tipo de atendimento na AB. **OBJETIVO:** Relatar a construção de protocolos clínicos de atendimento à asma e febre no ponto da RUE vinculado a UBS central do município. **METODOLOGIA:** Os temas dos protocolos foram divididos por ponto da rede. Após pesquisa bibliográfica, foram elaborados fluxogramas de atendimento, com descrição dos sinais e sintomas e o manejo. **DISCUSSÃO:** atendimentos devido à febre e ao agravamento da asma são frequentes na AB assim, os profissionais de saúde devem estar preparados para avaliar e identificar os sinais de gravidade de cada faixa etária. É necessário aumentar a resolutividade da AB no manejo de casos de urgência, pois a ausência desse atendimento pode repercutir negativamente nos demais pontos da rede. Portanto, o protocolo é um instrumento que padroniza a assistência, agiliza o atendimento e evita iatrogenia. **CONCLUSÃO:** Espera-se que sua implantação padronize e qualifique a assistência diminuindo a hospitalização e a procura pelos demais pontos da RUE.



28 INCIDÊNCIA, LOCAL E CONSEQUÊNCIAS DE QUEDAS EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE

MACHADO, BRUNA BENDER COMPANHONI

Acadêmica do 5º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem/ Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões – RS. Bolsista PIBIC/CNPq 2014-2015. E-mail: bruna_machado8@hotmail.com

LEITE, MARINÊS TAMBARA

Enfermeira, Dra. Em Gerontologia Biomédica, Professora Adjunto IV do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Tutora do PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS.

HILDEBRANDT, LEILA MARIZA

Enfermeira, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Co-tutora do PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões/RS.

INTRODUÇÃO: As quedas se constituem em uma situação frequente na velhice e a prevenção delas se tornou um desafio diante do envelhecimento da população. Existem fatores que podem influenciar as quedas em idosos que são de natureza biológica, comportamentais e ambientais. **OBJETIVO:** Identificar a incidência, local e consequências de eventos por quedas em idosos residentes na comunidade de um município do Rio Grande do Sul/Brasil. **METODOLOGIA:** Estudo quantitativo, descritivo, realizado com idosos de um município do Rio Grande do Sul. Participaram 368 idosos com idade igual ou superior a 60 anos. Os dados foram coletados entre março de 2011 a julho de 2012, com inquérito domiciliar, e analisados com auxílio pacote estatístico SPSS 8.0. **RESULTADOS:** Dos idosos 43,8% encontrava-se na faixa dos 60 a 70 anos; 46,5% deles eram casados e 35,1% viúvos; 88,3% aposentados e a maior parte, 72,2% possuía ensino fundamental incompleto. Quanto a quedas, 53% tiveram queda e, destes, 18,2% tiveram fratura, 9% apresentaram escoriações, 4,3% entorses e luxações, 3,8% dos idosos tiveram em cortes e 6,5% outros ferimentos. O local de ocorrência das quedas foi na própria residência - 56,47%, em local público - 35,23% e ambos os locais 8,30% dos casos. **CONCLUSÃO:** A maior parte dos idosos apresentou queda e, destes, 18,2% deles tiveram fratura. O local de maior ocorrência foi na residência dos idosos. Com o crescimento populacional de idosos há a necessidade de pensar-se em intervenções de promoção de qualidade de vida para estes sujeitos, incluindo prevenção de quedas.



29 O ACADÊMICO, A INICIAÇÃO CIENTÍFICA E O GRUPO DE PESQUISA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

SILVA, JONATAN DA ROSA PEREIRA DA

Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/RS, Membro do Grupo de Pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem”, Linha Saúde/Sufrimento psíquico do trabalho, da UFSM. Bolsista de Iniciação Científica PROBIC-FAPERGS. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: jonatanprd@gmail.com.br.

LIMA, AFONSO VALAU DE

Administrador (UNESC – SC). Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção (PPGEP), da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS, Brasil.

PRESTES, FRANCINE CASSOL

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – RS, Enfermeira Administrativa do Departamento de Enfermagem (UFSM), Membro do Grupo de Pesquisas “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem” Linha: Saúde/Sufrimento psíquico do trabalhador, da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.

SILVA, ROSÂNGELA MARION DA

Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisas “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem” Linha Saúde/Sufrimento psíquico do trabalhador, da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.

BECK, CARMEM LÚCIA COLOMÉ

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado IV do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisas “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem” Linha Saúde/Sufrimento psíquico do trabalhador, da UFSM. Bolsista de Produtividade – CNPq – Bolsa PQ – Nível 2. Santa Maria, RS, Brasil.

INTRODUÇÃO: Diante da globalização, o mercado de trabalho tornou-se cada vez mais competitivo, exigindo um profissional que saiba mais do que apenas executar atividades praticas em seu campo de trabalho. Nas últimas décadas acompanhou-se um grande avanço da enfermagem no campo científico, as inquietantes dúvidas e anseios vivenciados na pratica deram frutos a pesquisas no campo da saúde proporcionando assim novos conhecimentos, saberes e enfermeiros pós-graduados com excelência na atividade de suas funções, destacando a enfermagem como profissão e ciência no campo de trabalho. Nessa direção o grupo de pesquisa surge como um caminho para o acadêmico que pretende ingressar nesse de campo do conhecimento. Tornar-se bolsista de iniciação científica de um grupo de pesquisa possibilita a aproximação com temas de pesquisa que oportunizam o aprendizado. **OBJETIVO:** Descrever a experiência do acadêmico bolsista de iniciação científica no grupo de estudos. **METODOLOGIA:** O presente estudo trata-se de um relato de experiência de um acadêmico do curso de enfermagem de uma instituição federal, bolsista de iniciação científica com atuação na linha de pesquisa Saúde/Sufrimento Psíquico do Trabalhador. **PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES:** Por meio da vivência no grupo aprendi que atuar como bolsista proporciona ao acadêmico uma aprendizagem que vai além das disciplinas que este tem de cursar para concluir sua formação, ensina formas mais eficazes para a aprendizagem.



auxilia na produção científica do aluno e proporciona vivências e trocas de conhecimentos com profissionais mais experientes.



30 PET-SAÚDE E A INTERVENÇÃO ACADÊMICA NO ÂMBITO ESCOLAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

LIMA, LUISA RODRIGUES DE

Acadêmica da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões-RS. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência. E-mail: enf.luisalima@hotmail.com

NASCIMENTO, ESTÉFENI SANINI DO

Acadêmica da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões-RS. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

COLOMÉ, ISABEL CRISTINA DOS SANTOS

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem do Departamento de Ciências da Saúde da UFSM/Campus Palmeira das Missões/RS. Tutora do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

INTRODUÇÃO: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) permite uma maior inserção dos acadêmicos na comunidade, o que possibilita a construção de vínculo em diversos espaços de convívio social, entre eles a escola. O espaço escolar, além de desenvolver ações de ensino aprendizagem é um campo com demandas variadas relacionadas à realidade dos alunos, principalmente aqueles que possuem alguma deficiência. Por meio do referido trabalho foi realizada uma intervenção por acadêmicas de enfermagem na escola João Goulart-CIEP, a fim de levar informações acerca das deficiências e as leis que amparam estes indivíduos no âmbito escolar. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da intervenção realizada na escola pelo grupo PET. **METODOLOGIA:** A intervenção ocorreu após o contato com a direção da escola, que abriu espaço para discussão sobre temas relacionados à deficiência. O objetivo desta participação era levar informações e esclarecer dúvidas acerca da temática das pessoas com deficiência no meio escolar. Para isso, as acadêmicas reuniram materiais teóricos e construíram uma apresentação em PowerPoint. **RESULTADOS:** A partir da conversação iniciada, nos deparamos com a realidade de que os professores têm uma boa relação com os alunos que possuem deficiências, porém têm pouco conhecimento referente à legislação que as ampara. **PRINCIPAIS CONCLUSÕES:** A intervenção realizada pelas acadêmicas mostrou-se de uma importância notável no âmbito escolar, espaço este que propiciou a troca de experiências e aprendizagem, dessa forma o PET-Saúde se mostra um aliado na promoção e qualificação da assistência à saúde das pessoas portadoras de deficiência.



31 PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I: GRUPO DE CONVIVÊNCIA E DE MEDICAÇÕES

KRAUZER, RAFAELA POLIDÓRIO

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas. E-mail: rafaelakrauzer@gmail.com

SGANZERLA, JAQUELINE

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas.

HORST, VANESSA

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões.

NOGUEIRA, QUELI SARTORI

Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial I da Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira das Missões/RS. Preceptora do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool, *Crack* e Outras Drogas

MARTINS, RICARDO VIANNA

Psicólogo. Doutor em Psicologia pela PUCRS. Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Coordenador do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do Álcool e Outras, *Crack* e Drogas.

INTRODUÇÃO/OBJETIVO: O presente trabalho tem o intuito de relatar a experiência de oito estudantes de enfermagem que são integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde da rede de Atenção Psicossocial e que atuaram em um Centro de Atenção Psicossocial I. **METODOLOGIA:** Estes estudantes desenvolveram o “Grupo de Convivência” e o “Grupo sobre Medicamentos”, semanalmente, no período de setembro a novembro de 2014. Foram realizados 12 encontros, nos quais participaram oito mulheres com depressão leve. **RESULTADOS:** Ao longo dos encontros, como os dois grupos ocorriam no mesmo dia da semana e devido a necessidade de as mulheres permanecerem no serviço o turno inteiro, os grupos foram fundidos. As atividades realizadas foram oficinas de beleza, realização de atividades de artesanato, encontros com música, culinária e atividades físicas. Os encontros sobre medicamentos foram esporádicos e tinham como propósito discutir aspectos relativos às medicações utilizadas pelas mulheres integrantes do grupo. As atividades de natureza grupal propicia o diálogo, fortalece o vínculo, a autonomia e a inclusão social de pessoas em sofrimento psíquico, o que coaduna com os pressupostos da Reforma psiquiátrica brasileira. **CONCLUSÃO:** Ao final da atividade, constatou-se a presença de vínculo entre as mulheres e estudantes, houve melhor a adesão à proposta grupal e as mulheres integrantes do grupo passaram a levar sugestões temáticas para serem debatidas nos encontros do grupo, evidenciando-se o sentimento de pertença ao grupo desse contingente populacional.



32 REFLEXÃO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE DURANTE A TERAPIA MEDICAMENTOSA E A RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO

MARTINS, MACHADO LUCIANA

Acadêmica do 1º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/RS. Email luicianammartina17@hotmail.com

SILVA, LUIZ ANILDO ANACLETO DA

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS.

HONNEF, FERNANDA

Acadêmica do 7º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões

INTRODUÇÃO/OBJETIVO: Este estudo tem como objetivo realizar uma reflexão sobre a importância da educação continuada da enfermagem na administração segura de medicamentos, identificar erros mais comuns e danos causados ao paciente. Segurança do paciente envolve uma série de fatores, especialmente a prevenção de erros no cuidado prestado ao paciente, minimizando danos causados. Embora ocorram avanços tecnológicos e científicos, ainda acontecem eventos adversos. **METODOLOGIA:** Administração de medicamentos é uma função assistencial exercida pela enfermagem, de maior complexidade, requerendo da enfermagem qualificação adequada. Na realidade dos serviços de saúde, o exercício dessa atividade está sendo praticado por técnicos e auxiliares de enfermagem sob supervisão do enfermeiro, que necessita orientar corretamente a equipe, ter conhecimento, domínio, habilidade técnica, com vistas à prestação de assistência qualificada à população assistida. **RESULTADOS:** Erros na administração de medicamentos estão presentes no cotidiano das instituições de saúde, o que incorre em riscos à segurança do paciente. A administração de medicamentos em via errada, dose errada, hora errada, fármaco errado é uma situação frequente na prática de enfermagem e representa fator de risco para a segurança do paciente. Normalmente essa situação está associada à falta de atenção, à dificuldade de compreensão das prescrições médicas e ao despreparo profissional e pode causar impacto econômico, graves prejuízos ao paciente e à instituição. Portanto, considerando que a administração de medicamentos é uma responsabilidade da enfermagem, erros podem causar efeitos prejudiciais ao paciente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Reforça-se a importância da educação continuada, para proporcionar cuidados de enfermagem qualificados, articulados, visando, resolutividade das ações, na promoção, recuperação e reabilitação da saúde dos usuários, superando ocorrência de tais eventos.



33 REVISÃO INTEGRATIVA ACERCA DAS ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO DO IDOSO¹

BOTH, CAROLINE THAÍS

Acadêmica do 1º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus Palmeira das Missões/RS. E-mail: carolinethaisboth@hotmail.com.

BOTH, JULIANE ELIS

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Lucena-RS.

BEUTER, MARGRID

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Associada do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf – Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

PERRANDO, MIRIAM DA SILVEIRA

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Especialista em Terapia Intensiva com Ênfase em Oncologia e Infecção Hospitalar da UNIFRA/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

BRUINSMA, JAMILE LAIS

Enfermeira. Mestranda do PPGENF/UFSM. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Rio Grande do Sul, Brasil.

SILVA, MATHEUS SOUZA

Acadêmico de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Santa Maria/RS, Brasil.

¹ Revisão Integrativa da literatura, vinculada a dissertação de mestrado “O cuidado de si de idosos participantes de grupos de terceira idade do meio rural” do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf).

INTRODUÇÃO: O número de idosos vem crescendo devido à diminuição das taxas de natalidade e o aumento da expectativa de vida. Diante do envelhecimento identifica-se, a maior incidência de agravos a saúde. Este fato requer que o idoso disponha de estratégias de autocuidado que a auxilie a enfrentar o adoecimento e promova uma melhor qualidade de vida. **OBJETIVO:** Este estudo objetivou conhecer as evidências científicas sobre as estratégias e os fatores que implicam no autocuidado do idoso. **METODOLOGIA:** Caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, realizada na base de dados da LILACS e da PUBMED, no mês de maio de 2013, sendo que as estratégias para a localização das produções foram adequadas a cada base de dados. **RESULTADOS:** Compuseram a amostra do estudo 11 artigos que responderam a questão de pesquisa: “Quais as estratégias e fatores que implicam no autocuidado do idoso?”. No que diz respeito aos níveis de evidência, um estudo apresentou nível de evidência II (forte), e os outros dez artigos apresentaram nível de evidência VI (fraco). O nível de evidência fraco relaciona-se ao grande número de estudos



qualitativos. Os artigos centram-se em uma patologia específica, sendo três relacionados ao diabetes mellitus, um a insuficiência cardíaca, um a enfermidades crônicas de modo geral, dois a osteoartrite, um a doença pulmonar obstrutiva crônica, um a bronquiectasia, um a doença renal crônica e um a morbidade múltipla. **CONCLUSÃO:** Compreende-se a necessidade da realização de estudos que investiguem o autocuidado do idoso em seu cotidiano para qualificar a assistência de enfermagem voltada a população idosa.



34 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A PACIENTE COM DRENO DE TÓRAX

DE MARCO, VERA REGINA

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões. E-mail: vera_demarco@hotmail.com

SENGER, SABRINA DIAS

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões.

REISDORFER, NARA

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões.

SILVA, JULIANA JUNGBECK DA

Acadêmica do Curso de de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões.

PETRY, LETÍCIA

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus de Palmeira das Missões.

STRAPAZZON, MÔNICA

Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva, Emergência e Trauma pelo Hospital Moinhos de Vento - Porto Alegre. Trabalha: Hospital de Caridade de Palmeira das Missões. Docente Substituta da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões.

INTRODUÇÃO: O procedimento de drenagem torácica objetiva a remoção de conteúdo líquido, gasoso, purulento ou sanguinolento do interior da cavidade pleural ou do mediastino. **OBJETIVOS:** Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem no cuidado a paciente com dreno de tórax. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência do uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem a paciente com toracotomia. **PRINCIPAIS RESULTADOS:** Vivenciou-se o cuidado a um paciente com toracotomia drenando secreção sero-sanguinolenta em selo d'água. Após levantamento dos problemas apresentados pelo mesmo, foram traçados diagnósticos de enfermagem, conforme Diagnósticos de Enfermagem da Nanda, e prescritas intervenções. Dentre estas podemos citar: avaliar padrão respiratório; checar a segurança das conexões do dreno de tórax; manter haste 02 cm abaixo do nível do líquido do frasco de drenagem; observar oscilação no frasco do selo d'água e o volume e aspecto do material drenado; registrar a cada 06 horas a drenagem do frasco; manter o sistema abaixo do ponto de inserção do dreno de tórax; realizar troca de selo d'água do dreno de tórax com técnica asséptica; evitar o clampeamento prolongado do sistema do dreno, pois, poderá provocar pneumotórax hipertensivo ou enfisema subcutâneo. **CONCLUSÕES:** A SAE proporciona uma assistência subjetiva, resolutive e segura tanto para o cuidador quanto para o



paciente. Os drenos de tórax são procedimentos que demandam maior atenção da equipe de enfermagem a fim de evitar infecções e outras tantas complicações, sendo a sistematização da assistência fator essencial para a qualificação do cuidado.



35 VISITAS DOMICILIARES A PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SILVA, LUANA ESCOBAR DOS SANTOS

Acadêmica do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência. E-mail: luana_escobar93@hotmail.com

SCHNEIDER, FABIÉLI VARGAS MUNIZ

Acadêmica do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

GIESELER, ALINE KETTENHUBER

Acadêmica do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

LIMA, ALESSANDRA FLORENCIO DE

Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família IV. Preceptora do PET-Saúde/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

INTRODUÇÃO: Os aspectos relativos à deficiência como condição social devem ser considerados na atenção domiciliar como proposta de intervenção. No contexto do domicílio, comumente, há maior interação entre os profissionais e os familiares, o que possibilita reduzir o impacto causado pela deficiência. **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem, participantes do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde/Pessoas com deficiência. **METODOLOGIA:** O grupo de acadêmicos e a enfermeira preceptora realizaram visitas domiciliares, acompanhadas por agentes comunitários de saúde, a usuários com necessidades especiais que residem na área de abrangência da unidade da Estratégia de Saúde da Família IV. As visitas ocorrem semanalmente, teve início em março de 2015. Para obter informações relativas às condições de saúde, utilizou-se um instrumento semiestruturado com questões pertinentes ao histórico atual e progresso da pessoa com necessidades especiais, questões relacionadas ao quadro clínico, encaminhamentos e principais necessidades dos usuários, incluindo uso de órteses e próteses. **RESULTADOS:** As visitas realizadas permitiram obter dados necessários no prontuário do usuário a fim de facilitar o acesso na unidade e melhor entendimento do quadro pelos profissionais da equipe. Esse contato proporcionou observar a realidade e o enfrentamento das dificuldades, além de formular intervenções de modo a melhorar sua qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que tal levantamento de dados permitiu detectar necessidades pelos portadores de deficiência e suas famílias em prol de melhorar a assistência prestada, além de agregar, aos acadêmicos, experiências vinculadas à atenção básica.